



2 • 2025

**DIAGNOSE UNGLEICH: HERAUS-
FORDERUNGEN UND POTENTIALE
GESCHLECHTERSPEZIFISCHER
GESUNDHEITSVERSORGUNG**

4	Editorial Dr. Albrecht Kloepper Herausgeber Sophia Wagner
6	Vorwort 5. Bundeskongress Gender-Gesundheit 2025 Dr. Martina Kloepper Kongresspräsidentin Institut für Gender-Gesundheit e.V.
7	Grußwort von Staatsministerin Judith Gerlach Staatsministerin Judith Gerlach MdL Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention
10	Gendermedizin – wenn Erkenntnis noch nicht Können bedeutet Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem
12	Geschlechterspezifische Versorgung – Wo stehen wir heute? Prof. Dr. Ute Seeland Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
16	Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Krebserkrankungen mit „X“ und „Y“ PD Dr. Andrea Kindler-Röhrborn Universitätsmedizin Essen
19	Psychische Erkrankungen M/W Prof. Dr. Ute Lewitzka Goethe-Universität Frankfurt
23	Patientinnen und Patienten im Fokus durch geschlechtersensible personalisierte Pflege Prof. Dr. Clarissa Kurscheid figus GmbH Judith Mollenhauer figus GmbH
26	Gendergesundheit ist ein Qualitätsmerkmal guter Gesundheitspolitik für alle Emmi Zeulner MdB (CDU/CSU) Mitglied des Gesundheitsausschusses
29	Gerechte Versorgung beginnt mit geschlechtersensibler Forschung Serdar Yüksel MdB (SPD) Mitglied des Gesundheitsausschusses
31	Berichte aus den Workshops
35	Künstliche Intelligenz ist nicht fair Andrea Galle mkk – meine krankenkasse
39	Gendermedizin: Mauerblümchen, TOP-Thema und was kommt jetzt? Ulrike Elsner Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Antje Kapinsky Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
42	Blinder Fleck Männergesundheit – Welcher Beitrag kann politisch geleistet werden? Priv.-Doz. Dr. med. Tobias Jäger UPK Essen Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V.
46	Warum die Prostata mehr Aufmerksamkeit verdient – und warum Patientenpräferenzen wichtig sind Dr. Vera Venedey admedicum GmbH & Co KG Christian Hoenig admedicum GmbH & Co KG

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die gesundheitliche Versorgung ist längst nicht für alle Menschen gleich – und doch ist Gleichbehandlung häufig noch das Leitbild, an dem sich Politik, Forschung und Praxis orientieren. Geschlechterspezifische Unterschiede betreffen nicht nur Krankheitsverläufe und Symptome, sondern auch Diagnostik, Therapie, Prävention und Versorgungsstrukturen. Die aktuelle Ausgabe des iX-Forum widmet sich diesen Fragen unter dem Titel „Diagnose Ungleich: Herausforderungen und Potentiale geschlechterspezifischer Gesundheitsversorgung“.

In der Medizin wird gern präzise gemessen, dokumentiert und analysiert. Und doch haben wir es hier mit einem Phänomen zu tun, das lange Zeit wie ein schlechter Scherz wirkte: Frauen galten als „kleine Männer“ in klinischen Studien, Männer als automatisch robust und deshalb weniger präventionsbedürftig. Ergebnis: ein Gesundheitssystem, das beide Geschlechter oft unzureichend versorgt – die einen, weil ihre spezifischen Krankheitsverläufe kaum erforscht wurden, die anderen, weil sie im Schatten männlicher Normvorstellungen entweder übersehen oder als „nicht so wichtig“ abgetan wurden. Der Alltag in Kliniken und Praxen, in Forschung und Politik zeigt, dass die geschlechterspezifische Dimension oft noch wie ein ungelöstes Puzzle behandelt wird.

Klingt absurd? Ist es auch. Aber es ist eben die Realität. Und genau deshalb widmet sich diese Ausgabe einem Thema, das wissenschaftlich glasklar belegt, praktisch aber noch erschreckend oft ignoriert wird: geschlechtersensible Gesundheitsversorgung.

Die aktuelle Ausgabe des iX-Forums ist ein Blick hinter die Kulissen eines Gesundheitssystems, das sich zunehmend, aber längst noch nicht konsequent auf die unterschiedlichen Bedürfnisse beider Geschlechter einstellt. Den Auftakt macht Dr. Martina Kloepper mit ihrem Vorwort zum 5.

Bundeskongress Gender-Gesundheit 2025, das unserem Diskurs die Bühne bereitet. Gleich anschließend begrüßt Staatsministerin Judith Gerlach die Leserschaft mit einem Grußwort, das die politische Sicht auf die Dringlichkeit dieses Themas betont. Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel von der Medizinischen Universität Lausitz stellt pointiert heraus, dass Erkenntnis in der Gendermedizin zwar gewachsen ist, dass die Umsetzung in der Versorgung jedoch oft hinterherhinkt – ein klassisches Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis, das wir nicht länger tolerieren sollten.

Prof. Dr. Ute Seeland von der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg nimmt uns mit auf eine Bestandsaufnahme der aktuellen geschlechterspezifischen Versorgungssituation. Spoiler: Es gibt Lichtblicke, doch leider auch noch viel Luft nach oben.

In der Onkologie gibt PD Dr. Andrea Kindler-Röhrborn von der Universitätsmedizin Essen wichtige Einblicke in die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Krebserkrankungen – mit einem doppelten „X“ oder „Y“ in der DNA sind unterschiedliche Verlaufsformen, Symptome und Therapieerfolge keine Überraschung, aber eine zwingende Herausforderung für die medizinische Praxis.

Auch das Thema „Psychische Erkrankungen“ wird differenziert betrachtet – Prof. Dr. Ute Lewitzka von der Goethe-Universität Frankfurt zeigt auf, wie unterschiedlich Männer und Frauen psychopathologische Symptome erleben und wie Versorgungsangebote darauf besser abgestimmt werden müssen.

Doch nicht nur die medizinischen Fakten zählen, sondern auch die Rahmenbedingungen. Prof. Dr. Clarissa Kurses und Judith Mollenhauer von der figus GmbH rücken die Versorgungsstrukturen in den Fokus. Denn: Egal wie gut das Wissen, es braucht Strukturen, die geschlechtersensibel agieren und zudem die Vielfalt der Geschlechteridentitäten anerkennen.

Für politisches Rückgrat sorgen Emmi Zeulner (MdB, CDU/CSU) und Serdar Yüksel (MdB, SPD), die klar formulieren, dass Gendergesundheit kein Nice-to-have, sondern ein Qualitätssiegel guter Gesundheitspolitik ist – von der Forschung bis zur Versorgung.

Ein besonderes Highlight bilden die Berichte aus der GKV-Perspektive: Andrea Galle entlarvt am Thema Künstliche Intelligenz die oft unbeachteten Verzerrungen – denn KI ist nicht per se fair, sondern nur so gut wie die Daten, mit denen sie programmiert wurde. Ulrike Elsner und Antje Kapinsky vom Verband der Ersatzkassen e. V. werfen einen Blick auf die Entwicklung der Gendermedizin von einem Mauerblümchenthema hin zum Top-Thema und fragen, was als nächstes kommt.

Und weil geschlechterspezifische Versorgung oder Gendermedizin oft (und zu unrecht) mit „Frauengesundheit“ gleichgesetzt werden, beleuchten wir tatsächlich beide Geschlechter – und damit auch die Männergesundheit: Priv.-Doz. Dr. Tobias Jäger von den UPK Essen bringt politische Handlungsoptionen auf den Tisch, um Prävention und Versorgung bei Männern sofort zu verbessern. Konkret und dringend, wie auch das Thema Prostata, dem Dr. Vera Vennedey und Christian Hoenig von admedicum GmbH & Co KG zu mehr Aufmerksamkeit verhelfen – und dabei vor allem die Bedeutung von Patientenpräferenzen im Shared Decision Making betonen.

Zusammen genommen zeigt diese Ausgabe eindrucksvoll: Geschlechtersensible Gesundheitsversorgung steht auf einem breiten Fundament, das von harter Forschung über innovative Versorgungsmodelle bis hin zu politischem Handeln reicht. Gleichzeitig ist klar, dass wir erst am Anfang eines langen Weges stehen.

„Gendermedizin“ klingt manchmal sperrig, aber vielleicht darf man es so zuspitzen: Wer wirklich eine gerechte Versorgung will, muss endlich auch die Unterschiede ernst

nehmen. Gleichbehandlung heißt in der Medizin nicht, alle über denselben Kamm zu scheren – sondern eben die passende Versorgung für die jeweilige Patientin, den jeweiligen Patienten (und alle dazwischen!) zu gestalten. Darin liegt die Herausforderung, aber auch das enorme Potential. Denn eine Gesundheitsversorgung, die geschlechtsspezifische Unterschiede kennt und integriert, ist schlicht smarter: Sie verhindert Fehlbehandlungen, reduziert Kosten und verbessert Lebensqualität. Kurz gesagt – sie ist eine Investition in medizinische Qualität und Effizienz zugleich.



Sophia Wagner



Dr. Albrecht Kloepper

Mit dieser Ausgabe möchten wir nicht nur informieren, sondern auch inspirieren. Und falls Sie am Ende sagen: „Na klar, eigentlich ist das doch logisch – warum machen wir das nicht längst?“ – dann sind wir unserem Ziel schon ein gutes Stück näher. Allen Autorinnen und Autoren, Interviewpartnerinnen und -partnern, die uns auf diesem Weg begleitet haben, danken wir herzlich für ihr Engagement und ihren Einsatz!

Unseren Leserinnen und Lesern rufen wir zu:
Bleiben Sie neugierig, kritisch – und gesund.

Mit herzlichen Grüßen

Sophia Wagner und Dr. Albrecht Kloepper

Vorwort 5. Bundeskongress Gender-Gesundheit 2025

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

der 5. Bundeskongress Gender-Gesundheit hat am 5. Juni 2025 nach neun Jahren wieder stattgefunden und eindrucksvoll gezeigt, dass die Forschung zur „Gendermedizin“ bzw. Geschlechterspezifischen Medizin noch lange nicht an ihr Ende gekommen ist.

Seit wir den ersten Bundeskongress Gender-Gesundheit 2013 ins Leben gerufen haben und zum Teil auf Verwunderung oder auch auf Ablehnung gestoßen sind, ist der Bereich der Geschlechterspezifischen Medizin um weitere Indikationen „gewachsen“ – das ehemalige „Nischenthema“ ist seit Jahren fester Bestandteil in der Fachpresse, zunehmend in den Publikumsmedien, der gesundheitspolitischen Diskussion und findet damit Eingang in die Koalitionsverträge der jeweiligen Regierungen. Auch die Diskussion um Themen speziell zu Frauen- und Männergesundheit ist dank eines wachsenden Bewußtseins um geschlechterspezifische Unterschiede bei Diagnose, Krankheitsverlauf und Therapie noch mal eine andere geworden. Themen wie Menopause oder Endometriose werden allmählich salonfähig, ebenso wie Fragen zur Männergesundheit z.B. zu Prostatakrebs oder zu psychischen Erkrankungen.

Ziel des 5. Bundeskongress Gender-Gesundheit war nun – nach der längeren Pause – 2025 nach dem dem aktuellen medizinischen und gesellschaftlichen Status Quo zu fragen.

Mit dieser Dokumentation möchten wir die vielfältigen Impulse des Kongresses aus Wissenschaft und Forschung, aber auch der Politik festhalten und einem breiteren Publikum zugänglich machen.

Wir möchten uns sehr herzlich bei der Bayerischen Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, Judith Gerlach, bedanken. Ihre Unterstützung als Schirmherrin



Dr. Martina Kloepper

hat maßgeblich zum Erfolg unseres Kongresses beigetragen. Unser besonderer Dank gilt unseren Sponsoren, ohne die dieser Bundeskongress Gender-Gesundheit an gewohntem Veranstaltungsort, der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, nicht möglich gewesen

wäre. Ebenso möchten wir uns ausdrücklich bei allen Referentinnen und Referenten sowie unseren Podiumsgästen bedanken, die mit ihrer Expertise einen tiefen Einblick in den Stand der Forschung und der Versorgungssituation gegeben haben. Eine Zusammenfassung der Vorträge finden Sie in diesem Heft. Ein herzliches Dankeschön sei auch an unser Teilnehmerinnen und Teilnehmer gerichtet, die ebenfalls mit ihrem Fachwissen und ihrer Diskussionsfreudigkeit diesen Kongress geprägt haben. Herzlich bedanken möchten wir uns auch beim medhochzwei-Verlag für die Medienpartnerschaft. Gemeinsam ist es uns gelungen, ein starkes Signal zu setzen: Nur durch die Berücksichtigung von Genderaspekten kann Gesundheitsforschung und -versorgung allen Menschen gerecht werden.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und hoffen, dass die Ergebnisse und Impulse dieses Kongresses weiterhin inspirieren und in die Praxis hineinwirken.

Mit herzlichen Grüßen

Ihre Dr. Martina Kloepper | Kongresspräsidentin
Institut für Gender-Gesundheit e.V.

Grußwort von Staatsministerin Judith Gerlach, MdL



Staatsministerin Judith Gerlach

Bayerisches Staatsministerium
für Gesundheit, Pflege und
Prävention

Sehr geehrte Frau Dr. Martina Kloepfer, sehr geehrter Herr Dr. Albrecht Kloepfer, sehr geehrte Damen und Herren aus Politik, Wissenschaft und Gesundheitswesen!

Ich begrüße Sie herzlich zum 5. Bundeskongress Gender-Gesundheit hier in Berlin. Sehr gerne habe ich die Schirmherrschaft für diese Veranstaltung übernommen, geht es doch um ein Herzensanliegen von mir! Als bayerische Gesundheitsministerin ist es mir eine besondere Ehre, diesen wichtigen Kongress zu eröffnen.

Die geschlechtersensible Medizin ist ein zukunftsweisendes Konzept, das die unterschiedlichen Bedürfnisse und Erfahrungen von Frauen und Männern in der Gesundheitsversorgung berücksichtigt.

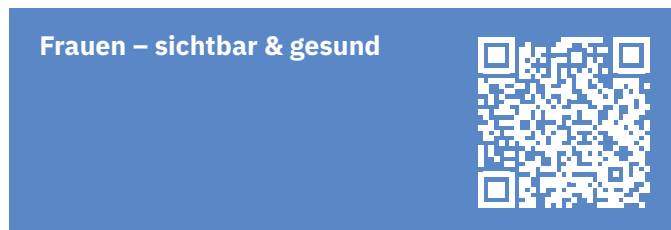
Es ist von entscheidender Bedeutung, dass wir die medizinische Forschung und die Gesundheitsversorgung so gestalten, dass sie die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse der Geschlechter widerspiegelt.

Die geschlechtersensible Medizin findet zunehmend in Forschung, Aus- und Weiterbildung sowie medizinischer Versorgung Berücksichtigung – aber noch lange nicht ausreichend. Im Vergleich zu 2013, als dieser Kongress zum ersten Mal stattfand, haben wir bereits große Fortschritte gemacht. Wir wissen, dass Männer und Frauen nicht nur unterschiedliche Krankheitsbilder aufweisen, sondern auch unterschiedlich auf Behandlungen reagieren.

Daher ist es unerlässlich, dass wir geschlechtersensible Ansätze in die medizinische Ausbildung, Forschung und Praxis noch stärker integrieren. Nur so können wir sicherstellen, dass alle Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung erhalten.

Im Rahmen des aktuellen Schwerpunktthemas des Bayerischen Gesundheitsministeriums legen wir unter dem Motto „Frauen – sichtbar und gesund“ einen besonderen Fokus auf die Frauengesundheit.

Dabei nehmen wir verschiedene gesundheitliche Aspekte im Leben von Frauen in den Blick.



Wir haben die wichtigsten Daten, Infos und Beratungsangebote zusammengefasst, so dass sie über unsere Webseite mit einem Klick abgerufen werden können.

Mein Ziel ist es, die Gesundheit von Mädchen und Frauen nachhaltig zu verbessern, über die gesamte Lebensspanne hinweg.

Warum? Es gibt zum einen gesundheitliche Besonderheiten, von denen nur Frauen betroffen sind – etwa die Wechseljahre und Erkrankungen wie Endometriose oder Gebärmutterhalskrebs.

Zum anderen gibt es Erkrankungen, die bei Frauen häufiger auftreten als bei Männern – beispielsweise Essstörungen oder Demenz.

Dazu kommen Beschwerden und Erkrankungen, die sich bei Frauen anders äußern als bei Männern, zum Beispiel Herzinfarkte.

Solche geschlechtsspezifischen Beschwerden müssen wir ernst nehmen! Schon bei unserem Themenschwerpunkt zu Herzinfarkten im Jahr 2022 war das ein besonders wichtiger Aspekt für die Information der Bevölkerung. Andere Themen, um die wir uns kümmern, sind

etwa Mädchengesundheit, Krebserkrankungen bei Frauen, Gesundheit und Kinderwunsch und die Wechseljahre, für die wir gerade eine breit angelegte Kampagne machen.

Denn noch immer sind die Wechseljahre etwas, über das viele nur verschämt sprechen. Das will ich ändern! Die Wechseljahre sind weder Tabu noch Stigma – und sie sind auch keine Krankheit.

Sie sind eine Phase im Leben jeder Frau, die nicht immer leicht ist – und die oft von Beschwerden begleitet ist. Wie man gut damit umgehen kann und was in dieser Zeit für die Gesundheit besonders wichtig ist, darüber informieren wir.

Ein Projekt, das meine volle Unterstützung hat und das auch durch einen Beschluss des Bayerischen Landtags starken Rückenwind erfährt, ist die neue Vorsorgeuntersuchung „M1“ für Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren. Die M1 wurde in Bayern entwickelt und seit Oktober 2024 im Rahmen eines Selektivvertrags bereits für Versicherte von mehr als 40 Betriebskrankenkassen in Bayern und bundesweit eingeführt!

Besonders freue ich mich, dass heute auch die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland dabei ist. Ich halte es für essentiell, dass bereits während des Studiums Aspekte der geschlechtersensiblen Medizin vermittelt werden – und nehme ein großes Interesse und eine große Offenheit der Studierenden für das Thema wahr.

Deshalb mache ich mich stark für eine Verankerung der geschlechtersensiblen Medizin in der ärztlichen Approbationsordnung und darüber hinaus auch in weiteren Studiengängen und Ausbildungen, beispielsweise in der Pharmazie, Psychologie und Physiotherapie.

Klar ist auch, dass wir die geschlechtersensible Forschung zur Verkleinerung des Gender Health Gaps weiter stärken müssen.

Ich befürworte daher sehr, dass im Koalitionsvertrag auf Bundesebene nun die Förderung von Forschung zur Frauengesundheit verankert ist, genauso wie die geschlechts- und diversitätssensible Ausgestaltung von medizinischer Vorsorge, Behandlung und Forschung.

Entscheidend ist hierbei aus meiner Sicht, dass neue Forschungsergebnisse im Rahmen translationaler Ansätze rasch Eingang in die Versorgung finden.

Ich freue mich sehr, dass wir in Bayern im letzten Jahr einen Förderaufruf zum Schwerpunktthema „Frauengesundheit und KI“ durchführen konnten. Aus den über 35 eingereichten Projektideen hat eine Fachjury drei Forschungsvorhaben ausgewählt, die jetzt in Förderprojekte umgesetzt werden.

Diese drei Projekte werden mit bis zu 9 Millionen Euro finanziell unterstützt. Wir werden sie im Rahmen eines Staatsempfangs Ende des Monats öffentlich bekanntgeben und vorstellen.

Um die geschlechtersensible Medizin weiter voranzubringen, ist die Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen gefragt. Ganz wichtig dabei sind der Austausch und die Diskussion auf Veranstaltungen wie diesem Kongress.

Daher möchte ich mich besonders bei Frau und Herrn Dr. Kloepfer bedanken, die den Bundeskongress Gender-Gesundheit nun bereits zum fünften Mal veranstalten. Das Programm des heutigen Tages verspricht sehr interessante Impulse, Beiträge und Diskussionen. Sie werden sich unter anderem mit Krebs und psychischen Erkrankungen beschäftigen.

Ich bin überzeugt, dass der Kongress uns wichtige Anregungen für unsere Aufgabe geben wird, die Gesundheitsversorgung für alle Menschen, unabhängig von ihrem Geschlecht, zu verbessern.

Gendermedizin – wenn Erkenntnis noch nicht Können bedeutet



Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel
Vorstand Krankenversorgung
(Vorsitz)
Medizinische Universität
Lausitz – Carl Thiem

Es mag fremd klingen, wenn man behauptet, dass Organe ein Geschlecht haben – so titelte das Ärzteblatt Anfang 2025. Semantisch ist dies vielleicht diskutierbar, nicht aber die Notwendigkeit und heute mögliche differenzierte Unterscheidung von Organen aus genetisch weiblichen oder männlichen Körpern.

Da man um die signifikanten Unterschiede weiß, ist es umso wichtiger, ein Bewusstsein dafür zu haben, dass Frauen fast überall – sowohl global als auch national – bei den Lebendspenden überrepräsentiert sind: 36 Prozent der Frauen und nur 27 Prozent der Männer bekennen sich klar zur Organspende (BZgA 2022). Erhalten Frauen dagegen Organe, sind sie nicht nur wegen eines erhöhten Abstoßungsrisikos bei Spenden eines männlichen Organs benachteiligt. Auch absolut gibt es ein Unterschied: 2023 waren es zu zwei Dritteln die Männer, die überhaupt eine neue Niere, Leber, Lunge oder ein neues Herz erhielten (Deutsche Stiftung Organtransplantation – DSO).

Der Genderbias zeigt sich in der Transplantationsmedizin auf allen Ebenen. Mehrere Studien zu dem „Organ-Mismatch der Geschlechter“ belegen, dass weibliche Körper grundsätzlich neue Organe schwerer akzeptieren. Ein Grund ist die, durch eine Schwangerschaft provozierte, natürliche HLA-Immunisierung. Man weiß auch, dass insbesondere Patientinnen zwischen 13-24 Jahren das höchste Transplantatverlustrisiko haben – auf der anderen Seite gibt es so wenige Organe, dass geschlechtsspezifische Unterschiede meist keine Berücksichtigung finden. Hinzu kommt, dass die Dosierungsfragen bei Immunsuppressiva für Frauen noch immer unzureichend erforscht sind. Weshalb Mädchen eine deutlich niedrigere Chance auf eine präemptive Nierentransplantation haben, lässt sich allein mit dem Erkrankungsrisiko bei Jungen nicht schlüssig erklären. Da die Gefäßentwicklung bei Mädchen vor oder schon unter Dialysebehandlung zudem schlechter ist, steigt die Benachteiligung zusätzlich. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf strukturelle Benachteiligungen im Zuteilungsprozess von Spenderorganen. Das ist nicht in erster Linie ein medizinisches Vergehen – sie zahlt aber zusätzlich auf die negative Gesamtbilanz ein, die gegen die gerechten Transplantationsoptionen und -praxis für Frauen spricht.

Auch wenn Nieren am häufigsten transplantiert werden, ist es wichtig, explizit auch auf die Herzgesundheit zu schauen und auf die bedeutsamen Genderaspekte immer

wieder hinzuweisen. Spenderherzen stehen nur wenige zur Verfügung und die Perspektive ist, präventiv die Herzgesundheit zu befördern, um zukünftig weniger Spenderherzen zu benötigen. Dafür ist es wichtig zu wissen, dass medizinische und anatomische Unterschiede auch bei Herzen bestehen. „Frauenherzen schlagen anders“ heißt eine Initiative, die aus #GoRed der American Heart Association entstand.

Historisch war es schon immer so, dass die Anatomie und Pathophysiologie ausschließlich am männlichen Körper erforscht wurden. Fatal – denn die Herzen von Männern und Frauen unterscheiden sich sowohl in der Anatomie als auch in der Funktionsweise. Die Östrogene schützen Frauen bis zur Menopause – bis zum 64. Lebensjahr sind eher Männer von Herzerkrankungen betroffen. Dann aber trifft es Frauen und Männer in gleicher Häufigkeit, aber mit anderer Symptomatik und Ausprägung. Männer empfinden z. B. eher einen schmerzhaften Druck in der Brust – häufig strahlt ein stechender Schmerz in den linken Arm aus. Dies zu deuten haben auch Frauen gelernt, die aber manchmal weitaus unspezifischere Symptome erleiden, wie Übelkeit oder Schwindel, die ebenfalls auf einen Herzinfarkt hinweisen können. Deshalb müssen auch Frauen abnormen Herzschlag, Druck in der Brust und Atemnot ernst nehmen.

Die Haltung der Ärzteschaft gegenüber Frauen in Bezug auf Herzerkrankungen hat in den letzten Jahrzehnten zur Unterdiagnose und Untertherapie von kardiovaskulären Erkrankungen bei Frauen geführt. Es besteht eindeutig die Notwendigkeit, die Unterschiede in der Entstehung, dem Verlauf und den klinischen Manifestationen von Herzkrankheiten gleichermaßen bei Frauen und Männern zu berücksichtigen.

Möglicherweise kann KI auch dazu beisteuern. Längst sind wir alle im Zeitalter der KI angekommen und wissen, dass KI dann helfen kann, wenn sie systematisch und ziel führend, überlegt und ausgereift eingesetzt wird. Die Welt lernt und der Fortschritt ist rasant. Kaum einer, der nicht

längst von KI profitiert – wissend oder unbemerkt. Und selbstverständlich ist KI in der Medizin ein Riesenthema und das schon lange. Und auch in der Gendermedizin wird KI ein besonderes Thema, denn unausgewogene Trainingsdaten, mangelnde Repräsentation von Minderheiten oder schwer nachvollziehbare Entscheidungswege verursachen schnell unerwünschten und zudem unentdeckten Bias. Spezialisten und Regulierungsbehörden fordern – zu Recht – transparente Algorithmen und kontinuierliche Überwachung gerade im klinischen Einsatz, um faire und verlässliche Diagnosen mit Hilfe von KI zu ermöglichen.

Es ist entscheidend, zu berücksichtigen und darauf zu achten, dass Transparenz, Verantwortlichkeit und Patientenschutz nur dann gewährleistet werden können, wenn ethische Aspekte in der KI-Forschung beachtet werden. Ethische Fragen mussten auch in der analogen Welt und erst recht in der digitalen und der Welt der KI strukturell in Studienberichte implementiert werden. Die speziellen und sich immer erweiternden und spezifizierenden großen Sprachmodelle (LLMs – large language models) generieren schon heute Texte, die nicht mehr nachvollziehbar sind, weil sie von menschlich verfassten Texten kaum noch zu unterscheiden sind. Das muss man nicht per se verteufeln, aber man muss es bedenken und Texte immer kritisch hinterfragen, weil man kein absolutes Vertrauen anbringen kann. Für einen ethischen angemessenen Einsatz der KI in der Medizin – ob in der Dermatologie, in der es explizit hervorragende Expertise gibt oder aber z. B. auch in gendermedizinischen Aspekten, sind explizite Regeln zu Fairness, Transparenz, Datenschutz, Rollenverteilung zwischen Ärzten, weiteren Gesundheitsberufen, Patienten und Maschinen zwingend erforderlich. Es darf nicht provoziert oder hingenommen werden, dass die Verwendung von KI zu einer weiteren Zuspitzung bereits vorhandener Ungleichheiten beiträgt.

Geschlechter-spezifische Versorgung – Wo stehen wir heute?



Prof. Dr. Ute Seeland

W3-Professorin für Innere
Medizin/Geschlechtersensible
Medizin

Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg

*Beginnen wir mit einem Zitat von E.C.Hayden
(Nature, 2010): „Der typische Schmerzpatient ist
über 55 Jahre alt und weiblich. Das typische
Forschungsobjekt in der Pharmazie ist jedoch eine
acht Wochen alte männliche Maus“.*

Diese Diskussion unter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern beschäftigt sich mit den Konsequenzen und Herausforderungen, die entstehen, wenn fast immer männliche Versuchstiere verwendet werden und an klinischen Studien, trotz gegenteiliger Versprechungen, immer noch wesentlich mehr Männer teilnehmen, und das ungeachtet der geschlechterspezifischen Inzidenz der jeweiligen Erkrankungen.

Aufgrund der mangelnden systematischen Datenerfassung in Deutschland zu unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln getrennt nach dem Geschlecht bzw. der begrenzten Möglichkeit für wissenschaftlich tätige Personen, Routinedaten der Krankenkassen und der pharmazeutischen Industrie auf Antrag für systematische statistische Analysen nutzen zu können, ist es nicht möglich, unabhängig zu beurteilen, ob die Datensätze, die für die Entwicklung der Arzneimittel genutzt werden an beiden Geschlechtern erhoben und ausgewertet worden sind. Hinsichtlich einer gewachsenen Awareness, ist ein Trend bei klinischen Studien der Pharmafirmen zu beobachten, beide Geschlechter in einem ausgeglichenen Verhältnis einzuschließen. Das bedeutet aber nicht, dass die Daten auch nach dem Geschlecht getrennt ausgewertet werden und wenn, dann in einer Subanalyse, die im Supplement veröffentlicht wird. Darüber hinaus zeigen die meisten Studien, dass die Wirkung des Arzneimittels bei beiden Geschlechtern vergleichbar gut ist. Das ist interessant, trifft aber nicht den wesentlichen Kern der Problematik. Die geschlechtersensible medizinische Forschung macht auf die Daten der Studien zur Versorgungsforschung aufmerksam. Diese zeigen für die Anzahl und Vielfalt der unerwünschten Wirkungen deutliche Geschlechter- und Altersunterschiede. Die negativen Folgen dieser unerwünschten Wirkungen betreffen fast immer das weibliche Geschlecht.

Seit 1993 werden zunehmend auch Frauen in klinischen Studien einbezogen. Erst mit dem Lehrstuhl für geschlechtersensible Medizin in Magdeburg 2024 und der Implementierung der Hochschulambulanz für geschlechtersensible Medizin und Prävention 2025 beginnt die systematische Erfassung soziokultureller Umgebungsfaktoren und der individuellen Reaktion neben den biologischen Merkmalen der Patientinnen und Patienten, die sich dort vorstellen. Das Ziel ist es, die vorhandene Datenlücke zu verkleinern, in dem die Auswertung der Daten sowohl für das biologische Geschlecht als auch für die soziokulturellen Merkmale erfolgt. Der systembiologische Ansatz bezieht sich auf das genetische Geschlecht, den hormonellen Status und das soziokulturelle Geschlecht. Darüber hinaus wird gezielt Zyklusforschung betrieben.

Begründet wird die bisherige Zurückhaltung der Forschenden und der Pharmaindustrie u. a. mit einer möglichen Schwangerschaft oder auch mit den Einflüssen des Zyklus der Frau auf die Varianz der Ergebnisse. Erstens sind diese Bedenken unbegründet und zweitens sind die Hormoneinflüsse keine Störvariablen, sondern interessante Einflussfaktoren, die eine individualisierte und personalisierte Forschung und Medizin erst möglich machen.

Für die Pharmahersteller gibt es einen entscheidenden Grund: Je differenzierter die Anforderungen an die Studien in den verschiedenen Phasen, umso finanziell aufwändiger. Wir sprechen hier von einem Mehraufwand von jeweils zwei Verum- und zwei Placebogruppen, um wenigstens die Minimalforderung der GSM+ Forschung zu erfüllen. Solange es hierzu nicht bindende Vorgaben gibt, wird sich wie nun seit 15 Jahren nach dem oben genannten Zitat in dem renommierten Wissenschaftsjournal Nature,

weiterhin nichts ändern und das weibliche Geschlecht bleibt bei den kardiovaskulären Erkrankungen und das männliche Geschlecht bei den rheumatologischen Erkrankungen, um nur zwei Beispiele zu nennen, gefährdet – und zwar lebensgefährlich.

Das Problem muss dennoch gelöst werden – im Interesse einer besseren Diagnostik und Therapie und letztlich der Kosten für die Gesellschaft. Unspezifisch wirkende Medikamente provozieren Nebenwirkungen, die zur Noncompliance führen, zu Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalten, hohem Leidensdruck. Ein Umdenken in der Gesundheitspolitik und entsprechende gesetzliche Vorgaben müssen hier für Neuausrichtungen sorgen.

Typische Beispiele für Geschlechterunterschiede bei der medikamentösen Therapie:

- Digoxin (Digitalis) – Übersterblichkeit von Frauen mit Herzinsuffizienz
- Aspirin – Primärprävention wirksam bei Männern gegen Myokardinfarkt, wirksam bei Frauen gegen Schlaganfall
- β -Blocker – CYP2D6 abhängige – vermehrt Nebenwirkungen bei Frauen
- ACE-Hemmer - vermehrt Nebenwirkungen bei Frauen (z.B. Husten)
- GPIIb/IIIa Inhibitoren – vermehrt Blutungen bei Frauen
- QTc verlängernde Medikamente – Torsade de pointes Tachykardien bei Frauen

Welche Evidenz gibt es, die es rechtfertigt theoretisches Wissen in die Praxis umzusetzen?

Bisher haben wir die meiste Evidenz zu Unterschieden die auf das biologische Geschlecht bezogen werden können in der Kardiologie wie z.B. beim Herzinfarkt oder der Herzinsuffizienz. Nicht- Wissen in anderen Fachdisziplinen bedeutet aber, nicht, keine Verantwortung für die Konsequenzen zu tragen. Die Öffentlichkeitsarbeit zu den Geschlechterunterschieden und zu Themen, die sich ausschließlich auf das weibliche Geschlecht beziehen, wie Endometriose, Symptome im Zusammenhang mit Perimenopause und Schwangerschaft, tragen zu einem vermehrten Unmut in der Bevölkerung bei. Forderungen an die Politik, das Wissen zur Endometriose für die Frauen zugänglich zu machen und die großen Kampagnen von „wir sind 9 Millionen“ u.v.m. zu den Symptomen der Wechseljahre, auch zu den Auswirkungen am Arbeitsplatz und nun endlich die Entkriminalisierung des § 218 haben nach Jahren Aufklärungsarbeit Wirkung gezeigt. Das sind frauenspezifische Themen, die lange überfällig sind, und dennoch fehlt die gleiche Aufmerksamkeit, wenn es um die Arzneimittelentwicklung der Pharmafirmen geht. Hinzu kommt, dass Deutschland den internationalen Anschluss verloren hat und die meisten Firmen keinen Hauptsitz in Deutschland haben, sodass ein Zugriff der Politik auf diesen Prozess zurzeit nur eingeschränkt möglich ist.

Um aus dieser ernsthaft problematischen Lage herauszukommen, ist die Ausbildung des medizinisch tätigen Personals und der erweiterten Gesundheitsberufe von entscheidender Bedeutung. Nur durch die vertiefende Kenntnis der physiologischen und pathophysiologischen Geschlechterunterschiede bei der Entstehung von Krankheit und der Erhaltung von Gesundheit sowie der Stoffwechselwege der einzelnen Arzneimittel und deren Inter-

aktionen, ist es dem ärztlichen Personal möglich, die Auswahl des Medikamentes zu optimieren und die Dosierung für das Individuum festlegen zu können. Um diese Ausbildung zu gewährleisten, braucht es weitere Lehrstühle für geschlechtersensible Medizin, die von Medizinerinnen und Medizinern besetzt werden, sowie die Stärkung des Grundlagenfachs Physiologie und der klinischen Pharmakologie. Der Dialog mit Entwicklern aus der pharmazeutischen Industrie, auch als Gastdozierende, sollte gesucht werden. Die zurzeit verstärkt geführte Diskussion über den Vorteil des Einsatzes von KI bei der Entwicklung von Arzneimitteln, die einer personalisierten Medizin gerecht werden, sollte unter spezieller Berücksichtigung der biologischen Geschlechterunterschiede erfolgen und die Besonderheiten des Sexualhormonverlaufs beim weiblichen Geschlecht bei der Aktivierung und Abbau des Wirkstoffs muss durch die Algorithmen berücksichtigt werden. Weitere globale Player in diesem Prozess sollten die Studierenden und Lehrenden des Studiengangs Pharmakologie sein.

Der Entwurf zur ärztlichen Approbationsordnung sieht als eines der klinischen Fächer die Gendermedizin vor. Aus wissenschaftlicher Sicht und der Sicht der Deutschen Gesellschaft für geschlechtersensible Medizin (DGesGM), sollte sich das Wording in Geschlechtersensible Medizin (GSM) ändern. Eine Kombination aus einem englischen und einem deutschen Wort kann fehlinterpretiert werden, bezogen auf den zu vermittelnden Inhalt des Faches. Es geht um die medizinischen Geschlechterunterschiede unter Berücksichtigung weiterer Diversitätsfaktoren wie den soziokulturellen Umgebungsfaktoren in Abhängigkeit vom medizinischen Kontext und der wissenschaftlichen Fragestellung (Akronym GSM+).

Aufgrund der aktuellen Haushaltspolitik ist die Umsetzung der geplanten Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzten zeitlich nicht absehbar. Zu beobachten ist ein

Braindrain aus den USA nach Deutschland Professorinnen und Professoren mit geschlechtersensibler Expertise müssen die USA verlassen, aufgrund der politischen Lage gegen jegliche Aktivitäten, die im Zusammenhang mit dem Begriff „gender“ stehen. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund des Verbots von Genderstudies in den USA, die GSM unbeabsichtigt mitbetroffen ist. Letztendlich ist zum heutigen Zeitpunkt allerdings nicht abschließend zu beurteilen, ob es sich hier wirklich um ein unbeabsichtigtes Vorgehen handelt. Einige Bundesländer und die Universitäten pflegen bereits eine „Willkommenskultur“. Die DGesGM trägt dazu bei durch die Organisation des IGM Kongresses am 18. und 19. September 2025 in Magdeburg. Hier treffen sich die renommiertesten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler weltweit.

Seit gut 23 Jahren ist bekannt, dass sich die Symptome bei einem akuten Koronarsyndrom abhängig vom Geschlecht und dem Alter unterscheiden können. Seit ca. 10 Jahren wird auf internationaler Ebene gefordert, die Geschlechterunterschiede in den medizinischen Leitlinien zu berücksichtigen. Spärlich wurde davon Gebrauch gemacht und mit ein paar wenigen Sätzen unter der Überschrift „Spezielle Gruppen“ o.ä. die „abweichenden“ Symptome beim weiblichen Geschlecht genannt. Erst 2023 wurden in den „ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes“ die Daten zu den Geschlechterunterschieden ausführlich dargestellt, allerdings als Supplementary data. Im Jahr 2024 wurde nun die erste europäische Leitlinie veröffentlicht, in der die Geschlechterunterschiede im Fließtext thematisch integriert wurden.

**ESC Guidelines for the
management of elevated blood
pressure and hypertension**



Auch wenn es sich größtenteils um die Meinung von Expertinnen und Experten handelt, so ist es ein guter Weg das Wissen zu verbreiten. Prospektive randomisierte Studien, die eine hohe Evidenz haben und eine Kausalität zulassen sind sehr kostenintensiv und aufwändig, sodass diese nach und nach integriert werden müssen.

Eine der vielen zukünftigen Aufgaben des Lehrstuhls für GSM+ in Magdeburg und aller Akteure im Gesundheitswesen ist es, die Fachgesellschaften weiterer Gesellschaften, nicht allein der Kardiologie, bei der Forschungsplanung und klinischen Umsetzung geschlechtersensibler Medizin zu unterstützen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Krebserkrankungen



PD Dr.
Andrea Kindler-Röhrborn
Institut für Geschlechter-
sensible Medizin
Universitätsmedizin Essen

Krebserkrankungen gehören zu den häufigsten sogenannten komplexen Krankheiten in Europa und stellen eine große Herausforderung für die Medizin und die Gesellschaft dar.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die meisten Menschen ein ähnliches Risiko haben an Krebs zu erkranken.

Neben anderen Risikofaktoren hat sich herausgestellt, dass Männer ein wesentlich höheres Krebsrisiko haben als Frauen. Werden die Tumoren der Reproduktionsorgane nicht berücksichtigt, erkranken im Durchschnitt 1,5-mal mehr Männer als Frauen an Malignomen in Organen, die bei beiden Geschlechtern vorhanden sind (Grafik 1a). Wenn man einzelne Krebsformen (Entitäten) betrachtet, ergibt sich ein breites Spektrum unterschiedlicher Inzidenzen; z.B. treten Karzinome der Harnblase und der Speiseröhre ca. 4-mal häufiger bei Männern als bei Frauen auf, während Bronchialkarzinome 1,2-mal mehr bei Männern entstehen (Grafik 1b). Der männliche Überhang ist bei fast allen Krebsformen zu beobachten (Haupt, Caramia et al. 2021).

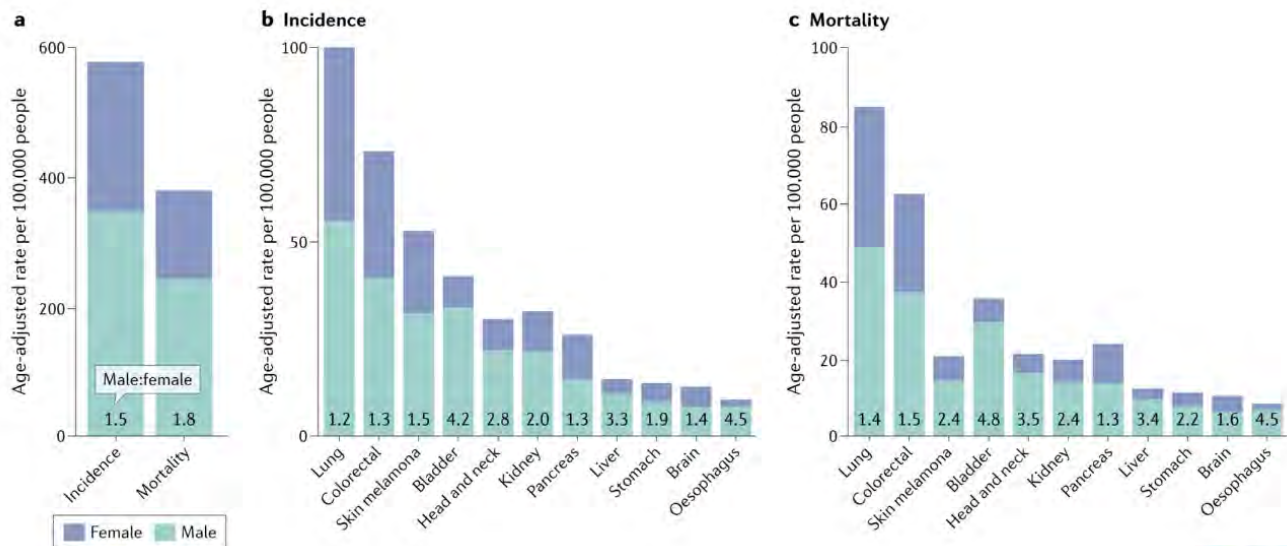
Bisher war lange nicht klar, wodurch diese Konstellation entsteht und die überwiegende Meinung bestand darin, dass die bei Männern häufiger als bei Frauen vorkommenden Lebensstilfaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und beruflich bedingte Noxen der Grund dafür sind. Ein 2022 veröffentlichtes Paper zeigte jedoch mit Hilfe einer sehr großen Kohorte von Frauen und Männern, deren Gewohnheiten über einen langen Zeitraum dokumentiert wurden, dass das erhöhte Krebsrisiko von Männern im Wesentlichen nicht allein durch Gendereffekte zu erklären ist, sondern, dass biologische Faktoren eine wichtige Rolle spielen (Jackson, Marks et al. 2022).

Dazu gehören die Geschlechtschromosomen. Initial glaubte man, dass diese nur in den Reproduktionsorganen eine Funktion ausüben. Heute weiß man jedoch, dass in den Körperzellen von Frauen und Männern die auf den Geschlechtschromosomen befindlichen Gene aktiv sind. Wenn man das Genom von Männern gegenüber dem Genom von Frauen auf der Ebene ihrer Basensequenz vergleicht, sieht man eine Diskrepanz von ca. 1,5 Prozent. Jedoch stimmen die Basensequenzen von Frauen unterschiedlicher Ethnien zu 99,9 Prozent überein. Das Gleiche

Grafik 1



Krebserkrankungen per 100 000 Frauen und Männer (ohne Tumoren des Reproduktionstrakts)



Haupt S. Nat Rev Cancer. 2021 Jun;21(6):393-407



© Universitätsmedizin Essen

gilt für Männer verschiedener Ethnien. Das bedeutet, dass gegenüber der Variation innerhalb eines Geschlechts ein 15-facher Unterschied zwischen beiden Geschlechtern besteht.

Dieser Unterschied ist vor allem dem Y-Chromosom geschuldet, dass überwiegend Sequenzen beinhaltet, die ausschließlich Männer haben. Zur Kompensation gegenüber dem einzelnen X-Chromosom bei Männern ist eines der beiden X-Chromosomen bei der Frau normalerweise inaktiviert; jedoch können ca. 15 Prozent von Genen der X-Inaktivierung entkommen.

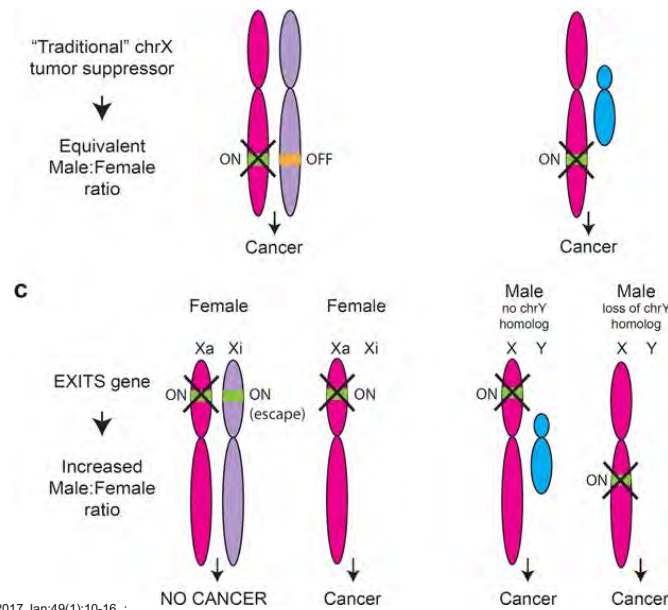
Dazu gehören auch Tumorsuppressorgene, die sich auf dem X-Chromosom befinden. Wenn eines dieser Gene durch Beschädigung funktionsuntüchtig geworden ist, kann die zweite aktive Genkopie die Tumorentstehung unterdrücken (Grafik 2) (Dunford, Weinstock et al. 2017). Es ist davon auszugehen, dass die Expression beider Allele dieser sogenannten EXITS Gene einen Teil der niedrigeren Krebsinzidenz bei Frauen im Vergleich zu Männern bei einer Reihe verschiedener Tumorentitäten erklären kann. Der Verlust des Y-Chromosoms ist ein relativ häufiges Phänomen bei vielen Krebserkrankungen, die dadurch oft ag-

gressiver ausfallen, so auch bei Harnblasenkrebs (siehe Grafik 3) (Abdel-Hafiz, Schafer et al. 2023). Es konnte gezeigt werden, dass im Tiermodell durch den Verlust des Y-Chromosoms eine immunsuppressive Umgebung entsteht, die mit einer Erschöpfung der T-Zellen einhergeht. Interessanterweise wird dadurch aber auch eine größere Sensibilität für eine ant-PD-1-zielgerichtete Immuntherapie induziert. Dadurch könnten möglicherweise Biomarker für eine verbesserte Krebs-Immuntherapie erhalten werden.

1. Abdel-Hafiz, H. A., J. M. Schafer, X. Chen, T. Xiao, T. D. Gauntner, Z. Li and D. Theodorescu (2023). „Y chromosome loss in cancer drives growth by evasion of adaptive immunity.“ *Nature* 619(7970): 624-631.
2. Dunford, A., D. M. Weinstock, V. Savova, S. E. Schumacher, J. P. Cleary, A. Yoda, T. J. Sullivan, J. M. Hess, A. A. Gimelbrant, R. Beroukhim, M. S. Lawrence, G. Getz and A. A. Lane (2017). „Tumor-suppressor genes that escape from X-inactivation contribute to cancer sex bias.“ *Nat Genet* 49(1): 10-16.
3. Haupt, S., F. Caramia, S. L. Klein, J. B. Rubin and Y. Haupt (2021). „Sex disparities matter in cancer development and therapy.“ *Nat Rev Cancer* 21(6): 393-407.
4. Jackson, S. S., M. A. Marks, H. A. Katki, M. B. Cook, N. Hyun, N. D. Freedman, L. L. Kahle, P. E. Castle, B. I. Graubard and A. K. Chaturvedi (2022). „Sex disparities in the incidence of 21 cancer types: Quantification of the contribution of risk factors.“ *Cancer* 128(19): 3531-3540.

Grafik 2

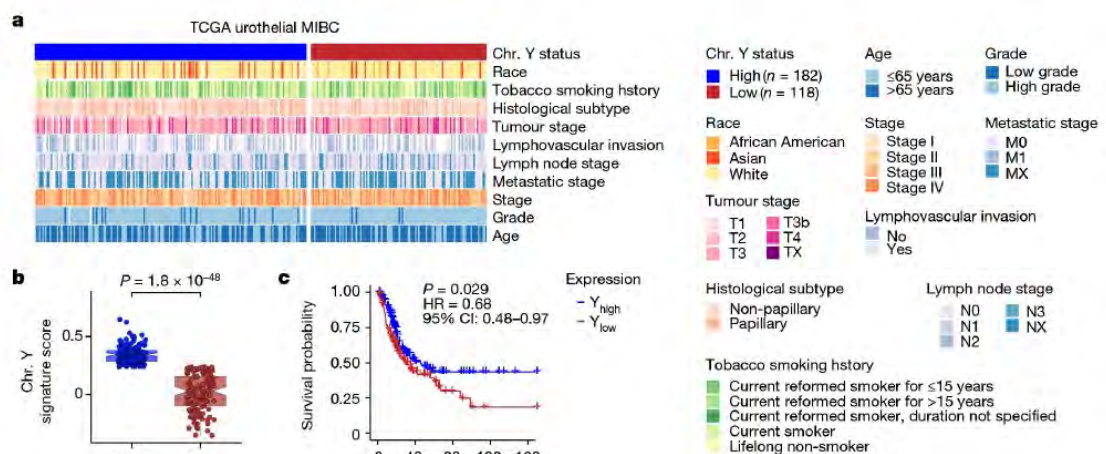
Escape from X-inactivation tumor-suppressor (EXITS) genes



Dunford A., Nat Genet. 2017 Jan;49(1):10-16. ;

Grafik 3

Der Verlust des Y Chromosoms ist mit einer schlechteren Prognose für Männer mit Harnblasenkrebs assoziiert.



Abdel-Hafiz HA et al Nature 2023 Jul;619(7970):624-631

Psychische Erkrankungen M/W



Prof. Dr. Ute Lewitzka

Professorin für Suizidologie
und Suizidprävention
Goethe-Universität Frankfurt

*Suizidprävention braucht individuelle,
geschlechter- und lebensweltgerechte
Maßnahmen.*

Dr. Albrecht Kloepper: Prof. Dr. Lewitzka, schönen Dank, dass Sie beim Bundeskongress Gendergesundheit dabei waren, und für Ihren Vortrag zu Suizidalität. Bezogen auf psychische Erkrankungen liegt die Prävalenz bei Frauen sehr viel höher als bei Männern. Spiegelt das die Realität wider oder kann das auch an einer unzureichenden Diagnostik bei Männern liegen?

Prof. Dr. Ute Lewitzka: Bei psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Angststörungen und Depressionen gibt es einen erheblich höheren Anteil von betroffenen Frauen. Im Gegensatz dazu stehen die Substanzkonsumstörungen, insbesondere Alkoholerkrankungen, von denen überwiegend Männer betroffen sind.

Es spielt aber tatsächlich eine Rolle, dass wir bei Männern bestimmte Erkrankungen immer noch weniger gut erkennen oder diagnostizieren. Ein klassisches Beispiel ist die Altersdepression, insbesondere bei Männern, die keine klassische Symptomatik aufweisen. Darüber hinaus gibt es in der älteren Generation immer noch ein großes Stigma rund um psychische Gesundheit. Das führt dazu, dass sich ältere Personen weniger gut Hilfe holen können. Das heißt, in diesem Bereich würde ich noch eine gewisse Verschiebung der Prävalenzen erwarten.

Aber grundsätzlich sind Frauen, auch aufgrund von biologischen bzw. hormonellen Faktoren häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen.

Dr. Albrecht Kloepper: Bei Frauen gibt es also einfach mehr hormonelles Durcheinander?

Prof. Dr. Ute Lewitzka: Selbstverständlich durchleben auch Männer hormonelle Veränderungen, aber die Veränderungen sind bei Frauen durch Schwangerschaft, Geburt und Wechseljahre erheblicher.

Dr. Albrecht Kloepper: Es gibt immer mehr in der Öffentlichkeit stehende Personen, die ihre psychischen Erkrankungen öffentlich machen. Sehen Sie dadurch eine Veränderung in der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen?

Prof. Dr. Ute Lewitzka: Das kann einerseits hilfreich im Sinne der Entstigmatisierung sein, wenn diese Personen mit großer Reichweite ihre mentale Erkrankung offenlegen und entsprechende Hilfsangebote aufzeigen. Das Problem andererseits ist die Versorgung, die nicht mitzieht. Eine bekannte Person wird schneller Hilfe finden, weil er oder sie weiß, welche Angebote er oder sie wahrnehmen kann und die entsprechenden Ressourcen hat. Personen, die diese Ressourcen nicht haben, warten teils monatelang auf Hilfe oder bekommen gar keinen Zugang zum System. Das heißt auch, dass während Entstigmatisierungskampagnen grundsätzlich toll sind und das Bewusstsein und das Verständnis für psychische Erkrankungen steigt, können wir die daraus entstandene Nachfrage in unserem heutigen Versorgungssystem gar nicht bedienen. Es muss also gleichzeitig dafür gesorgt werden, dass auch die Versorgungsstrukturen gestärkt und ausgeweitet werden.

Dr. Albrecht Kloepper: Schaut man sich die Suizidraten an, ist die Prävalenz zwischen Frauen und Männern umgekehrt, also haben wir zwar mehr Frauen mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen aber deutlich mehr Männer begehen Suizid. Was ist aus Ihrer Sicht die Begründungen für die Umkehr dieser Zahlen von diagnostizierter Belastung und tatsächlicher Suizidalität?

Prof. Dr. Ute Lewitzka: Tatsächlich ist es so, dass wenn man beide Outcomes, also Suizidversuche und Suizid betrachtet, jüngere Frauen eher Suizidversuche unternehmen und diese Kurve über die Lebensspanne abnimmt, während bei Männern die Kurve andersherum ist und die Suizide mit steigendem Lebensalter ansteigen. Das hat verschiedene Ursachen.

Frauen wählen eher die sogenannten weicheren und damit medizinisch gesehen nicht immer zum Tode führenden Methoden während bei Männern z.B. durch biologische Merkmale wie der Testosteronspiegel und das damit verbundene vergleichsweise aggressivere und impulsivere Verhalten die Suizidmethoden beeinflussen. Und gleichzeitig sind sie immer noch schlechter im Hilfesuchen. Das sehen wir sogar jetzt noch im Jugendbereich: Wenn wir in Schulen mit 14-, 15-, 16-Jährigen über Suizidprävention sprechen, sehen wir, dass die Angebote insgesamt helfen, aber die Jungs profitieren davon weniger als die Mädchen.

Es scheint also immer noch in der jetzigen Generation ein gewisses tradiertes Rollenbild verankert zu sein, dass es den Jungs schlechter ermöglicht, sich Hilfe zu suchen oder überhaupt zuzulassen. Natürlich ist es auch möglich, dass die Art des Angebotes die Bedarfe der Jungs nicht richtig adressiert und wir hier über andere Wege nachdenken müssen.

Dr. Albrecht Kloepper: Bräuchten Männer also eine andere Ansprache?

Prof. Dr. Ute Lewitzka: Genauso ist es. Die klassische Aufklärung und Ansprache scheint bei Männern weniger Erfolg zu haben als bei Frauen. Deshalb sind die Suizidpräventionsakteure auch am Überlegen, wo und wie Männer besser erreicht werden können. Vielleicht ist es stereotypisch im Autohaus. Oder beim Urologen. Hier gibt es z.B. in Australien bereits erste Versuche für männerspezifische Präventionsprogramme. Vielleicht braucht es auch einen anderen Ansprechpartner: Wenn ich als Frau mit einem betroffenen Mann spreche, ist das eine andere Ebene, als wenn Männer, vielleicht gleichaltrig, miteinander sprechen.

Dr. Albrecht Kloepper: Bei einer Veranstaltungsreihe, die wir im letzten Jahr zum Thema Männergesundheit gemacht haben, haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Urologen, die ja durchaus ein geeigneter Ansprechpartner wären, das Thema gar nicht oder nur teilweise auf dem Schirm haben. Wäre das eine realistische Möglichkeit für Suizidprävention?

Prof. Dr. Ute Lewitzka: Ich glaube, dafür müsste den Urologen als Erstes Zeit eingeräumt werden. Es muss also berufspolitisch ermöglicht werden. Zudem glaube ich, dass den Urologen die Sorge genommen werden muss, jetzt auch noch als Psychiater oder Therapeut zu fungieren. Darum geht es gar nicht. Vielmehr soll es hier um ein erstes Screening gehen und ggf. das Vermitteln von Hilfe und die Motivation, diese in Anspruch zu nehmen. Aber ja, grundsätzlich sehe ich den Besuch beim Urologen als eine geeignete Möglichkeit, Männer in ihrer Lebenswelt abzuholen. Wir müssen dabei jedoch beachten, dass wir damit nur die Männer erreichen, die sich ohnehin mit ihrer Gesundheit und Vorsorge beschäftigen. Vulnerable Gruppen mit geringerer Gesundheitskompetenz, die den Gang zu Vorsorgeuntersuchungen nicht finden, fallen hier durchs Raster.

Dr. Albrecht Kloepper: Ein weiteres Projekt, dass mir in diesem Zusammenhang einfällt, ist die Stiftung Männergesundheit, die sogenannte „mens sheds“ oder „Männerschuppen“ initiieren, eine Art „Kindergarten für Männer“ in der Übergangszeit zwischen Arbeitsleben und Berentung und der dadurch entstehenden Neusortierung des Alltags.

Prof. Dr. Ute Lewitzka: Ja, genau diese Angebote braucht es. Passend je nach Lebensumwelt, Interessen etc. Schwierig wird es bei den Menschen, die sich ausschließlich über Arbeit definiert haben und die über-

haupt nicht entwickeln konnten, dass es noch andere sinnstiftende Tätigkeiten gibt. Ich glaube, da ist die größte Herausforderung, diese mit alternativen Angeboten anzusprechen.

Dr. Albrecht Kloepper: Mir stellt sich natürlich gleich die Frage der Finanzierung. Wann hört die gesetzliche Krankenversicherung auf und wann fängt der Spaß an?

Prof. Dr. Ute Lewitzka: Eine Finanzierung über die Krankenkassen sehe ich nicht. Das wird schwierig. Die Frage ist trotzdem, ob es mit öffentlichen Fördermitteln gefördert oder unterstützt werden kann und welche anderen Finanzierungsmöglichkeiten außer den Krankenversicherungen es dafür geben könnte. Das ist in unserem System leider nicht so einfach.

Dr. Albrecht Kloepper: Sie haben in Ihrem Vortrag auch über die Problematik des assistierten Suizids gesprochen.

Prof. Dr. Ute Lewitzka: Auch bei dieser Thematik gibt es Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Die Kurve von Frauen ist viel höher als die von Männern. Grund dafür könnten die vorher schon angesprochenen weicheren Methoden und die niedrigere Hemmschwelle sein, die mit der Suizidassistenz zur Verfügung gestellt wird.

Dr. Albrecht Kloepper: Ich denke da auch noch an einen möglichen anderen Grund: Frauen haben mit beginnender Pflegebedürftigkeit gefühlt viel mehr den Anspruch, den Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen. Gibt es zu diesem Themenfeld bereits wissenschaftliche Erkenntnisse und Zahlen?

Prof. Dr. Ute Lewitzka: Das kann durchaus auch einer der Gründe sein, weshalb Menschen nicht mehr leben wollen, allerdings habe ich die Erfahrung gemacht, dass das auch

Männer bewegt. Bei Frauen, glaube ich, spielt das Thema Einsamkeit eine Rolle und Frauen haben in unserer Gesellschaft eine andere soziale Rolle, die sie nicht mehr erfüllen können, zum Beispiel durch Altersbeschwerden oder durch Einschränkungen. In Stereotypen gesprochen: Was für den arbeitenden Mann die Berentung ist, ist für die Frau vielleicht das Sterben des pflegebedürftigen Partners – die eigene Aufgabe und damit der wahrgenommene Sinn und Mehrwert für die Gesellschaft fällt weg und damit auch oftmals die eigene Identität.

Ein weiterer vermeintlicher Vorteil der Suizidassistenten ist die Kontrolle über das eigene Ableben. Das hat für viele Menschen eine gewisse Attraktivität.

Dr. Albrecht Kloepper: Was wünschen Sie sich von der Politik?

Prof. Dr. Ute Lewitzka: Zunächst einmal brauchen wir das Suizidpräventionsgesetz. Der Entwurf der letzten Bundesregierung reicht nicht aus. Angesichts der Alterspyramide sehe ich hier großen Aufholbedarf in der Hospiz- und Palliativversorgung und der Trauerarbeit. Hier gibt es auf jeden Fall noch einmal politischen Handlungsbedarf insbesondere in der Finanzierung. Auch das ist Suizidprävention.

Und selbst wenn die Strukturen für Hospiz- und Palliativversorgung ausgebaut werden, wird es Menschen geben, die sich weiterhin den assistierten Suizid wünschen. Deshalb brauchen wir dringend eine Regulierung der Suizidassistenten.

Dr. Albrecht Kloepper: Sind Sie grundsätzlich gegen Suizidassistenten?

Prof. Dr. Ute Lewitzka: Nein, das möchte ich ausdrücklich sagen. Ich akzeptiere, dass es die Notwendigkeit für die Suizidassistenten gibt. Nichtsdestotrotz darf sich der Staat nicht aus der Verantwortung nehmen, für alte, kranke, schwache und sterbende Menschen gut genug zu sorgen, anstatt und jetzt sozusagen lieber der Suizidassistenten die

Tür zu öffnen. Vor allem hat der Staat auch eine Schutzfunktion und muss dieser auch gerecht werden.

Dr. Albrecht Kloepper: Jetzt sind wir ein wenig von der Genderthematik abgewichen. Zum Schluss: Ihr Fazit zur Situation der geschlechterspezifischen Gesundheitsversorgung bzw. in Ihrem Fall Suizidalität?

Prof. Dr. Ute Lewitzka: Wir nehmen es scheinbar leichter hin und akzeptieren es leichter, dass 75 Prozent der Suizide von Männern begangen werden. Das würden wir bei Frauen vermutlich nicht so stehen lassen. Hier möchte ich an alle Akteure appellieren, hinzuschauen und die Versorgung und Prävention zu verbessern. Und auf der Kehrseite der gleichen Münze dürfen wir bei den Suizidversuchen und der entsprechenden Versorgung und Prävention die jungen Frauen nicht vergessen.

Dr. Albrecht Kloepper: Vielen Dank für das Gespräch.



Patientinnen und Patienten im Fokus durch geschlechtersensible personalisierte Pflege



Prof. Dr. Clarissa Kurscheid

Geschäftsführerin figus GmbH

Judith Mollenhauer

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
figus GmbH

Die guten Lebensumstände und gesicherte
Gesundheitsversorgung in Deutschland
implizieren eine gesteigerte Lebenserwartung
der Bevölkerung.

Die durchschnittliche Lebenserwartung für Frauen liegt derzeit bei 83,5 Jahren und für Männer bei 78,9 Jahren¹. Der Bedarf an professioneller Pflege und Leistungen wird durch den demografischen Wandel und der doppelten Alterung mit hochaltrigen, teils multimorbiden Menschen immer größer. Der Anspruch bei der Bedarfsdeckung liegt in der qualitativ-hochwertigen Gesundheitsversorgung. Die geschlechtersensible und personalisierte Pflege unterstützt dabei, die Qualität weiter zu verbessern.

Einordnung der geschlechtersensiblen personalisierten Pflege

Geschlechtersensible personalisierte Pflege integriert sowohl das biologische Geschlecht (engl. sex) als auch das soziokulturelle Geschlecht (engl. gender) in die Versorgungspraxis. Das biologische Geschlecht umfasst genetische und physiologische Merkmale wie Chromosomen, hormonelle Profile, Geschlechtsorgane sowie weitere genetische Determinanten, die eine Einordnung als weiblich, männlich oder intersexuell ermöglichen. Demgegenüber steht das soziokulturelle Geschlecht, wozu die Geschlechtsidentität, Geschlechterrollen, Geschlechterverhältnisse sowie das institutionelle/gesellschaftliche Geschlecht gehören. Für eine diskriminierungsfreie und gerechte Versorgung ist es darüber hinaus erforderlich, weitere Diversitätsmerkmale zu berücksichtigen. Dazu zählen unter anderem das Lebensalter, körperliche und psychische Merkmale, die ethnische Herkunft, religiös-kulturelle Zugehörigkeit und die sexuelle Orientierung. Diese intersektionalen Faktoren beeinflussen die individuellen Pflegebedarfe und sollten integrativ in die Gestaltung geschlechtersensibler personalisierter Pflegekonzepte einfließen².

Die Relevanz des Geschlechts in der Medizin und Pflege ist seit Mitte/Ende des 20. Jahrhunderts deutlich geworden. Der Contergan Vorfall in den 1950/60er Jahren zeigte, dass das Geschlecht bereits in der Forschung zwingend Beachtung finden muss. Bisher wurde Forschung überwiegend an männlichen Zellen, männlichem Gewebe, männlichen Tieren und jungen gesunden Männern durchgeführt. Der überwiegende Ausschluss der Frauen aus der Forschung zum Schutz der Person und möglichen Schwan-

gerschaft ist grundsätzlich eine relevante Maßnahme, führte jedoch zu einer enormen Wissenslücke in der Forschung über Frauengesundheit und zyklusbedingte Wirkungen. Die Bürgerrechts- und Frauenrechtsbewegungen der 1960er und 1970er Jahre trugen maßgeblich zur Intensivierung der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Diversität bei. Die US-amerikanische Ärztin Marianne Legato war in den 1990er Jahren Wegbereiterin der geschlechtersensiblen Medizin im Fachbereich der Kardiologie, woraufhin weitere Fachbereiche und die Pflegewissenschaft als junge Disziplin dem Forschungsinteresse folgten³.

Evidenzbasierte geschlechtersensible personalisierte Pflege

Die geschlechtersensible personalisierte Pflege ist eine noch junge Disziplin. Erste Studien konnten in den Pflege-Expertenstandards integriert werden. Seit den 90er-Jahren arbeiten Expertinnen und Experten unter dem Dach des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an den Expertenstandards. Insgesamt gibt es mittlerweile 12 Expertenstandards zu verschiedenen pflegerelevanten Themen, die nach § 113 SGB XI von allen Pflegefachpersonen zur allgemeinen Qualitätssicherung zu beachten sind.

Im Rahmen der kürzlich erfolgreich beendeten, Innovationsfonds geförderten, Mixed-Methods-Studie „HeartGap – Gender Health Gaps in der leitlinienorientierten stationären kardiologischen Versorgung und Implementierungsstrategien zu deren Reduktion“ (Förderkennzeichen: 01VSF22030) wurde zu Studienbeginn ein Screening der Expertenstandards durchgeführt. Ziel des Screenings war die Identifikation von geschlechter- und diversitätssensiblen Inhalten⁴. Dabei wurde festgestellt, dass zehn von elf studienrelevanten Expertenstandards geschlechter-/diversitätssensible Inhalte wie Morbiditätskennzahlen getrennt nach Geschlecht oder geschlechtersensibles Fachwissen enthielten; lediglich drei Expertenstandards (Entlassungsmanagement, Ernährungsmanagement, Harnkontinenz) beinhalteten explizite Umsetzungsmaßnahmen für die Praxis. Aus der

Screeninganalyse ergibt sich folgender Handlungsbedarf, damit zukünftig weitere Expertenstandards Umsetzungsmaßnahmen enthalten: Einerseits sollten Expertinnen und Experten durch das Methodenpapier für die Erstellung von Expertenstandards darauf hingewiesen werden, geschlechtersensible Inhalte – sofern die Studien-/Datenlage es ermöglicht – in die Expertenstandards einzuarbeiten und diese adressatengerecht als auch praxisnah aufzubereiten. Andererseits braucht es eine adäquate Studien-/Datenlage mit evidenzbasierten Erkenntnissen, die zur Erstellung der Expertenstandards verwendet werden können.

HeartGap – Gender Health Gaps
in der leitlinienorientierten
stationären kardiologischen
Versorgung und Implementie-
rungsstrategien zu deren
Reduktion



Bisher konnten folgende Bereiche der geschlechtersensiblen personalisierten Pflege aus den Expertenstandards erfasst werden:

1. gleichgeschlechtliche Pflege (Pflegerin zu Patientin, Pfleger zu Patient),
2. stationäre Aufnahme mit Erfassung von Geschlecht, Alter, Ethnie und chronische Krankheiten,
3. individuelles Ernährungs-/Schmerz-/ Inkontinenzmanagement,
4. geschlechtersensible Sturz- / Dekubitusprophylaxe,

Der Kern der Studie HeartGap war die darauffolgende Untersuchung der Fragestellung, inwiefern diese Inhalte in der Versorgungspraxis (hier auf kardiologischen Stationen) umgesetzt werden und welche Handlungsempfehlungen sich daraus ableiten lassen. Die Ergebnisse werden im Ergebnisbericht auf der Internetseite des Innovationsausschusses des Gemeinsamen Bundesausschusses publiziert.

Anwendungsbeispiel im Krankenhaus

Die benannten Bereiche der geschlechtersensiblen personalisierten Pflege sind nicht alle zwingend im Versorgungsalltag umzusetzen. Vorheriges aktives Zuhören, adäquat Fragen zu stellen und entsprechend mit den Patientinnen und Patienten zu kommunizieren, ist der Weg über die personenzentrierte Pflege zum Behandlungserfolg⁵. Problematisch wird es, wenn Pflegefachpersonen nicht genügend Zeit für die Versorgung haben oder beispielsweise, wenn Patientinnen und Patienten die gleichgeschlechtliche Pflege wünschen, dieser Wunsch aufgrund der Personalsituation nicht erfüllbar ist. Aufgrund der Geschlechterverteilung im Pflegeberuf (82 Prozent Pflegerinnen und 18 Prozent Pfleger⁶) ist die gemischtgeschlechtliche Schichtplanung und die gleichgeschlechtliche Pflege von insbesondere Pfleger zu Patient nicht immer möglich⁷.

Fazit

Patientinnen und Patienten sollen durch die Stärkung patientenzentrierter Versorgung im Mittelpunkt stehen. Den ersten Schritt dafür leistet die geschlechtersensible personalisierte Pflege. Den Rahmen für politische und gesellschaftliche Ausgestaltung setzt das Gender Mainstreaming, das als Leitbild für Geschlechtergerechtigkeit fungiert und bei jeglichen Vorhaben das Interesse von Frauen und Männern systematisch einbringen soll⁸.

Folgenden Herausforderungen sollte zukünftig begegnet werden, um geschlechtersensible personalisierte Pflege zu fördern:

- Berücksichtigung des Themas im Ausbildungs-/ Studiumscurriculum der Pflege
- Dem Fachkräftemangel begegnen und mehr Zeit für die Pflege im Versorgungsalltag schaffen, um intensiver auf Patientinnen und Patienten eingehen und mit ihnen kommunizieren zu können
- Geschlechtergerechte Organisationsstruktur/-kultur aufbauen und dabei Geschlechterbalance in der Pflege unter Fachpersonal und Leitungspositionen anstreben

In dem aus der HeartGap Studie hervorgegangenem Scoping Review wurden in den vier Dimensionen Politik, Education, Forschung & Wissenschaft und Versorgungseinrichtungen verschiedenste Maßnahmen zur Verbesserung der Implementierung von geschlechtersensibler personalisierter Versorgung identifiziert und in Handlungsempfehlungen formuliert, die durch eine holistische Strategie die Theorie in die Praxis bringen⁹.

Multifarious approaches of implementation to transfer gender sensitivity in health care practice: a scoping review



Quellen

1. Destatis (2024): Sterbefälle und Lebenserwartung. Online: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html zuletzt geprüft am 30.07.2025.
2. Seeland, U (2023): Geschlechtersensible medizinische Ansätze in der Kardiologie. In: Deutsche medizinische Wochenschrift (1946) 148 (9), S. 538–546. DOI: 10.1055/a-1892-4687.
3. Legato, Marianne J.; Colman, Carol (1991): The female heart: the truth about women and coronary artery disease / Marianne J. Legato and Carol Colman. New York: Simon & Schuster.
4. Sgraja, S; Mollenhauer, J; Kloepfer, M; Seeland, U; Kurscheid, C; Amelung, V (2024): Gender health gaps in guideline-based inpatient cardiovascular medical and nursing care and implementation strategies to reduce the gap (HeartGap): A mixed methods study protocol. PLoS ONE 19(4): e0301732. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301732>.
5. Ried, C. (2025): Geschlechtersensible Pflege. Frauen sind kritischere Patientinnen. Online: <https://www.evangelisch.de/inhalte/238495/25-01-2025/gendersensible-pflege-frauen-sind-kritischere-patientinnen> zuletzt geprüft am 31.07.2025.
6. Radtke, R (2024): Geschlechterverteilung unter sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege und insgesamt in Deutschland im Jahr 2023. Online: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029877/umfrage/verteilung-von-pflegekraefte-in-deutschland-nach-pflegeart-und-geschlecht/> zuletzt geprüft am 31.07.2025.
7. Schermann, K.; Müller, G.; Deufert, D (2025): Geschlechtersensibilität – Berücksichtigungswürdige Aspekte für Gesundheits- und Krankenpflege. Online: <https://magazin.pflegenetz.at/artikel/geschlechtersensibilitaet-beruecksichtigungswuerdige-aspekte-fuer-gesundheits-und-krankenpflege/> zuletzt geprüft am 30.07.2025.
8. Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2021): Gender Mainstreaming. Online: <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/themen/gleichstellung/gleichstellung-und-teilhabe/strategie-gender-mainstreaming/gender-mainstreaming-80436> zuletzt geprüft am 31.07.2025.
9. Mollenhauer, J; Sgraja, S; Seeland, U; Kloepfer, M; Amelung, V; Kurscheid, C (2025): Multifarious approaches of implementation to transfer gender sensitivity in health care practice: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2025 Jun 28;25(1):825. doi: 10.1186/s12913-025-13032-w.

Gendergesundheit ist ein Qualitätsmerkmal guter Gesundheitspolitik für alle



Emmi Zeulner

MdB (CDU/CSU), Mitglied des Gesundheitsausschusses

Geschlechtersensible Forschung und Politik nimmt alle mit ihren Lebensrealitäten in den Blick und versorgt sie bestmöglich.

Wo sehen Sie in der Bundespolitik aktuell die wichtigsten Hebel, um Gendergerechtigkeit im Gesundheitswesen zu fördern?

Gendergerechtigkeit im Gesundheitswesen darf kein Nischenthema sein, sondern muss als Voraussetzung für Qualität, Fairness und Effizienz in der Versorgung verstanden werden. Ein zentraler Hebel, um dies zu fördern, ist die stärkere Integration von geschlechtersensibler Medizin in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung und auch im Bewusstsein der Menschen selbst. In vielen Bereichen stecken wir noch in den Kinderschuhen, wenn es um die Berücksichtigung und Erforschung geschlechtsspezifischer Gesundheitsbedürfnisse geht. Das zeigt sich etwa in der unzureichenden Behandlung von Erkrankungen wie Endometriose, Lipödem oder Wechseljahrsbeschwerden, die häufig unterdiagnostiziert bleiben. Frauen leiden oftmals leise und werden viel zu spät mit ihren Beschwerden wahr- und ernstgenommen. Leidenswege von 10 Jahren bei einer Endometriose-Betroffenen sind keine Seltenheit. Ein so langer Leidensweg ist inakzeptabel und stellt eine systemische Versorgungsproblematik dar.

Für mich gibt es vier zentrale Handlungsfelder, auf die wir uns konzentrieren müssen:

Erstens: Das gesellschaftliche Bewusstsein für gesundheitliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern muss durch gezielte Aufklärung gestärkt werden – bei den Betroffenen selbst und beim medizinischen Personal.

Zweitens: Nachwuchsförderung in der Lehre. Das heißt wir brauchen zum einen mehr Professuren für geschlechtersensible Medizin, da Deutschland mit derzeit nur zwei aktiven Professuren sehr schwächelt. Und zum anderen müssen in der medizinischen Ausbildung verpflichtende Lehrpläne eingeführt werden, die frauenspezifische Gesundheitsprobleme und deren Behandlung etablieren.

Drittens: Wir müssen die Sammlung und Auswertung von Gesundheitsdaten, insbesondere von Routinedaten aus der Praxis, verbessern, um geschlechterspezifische Unterschiede systematisch zu erfassen, um eine Basis für die Forschung und auch die Arzneimittelherstellung zu haben. Im Rahmen der Digitalisierungsstrategie gilt es darauf zu achten, dass Datensätze geschlechterspezifisch auswertbar sind.

Und Viertens: Geschlechtergerechte Versorgung muss in den offiziellen Leitlinien des Gesundheitswesens, in den politischen Gremien und bei der Bedarfsplanung stärker verankert werden. Nur so kann sie in der Praxis tatsächlich umgesetzt und adäquat vergütet werden, um letztlich bei den Patientinnen und Patienten anzukommen.

Gibt es Themenfelder in der geschlechterspezifischen Versorgung, bei denen Sie einen besonderen politischen Handlungsbedarf sehen?

Besonderer Handlungsbedarf besteht für mich da, wo Patientinnen und Patienten aufgrund der Unwissenheit oder der Untätigkeit unseres Systems mehr leiden, als es sein müsste. Beispielsweise betrifft dies die bereits erwähnte unzureichende Versorgung von Frauen mit Endometriose, Lipödem, Migräne oder während der Wechseljahre. Es fängt aber auch schon im Kleinen in meiner Heimat Oberfranken an, wenn junge Mädchen und Frauen im Umkreis von 30 km keinen wohnortnahen Gynäkologen finden – ein konkreter Mangel in der Versorgung, der ganz konkrete Auswirkungen auf die geschlechtersensible Medizin im Alltag hat. Die gesundheitliche Versorgung von Kindern, Männern und Frauen muss vor Ort sichergestellt werden, damit bei Bedarf frühzeitig weitere Behandlungsschritte eingeleitet werden können. Fehlt diese Grundversorgung, führt das oft zu langen Leidenswegen der Betroffenen. Bei einem so teuren Gesundheitssystem, wie dem unseren, ist es inakzeptabel, dass solche Versorgungsengpässe existieren. Deswegen müssen wir auch an die Bedarfsplanung ran, denn diese darf nicht starr an Quoten hängen, die die Versorgungsrealität vor Ort nicht abbilden, sondern muss wirklich hinschauen, wo welche Bedarfe sind und dann anhand dieser die benötigte Versorgungsstruktur anbieten. Ein weiterer Handlungsbedarf besteht in der geschlechterspezifische Arzneimittelforschung. Frauen sind in klinischen Studien nach wie vor unterrepräsentiert, und viele Medikamente werden auf Basis von Daten entwickelt, die nicht auf ihren Stoffwechsel oder ihre Lebensrealitäten abgestimmt sind. Hier gilt es Rahmenbedingungen zu schaffen, die Studien mit differenzierten Auswertungen verpflichtend machen.

Welche konkreten politischen Initiativen Ihrer Fraktion gab es zur besseren Integration von Genderaspekten in der Versorgung und welche sind geplant?

Die Unionsfraktion hat sich bereits in der letzten Legislaturperiode wiederholt für eine stärkere Berücksichtigung frauenspezifischer Erkrankungen und Versorgungsbedarfe eingesetzt – beispielsweise durch Anträge und Veranstaltungen zur besseren Erforschung von Endometriose und zu einer nationalen Wechseljahrsstrategie. Auch konnten wir mit der SPD das Thema der geschlechterspezifischen Gesundheit im Koalitionsvertrag verankern und damit einen wichtigen Schwerpunkt setzen. Dies werde ich selbstverständlich weiter vorantreiben, Initiativen anstoßen und diese mit Leben füllen. Bei der Endometrioseversorgung möchte ich mich zum Beispiel weiter für eine Stärkung und einen Ausbau der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung einsetzen. Denn diese Versorgung ist auf die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Erkrankungen ausgelegt. Ein solches Angebot würde die Behandlung von Endometriose-Patientinnen deutlich verbessern, da hiermit der Zugang zu einer spezialisierten Versorgung erleichtert würde. Das müssen wir in die Fläche bringen.

Bei den Wechseljahren werden wir auf unserem Antrag aus dem letzten Jahr aufbauen und eine nationale Wechseljahrsstrategie entwickeln, die sowohl die Vorsorge als auch das Wissen um dieses große Feld verbessern. Dazu gehört auch, dass wir in das Berufsleben betroffener Frauen schauen und wo man über betriebliches Gesundheitsmanagement ansetzen kann. Denn es ist eben mehr als nur ein bisschen schwitzen oder Stimmungsschwankungen. Diesen Mythos gilt es anzugehen, um Hilfe, dort wo sie gebraucht wird, auch anzubieten. Es darf für Hausärzte nicht zur „Büchse der Pandora“ werden, wenn sie bei Frauen ab 40 das Thema Wechseljahre ansprechen, sondern es muss zur Selbstverständlichkeit werden. Es geht also wieder um das Bewusstsein aller.

Aber auch das Thema Lipödem gilt es eng mit der Entscheidung des GBA zur Liposuktion zu begleiten. Bei den Kindern und Jugendlichen möchte ich einen Pakt für die

Kindergesundheit, ähnlich der Vorlage aus Bayern, auch auf Bundesebene erreichen. Doch auch die Männergesundheit wird ein Fokus werden. Denn das ist es was eine geschlechtersensible Forschung und Politik ausmacht: alle mit ihren Lebensrealitäten in den Blick nehmen und bestmöglich versorgen.

Welche Rolle spielt Intersektionalität in Ihrer politischen Arbeit zu Gesundheit?

Wenn wir Versorgungsgerechtigkeit ernst meinen, müssen wir die Intersektionalität mitdenken und soziale Determinanten, Bildungsniveau, Herkunft, Alter oder auch Behinderung einbeziehen. Denn Studien zeigen, dass der soziale Status einen erheblichen Einfluss auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung hat – Menschen mit niedrigerem Einkommen und Bildung erhalten oft schlechtere medizinische Versorgung, nehmen weniger präventive Maßnahmen wahr und leiden häufiger unter chronischen Erkrankungen. Die Versorgung darf nicht vom Wohnort oder dem Geldbeutel abhängen. Sie muss allen Menschen gleichwertig zur Verfügung stehen. Nur so können wir wirksame und niedrigschwellige Lösungen vor Ort schaffen, die wirklich bei den Menschen ankommen. Gerade im Kontext des demografischen Wandels und der steigenden Bedeutung von Pflege und Gesundheit liegt mir die Zusammenarbeit mit Partnern aus der Praxis und Lehre besonders am Herzen, um intersektionale Perspektiven umfassend zu verankern. Ein besonders schönes Projekt ist der Stiftungslehrstuhl zum Thema barrierefreies Wohnen, den ich gemeinsam mit der Hochschule Coburg entwickeln konnte und der im Wintersemester 2026 an den Start gehen soll. Ziel muss es sein, dass zukünftige Fachkräfte nicht nur Barrierefreiheit, sondern die vielfältigen Überschneidungen von Benachteiligungen und unterschiedlichen Lebensrealitäten verstehen und in Ausbildung sowie Versorgung ganzheitlich berücksichtigen können.

Abschließend: Was sind Ihre ganz persönlichen politischen Ziele – auch im Bereich Gendergesundheit – in dieser Legislaturperiode und was macht für Sie gute Politik aus?

Als gelernte Krankenschwester ist es für mich wichtig, immer von der Versorgung her zu denken. Gute Politik bedeutet für mich: ehrlich zuhören, die konkreten Bedarfe und Sorgen der Menschen erkennen – und dann wirklich etwas für den einzelnen Menschen in seiner Lebensrealität zum Besseren verändern, anstatt nur in der Theorie hängen zu bleiben. Dann merkt man, dass die flächendeckende ärztliche Versorgung im ländlichen Raum ein großes Thema ist, das den Menschen Sorgen macht. Sei es bei Kinder-, Frauen- oder Hausärzten. Die medizinische und pflegerische Versorgung der Menschen wird eines der großen Zukunftsthemen sein, das wir lösen müssen. Ich sehe es als einen elementaren Bestandteil unserer Politik an, dass wir dieses Thema lösen, denn es ist demokratiegefährdend es nicht zu tun. Die Leute brauchen keine gut gemeinten Absichtserklärungen, sondern Politik, die wirkt, sonst verlieren sie immer mehr das Vertrauen in die Lösungskompetenz der Politik. Das muss unser Antrieb sein, wirklich in den Lebensrealitäten der Menschen etwas zum Besseren bewirken zu wollen.

Im Bereich geschlechtersensibler Versorgung gehören zu meinen Zielen unter anderem: eine bessere Versorgung von Patientinnen mit Endometriose, die Erarbeitung und Umsetzung einer nationalen Wechseljahrsstrategie und die Sicherung einer wohnortnahen gynäkologischen Versorgung – auch im ländlichen Raum. Dafür brauchen wir auf Bundesebene auch die Aufnahme von Genderaspekten in die medizinischen Leitlinien und neben mehr Forschung zusätzliche Professuren für geschlechtersensible Medizin. Ein Herzensanliegen ist mir auch, die Perspektive der Betroffenen selbst stärker einzubeziehen. Denn Gesundheitsgerechtigkeit beginnt wie gesagt damit, Menschen mit ihren Beschwerden ernst zu nehmen – unabhängig von Geschlecht, Herkunft, Alter oder sozialem Status. Denn am Ende ist Gendergesundheit kein Tabu- oder Nischenthema, sondern es ist ein Qualitätsmerkmal guter Gesundheitspolitik für alle.

Gerechte Versorgung beginnt mit geschlechtersensibler Forschung



Serdar Yüksel

MdB (SPD)

Mitglied des Gesundheitsausschusses

Um Gendergerechtigkeit im Gesundheitswesen zu fördern, braucht es gezielte Förderprogramme, gesetzliche Vorgaben und die Förderung von Genderkompetenz in der medizinischen Ausbildung.

Wo sehen Sie in der Bundespolitik aktuell die größten Hebel, um Gendergerechtigkeit im Gesundheitswesen zu fördern?

Ein zentraler Hebel liegt in der systematischen Integration von Genderaspekten in die Gesundheitsforschung und Versorgung. Studien zeigen, dass Frauen und Männer unterschiedliche Krankheitsverläufe und Therapieerfolge aufweisen – etwa bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wo Frauen oft unterdiagnostiziert werden (European Heart Journal, 2020). Die Bundespolitik kann durch gezielte Förderprogramme und gesetzliche Vorgaben die geschlechtersensible Forschung und Versorgung stärken. Zudem ist die Förderung von Genderkompetenz in der medizinischen Ausbildung ein wichtiger Hebel.

Sehen Sie Themenfelder in der geschlechterspezifischen Versorgung, um die sich Politik vordringlich kümmern sollte? Inwieweit liegt hier politische Verantwortung, z.B. in der Forschungspolitik?

Ja, insbesondere chronische Erkrankungen, psychische Gesundheit und reproduktive Gesundheit weisen deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Die Politik trägt Verantwortung, diese Unterschiede durch gezielte Forschung zu erfassen und in Leitlinien zu integrieren. Die Förderung von geschlechterspezifischer Forschung ist essentiell, da laut Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) nur etwa 30 Prozent der klinischen Studien geschlechtsspezifische Analysen berücksichtigen.

Gibt es konkrete politische Initiativen Ihrer Fraktion zur besseren Integration von Genderaspekten in der Versorgung?

Unsere Fraktion setzt sich für die verbindliche Verankerung von Genderaspekten in der medizinischen Forschung und Versorgung ein. Dazu gehören Anträge zur Förderung geschlechtersensibler Studien, die Einführung von Genderkompetenz in der Aus- und Weiterbildung sowie die

Unterstützung von Pilotprojekten zur geschlechterspezifischen Versorgung in Krankenhäusern und Praxen.

Wie nehmen Sie das öffentliche und politische Interesse an Gendergesundheit wahr – steigt die Sensibilität?

Das Interesse wächst deutlich. Medienberichte und wissenschaftliche Publikationen zum Thema Gendergesundheit nehmen zu, und auch politische Debatten reflektieren verstärkt die Bedeutung geschlechterspezifischer Gesundheitsversorgung. Die COVID-19-Pandemie hat zudem gezeigt, wie wichtig die Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden bei Erkrankungsverläufen und Impfstrategien ist.

Welche Rolle spielt Intersektionalität in Ihrer politischen Arbeit zu Gesundheit bzw. in der Arbeit Ihrer Fraktion?

Intersektionalität ist ein zentraler Ansatz, da Gesundheitsungleichheiten oft durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren entstehen. Unsere politische Arbeit berücksichtigt daher nicht nur Geschlecht, sondern auch Herkunft, soziale Lage und weitere Dimensionen, um passgenaue und gerechte Gesundheitsangebote zu fördern. Studien belegen, dass z.B. Frauen mit Migrationshintergrund häufiger schlechteren Zugang zu Gesundheitsleistungen haben (BARMER Arztreport, 2022).

Was sehen Sie für Möglichkeiten, die Abbildung geschlechtergerechter Strukturen im Gesundheitssystem (Verbände, Institutionen) und in Lehre und Forschung (Universitäten, Dekanate, Lehrstühle) weiter zu verbessern?

Eine stärkere Förderung von Frauen in Führungspositionen im Gesundheitswesen und in der akademischen Me-

dizin ist entscheidend. Programme zur Gleichstellung, Mentoring und transparente Berufungsverfahren können helfen. Zudem sollten Genderaspekte verpflichtend in Curricula integriert werden. Die Etablierung von Genderbeauftragten in Institutionen kann die Umsetzung begleiten und kontrollieren.

Was plant die neue Bundesregierung in Bezug auf Gendergesundheit? Was sind hier Ihre persönlichen Ziele und Schwerpunkte?

Die Bundesregierung hat angekündigt, Gendergerechtigkeit als Querschnittsthema in Gesundheitspolitik und Forschung zu verankern. Geplant sind u.a. die Ausweitung geschlechterspezifischer Forschungsförderung und die Stärkung von Genderkompetenz in der medizinischen Ausbildung. Persönlich setze ich mich dafür ein, dass diese Maßnahmen verbindlich umgesetzt und mit ausreichenden Mitteln ausgestattet werden, um eine gerechte und wirksame Gesundheitsversorgung für alle Geschlechter sicherzustellen.

Berichte aus den Workshops

Workshop 1

Onkologie im Dialog am Beispiel von Brustkrebs und Prostatakrebs

Prof. Dr. med. Marion Kiechle,

Klinikum rechts der Isar TUM &

Prof. Dr. med. Frank Christoph,

Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

Brustkrebs und Prostatakrebs gehören zu den häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland – doch die Vorsorgechancen sind ungleich verteilt, berichten Prof. Dr. med. Marion Kiechle vom Klinikum rechts der Isar TUM und Prof. Dr. med. Frank Christoph der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg.

Während Frauen von einem organisierten, flächendeckenden Mammographie Screening profitieren, gibt es für Männer bislang kein strukturiertes Einladungsprogramm zur Früherkennung von Prostatakrebs. Der Test auf prostataspezifische Antigene (PSA-Test) ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss als Screening anerkannt und bleibt in der Regel eine kostenpflichtige Selbstzahlerleistung. Diese strukturelle Ungleichheit führt zu einem „Gender Gap“, der sich in späteren Diagnosen und schlechteren Therapieoptionen für Männer niederschlägt. Die Teilnehmenden des Workshops fordern daher ein intelligentes, risikoadaptiertes Screening, das geschlechtssensitiv gestaltet ist und individuelle Risikofaktoren berücksichtigt. Parallel braucht es gezielte, frühzeitige Aufklärung – auch und besonders bei Jungen und jungen Männern –, um Hemmschwellen abzubauen und die Teilnahme an Vorsorgeprogrammen zu erhöhen.

Durch eine frühere Erkennung und individuell angepasste Therapien könnten Heilungschancen und Lebensqualität bei beiden Krebsarten deutlich verbessert werden. Der Schlüssel liegt in innovativer Diagnostik, interdisziplinärer Zusammenarbeit und dem Abbau struktureller Unterschiede im Gesundheitssystem.

Workshop 2

Gesundheitsressourcen für die Psyche des Mannes

Prof. Dr. Doris Bardehle,
Stiftung Männergesundheit

Der Workshop der Stiftung Männergesundheit machte deutlich, dass in der Versorgung der psychischen Gesundheit von Männern erheblicher Reformbedarf besteht. Besonders Lebensübergänge – wie etwa der Eintritt in die Vaterschaft oder der Übergang in den Ruhestand – können erhebliche psychische Belastungen mit sich bringen. Unterstützung bieten dabei sowohl innere als auch äußere Gesundheitsressourcen. Dazu zählen etwa eine gezielte Aufklärung über männerspezifische Gesundheitsprobleme, die Stärkung persönlicher Kompetenzen wie Selbstwertgefühl, Gesundheits- und Konfliktlösungskompetenz, ein gesunder und ausgewogener Umgang mit den eigenen Gefühlen sowie die Förderung entsprechender Forschung.

Ein anschauliches Beispiel sind die sogenannten „Männerschuppen“ (Mens Sheds), wie Prof. Dr. Doris Bardehle von der Stiftung Männergesundheit erläuterte. Diese niedrigschwelligen, gemeinschaftsbasierten Angebote richten sich insbesondere an ältere Männer und zielen darauf ab, individuelle Gesundheitsressourcen zu stärken – beispielsweise durch gemeinsames Handwerken oder Kochen.

Die Teilnehmenden des Workshops waren sich einig: Es braucht grundsätzlich niedrigschwellige Angebote in den Lebenswelten von Männern sowie eine langfristige, verlässliche Finanzierung dieser Strukturen. Ebenso müssen die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen – vor allem bei Jungen und Männern – zielgruppengerecht vorangetrieben und psychotherapeutische Strukturen ausgebaut werden. In der Diskussion wurde deutlich, dass

Prävention und Versorgung psychischer Erkrankungen nicht allein Aufgaben des Gesundheitssektors sind. Vielmehr bedarf es eines gesamtgesellschaftlichen, ressortübergreifenden Ansatzes, um wirksam und nachhaltig zu handeln.

Workshop 3

Frauengesundheit und Prävention in den verschiedenen Lebensphasen

Dr. med. Christiane Wessel,
frauen + vital

Im Rahmen des Workshops „Frauengesundheit“ beleuchtete Dr. Christiane Wessel gesundheitliche Herausforderungen von Frauen über alle Lebensphasen hinweg – von der Pubertät bis ins hohe Alter. Zentrale Themen waren Menstruationsbeschwerden, Verhütung, Schwangerschaft, Menopause sowie Prävention chronischer Erkrankungen.

Bereits in der Adoleszenz besteht hoher Informations- und Versorgungsbedarf: Bis zu 50 Prozent der Schülerinnen fehlen aufgrund von Regelschmerzen im Unterricht, 33 Prozent kennen kein geeignetes Schmerzmittel. Präventionsstrategien wie kultursensible Aufklärung und niedrigschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln könnten ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche reduzieren. Im reproduktiven Alter stellen Übergewicht, Rauchen und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft weiterhin relevante Risiken dar. Die Referentin forderte verstärkte Gesundheitskompetenzvermittlung, bezahlbare Sportangebote und eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, um Schwangerschaften in ein gesünderes Alter zu verlagern. In der Menopause leiden rund zwei Drittel der Frauen unter Beschwerden, die sich spürbar auf Arbeitsfähigkeit und Erwerbsverläufe auswir-

ken. Präventionsschwerpunkte liegen hier bei Osteoporose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Brust- und Darmkrebs. Ein stärkerer Fokus auf Früherkennung sowie auf Lebensstilinterventionen könnte Erkrankungs- und Sterberaten senken.

Die vorgestellten Daten verdeutlichen: Frauengesundheit ist ein Querschnittsthema, das von frühkindlicher Prävention über reproduktive Gesundheit bis zu altersgerechter Versorgung reicht. Politische Hebel liegen insbesondere in Aufklärung, Präventionsfinanzierung, struktureller Familienunterstützung und einer gendersensiblen Ausgestaltung des Gesundheitssystems.

Workshop 4

Aus- und Weiterbildung

**Maram Mahfoud &
Carina Herrmann,**

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in
Deutschland (bvmd) &

Doctor medic Martina Waldherr,
München Klinik

Eine moderne Gesundheitsversorgung muss geschlechtsspezifische und diversitätssensible Aspekte fest im Medizinstudium und in der Weiterbildung verankern. Im Fokus standen zwei Schwerpunkte – die Arbeit des bundesweiten Studierendenprojekts „Diversität in der Medizin“ (DIM), vorgestellt durch Maram Mahfoud und Carina Herrmann, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) und das Fortbildungskonzept „Culture, Sex & Gender in der Notfallmedizin“ der München Klinik, vorgestellt von Doctor medic Martina Waldherr.

DIM forderte einheitliche Standards zur Gendermedizin in allen Fakultäten, eine didaktische Qualifizierung des Lehrpersonals sowie faire, praxisorientierte Prüfungsfor-

mate. Strukturell sei der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM 2.0) mit seinen verankerten Genderaspekten konsequent umzusetzen – eine Reform, die bislang mehrfach verschoben wurde und nun für 2027 geplant ist. Hier sind Bund, Länder und Fakultäten gleichermaßen in der Verantwortung, Rahmenbedingungen zu schaffen, die den Reformwillen nicht auf Kosten der Studierenden realisieren.

Das Projekt der München Klinik „Culture, Sex & Gender in der Notfallmedizin“ zeigte praxisnah, wie Sensibilisierung für Geschlecht, Hautfarbe, Kultur und individuelle Faktoren zu einer gleichwertigeren Akutversorgung führt. Die Auswertung von über 160 Teilnehmenden ergab, dass schon kleine Veränderungen – von der differenzierten Symptombewertung über reflektierte Sprache bis hin zu angepassten Dosierungen – spürbare Verbesserungen in der Patientenversorgung ermöglichen.

Das Fazit: Ohne klare politische Weichenstellung droht geschlechtersensible Medizin Stückwerk zu bleiben. Nur durch verbindliche Curricula, gezielte Qualifizierung und den Transfer erfolgreicher Pilotprojekte in die Breite kann eine gerechte, patientenzentrierten Gesundheitsversorgung sichergestellt werden.

Novartis-Workshop:

Chancen der Telemedizin am Beispiel dermatologischer Erkrankungen

Dr. Estefanía Lang,

Dermatologin, Fachärztin für Haut- und
Geschlechtskrankheiten (dermanostic) &

Tim Schneider,

Leiter des Arbeitskreises Telemedizin vom
Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung

Im Rahmen des Workshops mit Dr. Estefania Lang, Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten (dermanostic) und Tim Schneider, Leiter des Arbeitskreises Telemedizin vom Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung wurde intensiv über die Möglichkeiten der Telemedizin, insbesondere bei dermatologischen Erkrankungen, diskutiert.

Hauterkrankungen sind für die Betroffenen generell belastend, für Frauen aber zusätzlich mit einer größeren psychischen Belastung verbunden. Am Beispiel der chronisch spontanen Urtikaria (csU), von der Frauen doppelt so häufig betroffen sind wie Männer, lässt sich der lange Leidensweg bis zur Diagnosestellung und schließlich einer effektiven Therapie aufzeigen. Chronisch spontane Urtikaria ist eine Autoimmunerkrankung, die ab einer Dauer von mindestens sechs Wochen als chronisch gilt. Typisch für diese Erkrankung sind plötzliche, wiederkehrende Quaddeln, die einen starken Juckreiz hervorrufen, sowie schmerzhaftes Angioödem ohne erkennbaren Auslöser.

Trotz des hohen Leidensdrucks und der eingeschränkten Lebensqualität erhalten viele Patientinnen und Patienten keine angemessene Behandlung. Besonders das seelische Wohlbefinden und soziale Beziehungen leiden deutlich darunter. Im Rahmen des Workshops wurde diskutiert, inwieweit eine telemedizinische Betreuung die Versorgung von csU-Betroffenen verbessern könnte und welche Möglichkeiten sich generell für die Versorgung z.B. von chronisch Erkrankten bieten. Mit der Verbesserung der Kameras in Handys und Computern können bestimmte Symptome von Hauterkrankungen nun auch zunächst telemedizinisch recht zuverlässig beurteilt werden. Für die Betroffenen kann dieses Vorgehen eine große Erleichterung bedeuten, da sie sich nicht in der Öffentlichkeit zeigen oder Zeit im Wartezimmer verbringen müssen. Dagegen können Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen von einem telemedizinischen Angebot profitieren, da sich hier leichter eine gewisse Anonymität wahren lässt.

Vor dem Hintergrund des zunehmenden (Fach)arztman- gels kann eine telemedizinische Versorgung bundesweit erfolgen, sodass regionale Engpässe bei bestimmten Fach- arztgruppen leichter ausgeglichen werden können. Zudem können Patientinnen und Patienten mit chronischen Er- krankungen im ländlichen Raum zum Teil lange Anfahrten erspart werden.

Zu den Hürden, das telemedizinische Angebot zu erwei- tern, zählt eine geringere Vergütung der ärztlichen Lei- stung. Je nach Facharztgruppe können Abschläge von bis zu 30 Prozent auf die Grund-, Versicherten- und Konsili- arpauschale anfallen. Zudem unterliegt das telemedizinische Angebot einer Einschränkung, mit der Begründung von Qualitätsstandards.



Künstliche Intelligenz ist nicht fair



Andrea Galle
Vorständin mkk –
meine krankenkasse

Kuratierte Daten und stärkere politische Unterstützung bringen die geschlechtsspezifische Medizin in großen Schritten voran. Doch KI löst keine ethischen Fragen, sagt Andrea Galle, Vorständin der mkk – meine krankenkasse

Dr. Albrecht Kloepper: Alle haben die geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung im Blick. Mittlerweile fordert selbst Georg Kippels, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, eine wesentlich stärkere Berücksichtigung von hormonell beeinflussten Gesundheitszuständen wie Menopause, Endometriose oder Lipödem im Versorgungssystem. Macht es Sie stolz, dass eines Ihrer wesentlichen Themen so weit oben auf der politischen Agenda angekommen ist?

Andrea Galle: Damit der medizinische Fortschritt Frauen nicht länger ausschließt, braucht es einerseits neue Standards für Studiendesigns und ein Umdenken in der Politik. Wenn Frauen rund 25 Prozent ihres Lebens in schlechterer Gesundheit als Männer verbringen, ist das Problem nicht nur klinisch – es ist systemisch. Insofern freut es mich sehr, dass Politiker und Politikerinnen diese Erkenntnis nutzen und den Fortschritt für Frauen im Blick haben. Georg Kippels hat aber schon seit längerem ein offenes Ohr. Er hat sich für das Thema schon zu Oppositionzeiten interessiert.

Dr. Albrecht Kloepper: Wagon Sie eine Prognose: Wann ist die Frage des Gender-Bias in der Medizin passé? Ist die Zeitspanne von vier, fünf Jahren realistisch?

Andrea Galle: Das wünsche ich mir, scheint aber ein zu sportliches Ziel, trotz des Einsatzes von Künstlicher Intelligenz.

Dr. Albrecht Kloepper: Welche Hürden sehen Sie?

Andrea Galle: KI ist ein enormer Booster, aber es besteht nach wie vor die Gefahr, dass sie den Gender-Gap weiterträgt. Ein Beispiel: In bildgebenden Verfahren erreicht KI eine Leistung auf Expertenniveau. Sie erkennt ein breites Spektrum an Pathologien, aber sie spiegelt auch die menschlichen Vorurteile wider oder verstärkt sie noch. Eine aktuelle amerikanische Studie zeigt bei Thoraxuntersuchungen, dass KI historisch benachteiligte Gruppen wie Frauen oder Schwarze Menschen signifikant benach-

teilt. Im Vergleich zur Versorgung durch zugelassenen Radiologinnen und Radiologen werden sie systematisch unterdiagnostiziert, was zu falscher Triage und verzögerter Behandlung führen kann. Schwarze Frauen sind übrigens die von KI am meisten benachteiligte Gruppe.

Diese Studie zeigt, wie sehr der Einsatz medizinischer KI-Systeme bestehende Muster reproduziert und Ungleichheiten in der Versorgung verschärfen und den Zugang zur Gesundheitsversorgung gefährden kann. Von den ethischen Fragen ganz zu schweigen. Das alles ist nicht fair.

Dr. Albrecht Klopfer: Ihre Forderungen?

Andrea Galle: Wenn wir heute über Datensicherheit reden, dann schließt das unbedingt eine gute Datenqualität und Datenverfügbarkeit, kombiniert mit Datenrepräsentativität ein, um Verzerrungen zu vermeiden. Es gilt, die gesamte Bevölkerung abzubilden, mit allen Gruppen, um eine hohe Gültigkeit der Aussagen zu ermöglichen.

Derzeit müssen wir vom Grundsatz ausgehen, dass Daten keine Fakten sind. Sie sind nicht neutral oder objektiv. Sie sind zu verstehen als Produkt komplexer sozialer Prozesse. Daten sind das Ergebnis von Entscheidungen, die vor dem Hintergrund eines bestimmten Werteverständnisses getroffen werden. So entstehen Datensätze, die unvollständig oder fehlerhaft sind. So verfügen Krankenkassen über jede Menge Abrechnungsdaten. Aber sie sagen nicht zwangsläufig etwas über die Gesundheit oder Krankheitslast der behandelten Patientinnen und Patienten aus.

Dr. Albrecht Klopfer: Sie plädieren für einen einheitlichen Datenstandard?

Andrea Galle: In unserer vernetzten Welt benötigen wir ein einheitliches Verständnis zur Datenregulierung. Grundlagen sind schon da: Die UNESCO hat bereits 2021 eine Empfehlung zur Ethik der Künstlichen Intelligenz herausgegeben, um Diskriminierungsrisiken zu minimieren.

Auch die EU und Deutschland formulieren Qualitätsanforderungen an KI-Trainingsdatensätze. Aber diese Regularien wurden bislang nicht zusammengefasst. Hinzu kommt, dass Donald Trump die Richtlinie kassiert hat, die Entwickler großer KI-Modelle in den USA dazu verpflichtete, Ergebnisse von Sicherheitstests und Diskriminierungsrisiken an Behörden weiterzugeben.

Wir brauchen echte Allianzen statt Sektor- oder Interessens-Silos. Forschung, Versorgung, Politik und Industrie müssen sich gemeinsam auf Standards zur geschlechtersensiblen Datenerhebung, zur fairen Datennutzung und zur transparenten Ergebnisaufbereitung einigen.

Momentan arbeiten wir auf einem regulatorischen Flickenteppich. Das macht es der geschlechtsspezifischen Medizin nicht einfacher.

Dr. Albrecht Klopfer: Klingt eher pessimistisch.

Andrea Galle: Ich erkenne viele positive Ansätze. In Deutschland gibt es Richtlinien, die empfehlen, dass die Frauenquote in klinischen Studien möglichst hoch sein sollte. Ausnahmen sollte es nur mit einer validen wissenschaftlichen Begründung geben. Die EU hat eine Richtlinie, dass Gesundheitsforschungsprojekte eine Geschlechterperspektive berücksichtigen müssen. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft fordert in ihren Förderprogrammen ebenfalls den Geschlechteraspekt.

Dr. Albrecht Klopfer: Wie zeigt sich dies in der Praxis?

Andrea Galle: Ich sehe schon einen Wandel, wenn es um die Vergabekriterien und Besetzung von Ausschüssen geht, die Fördermittelanträge bewerten. Vor nicht allzu langer Zeit waren solche Gremien eher männlich besetzt und geschlechtsspezifische Fragen wurden dann schon mal als „Schönheitspunkte“ abgewertet. Diese Phase haben wir überwunden. Der Aufstieg von Femtech und die Vorgaben der Forschung markieren den Beginn einer umfassenden und gerechteren medizinischen Praxis.

Dr. Albrecht Kloepper: Brauchen wir neben dem männlichen Prototyp eine einheitliche Interpretation dessen, was es bedeutet, eine Frau zu sein?

Andrea Galle: Wer Geschlecht und Gender in den Fokus nimmt, stellt auch andere Fragen. Aber Prototypen bringen uns nicht weiter. Wenn Wissenschaft auf Frauen ausgeweitet wird, eröffnen sich Perspektiven, die in männlichen Modellen von Gesundheit und Krankheit niemals untersucht werden könnten.

Dr. Albrecht Kloepper: Frauengesundheit umfasst mehr als Fruchtbarkeit oder reproduktive Gesundheit...

Andrea Galle: Eine 18-Jährige hat andere Gesundheitsbedürfnisse wie eine 60-Jährige. Wir wissen zurzeit aber noch zu wenig darüber, wie etwa die Veränderungen des hormonellen Milieus den Gesundheitsverlauf einer Frau im Laufe des Lebens beeinflussen. Wir müssen Forschungslücken schließen.

Wir benötigen dringend Antworten, etwa auf die Frage, warum Alzheimer bei Frauen fast doppelt so häufig vorkommt wie bei Männern. Könnten exogene Hormone, etwa zur Verhütung oder gegen Wechseljahrsbeschwerden einen Einfluss darauf haben? Um diese Fragen zu beantworten, brauchen wir sichere Daten, die wir im Interesse der Menschen nutzen. Frauen wie Männer haben das Recht auf evidenzbasierte Medizin, die auf realen Daten beruht und nicht auf Annahmen.

Werden Frauen nicht adäquat versorgt, betrifft das auch ihre Rolle als Mütter, pflegende Angehörige oder Erwerbstätige und die Folgen tragen Familien, Unternehmen und das Solidarsystem.

Dr. Albrecht Kloepper: Sie begreifen gendergerechte Medizin als Auftrag. Wie können die Krankenkassen eine geschlechtssensible Versorgung unterstützen?

Andrea Galle: Wir haben ja den Paragraph 25b im SGB V. Er bietet Krankenkassen die Möglichkeit, datengestützte Auswertungen zur Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durchzuführen. Allerdings erlaubt er lediglich Auswertungen zu spezifischen Zwecken wie der Erkennung seltener Erkrankungen, Krebserkrankungen oder nahender Pflegebedürftigkeit. Offen gesagt, halte ich ein Gesetz für schwierig, das sechs Anwendungsfälle beschreibt, in denen erlaubt ist, Daten zu nutzen und ansonsten bleibt es verboten.

Dr. Albrecht Kloepper: Welche Gesetzesänderung fordern Sie?

Andrea Galle: Damit Krankenkassen die geschlechtersensible Versorgung gut unterstützen können, benötigen wir mehr. Der Gesetzgeber sollte uns erlauben, die Daten der Versicherten für eine präventive Beratung nutzen zu dürfen. Dazu benötigen wir erweiterte Datenzugänge, also Zugang zu umfassenden, geschlechterspezifisch differenzierten Daten aus verschiedenen Quellen.

Dr. Albrecht Kloepper: Der Koalitionsvertrag verspricht ja einiges.

Andrea Galle: Die Regierung will sich mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz befassen und Hürden zugunsten eines besseren Datenaustauschs beseitigen. Dies begrüße ich ausdrücklich. Darin liegt die Chance, moderne, zeitnahe Präventionsberatung zu machen. Das wiederum wäre ein wichtiger Baustein in einem notwendigen Paradigmenwechsel, um „vor die Welle zu kommen“ und Menschen länger gesund zu erhalten und zu vermeiden, dass sie krank werden.

Dr. Albrecht Kloepper: Haben Krankenkassen zu wenig Daten?

Andrea Galle: Wir haben nicht zu wenig Daten, wir haben zu wenig Erlaubnis, sie richtig, also für die Gesunderhaltung der Versicherten, zu nutzen. Was wir jetzt brauchen,

ist ein politischer, mutiger und zeitgemäßer Rahmen, der Kooperation ermöglicht und Vielfalt in der Versorgung zur Norm und nicht zur Ausnahme macht.

Dr. Albrecht Kloepper: Wollen die Versicherten, dass ihre Krankenkasse individuelle Gesundheitsdaten analysiert?

Andrea Galle: Der aktuelle BKK-Kundenreport zeigt, dass drei von vier Versicherten sich wünschen, dass ihre Krankenkasse in Zukunft eine aktivere Rolle als Kümmerer und Lotse übernimmt. Die zentrale Erkenntnis dahinter lautet: Die Rolle der Krankenkassen muss sich weiterentwickeln.



Dr. Albrecht Kloepper: Insgesamt zeigen sich Deutschlands Ärztinnen und Ärzte sehr aufgeschlossen gegenüber der Digitalisierung des Gesundheitssystems...

Andrea Galle: Die Integration von KI in die Medizin verändert die Beziehung zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin oder Patient grundlegend. Wenn KI Diagnosen präziser macht und Therapieentscheidungen datenoptimiert trifft, muss das medizinische Fachpersonal in Zukunft nicht nur das eigene Wissen anwenden, sondern auch lernen, KI-Empfehlungen kritisch zu bewerten, sie gemeinsam mit Patientinnen und Patienten zu reflektieren und in den medizinischen Entscheidungsprozess einzubeziehen.

Dr. Albrecht Kloepper: Sind Patientinnen und Patienten bereit, KI einen Platz in der Medizin einzuräumen?

Andrea Galle: Die Bevölkerung sieht in der Medizin für KI ein hohes Potenzial. Der Branchenverband Bitkom hat 2024 in einer Studie herausgefunden, dass 85 Prozent der Befragten KI im Gesundheitswesen für eine riesige Chance halten. Sieben von zehn Befragten sagten, dass

Ärzte und Ärztinnen wann immer möglich von einer KI unterstützt werden sollten. Diese Zahlen bedeuten, dass die Gesellschaft das Potenzial von KI im Gesundheitswesen weiter ausschöpfen will.

Dr. Albrecht Kloepper: Droht die Technologie zum Ersatz für menschliches Miteinander in der Medizin zu werden?

Andrea Galle: Insgesamt steht das Gesundheitswesen an der Schwelle zu einem neuen Abschnitt, in dem KI Patientinnen und Patienten befähigt, informierte und selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Technologie wird aber kein Ersatz für das Miteinander sein. Sie kann Hürden im Infofluss abbauen und Entscheidungen individueller und transparenter machen.

Dr. Albrecht Kloepper: Das gelingt doch nur, wenn alle Menschen gleichermaßen einen Zugang zur KI haben.

Andrea Galle: Das wichtigste ethische Gebot in der Medizin lautet: Menschen nicht zu schaden. Das gilt natürlich auch für den Einsatz von KI. Sie müssen sicher sein, bevor KI-Anwendungen zum Einsatz kommen. Und natürlich sollen alle Patienten und Patientinnen einen gleichberechtigten Zugang zur KI erhalten, unabhängig von ihrem sozialen Status oder ihres Geschlechts. Die Gefahr der sogenannten digitalen Kluft muss vermieden werden. Es stimmt: Bei vielen KI-Systemen finden Entscheidungsprozesse im Verborgenen statt. Deswegen müssen die Datensätze vor der Eingabe sorgfältig geprüft, ausgewählt und kontinuierlich überwacht werden. Und deswegen ist es mir ein Herzensanliegen, dass medizinische KI-Systeme die Realität unverstellt wiedergeben. Wir brauchen einen gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle – ohne demografische Verzerrungen.

Dr. Albrecht Kloepper: Vielen Dank für das Gespräch.

Gendermedizin: Mauerblümchen, TOP-Thema und was kommt jetzt?



Kapinsky: © vdek / Georg J. Lopata

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende Verband
der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Antje Kapinsky

Abteilungsleiterin Politik /
Selbstverwaltung
Verband der Ersatzkassen e. V.
(vdek)

*Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder
(GMK) hat dem Thema Gendermedizin auf ihrer
Hauptkonferenz am 11. und 12. Juni 2025 in
Weimar einen eigenen Tagesordnungspunkt
zugestanden.*

Ein Forderungspapier wurde einstimmig verabschiedet. Auch im Koalitionsvertrag der schwarz-roten Koalition sind erstmals konkrete Ausführungen dazu zu finden. Diese beiden Schlaglichter lassen aufmerken und zeigen: Die Gendermedizin hat es auf die Liste der Top-Themen der gesundheitspolitischen Debatte geschafft. Das ist erfreulich, denn die Erkenntnisse der geschlechtersensiblen Medizin sind relevant und sie sind vor allem nicht neu. Die Anfänge der Disziplin reichen in die achtziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts. Ihren Ausgangspunkt nahm sie, wie viele andere wissenschaftliche Fortschritte, in den USA. Entsprechend ist das Thema dort auch längst Allgemeingut. In Deutschland musste dagegen eine lange Phase des Mauerblümchen-Daseins überwunden werden. Über Jahre machte sich nur eine einzige Wissenschaftseinrichtung in Gestalt der Berliner Charité mit ihrem interdisziplinären Zentrum für Gendermedizin auf diesen Weg¹. Einige wenige, ausschließlich weibliche, Forscherinnen engagierten sich für die Translation ihrer Erkenntnisse. Doch lange blieben sie eine Nischendisziplin, die höchstens als Wahlthema über begrenzte Übungseinheiten Eingang in die Lehre fand. Und das auch nur an wenigen Hochschulen.

In den letzten Jahren hat sich die Lage spürbar geändert. Mit der politischen Flankierung besteht nun eine realistische Chance, dieses wichtige Versorgungsanliegen in die tiefen Verästelungen des Gesundheitswesens einfließen zu lassen. Warum ist das so zentral? Letztlich handelt es sich bei allen Aspekten der geschlechtersensiblen Medizin um eine Vermeidung von Unter-, Über oder Fehlversorgung. Wenn die richtigen Diagnosen aus Kenntnismangel unterbleiben, wenn Arzneimittel falsch verschrieben oder falsch dosiert angewendet werden oder wenn Präventionsmaßnahmen wegen mangelnder Zielgenauigkeit fehlen, haben immer die Patientinnen und Patienten einen Nachteil und es werden Ressourcen verschwendet. Unverändert gilt, dass die beste medizinische Evidenz für einen Mann jüngeren Alters, in gesundem Zustand und mit weißer Hautfarbe vorhanden ist. Infolgedessen weist der sogenannte Gender-Data-Gap auf den Mangel geschlechtsspezifischer Daten hin, die für eine individualisierte Therapie nötig wären.

Um z. B. die wiederkehrende Frage nach einer potenziell notwendigen Anpassung von Arzneimitteltherapien nach Geschlecht vorzunehmen, wären genaue geschlechtsdifferenzierte Daten aus klinischen Studien notwendig, die aber häufig nicht ausreichend und nicht präzise genug vorhanden sind.

Für alle Menschen, die nicht in das Standard-Raster passen, könnte das zu einer mindestens nicht optimalen Versorgung führen, von weit schlimmeren Auswirkungen wie übersehenen Herzinfarkten bei Frauen ganz zu schweigen. Das Spektrum für dieses Problem ist weit: Mehr als die Hälfte der Bevölkerung ist weiblich und nahezu ein Drittel hat einen Migrationshintergrund. Hinzu treten weitere Faktoren wie Alter, Gewicht und sozioökonomische Faktoren, die einen Unterschied machen. Unter dem Strich bedeutet das eine nicht unerhebliche Verzerrung der Zielgenauigkeit der medizinischen Versorgung, die behoben werden muss.

Deshalb muss es selbstverständlich werden, das Geschlecht in seinen biologischen und sozialen Dimensionen, aber auch weitere Faktoren der Diversität wie Lebensalter und Herkunft als Entscheidungsparameter standardmäßig in die Versorgung zu integrieren. Hierfür sind drei zentrale Handlungsfelder zu adressieren, in denen die verpflichtende Verankerung geschlechtersensibler Standards organisiert werden muss. Erstens müssen die fachspezifischen Curricula des Medizinstudiums und der Gesundheitsfachberufe ergänzt werden. Zweitens sind die Studien-Designs der Arzneimittel- und Versorgungsforschung generell daran auszurichten. Und drittens gilt dies in Zeiten der Übertragung des medizinischen Wissens in das digitale Zeitalter ganz besonders für die Lernräume der Künstlichen Intelligenz (KI).

Die GMK hat bezüglich des ersten Punkts das Ziel und die Schritte dorthin in ihrem Beschluss definiert. Sie betont die Bedeutung einer geschlechtersensiblen Medizin, die geschlechtsspezifische Unterschiede in Forschung, Prävention, Diagnostik und Behandlung berücksichtigt.

Die GMK fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die Ärztliche Approbationsordnung sowie die Approbationsordnungen anderer Heilberufe, um geschlechterspezifische Aspekte zu erweitern und diese in Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zu verankern sowie bei der anstehenden Novellierung der Berufsgesetze der Gesundheitsfachberufe zu berücksichtigen. Zudem wird die Kultusministerkonferenz um Unterstützung gebeten, um die strukturelle Verankerung der Geschlechterperspektive in der gesundheitlichen Versorgung zu stärken.

Hinsichtlich des zweiten Handlungsfeldes, der Forschungslage in der Arzneimittelindustrie, gibt es einige Fortschritte zu vermerken. Nicht zuletzt wurden diese auch durch regulatorische Maßnahmen forciert. So wird für Medikamentenzulassungen auf europäischer Ebene bereits ein Studienaufbau verlangt, der es ermöglicht, Wissen über unterschiedliche Wirkungsweisen bei Männern und Frauen zu gewinnen. Auch das deutsche Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat es sich auf die Fahnen geschrieben, die Arzneimittelsicherheit zu verbessern und prüft dazu unter anderem die Geschlechterverteilung in Studien. Leider erfüllen bei weitem noch nicht alle Studien diese Anforderungen. Viel zu tun gibt es auch bei anwendungsbegleitenden Studien in der nicht-pharmazeutischen Forschung. Auch sie sollten generell so aufgebaut werden, dass die Datenlage die Analyse von Differenzierungen erlaubt.

Bei der bereits laufenden Übertragung des analog vorhandenen Wissens in die Algorithmen der KI ist allerhöchste Aufmerksamkeit geboten. Hier wirkt sich der Umstand der mangelnden und inkonsistenten Datenlage in der medizinischen Forschung und Versorgung schon jetzt erheblich zum Nachteil aus, denn die Algorithmen starten mit einem potenziellen Webfehler. Diese von Anfang an vorhandene Verzerrung ist somit in der DNA des Modells enthalten und wird durch weitere Dateninputs noch verstärkt. Der Bias kann sich also bis weit in die Zukunft negativ auswirken.

Um hier schnell gegenzusteuern, sollten auf nationaler und vor allem transnationaler Ebene Mindestanforderungen für KI-Anwendungen hinsichtlich geschlechterspezifischer Differenzierungen verpflichtend festgelegt werden. In der Folge müssen dann auch Zulassungsvoraussetzungen angepasst und für die Gesundheitsversorgung im Rahmen eines solidarischen Gesundheitssystems entsprechende Kriterien an die Erstattungsfähigkeit geknüpft werden.

Als Ersatzkassengemeinschaft begrüßen wir die politische Entwicklung zur Implementierung der Gendermedizin im Interesse der Patientinnen, Patienten und Versicherten. Bei konkreter Umsetzung erwarten wir langfristig eine bessere und effizientere Versorgung. Natürlich muss auch hier immer die medizinische Evidenz als oberste Richtschnur gelten. Unterschiede sind dort geltend zu machen, wo das geboten ist, ohne die Differenzierung zum Selbstzweck zu erheben. Die Prämisse muss sein, eine Datenlage zu schaffen, die es ermöglicht, Unterschiede zu betrachten und darauf aufbauend belastbare (Folge-) Entscheidungen zu treffen. Die konkrete Umsetzung in das Versorgungsgeschehen in Deutschland kann dann über die Richtlinien-Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und die Nutzenbewertungen seiner wissenschaftlichen Institute und Gremien erfolgen. In Zeiten, in denen das Wissen über die Gendermedizin in den Vereinigten Staaten, dem führenden Wissenschaftsstandort der Welt, einer Cancel-Culture zum Opfer zu fallen droht, sollte Europa die Fackel des Fortschritts übernehmen und sich an die Spitze der Bewegung setzen. Das dürfte sich sehr schnell auch im Wettbewerb um die besten Köpfe als Vorteil erweisen und die nächsten Meilensteine in Reichweite holen.

Quelle

1. <https://gender.charite.de>

Blinder Fleck Männergesundheit – Welcher Beitrag kann politisch geleistet werden?



Priv.-Doz. Dr. med. Tobias Jäger
Facharzt für Urologie
UPK Essen, Vorstand der
Deutschen Gesellschaft für
Mann und Gesundheit e. V.

Männer in Deutschland sterben im Durchschnitt fünf Jahre früher als Frauen – ein Unterschied, der seit Jahrzehnten bekannt ist und sich laut der aktuellen Prognose des Statistischen Bundesamts auch für das Jahr 2025 nicht grundlegend ändern wird.

Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt dann bei 79 Jahren für Männer gegenüber 83,7 Jahren für Frauen. Trotz dieser deutlichen Diskrepanz findet das Thema Männergesundheit in Deutschland gesundheitspolitisch und strukturell wenig Gehör. Die Gründe dafür sind vielschichtig; Wahrscheinlich handelt es sich um ein Zusammenspiel aus kultureller Prägung, mangelndem Problembewusstsein, inadäquater Angebotsstruktur und institutioneller Vernachlässigung.

Verzerrte Selbstwahrnehmung als gesundheitliches Risiko

Ein zentrales Problem scheint zunächst einmal die offenbar unrealistische Selbstwahrnehmung vieler Männer im Hinblick auf ihre körperliche Verfassung darzustellen. So sind laut Journal of Health Monitoring (2022) mittlerweile über 60 Prozent der Männer in Deutschland übergewichtig – doch nur etwa ein Drittel empfindet sich selbst als zu dick (Study of Obesity – 2007). Eine Folge der Fehleinschätzung: Risiken werden – bewusst oder unbewusst – ausgeblendet, Präventions- und Vorsorgeangebote werden trotz Kenntnis seltener wahrgenommen.

Am Ende hat die beschriebene Fehleinschätzung systematische Auswirkungen. Denn sie steht einer frühzeitigen ärztlichen Intervention im Wege, obwohl gerade Übergewicht einen Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, psychische Leiden und Erkrankungen des Bewegungsapparates darstellt – allesamt Erkrankungen, die auch die Lebenserwartung deutlich reduzieren können. Aber auch die Lebensqualität leidet durch Folgeerscheinungen wie Erektionsstörungen, die bei Adipositas und Bewegungsmangel und als Folge der oft notwendigen (aber lediglich symptomatischen) medikamentösen Therapie signifikant häufiger auftreten, als bei gesunden Männern.

Gesundheitspolitik: Fokus auf Frauen – Männer bleiben oftmals außen vor

Bereits im Jahr 2001 veröffentlichte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den ersten umfassenden Bericht zur gesundheitlichen Lage von

Frauen. Bis heute mangelt es an einem vergleichbaren Pendant für das männliche Geschlecht. Zwar existiert seit 2010 der sogenannte Männergesundheitsbericht. Dieser wurde jedoch von privaten Verbänden initiiert, in seiner ersten Auflage federführend durch die Stiftung Männergesundheit in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit – aber ohne politische Beteiligung. Eine kontinuierliche, strukturell eingebettete Männergesundheitsstrategie fehlt bis heute.

Auch auf finanzieller Ebene zeigen sich eklatante Unterschiede: Zwischen 2019 und 2022 lagen die jährlichen Ausgaben für Krebsfrüherkennungsmaßnahmen bei Frauen bei rund 900 Millionen Euro – für Männer waren es lediglich etwa 200 Millionen Euro im Jahr (Bundesministerium für Gesundheit). Die Differenz ist aber keinesfalls durch geschlechterspezifische Wissensunterschiede über Angebote zur Früherkennungsmöglichkeiten erklärbar. So kennen nach Daten des Robert-Koch-Institutes über 80 Prozent der Männer im Alter von 40-49 Jahren die Angebote zur Krebsfrüherkennung – die Inanspruchnahme liegt jedoch bei lediglich 25 Prozent. Bei Frauen fällt der Kenntnisstand mit rund 90 Prozent noch etwas höher aus, der Hauptunterschied liegt aber in der Inanspruchnahme der Leistungen, die bei Frauen mit etwa 75 Prozent diametral anders ausfällt. Eine mangelnde Teilnahme der Männer an den Untersuchungen kann also nicht mit Unkenntnis über ihre Existenz entschuldigt werden.

Mangelhafte Früherkennung durch veraltete Diagnostikstandards

Ein Teil der geringen Inanspruchnahme männlicher Vorsorgeangebote lässt sich auch auf den sicher „abschreckenden“ Charakter der Untersuchungsmethoden selbst zurückführen. Noch immer stellt die „kleine Hafenrundfahrt“, die digital-rektale Untersuchung (DRU), den Standard in der Prostatakrebsfrüherkennung bei gesetzlich krankenversicherten Männern dar – trotz eindeutiger wissenschaftlicher Evidenz für deren diagnostische Limitationen und entgegen anders lautender Empfehlungen der Fachgesellschaft für Urologie.

Daten der PROBASE-Studie belegen, dass die Tastuntersuchung der Prostata in 99 Prozent der Fälle ein negatives Ergebnis liefert – unabhängig von der tatsächlichen Tumormast. Dagegen zeigte die Bestimmung des PSA-Werts eine deutlich höhere Detektionsrate, insbesondere bei jüngeren Männern. Die Studienautoren betrachten die DRU daher eher als eine „Späterkennungsmaßnahme“. Sie kritisieren zudem, dass die Methode potenziell abschreckend wirkt und zur niedrigen Vorsorgebeteiligung beiträgt.

Trotzdem bleibt der Test des „Prostata-spezifischem Antigens“ (PSA-Test) bis heute eine sogenannte IGeL-Leistung, die von den Betroffenen selbst bezahlt werden muss. Eine wissenschaftlich fundierte, international empfohlene Methode wird damit finanziell unattraktiv gemacht – während gleichzeitig eine für ihren Zweck ungeeignete Untersuchung als Standard gilt. Private Kostenträger haben den Nutzen der PSA-Bestimmung für ihre Versicherten dabei längst erkannt und übernehmen die Kosten als sinnvolle Maßnahme zur Krebsfrüherkennung ausnahmslos. Hinzu kommt eine nach wie vor verzerrte Darstellung des PSA-Wertes in der Öffentlichkeit. Beispielsweise haben sich einige Internetportale, darunter auch solche von „offizieller Stelle“ (z.B. Medizinischer Dienst Bund), zur Aufgabe gemacht, die Sinnhaftigkeit von medizinischen Angeboten zu beurteilen. Der PSA-Test wird dort auch heute noch als „tendenziell negativ“ eingestuft, eine Einschätzung, die nach aktuell verfügbarer Datenlage so nicht (mehr) haltbar ist. Das schürt im Falle der Krebsfrüherkennung die Verunsicherung bei Männern. Die entsprechenden Portale lassen die dringend erforderliche Aktualität ihrer Beiträge offensichtlich vermissen und gefährden damit die Gesundheit der (männlichen) Bevölkerung.

Erektionsstörung – Frühwarnsymptom mit Versorgungsdefizit

Ein besonders sensibles und häufig tabuisiertes Thema ist die Erektile Dysfunktion (ED), die längst nicht mehr nur ältere Männer betrifft. Neuere Daten zeigen, dass ED heute regelmäßig auch bei Männern unter 50 auftritt.

Weniger als 40 Prozent der Männer weisen im Laufe ihres Lebens keinerlei Erektionsstörungen auf (Sankawa 2024). Gleichzeitig sind die Risikofaktoren weitgehend identisch mit denen kardiovaskulärer Erkrankungen: Übergewicht, Bewegungsmangel, metabolisches Syndrom, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus und Testosteronmangel. Trotz der hohen Prävalenz und der medizinischen Relevanz der zugrunde liegenden Erkrankungen nimmt die Zahl der betroffenen Männer, die sich in ärztliche Behandlung begeben, kontinuierlich ab: Waren es im Jahr 2003 noch 30 Prozent (Kubin et al. 2003), so liegt die Quote 2024 bei nur noch 22 Prozent (May et al. 2024). Das bedeutet, dass rund vier von fünf Männern mit ED nicht ärztlich betreut werden.

Gründe dafür sind u. a. die emotionale Schambarriere, fehlende Terminverfügbarkeiten, die Einordnung der ED als „Privatproblem“ oder überbezahlte und teils nutzlose Diagnostikpakete in der „Selbstzahlerpraxis“. Parallel dazu boomt ein Schwarzmarkt für fragwürdige „Mittel“ zur Behandlung von Erektionsstörungen im Internet. Einer Studie zufolge hatten bereits 31 Prozent der befragten Männer Erfahrungen mit illegal im Internet bestellten Potenzmitteln gemacht – mit teilweise gravierenden Qualitäts- und Verträglichkeitsmängeln (Jäger 2025).

Potenzmittel bleiben verschreibungspflichtig – und das Problem ungelöst

Der Versuch, mit einem OTC-Switch (Entlassung aus der Verschreibungspflicht) für den bekanntesten Wirkstoff zur Behandlung von Erektionsstörungen aus der Gruppe der PDE-5-Hemmer einen niederschweligen, regulierten Zugang zu gewährleisten, wurde im Januar 2025 vom Sachverständigenausschuss (erneut) abgelehnt. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie begrüßte dies unter Verweis auf notwendige ärztliche Aufklärung und potenzielle Kontraindikationen. Andere Fachstimmen kritisieren die erneute Ablehnung und begründen ihren Standpunkt schlüssig.

Die Argumentation aus Sicht der Fachgesellschaft erscheint oberflächlich betrachtet zunächst nachvollziehbar – greift aber bei genauerem Hinsehen zu kurz. Sie ignoriert die Tatsache, dass die ärztliche Versorgung der betroffenen Männer trotz bestehender Verschreibungspflicht heute faktisch nicht stattfindet. Die derzeitige Regelung verhindert den unkontrollierten Zugang zu entsprechenden Präparaten nicht, sondern verschiebt ihn lediglich ins Dunkelfeld – mit dem Effekt, dass weder Beratung noch Diagnostik erfolgen. Dabei könnte der Bezug eines über die Apotheken frei verkäuflichen PDE-5-Hemmers sogar einen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der betroffenen Männer leisten.

Durch die Beratung in der Apotheke könnte eine Überführung der Männer in die ärztliche Versorgung gelingen. Hierdurch könnten gesundheitliche Risiken und die einer ED ggf. zugrunde liegenden Erkrankungen frühzeitig erkannt werden, so wie es Urologen und Andrologen traditionell fordern und empfehlen. Gleichzeitig würden die Betroffenen nicht einem Schwarzmarkt überlassen, über den Männer Pillen beziehen, deren Inhaltsstoffe vollkommen unreguliert sind und erhebliches Potenzial haben, gesundheitliche Schäden anzurichten. Internationale Erfahrungen – etwa aus dem Vereinigten Königreich, der Schweiz oder Irland – zeigen, dass ein OTC-Switch in Verbindung mit Beratung in Apotheken funktioniert:

Die Zahl ärztlicher Verordnungen blieb stabil, die Anzahl der Nebenwirkungen hat sich nicht erhöht, die Versorgungssicherheit stieg (s. Tabelle 1). Der Großteil der Abgabe erfolgt in diesen Ländern über Offizinapotheken – inklusive qualifizierter Beratung.

Land	Umsetzung OTC-Switch	Beobachtete Effekte
UK	Seit 2018	Größerer Zugang, verbesserte Beratung, Marktstabilität
Polen	Seit 2019	Regulierte Versorgung, erhöhter Verbrauch ohne Qualitätseinbußen
Norwegen	Seit 2020	Sicherer OTC-Zugang, gestiegene Akzeptanz bei Patienten
Malta	Seit 2019	Verbesserter Zugang in Apotheken, geringere Schwarzmarktaktivitäten
Schweiz	Seit 2021	Hohe Akzeptanz, verbesserte Produktkontrolle
Irland	Seit 2020	Regulierte OTC-Abgabe, positive Marktreaktion

Tab. 1: OTC-Switch von PDE-5-Hemmern in ausgewählten europäischen Ländern

Umsetzung des OTC-Switches für PDE-5-Hemmer in mehreren europäischen Ländern sowie beobachtete Effekte bezüglich Marktentwicklung und Versorgung.

Patienten wünschen sich niederschwelligen Zugang

Die größte Umfrage zu diesem Thema unter 1348 Männern mit ED zeigt: 78 Prozent wünschen sich den freien Zugang zu PDE-5-Hemmern in Apotheken, 77 Prozent würden trotz rezeptfreiem Zugang weiterhin regelmäßig einen Arzt aufsuchen. Nur 9 Prozent würden auf ärztliche Kontrolle verzichten. Der Großteil bevorzugt den Bezug über die Apotheke vor Ort – nicht über Onlinekanäle. Gleichzeitig geben 65 Prozent der Schwarzmarkt-Nutzer an, dass die Präparate nicht wirksam gewesen seien – 47 Prozent berichten über Unverträglichkeiten (Jäger 2025).

Fazit: Männergesundheit muss systematisch gedacht werden

Die Männergesundheit in Deutschland leidet unter einem doppelten Problem: einer strukturellen Vernachlässigung durch Politik und Gesundheitssystem – und einem kulturell geprägten Vermeidungsverhalten vieler Männer selbst. Beide Faktoren bedingen sich gegenseitig.

Notwendige politische Maßnahmen umfassen:

1. Aufwertung der Männergesundheit als gesundheitspolitisches Thema, z. B. durch einen nationalen Männergesundheitsbericht unter staatlicher Federführung.
2. Reform der Früherkennungsangebote: Abschaffung überholter Verfahren wie der DRU, sofortige Integration evidenzbasierter Methoden wie die PSA-Bestimmung in den GKV-Leistungskatalog.
3. Stärkung der Versorgung bei sensiblen Themen wie ED, inkl. eines verantwortungsvoll durchgeführten OTC-Switches für PDE-5-Hemmer.
4. Niedrigschwellige Versorgungsstrukturen, z. B. durch Kooperation zwischen Apotheken und Fachärztinnen und -ärzten sowie strukturierte Versorgungsangebote im ambulanten Bereich.

Jahrhunderte waren Frauen in vielen Bereichen benachteiligt. In Sachen Gesundheit scheint das Pendel aber umgeschlagen zu sein. Die Zeit ist reif für eine Männergesundheit, die den Namen auch verdient – differenziert, evidenzbasiert und auf Augenhöhe mit den realen Bedürfnissen der Patienten.

Unterstützt durch:
Mylan Germany GmbH (A Viatris Company)

Warum die Prostata mehr Aufmerksamkeit verdient – und warum Patientenpräferenzen wichtig sind



Dr. Vera Vennedey

Senior International Patient Engagement Manager
admedicum GmbH & Co KG

Christian Hoenig

Director Patient Engagement
admedicum GmbH & Co KG



Zur Auswahl der individuell optimalen Therapie und sinnvollem Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen sollten Patientenpräferenzen strukturiert und systematisch erhoben werden.

„Ich gehe nur zum Arzt, wenn’s gar nicht mehr anders geht.“

Ein Satz den wahrscheinlich viele Männer schon einmal gesagt oder gedacht haben und der Ausdruck eines tief verankerten Selbstbildes sein kann: stark, belastbar, standhaft. Doch was passiert, wenn dieses Bild auf belastende, anhaltende Symptome trifft, die das Selbstverständnis auf die Probe stellen.

Zum Beispiel bei einer benignen Prostatahyperplasie (BPH) – eine der häufigsten urologischen Erkrankungen bei Männern. Etwa 50 Prozent der über 60-jährigen und 80 Prozent der über 80-jährigen Männer in Deutschland leben mit einer BPH¹. Typische Symptome sind häufiger, nächtlicher oder plötzlicher Harndrang und verlängerte Miktion. Die Symptome persistieren ohne Behandlung und beeinträchtigen oft die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das emotionale Wohlbefinden durch vermindernden Schlaf sowie eingeschränkte soziale und berufliche Teilhabe. Wenn die Symptome einer BPH zu belastend oder einschränkend werden, stehen Betroffene vor einer Therapieentscheidung.

Wie hängen Therapieentscheidungen und Patientenpräferenzen zusammen?

Patientenpräferenzen bezeichnet die individuelle Bevorzugung oder Ablehnung bestimmter Therapieoptionen oder -eigenschaften bei gesundheitlichen Entscheidungen. Was für Menschen bei diesen Entscheidungen wichtig ist, wird durch viele Faktoren beeinflusst wie beispielsweise

- Soziodemographische Aspekte wie Geschlecht, Alter, Bildung, oder Einkommen
- Die persönliche Lebenssituation wie Familie und Wohnsituation
- Frühere Therapieerfahrungen
- Individuelle Therapieziele
- Das Krankheitserleben
- Ängste & Risikobereitschaft

Patientenpräferenzen sind immer dann besonders wichtig, wenn bei einer Entscheidung Abwägungen zwischen Optionen mit spezifischen und bedeutsamen Vor- und Nachteilen notwendig sind, um zur individuell besten Entscheidung zu kommen.

Wie bei der Entscheidung für eine Therapieoption bei BPH, wo die aktuelle S2e-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des benignen Prostatasyndroms mehr als fünf Maßnahmen zur Verhaltensänderung, mehr als zehn medikamentöse Therapien und mehr als 20 operative Eingriffe nennt, welche je nach individueller Situation des Betroffenen gewählt werden können².

Was wissen wir über Patientenpräferenzen bei BPH?

Unsere aktuelle Studie untersuchte für eine solche Entscheidung, welche Themen und Präferenzen Betroffenen bei der Wahl einer chirurgischen Behandlung der BPH wichtig sind³.

In Interviews mit Betroffenen und Ärzten sowie über eine Literaturrecherche wurden zunächst alle Behand-

lungseigenschaften und deren Ausprägungen identifiziert, in denen sich die Therapieoptionen unterscheiden können – so kann beispielsweise die Ausprägung der Eigenschaft „Wahrscheinlichkeit einer erneuten Operation innerhalb von 3 Jahren“ zwischen 0 Prozent und 20 Prozent je nach chirurgischer Behandlung variieren (siehe Tabelle 1).

In einem weiteren Schritt wurde ein sogenanntes Wahl-experiment (engl.: Discrete Choice Experiment (DCE)) zur Präferenzenerhebung angewendet. Dabei wurden hypothetische Therapieoptionen basierend auf den möglichen Ausprägungen der Behandlungseigenschaften zusammengesetzt. In einer Onlinebefragung erhielten die Teilnehmenden in 10 aufeinanderfolgenden Wahlszenarien immer zwei wechselnde Therapieoptionen zur Auswahl (siehe Abbildung 1).

Durch diese wiederholte Wahl lässt sich am Ende berechnen, welche Ausprägungen dazu geführt haben, dass eine Therapieoption gewählt oder abgelehnt wird. Die Ergebnisse der Präferenzenerhebung mit 330 Teilnehmenden sind in Tabelle 1 dargestellt.

Entscheidung 1 von 10:		
	Operation A	Operation B
Wahrscheinlichkeit für dauerhafte Inkontinenz. 	5 von 100 Personen 	3 von 100 Personen 
Dringlichkeit des Wasserlassens. 	30 Minuten einhalten können	15 Minuten einhalten können
Erektionsfähigkeit 	 Nimmt sehr gering ab	 Nimmt sehr gering zu
Wahrscheinlichkeit einer erneuten Operation 	10 von 100 Personen 	20 von 100 Personen 
Dauer bis zur Verbesserung der Beschwerden 	5 Monate	3 Monate
Würden Sie Operation A oder B wählen?		

Abbildung 1: Ein Wahlszenario der Präferenzenerhebung

Tabelle 1: Ergebnisse der Präferenzenerhebung (N=330)

Behandlungseigenschaften und Ausprägungen	Koeffizient (für alle gilt $p < 0,05$)
Wahrscheinlichkeit für eine Funktionsstörung des Samenergusses	
80%	Referenz
65%	0,375
5%	1,602
0%	1,929
Dringlichkeit des Wasserlassens	
Unmittelbar	Referenz
Nach 5 Minuten	1,177
Nach 15 Minuten	1,518
Nach 30 Minuten	1,648
Häufigkeit des Wasserlassens während der Nacht	
5 Mal	Referenz
3 Mal	0,767
1 Mal	1,583
Wahrscheinlichkeit einer dauerhaften Inkontinenz	
5%	Referenz
3%	0,347
1%	1,011
0%	1,390
Wahrscheinlichkeit einer erneuten Operation innerhalb von 3 Jahren	
20%	Referenz
10%	0,507
5%	0,937
0%	1,338
Dauer des Wasserlassens	
6 Minuten	Referenz
3 Minuten	0,385
30 Sekunden	0,984
Häufigkeit des Wasserlassens während des Tages	
14-mal	Referenz
10-mal	0,497
6-mal	0,878
Dauer bis zur Verbesserung der Beschwerden nach der Operation	
5 Monate	Referenz
3 Monate	0,257
Unmittelbar	0,675
Veränderungen der Erektionsfähigkeit	
Leichte Verschlechterung	Referenz
Keine Veränderung	0,454
Leichte Verbesserung	0,313

Die Ergebnisse der Studie zeigen, Betroffene haben individuelle Präferenzen für Behandlungseigenschaften. Wie wichtig einzelne Behandlungseigenschaften sind, ist an der Spannweite der Koeffizienten der Ausprägungen zu erkennen: je weiter die Spannweite, desto wichtiger die Behandlungseigenschaft. Der Effekt auf das Risiko einer Ejakulationsstörung (Spannweite: 1,929) war das wichtigste Entscheidungskriterium bei der Wahl einer chirurgischen Behandlung, gefolgt vom Effekt auf die Dringlichkeit des Wasserlassens (Spannweite: 1,648) und der Häufigkeit des Wasserlassens in der Nacht (Spannweite: 1,583).

Besonders Teilnehmende, die ihr Sexualleben als zufriedenstellend bewerteten, zeigten eine hohe Sensibilität in der Wahl der chirurgischen Behandlung gegenüber potenziellen Einschränkungen ihrer Ejakulationsfähigkeit (hier nicht dargestellte Subgruppenanalyse, siehe (3)). Insgesamt konnte die Studie zeigen, dass die Teilnehmenden heterogene Präferenzen hatten und es Unterschiede gab, welche Behandlungseigenschaften, die individuell relevantesten sind³.

Das zeigt, dass in der medizinischen Versorgung individuelle Präferenzen, zum Beispiel zum Sexualleben, wesentlich dafür sein können, welche Therapieoption für den einzelnen Patienten „die Beste“ ist. Aufklärungen bleiben jedoch häufig bei technischen Informationen, sodass die subjektive Bedeutung der Behandlungseigenschaften für jeden Einzelnen wenig Berücksichtigung findet. Damit bleibt eine wesentliche Komponente für eine gute Therapieempfehlung und der informierten Entscheidungsfindung unbeachtet.

Welche Folgen kann die unzureichende Berücksichtigung von Patientenpräferenzen haben?

Eine unzureichende oder als unzureichend wahrgenommene Aufklärung über alle relevanten Therapieoptionen

mit ihren Vor- und Nachteilen kann dazu führen, dass Betroffene ihre Therapieentscheidung möglichst lange hinauszögern. Neben der Angst vor Risiken spielen auch Unsicherheiten über die verfügbaren Optionen eine Rolle.

In den Interviews berichteten die Teilnehmenden immer wieder, nur über die chirurgischen Verfahren informiert wurden zu sein, die in der behandelnden Klinik angeboten wurden. Dadurch kann das Vertrauen in die ärztliche Empfehlung leiden und wiederholtes Aufsuchen von weiteren Ärztinnen und Ärzten zur Folge haben. Oder, eine Therapieoption wird gewählt und eventuell später aufgrund lückenhafter Aufklärung bereut. Zusätzlich kann das Hinauszögern einer Therapieentscheidung zu einer Verschlechterung der Beschwerden und höherem Risiko für Komplikationen (z.B. akutem Harnverhalt) führen². Dann ist ein Eingriff plötzlich dringend erforderlich und die Auswahl klinisch indizierter Option verringert, sodass vielleicht nicht mehr die eigentlich präferierte Behandlung angewendet werden kann.

Eine späte Behandlung kann also mit einer Vielzahl von Arztbesuchen, schlechteren klinischen Ergebnissen und Unzufriedenheit der Betroffenen einhergehen, was wiederum zu unnötigen Kosten im Gesundheitswesen führen kann.

Ein Lösungsansatz: Shared Decision Making und Entscheidungshilfen als Brücke!

Hier setzt das Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, SDM) an. Es fordert, dass medizinische Entscheidungen nicht nur auf klinischen Daten basieren, sondern auch auf den Werten, Präferenzen und Lebensumständen der Patientinnen und Patienten. In der Praxis bedeutet das: Ärztinnen und Ärzte müssen nicht nur informieren, sondern auch aktiv individuelle Präferenzen erfragen bzw. zuhören, wenn diese geäußert werden.

Die Präferenzen der Teilnehmenden unserer Studie waren heterogen. Solche Unterschiede lassen sich in der klinischen Praxis nur im Gespräch erkennen – und nur dann in die Therapieentscheidung einbeziehen. Ein effektiver Weg, um SDM und die Einbindung von Patientenpräferenzen zu fördern, sind strukturierte Entscheidungshilfen. Sie können helfen, die Vielfalt der Optionen verständlich darzustellen, Risiken einzuordnen und persönliche Präferenzen zu reflektieren. In unserer Studie wurde oft der Wunsch geäußert, über alle verfügbaren Therapieoptionen informiert zu werden – auch über solche, die nicht in der örtlichen Klinik angeboten werden. Entscheidungshilfen könnten hier Transparenz schaffen, das Vertrauen in die ärztliche Beratung stärken, das ärztliche Gespräch zeitlich entlasten und gleichzeitig den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit geben, sich in Ruhe mit allen Optionen auseinanderzusetzen.



Dieser Beitrag entstand in Kooperation mit Boston Scientific Medizintechnik GmbH.

Referenzen

1. Miernik A, Gratzke C: Current treatment for benign prostatic hyperplasia. Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 843–54. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0843
2. Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (Hrsg.): S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Benignen Prostatasyndroms (BPS), Langversion 5.0, 2023, AWMFRegisternummer: 043-034, <https://www.urologenportal.de/fachbesucher/wirueberuns/dgu/leitlinien-derdeutschen-gesellschaft-fuer-urologie.html> (abgerufen am: 18.07.2025).
3. Vennedey V, Holling H, Steiner T, Schrader M, Grossmann H, Hoenig C: Patient Preferences for Surgical Treatments for Benign Prostatic Hyperplasia: A Discrete Choice Experiment. JU Open Plus 2(11):e00116, 2024. | DOI: 10.1097/JU9.0000000000000226

Themenvorschau 2025

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Versorgungspotentiale der Gesundheitsberufe**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Zukunft der Diagnostika-Industrie**
- **Zukunft der Versorgung: Genmedizin und Datenmanagement**
- **KI – Wer versorgt mich und wenn ja wie viele?**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

Der 5. Bundeskongress Gender-Gesundheit und dessen Dokumentation wurden u.a. unterstützt von:



Impressum



Herausgeber:

Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepfer, Sophia Wagner, Sofie Neumeyer
In Zusammenarbeit mit



Druck:

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 31. Jahrgang 2025,
Ausgabe 2 · 2025,
Erscheinungsdatum: 12.09.2025

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepper, Sophia Wagner, Sofie Neumeyer und Dr. Martina Kloepper und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen, wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepper ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepper haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

