



2 • 2026

PRÄVENTION GESCHLECHTERSPEZIFISCH?!  
POTENZIALE UND PERSPEKTIVEN FÜR EINE  
BEDARFSGERECHTE GESUNDHEITS-  
VERSORGUNG



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.

|    |                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4  | <b>Editorial</b><br><b>Dr. Albrecht Kloepper</b>   Herausgeber<br><b>Sophia Wagner</b>                                                                                                                                                       |
| 6  | <b>Vorwort 6. BundesKongress Gender-Gesundheit 2026</b><br><b>Dr. Martina Kloepper</b>   Kongresspräsidentin   Institut für Gender-Gesundheit e. V.                                                                                          |
| 7  | <b>Grußwort</b><br><b>Nina Warken</b>   Bundesgesundheitsministerin a.D.                                                                                                                                                                     |
| 8  | <b>Kongressdokumentation</b><br><b>Impulse   Workshops   Keynote   Podiumsdiskussion</b>                                                                                                                                                     |
| 19 | <b>Prävention neu gedacht: Trajektorien anstelle von Altersgrenzen</b><br><b>Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MBA</b>   Universitäres Herzzentrum Lübeck,<br>Patientenbeauftragte der Bundesregierung a.D.                                       |
| 23 | <b>„Aus der Aufmerksamkeit, die wir geschaffen haben, muss jetzt eine<br/>spürbar bessere Versorgung für die Menschen vor Ort werden.“</b><br><b>Emmi Zeulner MdB</b>   Berichterstatterin der CDU/CSU-Fraktion für Frauengesundheit         |
| 27 | <b>Versorgungslücken in den Wechseljahren</b><br><b>Dr. Stefanie Schuster</b>   Lead Government Affairs<br><b>Anja Sittig</b>   Commercial Lead Women's Health, Astellas Pharma GmbH                                                         |
| 32 | <b>Wechseljahre – ein blinder Fleck in der Arbeitswelt?</b><br><b>Hans-Jürgen Müller und Hans Peter Wollseifer</b>   Vorstandsvorsitzende, IKK e.V                                                                                           |
| 37 | <b>„Der Schlaganfall bei Frauen wird noch zu oft übersehen“</b><br><b>Prof. Dr. Silke Walter</b>   Klinik für Neurologie, Universität des Saarlandes                                                                                         |
| 39 | <b>Kompressionstherapie: Prävention statt „offenes Bein“ – Frauen, Hitze<br/>und warum Wassereinlagerungen ein unterschätzter Risikofaktor sind</b><br><b>Enes-Batuhan Baskal</b>   Director Governmental Affairs & Market Access, URGO GmbH |

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

„Vorsorge ist Vorsorge, Prävention wirkt für alle gleich“ – dieser Satz klingt vernünftig, hält der Praxis aber nicht stand. Noch immer orientieren sich viele Präventionsprogramme, Diagnosekriterien und Versorgungspfade an einem impliziten Normalfall, der männlich gedacht ist. Die Folgen reichen von der Herzmedizin bis in den Arbeitsalltag: Herzinfarkt- und Schlaganfallsymptome bei Frauen werden seltener erkannt, weil sie von Lehrbuch-Bildern abweichen, die am männlichen Körper entwickelt wurden. Wechseljahresbeschwerden werden entweder bagatellisiert oder vorschnell pathologisiert, ohne dass Betriebe, Praxen und Kassen darauf eingestellt sind. Und ein so verbreitetes Risiko wie venöse Erkrankungen mit Wassereinlagerungen findet in der öffentlichen Präventionskommunikation kaum Beachtung, obwohl Frauen besonders häufig betroffen sind. Der Titel dieser Ausgabe ist deshalb bewusst als Frage mit doppeltem Satzzeichen gestellt: Prävention geschlechterspezifisch?! Wir meinen: ja, und zwar dringender, als es die aktuelle Versorgungsrealität widerspiegelt.

Dass diese Frage kein akademisches Gedankenspiel ist, hat der 6. Bundeskongress Gender-Gesundheit eindrücklich gezeigt, dessen Dokumentation den Schwerpunkt dieser Ausgabe bildet. Wir freuen uns, mit dem Vorwort von Dr. Martina Kloepfer, Gründerin und Präsidentin des Bundeskongresses Gender-Gesundheit sowie Vorstandsvorsitzende des von ihr mitbegründeten Instituts für Gender-Gesundheit e.V., sowie der Zusammenfassung von Impulsen, Workshops und der abschließenden Keynote samt Podiumsdiskussion die Bandbreite der dort geführten Debatten für Sie aufzubereiten. Bereits 2013, als das Thema im gesundheitspolitischen Berlin kaum auf dem Schirm war, hat Dr. Martina Kloepfer mit Kongress und Institut den Grundstein dafür gelegt, dass Gender-Gesundheit einen Weg auf die politische Agenda findet. Das Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung hat sich dieses Themas dankbar und gemeinsam mit dem Institut für Gender-Gesundheit angenommen, um seitdem zusammen mit noch

vielen weiteren, die verschiedenen Herausforderungen der Gendermedizin ins Visier zu nehmen und Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Kongress hat eines deutlich gemacht: Geschlechtersensible Prävention ist kein Nischenthema für Spezialistinnen und Spezialisten, sondern eine Systemfrage, die Versorgungsforschung, Ausbildung, Leistungsgestaltung und betriebliches Gesundheitsmanagement gleichermaßen betrifft.

Diese Systemperspektive ziehen wir konsequent durch die weiteren Beiträge dieses Hefts. Im Interview erläutert Prof. Dr. med. habil. Claudia Schmidtke, MBA, warum eine belastbare, nach Geschlecht differenzierte Datengrundlage die Voraussetzung für jede bedarfsgerechte Versorgung ist. Ihre Perspektive vereint dabei drei Blickwinkel, die im Diskurs selten zusammenkommen: Als Sprecherin des Universitären Herzzentrums Lübeck (UHZL) und Professorin für Herzchirurgie kennt sie die klinische Praxis aus erster Hand, als frühere Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Mitglied des Deutschen Bundestages (2017–2021) die gesundheitspolitische Seite, und seit dem 1. Dezember 2025 erforscht sie als affilierte Professorin im Forschungsbereich „KI für Assistive Gesundheitstechnologien“ am Deutschen Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz (DFKI) in Lübeck mit einem Schwerpunkt auf Gender- und Frauengesundheit, wie sich diese Erkenntnisse KI-gestützt in die Versorgung übersetzen lassen. Ihr Fazit: Ohne Daten keine passgenaue Prävention. Emmi Zeulner, MdB und frauengesundheitspolitische Berichtserstatlerin der CDU/CSU-Fraktion, bringt die Gratwanderung, vor der die Politik steht, auf den Punkt: Wir dürfen die Wechseljahre weder zur Krankheit erklären noch Beschwerden bagatellisieren. Sie sind ein natürlicher Lebensabschnitt.

Wie groß die Lücke zwischen diesem Anspruch und der Versorgungsrealität noch ist, machen Dr. Stefanie Schuster und Anja Sittig von der Astellas Pharma GmbH in ihrem Beitrag „Versorgungslücken in den Wechseljahren“ deutlich: Die Wechseljahre werden hierzulande häufig als

Randnotiz der Frauenmedizin behandelt, dabei handelt es sich um eine relevante Lebensphase mit Folgen für Gesundheit, Erwerbsfähigkeit und Lebensqualität. Menopausale Beschwerden werden dennoch oft bagatellisiert, nicht systematisch erfasst oder unzureichend behandelt. Genau diese Lücke setzt sich in der Arbeitswelt fort, wie der Beitrag von Hans-Jürgen Müller und Hans Peter Wollseifer zeigt, die als Vorstandsvorsitzende des IKK e.V. der Frage nachgehen, warum die Wechseljahre dort bislang ein blinder Fleck geblieben sind – mit spürbaren Folgen für Fehlzeiten, Bindung und Karriereverläufe von Frauen in der Lebensmitte.

Wie unmittelbar geschlechtersensible Prävention über Gesundheit und Krankheit entscheiden kann, zeigt der Beitrag von Prof. Dr. Silke Walter von der Universität des Saarlandes. Ihre Beobachtung, dass der Schlaganfall bei Frauen noch zu oft übersehen wird, weil Symptome anders verlaufen oder anders gedeutet werden, ist ein eindringlicher Beleg dafür, dass geschlechterblinde Aufklärung im Ernstfall Zeit kostet, die im Zweifel über Leben und bleibende Beeinträchtigung entscheidet. Enes-Batuhan Baskal von der URGO GmbH ergänzt diese Perspektive um ein Thema, das im Präventionsdiskurs bislang unterschätzt wird: Kompressionstherapie als wirksames Mittel gegen das „offene Bein“ und die Rolle, die Hitzebelastung und Wassereinlagerungen als übersehener Risikofaktor gerade für Frauen spielen.

Was verbindet diese auf den ersten Blick sehr unterschiedlichen Beiträge? Sie alle machen sichtbar, dass geschlechtersensible Prävention kein additives „Extra-Angebot für Frauen“ sein darf, sondern in Leitlinien, Aus- und Weiterbildung, Versorgungsverträgen und Praxis mitgedacht werden muss – von Anfang an und über den gesamten Lebensverlauf hinweg. Das bedeutet konkret: eine konsequent geschlechtsdifferenzierte Datenerhebung in Studien und Versorgungsforschung, eine Aktualisierung von Diagnosekriterien und Leitlinien dort, wo sie noch am männlichen Krankheitsbild ausgerichtet sind, sowie Präventions- und Versicherungsleistungen, die reale Lebens-

phasen wie die Wechseljahre als das anerkennen, was sie sind: ein normaler, aber medizinisch und sozial relevanter Abschnitt, der Unterstützung verdient, aber keine Stigmatisierung.

Dabei geht es uns nicht um Beliebigkeit nach dem Motto „für jede Gruppe ihr eigenes Programm“, sondern um Genauigkeit: Wer Prävention wirksam gestalten will, muss wissen, welche Risiken sich bei wem in welcher Lebensphase wie äußern. Geschlechtersensible Prävention ist damit kein Gegensatz zu einer guten Versorgung für alle, sondern deren Voraussetzung – umgekehrt gilt das ebenso für bislang übersehene Risiken bei Männern.

Für uns als Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung ist diese Ausgabe deshalb mehr als eine Kongressdokumentation. Sie ist ein Plädoyer dafür, „bedarfsgerecht“ ernst zu nehmen: Bedarf entsteht nicht abstrakt, sondern bei konkreten Menschen, mit konkreten Körpern, in konkreten Lebensphasen und Lebenswelten. Eine Gesundheitsversorgung, die das ignoriert, verschenkt Präventionspotenzial und produziert vermeidbares Leid – bei Frauen ebenso wie, mit umgekehrten Vorzeichen, bei Männern. Wir danken an dieser Stelle ausdrücklich allen Autorinnen und Autoren für ihre Beiträge und Impulse. Unseren Leserinnen und Lesern rufen wir zu: Bleiben Sie neugierig, kritisch – und gesund.



Sophia Wagner



Dr. Albrecht Kloepper

Mit herzlichen Grüßen  
Sophia Wagner und Dr. Albrecht Kloepper

## Vorwort 6. Bundeskongress Gender-Gesundheit 2026



Dr. Martina Kloepfer

### **Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Leserinnen und Leser,**

mit dieser Zusammenfassung laden wir Sie ein, den 6. Bundeskongress Gender-Gesundheit 2026 noch einmal Revue passieren zu lassen, der unter dem Motto „Prävention geschlechterspezifisch?!“ am 19. Mai in

der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt stattgefunden hat.

2013 haben wir den ersten Bundeskongress Gender-Gesundheit ins Leben gerufen, um einen Beitrag zu leisten, geschlechterspezifische Versorgung im gesundheitspolitischen Berlin zu etablieren (mehr zur Historie des Kongresses finden Sie unter [www.bundeskongress-gender-gesundheit.de](http://www.bundeskongress-gender-gesundheit.de)). Damals wurde diese Idee noch belächelt und auch zur Gründung des Instituts für Gender-Gesundheit e.V. 2016 war Gendermedizin noch ein Randthema. Glücklicherweise hat sich die kontinuierliche Arbeit von vielen Seiten ausgezahlt – Gendermedizin hält Einzug in Hörsäle, Praxen und politische Diskussionen.

Mit Staatssekretär Christian Luft konnten wir bereits zum zweiten Mal einen Schirm-Herrn für unsere Kongressreihe gewinnen und so auch ein wichtiges Signal für das Thema Männergesundheit senden. Außerdem war Bundesgesundheitsministerin a. D. Nina Warken mit einem schriftlichen Grußwort vertreten (siehe S. 7). Sie widmete sich während ihrer Amtszeit mit Nachdruck der geschlechtergerechten Medizin, etwa mit dem Dialogprozess Wechseljahre, und hat gemeinsam mit Forschungsministerin Dorothee Bär ressortübergreifende Forschungsprojekte zu diesem Themenfeld angestoßen.

Dennoch ist der Weg noch lang. Vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen, denen unser Gesundheitssystem gegenübersteht, gilt es, Prävention effizient zu gestalten, um Krankheiten und Komorbiditäten vorzubeugen und unser System zu entlasten. Hier bietet ein geschlechterspezifischer Ansatz eine Chance, denn Männer und Frauen möchten nicht nur unterschiedlich angesprochen werden, sondern benötigen auch eine differenzierte Bewertung z.B. bei Referenzwerten, die ausschlaggebend für eventuelle therapeutische Konsequenzen sind. Dieser spannenden Verbindung von geschlechterspezifischer Medizin und Prävention konnten wir in diesem Jahr beim Bundeskongress eine Bühne bieten.

Dass dieser Kongress auch 2026 stattfinden konnte, verdanken wir den Mitstreitern, die das Institut für Gender-Gesundheit e.V. über die Jahre gewonnen hat – unseren Sponsoren, Partnern und Medienpartnern, unseren Referentinnen und Referenten, den Posterpräsentierenden und allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

Mit Blick auf die Entwicklungen jenseits des Atlantiks und teils auch in Europa gilt: Das Engagement für eine differenzierte, geschlechtersensible Perspektive darf nicht nachlassen. Deshalb freuen wir uns sehr, ankündigen zu können, dass der Bundeskongress Gender-Gesundheit auch im nächsten Jahr, am 29. April 2027, stattfinden wird.

Wir wünschen Ihnen eine inspirierende Lektüre dieser Kongressdokumentation und freuen uns, gemeinsam mit Ihnen an einer geschlechtergerechten Medizin weiterzuarbeiten.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Martina Kloepfer

Bundeskongress Gender-Gesundheit  
Institut für Gender-Gesundheit e.V.

## Grußwort von Nina Warken, Bundesgesundheitsministerin a.D.



© 2024 Tobias Koch

Nina Warken

Für eine gute und bedarfsgerechte Versorgung ist es entscheidend, dass wir die unterschiedlichen Bedarfe von Frauen und Männern berücksichtigen. Es gilt, die Gesundheitsversorgung in Deutschland von Frauen und Männern, von Jungen und Mädchen, gendergerecht zu gestalten. Denn nur eine geschlechtersensible medizinische Versorgung wird die Versorgungssituation von Frauen und Männern langfristig verbessern.

Klar ist: Die Symptome und Erkrankungen unterscheiden sich zum Teil gravierend. Daher müssen diese Unterschiede in Forschung, Wissenschaft und praktischer Versorgung stets mitbedacht werden. Auch die Politik leistet hier ihren Beitrag: Wir wollen die Datenlage verbessern und mehr Evidenz schaffen – damit Versorgung passgenauer, wirksamer und eben gendergerechter wird.

Bislang galt oft der männliche Körper als Norm. Daher haben wir Anfang dieses Jahres gezielt Forschung zur Frauengesundheit auf den Weg gebracht: Mit der ersten Förderrichtlinie werden Projekte gefördert, die sich mit der

patientinnenzentrierten Versorgung von Frauen befassen. Ziel ist es, wissenschaftliche Evidenz zu gewinnen für eine Verbesserung der Versorgung von Frauen in Deutschland. Mit der zweiten Förderrichtlinie sollen gezielt Nachwuchsgruppen an (Fach-) Hochschulen sowie außeruniversitären Einrichtungen im Themenfeld Frauengesundheit aufgebaut sowie das Entstehen institutioneller Kapazitäten in der Versorgungsforschung angestoßen werden. Die Förderrichtlinien haben je ein Volumen von bis zu fünf Millionen Euro. Daneben führt das Bundesministerium für Gesundheit derzeit aktuell einen Dialogprozess Wechseljahre durch. Ziel ist auch hier, konkrete Verbesserungen für die betroffenen Frauen zu erreichen.

Viel zu lange wurde Frauengesundheit als Nischenthema gesehen, Medizin von Männern für Männer gemacht. Ich freue mich, dass Sie mit dem Bundeskongress das Thema Gendermedizin weiter voranbringen und einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit aller Menschen in Deutschland leisten – herzlichen Dank für Ihr Engagement und eine erfolgreiche Veranstaltung!

## Impulsvortrag 1

# Geschlechterunterschiede in der Prävention

Prof. Dr. Gertraud Stadler | Team Gender in Medicine, Charité Berlin

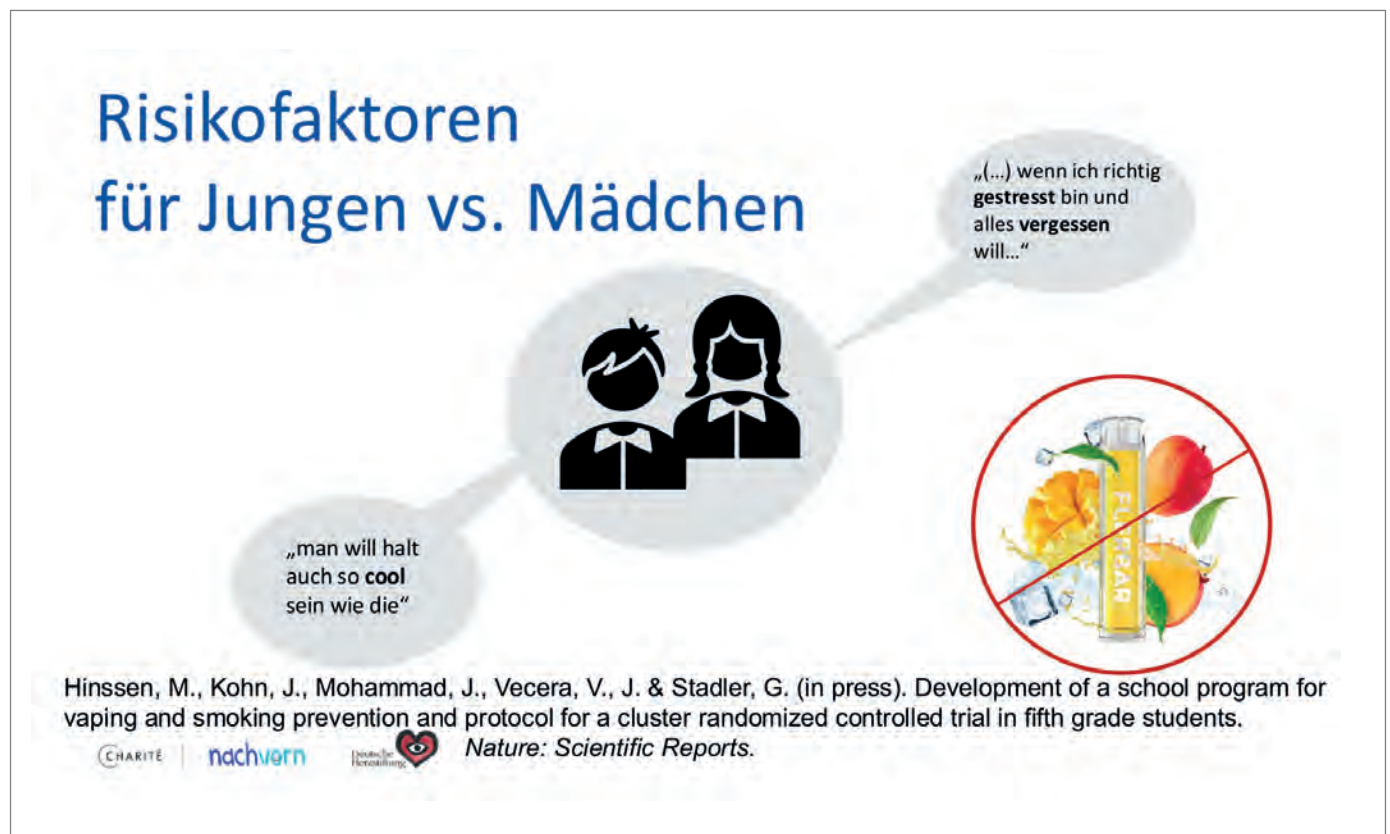


Abbildung: Geschlechtsspezifische Risikofaktoren für Rauchen und Vaping bei Jungen und Mädchen (Stadler, 2026)

Gesundheitsverhalten sei quantifizierbar und entscheide mit, wie lange und wie gesund Menschen leben. Mit dieser Botschaft eröffnete Prof. Dr. Gertraud Stadler vom Team Gender in Medicine der Charité Berlin die Impulsreihe. Wer acht zentrale Verhaltensweisen – von gesunder Ernährung über Bewegung bis zum Verzicht auf Nikotin und Alkohol – konsequent umsetze, gewinne im Mittel bis zu 24 Lebensjahre als Mann und 20 als Frau. Ihren Schwerpunkt legte Stadler auf den Nikotinkonsum, der bei Frauen früher und bei geringeren Mengen zu Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen führe. Das kritische Zeitfenster für eine Nikotinabhängigkeit liege zwischen dem zehnten und zwanzigsten Lebensjahr.

Die Charité-Studie „nachvorn“ an 42 Berliner Schulen zeige, dass jedes fünfte Kind zwischen 9 und 17 Jahren bereits geraucht und jedes vierte gevaped habe. Vapes wirkten mit süß-fruchtigen Aromen als Einstiegsprodukt, gezielt weiblich vermarktet. Die geschlechterspezifischen Risikofaktoren unterscheiden sich dabei stark: Bei Jungen dominiert Gruppendruck und das Bedürfnis, cool zu wirken; bei Mädchen stellt sich bereits in der fünften Klasse häufiger die Vorstellung ein, Substanzen zur Stressbewältigung zu nutzen (s. Abb.). Stadler plädierte für früh ansetzende, geschlechtssensible Prävention und ein Verbot nachweislich gesundheitsschädlicher Aromen in E-Zigaretten.

## Impulsvortrag 2

# One size fits all? – Geschlechterspezifische Prävention in vulnerablen Lebensphasen

Univ.-Prof. Dr.med. Ute Seeland | Zentrum für Innere Medizin / Geschlechtersensible Medizin und Prävention, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

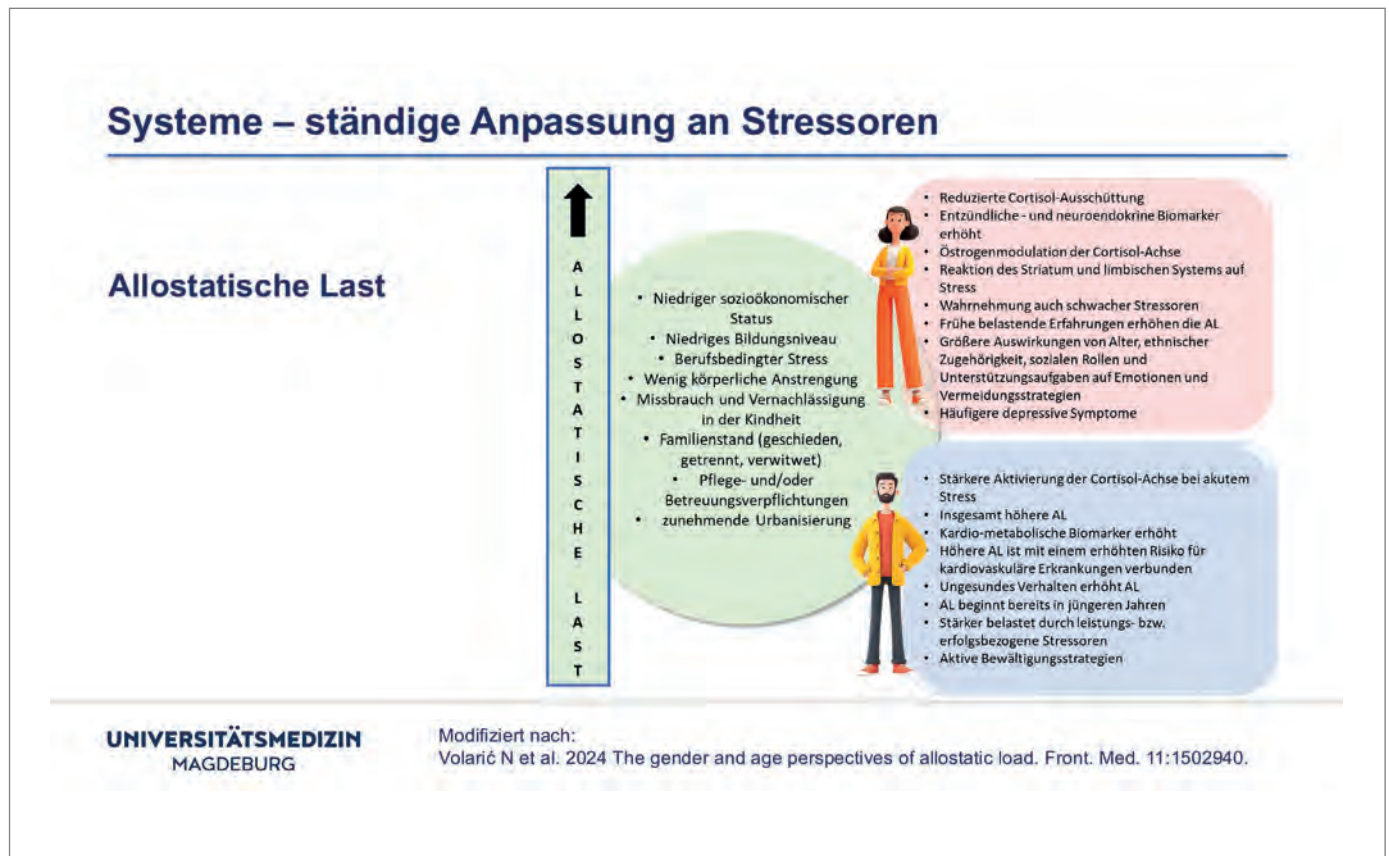


Abbildung: Geschlechterspezifische Unterschiede bei der Anpassung des Körpers auf Stressoren (Seeland, 2026)

Prof. Dr. Ute Seeland von der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg plädierte für eine geschlechtssensible Medizin, die biologisches und soziokulturelles Geschlecht zusammendenkt. Zentral sei der systembiologische Blick: Diskriminierung und soziale Belastungen potenzierten sich und erhöhten die allostatistische Last, den stressbedingten Verschleiß des Körpers, der sich geschlechtsspezifisch vollziehe (s. Abb.). An drei Beispielen zeigte Seeland die klinische Relevanz. In der Kardiologie liege die 28-Tage-Letalität nach Herzinfarkt bei Frauen mit 13,8

Prozent höher als bei Männern mit 11,5 Prozent. In der Nephrologie sei die Nierenfunktion bei Frauen im Alter schneller eingeschränkt, während bei Männern die Proteinurie überwiege – zwei unterschiedliche Schädigungsmuster. In der Diabetologie erlaubten geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselte Subtypen des Prädiabetes eine gezieltere Prävention. Ihr Fazit: Man wisse genug, um zu wissen, dass Geschlecht relevant sei, es brauche nun die richtigen Fragen und eine konsequentere Datenerhebung im bestehenden System.

## Impulsvortrag 3

# Digitalisierung & KI – geschlechterspezifisch gestalten

Prof. Dr. Sylvia Thun | Berlin Institute of Health, Charité Berlin



Abbildung: Vier Handlungsebenen für gerechtere KI (Thun, 2026)

Prof. Dr. Sylvia Thun vom Berlin Institute of Health an der Charité Berlin stellte in ihrem Impulsvortrag den Gender Bias in der digitalen Medizin in den Fokus. Das Kernproblem sei nicht die fehlende Einbeziehung von Frauen in Studien, sondern dass Daten nicht geschlechtsspezifisch ausgewertet würden. Nur 18 Prozent der COVID-19-Studien lieferten stratifizierte Ergebnisse, obwohl teils mehr Frauen als Männer beteiligt gewesen seien. KI verschärfe das Problem, wenn Algorithmen auf verzerrten Daten trainiert würden. Dem stellte Thun das Prinzip der Fair AI gegenüber, das mit einer bewussten Differenzierung nach Geschlecht und Biologie, zu geschlechtsspezifischen

Krankheitsprofilen, wirksameren Behandlungen für beide Geschlechter und mehr Vertrauen in KI-Systeme führe. Rückenwind komme aus der Regulierung. Der EU AI Act verpflichte Hochrisiko-KI seit 2025 zur Bias-Prüfung, ab 2026 würden Sex und Gender im European Health Data Space zu Pflichtfeldern. Weil damit erstmals verbindlich werde, was bisher freiwillig blieb, brach Thun die Umsetzung auf vier Handlungsebenen herunter (s. Abb.), von Daten und Standards über die KI-Entwicklung bis zur klinischen Anwendung. Thun schloss ihren Impuls mit einem Zitat von Caroline Criado Perez ab: „Daten, die Frauen ignorieren, töten Frauen.“

## Impulsvortrag 4

# Altern und Geschlecht?

Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MBA | Universitäres Herzzentrum Lübeck, Patientenbeauftragte der Bundesregierung a.D.



Abbildung: KI-Übersichtsgrafik zu Risikofaktoren und Lebensverlauf inkl. sozialer Faktoren (Schmidtke, 2026)

Alter und Geschlecht würden zu oft getrennt betrachtet, so Prof. Dr. Claudia Schmidtke vom Universitären Herzzentrum Lübeck. Aber Altern sei nicht geschlechtsneutral: Frauen lebten länger, verbrachten aber mehr Jahre in schlechter Gesundheit, Männer blieben länger stabil und erlitten dann abrupte Funktionsverluste. Der zentrale Punkt: Krankheit sei kein Zustand, sondern ein Verlauf. Deshalb müsse Prävention ungünstige Übergänge früh erkennen und verzögern. Einen besonderen Fokus legte Schmidtke auf die Menopause als tiefgreifenden Wende-

punkt und frühes Warnsignal für spätere Herz-Kreislauf- und Stoffwechselrisiken. Zudem sei die geschlechtsspezifische Immunalterung von hoher Relevanz, die erkläre, warum Infektionen und Impfantworten bei Frauen und Männern unterschiedlich verliefen. Auch die soziale – höchst geschlechtsspezifische – Bewertungen des Alterns prägten Gesundheit und Verhalten. Ihr Fazit: Nicht der medizinische Durchschnitt, sondern die individuelle Trajektorie müssen im Zentrum stehen.

## Impulsvortrag 5

# Geschlechterspezifische Versorgung – eine Effizienzreserve?

Prof. Dr. Volker Amelung & Sophia Sgraja | Medizinische Hochschule Hannover



Abbildung: Medizinische und ökonomische Wirkung von Stratifizierung als Effizienzhebel (Amelung & Sgraja, 2026)

Auf die ökonomische und politische Ebene verlagerte Prof. Dr. Volker Amelung von der Medizinischen Hochschule Hannover den Blick. Im Kern sei Gendermedizin ein Stratifizierungsthema: Geschlecht sei der erste Schritt, um Patientengruppen sinnvoll zu unterscheiden. Undifferenzierte Behandlung sei schlicht schlechte Medizin, die sich Deutschland nicht leisten könne. Gefragt sei nicht mehr Leistung, sondern mehr Wirkung pro Euro. Stratifizierung wirke dabei als Effizienzhebel: Sie vermeide unnötige Be-

handlungen, senke Komplikations- und Folgekosten, adressiere kostenintensive Hochrisikofälle gezielter und setze begrenzte Ressourcen wirkungsvoller ein (s. Abb.). Am Innovationsfondsprojekt HeartGap<sup>1</sup> zeigte Amelung einen nachweisbaren Gender Health Gap in der Kardiologie, besonders ausgeprägt in Diagnostik, Kommunikation und patientenzentrierter Aufklärung. Schließlich zähle Qualitätssteigerung statt Kostendämpfung, und die beginne damit, aufzuhören, alle gleich zu behandeln.

<sup>1</sup> Konsortialführerin war Prof. Dr. Clarissa Kurscheid (figus GmbH), Konsortialpartner war Prof. Dr. Volker Amelung (Medizinische Hochschule Hannover); als wissenschaftliche Mitarbeiterinnen beteiligt waren Sophia Sgraja, M.A. (Medizinische Hochschule Hannover), Judith Mollenhauer (figus GmbH) sowie Kooperationspartnerinnen Prof. Dr. Ute Seeland (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg) und Dr. Martina Kloepfer (Institut für Gender-Gesundheit e.V.)

## Workshop 1

# Warum Frauen häufiger von Multipler Sklerose und anderen Autoimmunerkrankungen betroffen sind

**PD Dr. med. Matthias Grothe** | Klinik für Neurologie, Universitätsmedizin Greifswald

**Prof. Dr. med. Sarah Hoffmann** | Klinik für Neurologie und Experimentelle Neurologie, Charité Berlin

Autoimmunerkrankungen treffen Frauen deutlich häufiger als Männer. Warum das so ist, lässt sich bislang nicht abschließend beantworten. Der Workshop näherte sich der Frage über zwei neuroimmunologische Krankheitsbilder: PD Dr. Matthias Grothe von der Universitätsmedizin Greifswald beleuchtete die Multiple Sklerose, Prof. Dr. Sarah Hoffmann von der Charité Berlin die Myasthenia gravis.

Grothe ordnete die Multiple Sklerose (MS) ein: eine entzündliche Erkrankung von Gehirn und Rückenmark mit schubförmigem Verlauf. Wie bei Autoimmunerkrankungen generell, erkrankten Frauen häufiger, erlitten mehr Schübe und berichteten öfter über Fatigue und sensorische Symptome. Im Zentrum stand die Frage nach dem Einfluss der Hormone, für den ein auffälliges Muster über die Lebensspanne spricht. Vor der Pubertät und nach der Menopause gleichen sich die Verläufe von Frauen und Männern weitgehend an, während die Unterschiede in den reproduktiven Jahren am stärksten ausgeprägt sind. Besonders eindrücklich ist die Schwangerschaft, in der die Schubrate vor allem im dritten Trimester deutlich zurückgeht und im Wochenbett wieder ansteigt. Auffällig sei zudem, so Grothe, dass das Geschlechterverhältnis zu Ungunsten der Frauen über die Jahrzehnte zugenommen habe. Als mögliche Ursachen würden veränderte soziale Rollen, Lebensstilfaktoren und Adipositas diskutiert. Praktisch hochrelevant sei die Verknüpfung von Therapie und Familienplanung: Neuere Daten zu Schwangerschaften nach Anti-CD20-Therapie zeigten bislang kein erhöhtes Risiko, sodass sich eine Schwangerschaft inzwischen mit kürzerem Sicherheitsabstand planen lasse.

Hoffmann führte anschließend in die Myasthenia gravis (MG) ein. Hier handelt es sich um eine neuromuskuläre Autoimmunerkrankung, bei der Antikörper die Signalüber-

tragung zwischen Nerv und Muskel blockieren. Leitsymptom ist eine belastungsabhängige Muskelschwäche, die sich nach Ruhe bessert. Deshalb gehe es therapeutisch darum, das Immunsystem zu beruhigen. Anders als bei der MS ist die Prävalenz zwischen den Geschlechtern weitgehend ausgeglichen. Aber die Unterschiede liegen im Detail, beispielsweise dem Erkrankungsalter: Frauen erkrankten überwiegend im jüngeren bis mittleren Erwachsenenalter, Männer dagegen erst im höheren Lebensalter, zugespitzt im Bild „alte Männer, junge Frauen“. Das zentrale Versorgungsproblem sei jedoch die verzögerte Diagnose. Bei Frauen dauere sie mit rund zwei Jahren etwa doppelt so lange wie bei Männern, weil ihre extremitätenbetonte, sich unter Ruhe bessernden Symptome häufiger als psychosomatisch fehlgedeutet werden. Da eine frühe Diagnose und ein früher Therapiebeginn das Behandlungsergebnis verbesserten, sah Hoffmann vor allem die Ärzteschaft in der Pflicht, Bewusstsein zu schaffen und früher zu diagnostizieren.

Auch bei der MG ist die Familienplanung ein Schlüsselthema. Unter den Patientinnen mit bei Krankheitsbeginn noch nicht abgeschlossener Familienplanung geben 80 Prozent an, dass die Erkrankung bei ihren Entscheidungen eine Rolle oder sogar eine zentrale Rolle spiele. Die Hälfte verzichte ganz auf weitere Kinder, ein Fünftel verschiebe den Kinderwunsch. Klinisch bedeutsam seien antikörpervermittelte kindliche Komplikationen wie die transiente neonatale Myasthenie. Da bei rund der Hälfte der betroffenen Mütter zuvor keine MG diagnostiziert gewesen sei, warb Hoffmann für eine konsequente Antikörperdiagnostik in der Schwangerschaft.

## Workshop 2

# Hormon-Alarm M/W: Wenn Östrogen und Testosteron aus dem Gleichgewicht geraten

**Prof. Dr. med. Michael Zitzmann** | Klinische Andrologie des Centrums für Reproduktionsmedizin und Andrologie, Universitätsklinikum Münster

**PD Dr. Maike Henningsen** | Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin

Hormonelle Umbrüche im mittleren Lebensalter betreffen Frauen wie Männer, werden in Diagnostik und Versorgung jedoch häufig übersehen. Im Workshop widmete sich Prof. Dr. Michael Zitzmann vom Universitätsklinikum Münster dem männlichen Testosteronmangel, PD Dr. Maike Henningsen als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin der Peri- und Menopause der Frau.

Zitzmann räumte zunächst mit einem Missverständnis auf: Männliche Wechseljahre gebe es nicht. Anders als bei Frauen bleibe der Testosteronspiegel gesunder Männer über das Leben weitgehend konstant, ab etwa 40 Jahren nehme lediglich die Schwankungsbreite der Testosteronwerte zu. Sinkende Spiegel seien daher kein zwangsläufiges Altersphänomen, sondern meist Folge von Begleiterkrankungen, die mit dem Alter häufiger auftraten und sich oft vermeiden ließen. Ein Testosteronmangel wirke systemisch und gehe mit einer höheren Mortalität einher, so Zitzmann. Gravierend sei die Versorgungslücke. In den GKV-Daten von 2021 seien insgesamt nur rund 0,87 Prozent der Männer mit einem Hypogonadismus kodiert, primäre, sekundäre und funktionelle Formen zusammen, während die tatsächliche Prävalenz laut EMAS-Studie zwischen 2,1 und 11,8 Prozent liege. Auffällig sei, dass gerade der in der Praxis häufigste funktionelle Typ mit 0,09 Prozent am seltensten erfasst werde. Unbehandelte wiesen fast doppelt so hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten auf, rund 811.000 Fehltage und 270 Millionen Euro Produktivitätsverlust jährlich. Zitzmann forderte ein geschärftes diagnostisches Bewusstsein, eine präzisere Kodierung und ein konsequentes Schließen der Therapielücke.

Henningsen verlagerte den Blick auf die Frau, bei der der hormonelle Wandel ungleich abrupter verlaufe. Peri- und Menopause begännen zwischen dem 43. und 55. Lebensjahr und beträfen aktuell 7 bis 8 Millionen Frauen in Deutschland, das seien 16 bis 19 Prozent. Östrogene seien keine reinen Sexual-, sondern systemische Regulationshormone mit Rezeptoren im gesamten Körper, entsprechend breit sei das Beschwerdebild von Hitzewallungen und Schlafstörungen bis zu Osteoporose und steigendem Herz-Kreislauf-Risiko. Auch hier folge eine volkswirtschaftliche Dimension von rund 9,4 Milliarden Euro Schaden und bis zu 40 Millionen Fehltagen pro Jahr. Als Lösungen nannte Henningsen Hormonersatztherapie, Lebensstilmaßnahmen und eine bessere Anpassung der Arbeitswelt.

An beide Vorträge schloss sich eine gemeinsame Diskussion an. Betont wurde, dass sich Frauen wie Männer frühzeitig mit dem Thema befassen sollten und Aufklärung schon in der Schule beginnen müsse. Als eigentlichen Engpass benannten die Teilnehmenden die Finanzierung, denn die nötige „sprechende Medizin“ sei nicht angemessen vergütet und endokrinologische Fachkräfte fehlten. Geld sei im System genug vorhanden, es müsse nur gezielter eingesetzt und die Prävention geschlechtersensibel gestärkt werden, konsentierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

## Workshop 3

# Gewalt gegen Frauen: Welche Rolle spielen toxische Männlichkeitsvorstellungen und was können wir präventiv dagegen tun?

**Björn Sufke** | Psychologe, Männerberater und Autor

Der Psychologe und Männerberater Björn Sufke betrachtete Gendergesundheit nicht medizinisch, sondern psychologisch. Er fragte, wie traditionelle, „toxisch“ genannte Männlichkeitsvorstellungen zu einer erhöhten Affinität zu Gewalt führten, von der überwiegend Frauen und Mädchen betroffen seien. Dabei versteht Sufke toxische Männlichkeit als soziale Konstruktion, nicht als Eigenschaft einzelner Männer. Eine Sozialisation, die Gewalt begünstige, schade auch den Männern selbst, etwa sichtbar in männlicher Depression, einer dreifach erhöhten Suizidrate und später gesuchter Hilfe.

Den Kern des Konstrukts bilde ein Gefühlsverbot. Verboten sei nicht nur, über Angst, Trauer, Scham oder Hilflosigkeit zu sprechen, sondern sie überhaupt zu empfinden. Wer Gefühle abwehre, verliere ihren informatorischen Gehalt und werde hilflos; diese abgewehrte Hilflosigkeit begünstige schließlich Gewalt. Besonders gefährlich sei die Abwehr von Scham, denn Scham schütze vor Grenzüberschreitungen. Sufke griff die bekannte Formulierung von Gisèle Pelicot auf, „die Scham muss die Seite wechseln“ und präzisierte sie: Bei den Tätern sei Scham zwar vorhanden, aber so abgespalten, dass sie sie nicht wahrnehmen. Deshalb müsse Scham nicht nur die Seite wechseln, sondern auf der Täterseite überhaupt erst empfunden werden. Als zweites Element benannte er den Zwang zur Kontrolle, der bis zu Femiziden und zum Suizid reichen könne.

Wie verbreitet solche Einstellungen sind, belegen mehrere Studien. Nach der Plan-Befragung „Spannungsfeld Männlichkeit“ findet es jeder dritte Mann akzeptabel, wenn ihm im Streit gelegentlich „die Hand ausrutscht“. Die Leipziger Autoritarismus-Studie verzeichnet einen Anstieg antifeministischer Einstellungen von 19 auf 25 Prozent zwischen 2020 und 2022, und laut der Organisation Hope Not Hate stehen 52 Prozent der 16- bis 17-jährigen britischen Jungen Andrew Tate positiv gegenüber. Antifeminismus wirke dabei als Eintrittstor für Rechtsextremismus.

Gewaltpräventive Männer- und Jungenarbeit müsse daher auf drei Ebenen ansetzen. Auf der tertiären Ebene senke die Täterarbeit die Rückfälligkeit messbar, sei aber dramatisch unterfinanziert. Auf der sekundären Ebene fehle es an Krisenberatung für Männer und an Arbeit mit gefährdeten Jungen. Auf der primären Ebene brauche es Reflexions- und Bildungsräume. Während für Mädchen zahlreiche Empowerment-Projekte existierten, fehlten entsprechende Aufklärungsangebote für Jungen weitgehend. Durch diese Lücke laute die fatale Botschaft, Mädchen müssten sich ändern, Jungen dürften bleiben, wie sie sind. Einig war sich die Runde, dass es ohne die Männer selbst nicht gehe: Man müsse sie erreichen und ihnen vermitteln, was sie durch Gleichberechtigung gewinnen.

## Keynote

# Future of Female Health

Dr. Thomas Solbach | Partner, Strategy& Germany (PwC)

Simone Giehl | Manager, Strategy& Germany (PwC)



Abbildung: LIFEcare-Ökosystem als Verschmelzung von WELLcare und DISEASEcare über den gesamten Lebensverlauf von Geburt bis Tod (Solbach & Giehl, 2026)

Zur Podiumsdiskussion gaben Dr. Thomas Solbach und Simone Giehl, beide Strategy& Deutschland (die globale Strategieberatung von PwC), einen ersten Einblick in eine noch unveröffentlichte Studie zur Frauengesundheit. Ausgangspunkt sei ein tiefgreifender Wandel, der verändere, wie Menschen Gesundheit lebten. In einer Umfrage unter 4.000 Personen aus vier Ländern wurde Gesundheit als wichtiger erachtet als Sicherheit und Ernährung. Daraus leitete Solbach einen Paradigmenwechsel ab, weg von punktueller Versorgung, hin zu einem kontinuierlichen LIFEcare-Ökosystem, das Erhalt von Gesundheit und Behandlung verschmelzen lasse (s. Abb.). Frauen rückten dabei besonders in den Fokus, weil sie sich häufig gesundheitsbewusster verhielten und über alle Lebensphasen deutlich mehr eigene Gesundheitsdaten generierten. Die

Studie zeige jedoch eine Lücke: Zwar beschäftigten sich 70 Prozent der Frauen aktiv mit ihrer Gesundheit, doch 31 Prozent fühlten sich mit ihren Beschwerden unzureichend berücksichtigt, weil Symptome häufig psychologisiert würden. Über Wearables und vernetzte Geräte entstünden heute fortlaufend große Mengen gesundheitsrelevanter Daten, deren Potenzial bislang jedoch weitgehend ungenutzt bleibe. Insgesamt seien Frauen zu Treiberinnen einer präventiven, personalisierten Gesundheit geworden und nutzten Daten und digitale Angebote früher und intensiver als Männer. Der abschließende Appell richtete sich an Ärzteschaft, Politik, Kostenträger und Anbieter, dieses Engagement endlich wertzuschätzen und die Versorgung geschlechtergerecht entlang der Lebensphasen auszurichten.

## Podiumsdiskussion

### Ist der Mann für die Prävention verloren?

#### Teilnehmerinnen und Teilnehmer:

**Andrea Galle** | mkk – meine krankenkasse

**Dr. Katharina Bruderek** | Volkswagen, SG-2 Gesundheitswesen & -management

**Prof. Dr. Clarissa Kurscheid** | figus GmbH, Privates Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung

**Dr. Ute Teichert** | Leiterin der Abteilung Öffentliche Gesundheit im BMG a.D.

**Meghan Lawrence B.A.** | Masterstudentin der Gesundheitskommunikation, Bundeskoordination für Sexualität und Prävention, Bundesvereinigung Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)

**Dr. Thomas Solbach** | Strategy & Germany (PwC)

#### Moderation:

**Dr. Albrecht Kloepper** | Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung

Die abschließende Podiumsdiskussion, moderiert von Dr. Albrecht Kloepper vom Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung, widmete sich der Frage, ob der Mann für die Prävention verloren sei. Auf dem Podium trafen Perspektiven aus gesetzlicher Krankenversicherung, Arbeitsmedizin, Versorgungsforschung, Unternehmensberatung und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden aufeinander. Andrea Galle, Vorständin der mkk – meine krankenkasse, antwortete klar mit Nein, forderte aber eine geschlechtssensible Ansprache. Die große Lücke der gesetzlichen Krankenversicherung liege darin, dass Männer Vorsorge oft erst mit dem Check-up 35 erreichten.

Genau hier setze die Arbeitsmedizin als unterschätzter Hebel an, erläuterte Dr. Katharina Bruderek, Leitende Werksärztin bei Volkswagen. Über die regelmäßige arbeitsmedizinische Vorsorge, kombiniert mit einem Check-up, erreiche das Unternehmen gerade jene Männer, die für Präventionsangebote sonst kaum zugänglich seien, mit dem Ziel, ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu erhalten oder zu erhöhen. Der Mann sei durchaus erreichbar, wenn auch über andere Kanäle als die Frau. Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, figus GmbH, betonte, dass Jungen und junge Männer über Kindergarten- und Schuluntersuchungen grundsätzlich dieselben Zugänge zu Präventions- und Gesundheitsangeboten haben wie Mädchen. Aus ihrer Sicht kommt es daher auch darauf an, diese Angebote aktiv wahrzunehmen. Auch Dr. Thomas Solbach hielt Männer nicht für verloren, verwies aber auf geringere Diszip-

lin und machte Kommunikation zum entscheidenden Hebel. Prävention müsse lebensnah, niedrigschwellig und letztlich „sexy“ sein.

Durch das Gespräch zog sich eine zweite Spannungslinie, das Verhältnis von solidarischem Gesundheitswesen und einer markt- und konsumorientierten Logik der Vorsorge. Ausgelöst von der Studienthese von Strategy& aus der Keynote, Frauen seien zu Treiberinnen präventiver, datenbasierter Gesundheit geworden, vertrat Dr. Thomas Solbach den Standpunkt, Menschen – die gesund sind – als Konsumentinnen und Konsumenten anzusprechen und nicht per se als Patientinnen und Patienten. Galle setzte einen scharfen Gegenakzent: Die gesetzliche Krankenversicherung agiere nicht in einem Markt, sondern als Teil des sozialen Gemeinwesens, und betrachte Frauen nicht als Konsumentinnen. Werde Prävention zum Bezahlmarkt, drohe der Einstieg in eine Zweiklassenmedizin. Sie wünsche sich einen gemeinsamen „Nordstern“, um über konsequente Prävention die Krankheitslast und damit die Fallzahlen zu senken. Dr. Ute Teichert, ehemalige Leiterin der Abteilung Öffentliche Gesundheit im BMG und langjährige Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, warnte davor, die Studie als Marketinginstrument misszuverstehen, dass Frauen gerade in sensiblen Lebensphasen wie Schwangerschaft oder Familiengründung als besonders empfängliche Konsumentinnen anspreche.

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid ordnete die Debatte auch vor dem Hintergrund traditioneller Rollenbilder im Gesundheitswesen ein. Sie plädierte dafür, Patientinnen und Patienten stärker in gesundheitliche Entscheidungen einzubeziehen, um ihre Mitwirkung und Eigenverantwortung zu stärken.

Damit rückte die Frage in den Vordergrund, wo Prävention überhaupt stattfindet. Mehrfach wurde betont, dass es neben Verhaltens- vor allem Verhältnisprävention brauche. Die Lebenswelt finde nicht in der ärztlichen Versorgung statt, so Dr. Ute Teichert, sondern in Betrieben, Kitas, Schulen und Pflegeeinrichtungen, weshalb sie für einen stärkeren kontinuierlichen Public-Health-Blick und den Ausstieg aus der „Projektitis“ warb. Meghan Lawrence B.Sc., Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, führte „Walkable Cities“, also fußläufige, barrierearme Städte, als Beispiel geschlechtergerechter Gesundheit an und mahnte, gendersensible Medizin dürfe nicht am Engagement einzelner Lehrkräfte hängen, sondern müsse ein Qualitätsmerkmal guter Ausbildung werden. Mit Blick auf den kurz zuvor stattgefundenen Deutschen Ärztetag in Hannover ordnete sie berichtete Fälle sexueller Übergriffe als systemisches Problem ein, da sexuelle Belästigungen im Praktischen Jahr rund drei von vier Studentinnen betreffen, und forderte strukturelle statt einzelfallbezogener Veränderungen sowie mehr Frauen in Führungspositionen.



# Prävention neu gedacht: Trajektorien anstelle von Altersgrenzen

© Olaf Malzahn



## Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MBA

Universitäres Herzzentrum  
Lübeck, Patientenbeauftragte  
der Bundesregierung a.D.

„Es geht nicht um eine ‚Sondermedizin‘ für Frauen.  
Es geht darum zu verstehen, dass dieselbe  
Erkrankung auf unterschiedlichen Wegen  
entstehen kann – und dass wir Diagnostik,  
Prävention und Behandlung genau darauf  
ausrichten müssen.“

**Dr. Albrecht Kloepfer:** Sie sprachen beim 6. Bundeskongress Gender-Gesundheit über biologische, funktionelle und soziale Trajektorien. Was unterscheidet diesen Ansatz von klassischer personalisierter Medizin – und was fügt er ihr hinzu?

**Prof. Dr. Claudia Schmidtke:** Personalisierte Medizin fragt häufig: Welche Prävention oder Therapie passt zu diesem Menschen aufgrund seiner aktuellen biologischen Merkmale? Der Trajektorien-Ansatz ergänzt eine entscheidende Dimension: die Zeit.

Wir betrachten nicht nur einzelne Werte, sondern ihre Entwicklung. Wie haben sich Blutdruck, Gewicht, Stoffwechsel oder körperliche Leistungsfähigkeit verändert? Bei Frauen beispielsweise: Gab es Schwangerschaftskomplikationen? Wann setzte die Menopause ein? Welche beruflichen Belastungen, sozialen Faktoren oder Phasen familiärer Sorgearbeit haben die Person geprägt?

Dabei geht es um biologische, funktionelle und soziale Entwicklungen. Zwei Menschen können dasselbe Alter haben und gesundheitlich dennoch an völlig unterschiedlichen Punkten stehen. Und Frauen und Männer durchlaufen diese Prozesse nicht identisch.

Der Trajektorien-Ansatz fragt deshalb nicht nur: Wo steht ein Mensch heute? Sondern auch: Wie ist er an diesen Punkt gekommen? In welche Richtung entwickelt sich seine Gesundheit? Und an welcher Stelle lässt sich dieser Verlauf beeinflussen? Trajektorien ersetzen personalisierte Medizin nicht. Sie erweitern sie um den Lebensverlauf und machen sie damit individueller und lebensnäher.

**Dr. Albrecht Kloepfer:** Wenn Altern geschlechtsspezifisch verläuft: Wie lassen sich daraus konkrete Präventions- und Versorgungsstrategien ableiten?

**Prof. Dr. Claudia Schmidtke:** Indem wir Prävention nicht nur an Altersgrenzen festmachen. Heute lautet die Logik häufig: Ab einem bestimmten Alter diese Untersuchung, einige Jahre später die nächste. Das ist organisatorisch einfach, bildet das individuelle Risiko aber nur begrenzt ab.

Bei Frauen können etwa Bluthochdruck in der Schwangerschaft oder ein Schwangerschaftsdiabetes frühe Hinweise auf ein später erhöhtes Herz-Kreislauf-Risiko sein. Auch eine frühe Menopause kann das Risikoprofil verändern. Solche Informationen dürfen Jahre später nicht aus der medizinischen Wahrnehmung verschwinden.

Ähnliches gilt für funktionelle Veränderungen. Wenn Mobilität, Muskelkraft oder Belastbarkeit schneller abnehmen als erwartet, kann das früh auf eine ungünstige gesundheitliche Entwicklung hinweisen.

Entscheidend ist aber nicht nur, eine solche Trajektorie zu erkennen, sondern zum richtigen Zeitpunkt das Richtige zu tun. Nach einer Schwangerschaftskomplikation kann das beispielsweise bedeuten, Blutdruck, Blutzucker und weitere Risikofaktoren langfristig im Blick zu behalten. In einer anderen Lebensphase können Bewegung, Ernährung oder eine medikamentöse Prävention wichtiger werden. Wenn im höheren Alter Mobilität und Muskelkraft nachlassen, stehen möglicherweise Krafttraining, Sturzprävention oder Unterstützung im Alltag im Vordergrund.

Der Trajektorien-Ansatz löst Prävention damit stärker von starren Altersvorgaben. Entscheidend ist nicht nur, wie alt ein Mensch ist, sondern in welcher biologischen, funktionellen und sozialen Lebensphase er sich befindet – und ob sich sein gesundheitlicher Verlauf gerade verändert. Die zentrale Frage lautet dann: Welche Intervention ist an genau diesem Punkt sinnvoll und verspricht den größten Nutzen?

**Dr. Albrecht Kloepper:** Trajektorien sollen die Lebenswelten der Patientinnen und Patienten besser abbilden und so gezieltere Prävention ermöglichen. In welchen Bereichen des alltäglichen Lebens sehen Sie besonders großes Potenzial, dass trajektorienbasierte Prävention die Menschen erreichen kann, wo bisherige Maßnahmen es vielleicht nicht konnten?

**Prof. Dr. Claudia Schmidtke:** Besonders großes Potenzial sehe ich dort, wo Menschen ihren Alltag verbringen – also lange bevor gesundheitliche Beschwerden sie in die medizinische Versorgung führen. Viele Präventionsangebote erreichen vor allem diejenigen, die sich ohnehin aktiv um ihre Gesundheit kümmern. Menschen mit erhöhtem Risiko werden dagegen oft spät oder gar nicht erreicht.

Trajektorienbasierte Prävention kann hier früher ansetzen: am Arbeitsplatz, in Schulen, Apotheken, Vereinen, in der Pflege oder im häuslichen Umfeld. Digitale Technologien und Wearables können zusätzlich helfen, Veränderungen über längere Zeit sichtbar zu machen.

Entscheidend ist aber, die Lebenswelt nicht nur als Ort der Ansprache zu verstehen, sondern als Teil des Risikoprofils selbst. Nimmt die Mobilität ab? Werden soziale Kontakte weniger? Werden Arzttermine häufiger versäumt? Ist jemand durch Beruf, Pflege von Angehörigen oder finanzielle Sorgen dauerhaft belastet? Solche Veränderungen können gesundheitlich ebenso relevant sein wie ein Laborwert.

Gerade darin liegt die Stärke des Trajektorien-Ansatzes: Er verbindet biologische, funktionelle und soziale Entwicklungen. So kann Prävention nicht nur früher, sondern auch passender ansetzen – dort, wo sich im Alltag ein ungünstiger Verlauf abzeichnet.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Gerade bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für Prävention und Diagnostik?

**Prof. Dr. Claudia Schmidtke:** Gerade hier zeigt sich, warum wir Geschlecht und Lebensverlauf gemeinsam betrachten müssen. Viele klassische Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes oder Rauchen betreffen Frauen und Männer. Ihre Bedeutung kann sich jedoch unterscheiden. Bei Frauen kommen zudem Faktoren hinzu, die lange zu wenig berücksichtigt wurden – etwa bestimmte Schwangerschaftskomplikationen oder eine frühe Menopause.

Auch beim Herzinfarkt zeigt sich, dass dieselbe Diagnose auf unterschiedlichen Wegen entstehen kann. Die im August 2026 veröffentlichte neue internationale Definition des Herzinfarkts greift diese unterschiedlichen Mechanismen stärker auf.

Lange hatte man beim Herzinfarkt vor allem ein Bild vor Augen: Eine Ablagerung in einer Herzkranzarterie bricht auf, ein Blutgerinnsel entsteht und verschließt das Gefäß. Das ist nach wie vor eine sehr häufige Ursache, insbesondere bei Männern.

Bei Frauen finden wir vergleichsweise häufiger andere Mechanismen. So kann sich beispielsweise die Wand einer Herzkranzarterie plötzlich aufspalten – eine sogenannte spontane Koronardissektion, kurz SCAD. Davon sind gerade auch jüngere Frauen betroffen. Auch starke Verkrampfungen der Herzkranzgefäße und Störungen der sehr kleinen Gefäße des Herzens spielen bei Frauen eine größere Rolle.

Eine Frau kann also einen Herzinfarkt erleiden, obwohl im Herzkatheter keine typische hochgradige Verengung der großen Herzkranzgefäße zu sehen ist. Solche Infarkte

wurden deshalb lange leichter übersehen oder falsch eingeordnet. Die neue Definition trägt diesen unterschiedlichen Entstehungsmechanismen stärker Rechnung – und ist damit gerade für Frauen besonders relevant.

Auch bei der Diagnostik spielt das Geschlecht eine Rolle: Der Blutwert Troponin, mit dem eine Schädigung des Herzmuskels erkannt wird, liegt bei Frauen im Durchschnitt niedriger als bei Männern. Deshalb sollen geschlechtsspezifische Grenzwerte verwendet werden. Ein einheitlicher Grenzwert kann sonst dazu beitragen, dass eine relevante Herzschrädigung bei Frauen übersehen wird.

Für mich zeigt das sehr anschaulich, was geschlechtersensible Medizin leisten kann. Es geht nicht um eine „Sondermedizin“ für Frauen. Es geht darum zu verstehen, dass dieselbe Erkrankung auf unterschiedlichen Wegen entstehen kann – und dass wir Diagnostik, Prävention und Behandlung genau darauf ausrichten müssen.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Wer müsste die dafür nötigen Daten erheben und auswerten – und wer sollte anschließend damit arbeiten?

**Prof. Dr. Claudia Schmidtke:** Viele dieser Daten entstehen bereits heute: in Hausarzt- und Facharztpraxen, Krankenhäusern, Laboren, Reha- und Pflegeeinrichtungen, zunehmend auch durch Wearables und andere digitale Anwendungen.

Die eigentliche Herausforderung besteht darin, diese Informationen über Jahre hinweg sinnvoll miteinander zu verbinden. Genau hier kann die elektronische Patientenakte (ePA) eine wichtige Rolle spielen. Sie kann Informationen aus unterschiedlichen Bereichen der Versorgung zusammenführen und damit einen besseren Blick auf gesundheitliche Entwicklungen über längere Zeiträume ermöglichen.

Für viele Menschen sollte die hausärztliche Versorgung dabei eine zentrale Rolle spielen, weil dort die medizinische Vorgeschichte und die langfristige Betreuung am ehesten zusammenlaufen. Je nach Risiko müssen weitere Fachdisziplinen hinzukommen.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Können wir mit bestehenden Daten und Technologien bereits heute mit solchen Trajektorien arbeiten – oder fehlen dafür noch die Voraussetzungen?

**Prof. Dr. Claudia Schmidtke:** Beides ist richtig. Wir können bereits heute damit beginnen, aber die Voraussetzungen sind noch nicht optimal.

In Routinedaten, Registern, Laborverläufen und zunehmend auch in Daten aus Wearables steckt enormes Potenzial. Entscheidend ist, diese Informationen nicht nur punktuell, sondern über längere Zeiträume zusammenzuführen. Erst dann können wir erkennen, ob eine gesundheitliche Entwicklung stabil verläuft, sich langsam verschlechtert oder sich an einem bestimmten Punkt deutlich verändert.

Genau hier können statistische Methoden und KI helfen. Sie können Muster in Langzeitdaten sichtbar machen, die bei der Betrachtung einzelner Befunde leicht übersehen werden. Perspektivisch können sie auch dabei unterstützen, jene Zeitpunkte zu erkennen, an denen eine gezielte Intervention besonders sinnvoll sein könnte.

Die ePA kann hierfür künftig eine wichtige Grundlage sein, sie ist aber noch keine fertige Plattform für solche Langzeitanalysen. Das größere Problem ist heute weniger ein völliger Mangel an Daten als ihre Fragmentierung. Informationen liegen in unterschiedlichen Systemen, sind unterschiedlich strukturiert und lassen sich oft nur schwer über Jahre miteinander verbinden. Hinzu kommt, dass geschlechts- und genderspezifische Informationen in vielen Datensätzen fehlen oder bei der Auswertung nicht konsequent berücksichtigt werden.

Darin liegt zugleich ein Risiko der KI: Ein Algorithmus lernt aus den Daten, die wir ihm geben. Wenn Frauen in Studien unterrepräsentiert waren, Erkrankungen bei ihnen seltener erkannt oder anders dokumentiert wurden, kann KI diese Verzerrungen übernehmen und sogar verstärken. Deshalb brauchen wir beides: bessere, miteinander nutzbare Gesundheitsdaten und klare Qualitätsanforderungen an KI – einschließlich einer konsequenten Prüfung auf geschlechtsspezifische Verzerrungen.

Das Ziel ist eine Medizin, die nicht nur Momentaufnahmen bewertet, sondern gesundheitliche Entwicklungen erkennt und daraus Konsequenzen ableitet. Nicht jeder Mensch braucht zur gleichen Zeit dieselbe Prävention oder Behandlung. Je nachdem, wo sich eine biologische, funktionelle oder soziale Trajektorie verändert, kann eine andere Intervention sinnvoll sein.

Und danach müssen wir erneut auf den Verlauf schauen: Hat unsere Intervention tatsächlich etwas verändert? Hat sich die Trajektorie stabilisiert oder verbessert – oder müssen wir anders eingreifen? Damit schließt sich für mich der Kreis: Verläufe verstehen, Veränderungen erkennen und gezielt eingreifen.

Die Zukunft der Prävention liegt nicht im perfekten Einzelwert, sondern im Verständnis des Verlaufs – und im richtigen Eingriff zur richtigen Zeit.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Danke für das Gespräch.

„Aus der Aufmerksamkeit, die wir geschaffen haben, muss jetzt eine spürbar bessere Versorgung für die Menschen vor Ort werden.“

© Hendrik Steffens



## Emmi Zeulner MdB

Berichterstatte(rin) der CDU/CSU-Fraktion für Frauengesundheit

*Eine Nationale Menopausen-Strategie muss eine bessere Forschung, Aufklärung, Versorgung und die Arbeitswelten und Lebensrealitäten der Frauen miteinander verbinden. Das gilt weiterhin.*

**Dr. Albrecht Kloepper:** Sie setzen sich bereits seit 2024 für die Entwicklung einer Nationalen Menopausen-Strategie ein. Wie bewerten Sie die bisher getätigten Schritte vor dem Hintergrund des Dialogprozesses Wechseljahre und der vom BMFTR bereitgestellten Fördergelder für Menopausenforschung?

**Emmi Zeulner:** Entscheidend ist: Das Thema ist in der gesellschaftlichen und politischen Diskussion fest angekommen. Wir sind damit heute schon deutlich weiter als noch im Jahr 2024. Das merke ich sowohl in den privaten Gesprächen als auch im politischen Austausch. Als Union haben wir das Thema durch unseren Antrag für eine Nationale Menopausen-Strategie auf die parlamentarische Tagesordnung gesetzt und es damit aus der Tabuzone in den Plenarsaal geholt. Der nächste Meilenstein war, dass ich das Thema mit den Kolleginnen und Kollegen zusammen im Koalitionsvertrag verankern konnte. Auf dieser Basis konnte dann sowohl das Bundesgesundheitsministerium den breit angelegten Dialogprozess starten als auch das Bundesforschungsministerium seit diesem Jahr fast 13 Millionen Euro für die Erforschung der Wechseljahre bereitstellen. So fördern wir Projekte für eine bessere medizinische Versorgung von Frauen und Nachwuchsforschung im Bereich Frauengesundheit. Das ist so entscheidend, weil Frauen in Studien weiter unterrepräsentiert sind und somit in den Erkenntnissen der Versorgungsforschung ein entscheidender Blickwinkel fehlt. Diese Schritte zeigen, dass die Wechseljahre endlich als relevantes Gesundheits- und Versorgungsthema anerkannt ist.

Doch ich kann mir natürlich immer noch mehr vorstellen. Ich hätte die Förderprogramme gerne auch dafür gesehen, dass im Sinne einer Kleeblattstrategie in jeder Himmelsrichtung ein Lehrstuhl für gendersensible Medizin eingerichtet wird.

Denn nur so können wir breitgestreute Spitzenforschung in diesem Bereich erreichen, neue Erkenntnisse gewinnen und gleichzeitig näher an den Wohnorten der Frauen Versorgung verankern. Mir sind aber die Grenzen der Förderprogramme – auch im Zusammenspiel mit den Länderkompetenzen – bewusst und ich sehe auch, dass die Schritte in die richtige Richtung gehen.

Gleichzeitig bin ich mir bewusst, dass Fördergelder und Dialogformate noch keine Strategie sind, sondern nur die Basis für eine solche bilden können und dann vor allem die gewonnenen Erkenntnisse anschließend auch in der Versorgung direkt ankommen müssen: in der Aus- und Fortbildung von medizinischem Personal, in medizinischen Leitlinien, in einer angemessenen Vergütung der Beratung, im Arbeitsalltag und in wohnortnahen Angeboten.

Aus der Aufmerksamkeit, die wir für das Thema geschaffen haben, muss dann letztlich auch eine spürbar bessere Versorgung für die Menschen vor Ort werden. Eine Strategie darf nicht nur ein Papier ohne Folgen sein. Sie braucht klare Zuständigkeiten, einen Zeitplan und messbare Ziele. Nur dann haben wir etwas erreicht.

**Dr. Albrecht Klopfer:** Welche Aspekte muss eine Nationale Menopausen-Strategie Ihrer Ansicht nach vorrangig adressieren?

**Emmi Zeulner:** Die wichtigsten Aspekte und Handlungsfelder haben wir mit den Forderungen des Unionsantrags von 2024 bereits aufgegriffen: Eine Nationale Menopausen-Strategie muss eine bessere Forschung, Aufklärung, Versorgung und die Arbeitswelten und Lebensrealitäten der Frauen miteinander verbinden. Das gilt weiterhin. Neben einem besseren Verständnis für die medizinischen und natürlichen Vorgänge und die Auswirkungen der Wechseljahre benötigen wir bessere Daten darüber, welche Beschwerden auftreten, wie Frauen heute versorgt

werden und wo Versorgungslücken bestehen. Gleichzeitig müssen Wechseljahresbeschwerden stärker in der medizinischen Ausbildung und in der Fortbildung der Gesundheitsberufe verankert werden. Es darf für eine Hausärztin oder einen Hausarzt nicht zur „Büchse der Pandora“ werden, eine Patientin ab einem bestimmten Alter auf mögliche Beschwerden anzusprechen, sondern muss selbstverständlich sein – von Seiten der Ärztinnen und Ärzte und auch von Seiten der Frauen, die ihr Recht zu fragen und Hilfe zu suchen aktiver einfordern dürfen. Dafür brauchen wir niedrigschwellige Informationen, die den Frauen alles an die Hand geben, was sie wissen wollen. Nur so können wir Unwissen und Vorurteilen begegnen.

**Dr. Albrecht Klopfer:** Welche Möglichkeiten sehen Sie für eine breite Aufklärung der Bevölkerung zu Wechseljahresbeschwerden?

**Emmi Zeulner:** Das BMG bestätigt sowohl erhebliche Informations- und Datenlücken als auch den Bedarf, unterschiedliche Lebenslagen stärker zu berücksichtigen. Gute Aufklärung muss drei Voraussetzungen erfüllen: Sie muss wissenschaftlich fundiert sein, frühzeitig einsetzen und die Betroffenen auch tatsächlich erreichen. Dafür brauchen wir ein bundesweit verlässliches Informationsangebot und eine Aufklärungskampagne, die nicht erst dann beginnt, wenn der Leidensdruck bereits sehr hoch ist. Nur so können wir erreichen, dass Frauen durch mehr Bewusstsein das Thema aktiv ansprechen können und so frühzeitig und gezielter Unterstützung finden. Denn es ist noch zu weit verbreitet, dass es „normal“ sei, halt „etwas zu schwitzen“ oder „mal schlecht zu schlafen und schlechte Laune zu haben“. Doch es steckt so viel mehr dahinter. Und dieses Wissen allein hilft oftmals schon. Wir dürfen die Wechseljahre weder zur Krankheit erklären noch Beschwerden bagatellisieren. Sie sind ein natürlicher Lebensabschnitt. Zur Aufklärung gehören deshalb auch Informationen über mögliche Symptome, langfristige gesundheitliche Zusammenhänge und evidenzbasierte

Behandlungsmöglichkeiten. Nur weil Generationen vor uns schweigend durch Wechseljahresbeschwerden gegangen sind, müssen wir das nicht weiterführen. Um es aber auch deutlich zu sagen: Mir geht es nicht darum, dass jede Frau mit Hormonen behandelt wird – auf keinen Fall. Aber ich möchte, dass Frauen Bescheid wissen und dann selbstbestimmt entscheiden können. Das klingt im Jahr 2026 wie eine Selbstverständlichkeit, ist es aber nicht.

Dafür müssen Informationen dort verfügbar sein, wo Frauen ohnehin mit dem Gesundheitswesen in Kontakt kommen – in Haus- und Frauenarztpraxen, Apotheken, bei Vorsorgeangeboten, in Betrieben und über digitale Gesundheitsangebote.

Und gleichzeitig dürfen sich die Aufklärung und das Informationsangebot nicht allein auf Frauen als Zielgruppe beschränken: Arbeitgeber und Männer müssen zwingend auch adressiert werden. Nur so nehmen wir dem Thema „Menopause“ das Etikett des „reinen Frauenthemas“ und bringen es noch mehr in die Mitte der Gesellschaft. Denn jeder hat eine Mutter oder eine Ehefrau oder Tochter. Es betrifft uns alle, also sollten wir auch alle Wissen darüber haben.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Als examinierte Kranken- und Gesundheitspflegerin - welches Potential sehen Sie darin, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in den Fokus zu nehmen, wenn es um Anlaufstellen für Frauen in der Menopause und die Entlastung von Ärztinnen und Ärzten geht?

**Emmi Zeulner:** Ich sehe darin großes Potenzial, weil wir hier einen Schatz an Wissen und Engagement haben, den wir in der Versorgung brauchen. Als examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin weiß ich aus eigener Erfahrung: Gute Versorgung ist immer Teamarbeit. Nicht jede Beratung, Maßnahme, Verlaufskontrolle oder Koordinierungsaufgabe muss zwingend ärztlich erbracht werden. Dabei könnten unter anderem qualifizierte Pflegekräfte,

Medizinische Fachangestellte oder auch Apothekerinnen und Apotheker wesentlich stärker eingebunden werden. Auch gibt es heute schon besonders geschulte Wechseljahrsberaterinnen, die eine Beratung und Begleitung anbieten. Die ärztliche Diagnosestellung bleibt eine zentrale ärztliche Aufgabe, aber im Vor- und Nachfeld liegt großes Potenzial bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen.

Wichtig ist mir, dass das Thema wichtig genug genommen wird und nicht als eine „Versorgung zweiter Klasse“ verstanden wird, die man einfach so machen darf. Der Nachweis einer Weiter- oder Fortbildung bzw. gezielten Schulung im Bereich der Wechseljahre sollte daher Grundvoraussetzung für nicht-ärztliches Personal sein, wenn es in diesem Bereich aktiv wird.

Mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung in der Pflege sind wir dabei den zentralen Schritt für mehr Kompetenzen gegangen, wenn auch die weitere Ausarbeitung und Ausweitung der Aufgaben vom Mut der Selbstverwaltung abhängen.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Die National Women's Health Strategy des Vereinigten Königreichs sieht vor, Frauengesundheit in die Primärversorgung zu verlagern. Mit „one-stop entry points“ in der Primärversorgung sollen Patientinnenwege neu strukturiert und vereinfacht werden. Inwieweit sind solche oder ähnliche Konzepte auch in Deutschland denkbar, insbesondere im Hinblick auf das geplante Primärversorgungssystem?

**Emmi Zeulner:** Das britische Modell lässt sich nicht eins zu eins übertragen, aber den Grundgedanken werden wir auch im Primärversorgungssystem aufgreifen. Es geht nicht zwangsläufig um eine neue Institution oder neue Anlaufstelle, sondern ein verbindlich organisiertes Netzwerk, in dem vorhandene Angebote zusammengeführt werden und ein klarer Zugang zur Versorgung geregelt ist, um Odysseen zu vermeiden.

Daher ist auch die Einbindung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe so entscheidend, es muss also ein Primärversorgungssystem und kein Primärarztsystem sein. Diese Unterscheidung ist wichtig, weil sie den Fokus weg vom Arzt allein hin zu dem Versorgungsteam legt. Darin liegt meiner Ansicht nach der Schlüssel für die künftige gute Versorgung. Es darf aber nicht zu einer zusätzlichen Zugangshürde werden. Der Koalitionsvertrag sieht deshalb zu Recht eine Ausnahme für die Gynäkologie vor. Direkter gynäkologischer Zugang und bessere Steuerung sind kein Widerspruch: Die Patientin braucht Wahlfreiheit – und zugleich Orientierung in einem zunehmend komplexen System.

In Deutschland könnten Menopausen-Zentren in Modellen zunächst regional erprobt werden – an Medizinischen Versorgungszentren oder größeren Gemeinschaftspraxen mit entsprechendem Schwerpunkt. Entscheidend sind aber eine gemeinsame Anlaufstelle, eine strukturierte Erstanamnese und klar geregelte Überleitungswege zwischen Hausarztpraxis, Gynäkologie und weiteren Fachrichtungen.

**Dr. Albrecht Klopfer:** Wechseljahresbeschwerden bedeuten nicht nur individuell eine große Belastung. Viele Frauen nennen die Menopause als Grund für reduzierte Arbeitsstunden und frühzeitigen Renteneintritt, wodurch auch volkswirtschaftliche Nachteile entstehen. Wie kann die Politik Unternehmen darin unterstützen, diese Frauen länger im Beruf zu halten? Inwieweit wurde hier bereits ein ressortübergreifender Dialog gestartet?

**Emmi Zeulner:** Die Wechseljahre sind ganz klar auch eine Frage der Fachkräftesicherung, nicht nur ein individuelles Gesundheitsthema. In der deutschen MenoSupport-Befragung gab jede zehnte Teilnehmerin mit Wechseljahresbeschwerden an, deshalb früher in Rente gehen zu wollen oder bereits gegangen zu sein. Fast ein Viertel hatte die Arbeitszeit reduziert, fast ein Drittel war krankge-

schrieben oder hatte unbezahlten Urlaub genommen. In den G7-Staaten machen Frauen, die sich in den Wechseljahren befinden, rund 11 Prozent der arbeitenden Bevölkerung aus und das mit steigender Tendenz. Die US-amerikanische Wirtschaft verliert jedes Jahr 1,8 Milliarden Dollar durch Arbeitsausfall aufgrund von Beschwerden während der Wechseljahre.

Das sind auch rein wirtschaftlich alarmierende Zahlen. Man sieht auch hier wieder, dass es sich eben nicht „nur“ um ein Frauenthema, sondern um ein ökonomisches Thema handelt. Gerade in einer Zeit, in der qualifizierte Arbeitskräfte dringend benötigt werden, können wir es uns nicht leisten, dass erfahrene Frauen ihren Beruf vorzeitig verlassen, obwohl vergleichsweise einfache Maßnahmen helfen könnten. Einzelmaßnahmen gesetzlich vorzuschreiben, würde das Ganze eher lähmen und neue Bürokratie schaffen. Sinnvoller sind leicht anwendbare Standards, Beratungsangebote und die stärkere Einbindung des Themas in das betriebliche Gesundheitsmanagement der Krankenkassen.

Gleichzeitig müssen wir einfache Lösungen auch für kleine und mittlere Betriebe ohne eigenes großes Gesundheitsmanagement erarbeiten und anbieten – sonst wird es nicht umgesetzt. Wir müssen politisch prüfen, wie wir dabei besser unterstützen können. Daher ist es so wichtig, dass am Prozess des Bundesgesundheitsministeriums die Sozialpartner und weitere Bundesressorts beteiligt sind. Ich erwarte, dass sich hieraus konkrete Maßnahmen ergeben. Arbeitswelt und betriebliches Gesundheitsmanagement bilden zusammen eines der vier zentralen Handlungsfelder.

**Dr. Albrecht Klopfer:** Danke für das Gespräch.

# Versorgungslücken in den Wechseljahren



## Dr. Stefanie Schuster

Lead Government Affairs

## Anja Sittig

Commercial Lead

Women's Health

Astellas Pharma GmbH

*Die Wechseljahre werden häufig als Randnotiz der Frauenmedizin behandelt, dabei sind sie eine relevante Lebensphase mit Folgen für Gesundheit, Erwerbsfähigkeit und Lebensqualität. Trotzdem werden menopausale Beschwerden in Deutschland oft bagatellisiert, nicht systematisch erfasst oder unzureichend behandelt.*

Genau hierin liegt die Versorgungslücke: Wirksame Therapien sind vorhanden, kommen aber im Versorgungsalltag nicht ausreichend an<sup>1,2</sup> – weder bei Patientinnen, noch bei Ärztinnen und Ärzten.

### Wirtschaftliche Folgen

Nun könnte man meinen, dass Wechseljahresbeschwerden zwar lästig für betroffene Frauen sind, aber ja auch irgendwann von allein verschwinden. Ein paar Jahre leiden, was macht das schon? Wenn der individuelle Leidensdruck betroffener Frauen kein Umdenken bewirkt, tut es vielleicht des Deutschen liebstes Thema: die Wirtschaft. Die Folgen der Versorgungslücke bei Wechseljahresbeschwerden reichen als gesamtgesellschaftliche Herausforderung weit über das Gesundheitssystem hinaus. Die MenoSupport-Studie hat das Thema menopausale Beschwerden am Arbeitsplatz und Auswirkungen auf die Volkswirtschaft näher beleuchtet, indem deutschlandweit 2.119 berufstätige Frauen zwischen 28 und 67 Jahren zu den Auswirkungen von Wechseljahresbeschwerden befragt wurden. Die Ergebnisse beschreiben erhebliche Produktivitätsverluste aufgrund der Beschwerden.

**MenoSupport – Ein  
Forschungsprojekt der  
HWR Berlin und HTW Berlin**



Prof. Dr. Andrea Rumler, Professorin für allgemeine BWL und Marketing an der HWR Berlin, hat die MenoSupport-Studie auf den Weg gebracht und sagt dazu: „Die Studie MenoSupport zeigt die enorme Bedeutung dieses Themas. Dass es eben nicht nur so um ein bisschen Schwitzen geht, sondern dass die Wechseljahre eben schon Auswirkungen haben, nicht nur für die Frau selber, sondern für das ganze Umfeld und natürlich auch [...] auf den Arbeitsplatz. Und deshalb kann man gar nicht genug betonen, wie sehr dieses Thema ein medizinisches und auch gesellschaftspolitisches Thema ist.“

Laut Prof. Andrea Rumler und Prof. Till Strohsal, Professor für Volkswirtschaftslehre an der HWR Berlin, beläuft sich der volkswirtschaftliche Schaden auf geschätzt jährlich 9,4 Milliarden Euro und geht zurück auf Fehlzeiten und reduzierte Arbeitsleistung. Nicht berücksichtigt sind dabei Kosten für den Verlust von Fachkräften durch vorzeitigen Ruhestand und reduzierte Arbeitszeit, sowie ausgeschlagene Beförderungen oder medizinische Behandlungen.<sup>3</sup> Diese Kosten sind zumindest teilweise vermeidbar – wenn man bereit ist, Wechseljahresbeschwerden als ernsthaftes Gesundheitsproblem anzuerkennen und Versorgungsstrukturen zu ändern. Auch die Studie „Wechseljahre und Leadership: Impact und Support am Arbeitsplatz für Führungskräfte“ der Projektgruppe „Women in Change“ hat aufbauend auf der MenoSupport-Studie die Auswirkungen der Wechseljahre auf den Arbeitsalltag untersucht, hier speziell bei weiblichen Führungskräften.

*„Ich finde, dass es mehr Frauen braucht, die sich trauen, ihre Kompetenz einzubringen und ich möchte anderen Frauen Mut machen, ihre Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen“,* betont Cornelia Wanke, Vorständin bei den Healthcare Frauen e.V. und Co-Vorsitzende der Spitzenfrauen Gesundheit e.V., die Bedeutung des Projekts.

Obwohl sich gezeigt hat, dass sich Führungskräfte tendenziell seltener aufgrund der Beschwerden krankschreiben lassen, zeigen sich deutliche Überschneidungen in beiden Studien: Der Arbeitsalltag wird besonders durch geistige Erschöpfung und Schlafstörungen negativ beeinflusst und Frauen in den Wechseljahren wünschen sich mehr Unterstützung seitens des Arbeitgebers.<sup>4</sup>

Wie das gehen könnte, macht Großbritannien vor: Seit 2019 ist hier eine nationale Menopausestrategie etabliert worden, die Angebote zur Unterstützung von Frauen in den Wechseljahren in Unternehmen fördert, darunter Maßnahmen wie flexiblere Arbeitszeiten, die Möglichkeit zum Homeoffice, Lockerungen bei Vorgaben zur Arbeits-

kleidung oder klimatisierte Arbeitsplätze.<sup>5</sup> Neben der gesellschaftlichen Entstigmatisierung des Themas durch Aufklärung in Betrieben können diese Veränderungen eine spürbare Verbesserung bewirken. Für jede einzelne Frau, aber auch für die Wirtschaft und uns als Gesellschaft.

Vor diesem Hintergrund werden die strukturellen Herausforderungen in der Versorgung besonders deutlich:

### **Herausforderung 1:**

#### **Wechseljahre medizinisch ernst nehmen**

Laut Statistik sind zurzeit über 9 Millionen Frauen in Deutschland zwischen 40 und 55 Jahren alt und damit im typischen Alter für die Wechseljahre.<sup>6</sup> Bis zu 80 % dieser Frauen erfahren vasomotorische Symptome, also Hitzewallungen und nächtliches Schwitzen, eines der häufigsten Wechseljahrssymptome<sup>7</sup> – das sind potentiell über 7 Millionen Frauen, die darunter leiden könnten.

Hitzewallungen sind eines der belastendsten Symptome der Wechseljahre, oft begleitet von weiteren Beschwerden wie Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Konzentrationsschwäche, Libidoverlust und geringerer körperlicher Belastbarkeit. Dazu kommen weitere ernste Gesundheitsprobleme: Neben dem Risiko für Osteoporose steigt mit den Wechseljahren auch das kardiovaskuläre Risiko durch erhöhten Blutdruck und höhere Gesamtcholesterinwerte im Blut deutlich.<sup>7,8</sup> Das führt zu erheblichen Behandlungskosten im Gesundheitssystem, die wir als Gesellschaft gemeinsam tragen müssen. Also muss man da wirklich durch? Wer die Wechseljahre nur als „natürlichen Prozess“ beschreibt, übersieht, dass natürliche Prozesse dennoch behandlungsbedürftig sein können. Genau hier beginnt die Aufklärung: Beschwerden sind nicht hinzunehmen, sondern verdienen eine fundierte Einordnung und ein individuelles Behandlungskonzept.

## Herausforderung 2: Versorgungsstrukturen ausbauen

Die S3-Leitlinie „Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen“ ist die fachliche Grundlage für die Behandlung menopausaler Beschwerden und empfiehlt, Frauen bei Bedarf über Therapieoptionen zu informieren.<sup>9</sup>

Eine Überarbeitung dieser Leitlinie wird für Ende des Jahres erwartet – ein passender Zeitpunkt, denn seit der letzten Aktualisierung im Jahr 2020 hat sich bei den Behandlungsmöglichkeiten von Wechseljahrsbeschwerden auch viel getan: Substanzen wie NK3- und NK1/3-Rezeptor-Antagonisten bieten zusätzliche nicht-hormonelle Therapieoptionen<sup>10</sup> und ermöglichen die zielgerichtete Behandlung moderater bis schwerer vasomotorischer Symptome, die mit der Menopause assoziiert sind.<sup>11</sup> Leitlinien sollen Ärztinnen und Ärzten Orientierung geben, reichen aber allein nicht, um eine angemessene Versorgung Realität werden zu lassen. Auch die Ansprüche der Patientinnen haben sich gewandelt. Viele Frauen informieren sich heute selbst, erkennen Hitzewallungen, Schlafstörungen oder Konzentrationsprobleme als mögliche Wechseljahrs-symptome und erwarten zu Recht eine medizinische Einordnung. Doch das Versorgungssystem hält mit diesem veränderten Bedarf bislang nicht Schritt. Was lange als „natürlicher Prozess“ kleingeredet wurde, muss heute als relevante und behandelbare Symptomatik verstanden werden. Nötig wären besser vernetzte Strukturen wie Menopause-Sprechstunden, klar definierte Überweisungspfade und eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie, hausärztlicher Versorgung, Endokrinologie, Kardiologie und Psychosomatik. Dass die Behandlung oft an Zuständigkeitsgrenzen hängenbleibt, ist ein klassisches Strukturproblem.

## Herausforderung 3: Beratung fair vergüten

Eine zentrale Hürde für die angemessene Versorgung von Wechseljahrsbeschwerden ist die Vergütung. Gespräche sind kaum abbildbar und außerhalb der Grundpauschale EBM Ziffer 08211/08220 gibt es nur begrenzte Abrech-

nungsmöglichkeiten dafür. Ausführliche Beratungen sind finanziell nur unter der EBM Ziffer 35100 („Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände“) abzubilden. Hierzu wird jedoch eine psychosomatische (Verdachts-)Diagnose benötigt, die Wechseljahresbeschwerden nicht hergeben, und somit nicht ohne Regressrisiko für die behandelnde Praxis abgerechnet werden können.<sup>12</sup>

*„Sprechende Medizin wird nicht adäquat vergütet, bildet nicht ab, was wir eigentlich tagtäglich leisten, um Patientinnen in der Menopause fachlich abzuholen“,* sagt auch Dr. Nicole Mattern, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin.

Hier zeigt sich ein Fehler im System: Genau die ärztliche Leistung, die bei Wechseljahrsbeschwerden besonders wichtig ist – zuhören, einordnen, aufklären, abwägen – wird mit ca. 17 Euro pro Quartal\* finanziell kaum honoriert. Hier ist die Politik gefragt. Die letzte offizielle Anpassung der GOÄ erfolgte zum 01.01.1996<sup>13</sup>, eine grundlegende Überarbeitung ist also lange überfällig und ein wichtiger Baustein bei der Beseitigung struktureller Hürden.

## Herausforderung 4:

### Evidenz nutzen und zugänglich machen

Therapieoptionen sind in der Regel bekannt, werden aber nicht immer genutzt. Evidenzbasierte Therapien wie die Hormonersatztherapie werden trotz europäischer Zulassungen in der Praxis nicht immer konsequent angeboten oder verordnet.<sup>1</sup> Ursachen sind unter anderem Unsicherheit und veraltete Risikowahrnehmungen.<sup>2</sup> Die Versorgungslücke bei Wechseljahrsbeschwerden entsteht also nicht durch fehlende Therapien, sondern durch Vorbehalte gegen vorhandene. Dazu kommt wieder die bereits angesprochene unzureichende Anerkennung von Wechseljahrsbeschwerden als ernsthaftes Gesundheitsproblem.

Wenn selbst in der gynäkologischen Fachpraxis belastende Symptome nicht immer als behandlungsbedürftig angesehen werden, wo sollen die Frauen Hilfe finden?

#### **Herausforderung 5: Aufklärung und Enttabuisierung**

Die Wechseljahre sind bis heute mit Scham belegt. Das ist nicht nur ein kulturelles, sondern auch ein medizinisches Problem, weil entsprechende Symptome dadurch später angesprochen und seltener richtig eingeordnet werden. Wechseljahresbeschwerden sind oft gut behandelbar, wenn sie denn thematisiert werden. Eine erfolgreiche Aufklärung muss daher zweigleisig laufen: für Patientinnen und für Behandelnde. Dazu gehören verständliche, patientengerechte und mehrsprachige Informationen in Praxen, Unternehmen und Medien ebenso wie adäquate Fortbildungsmaßnahmen für medizinisches Personal, damit Beschwerden nicht vorschnell als Stress, Überarbeitung oder als psychosomatisch abgetan werden.<sup>14</sup>

#### **Herausforderung 6:**

##### **Forschung stärken und Datenlage verbessern**

Die Versorgung leidet auch an unzureichenden Daten. Es fehlt an belastbaren Erkenntnissen darüber, wie viele Frauen betroffen sind, welche Therapien sie erhalten und wo Versorgungslücken konkret entstehen. Ohne eine solide Datengrundlage bleiben politische und medizinische Entscheidungen zwangsläufig hinter dem tatsächlichen Bedarf zurück. Zielgerichtete Forschung ist das A und O und benötigt finanzielle Unterstützung.

##### **Herausforderung 7: Ausbildung modernisieren**

Auch in der Aus- und Weiterbildung müssen die Wechseljahre stärker verankert werden. Ein Thema, das im Studium und in der Facharztweiterbildung nur randständig vorkommt, ist auch im beruflichen Alltag naturgemäß wenig sichtbar. Das gilt umso mehr, weil Wechseljahresbeschwerden häufig nicht in einer spezialisierten Sprechstunde auffallen, sondern zumeist in der Hausarztpraxis

oder in der allgemeinen gynäkologischen Versorgung. Hier müssen die Beschwerden initial erkannt und als therapiebedürftig ernst genommen werden.

Ein Blick in den Weiterbildungsplan zum Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe offenbart dabei eines der Probleme bei der Behandlung menopausaler Beschwerden. Dort heißt es „*Das Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfasst die Erkennung, Vorbeugung, konservative und operative Behandlung sowie Nachsorge von geschlechtsspezifischen Gesundheitsstörungen der Frau einschließlich plastisch-rekonstruktiver Eingriffe, der gynäkologischen Onkologie, Endokrinologie, Fortpflanzungsmedizin, Urogynäkologie, der Betreuung und Überwachung normaler und gestörter Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufe sowie der Prä- und Perinatalmedizin.*“ Allein die Themen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett umfassen in der fachärztlichen Weiterbildung 18 Unterpunkte zu Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten und finden sich als Überschneidungen in weiteren Bereichen wie beispielsweise der Perinataldiagnostik. Ohne Frage sind all diese Schwerpunkte essentiell und gerechtfertigt. Doch die Wechseljahre gehören ebenfalls sichtbarer und verbindlicher in die Weiterbildung: Die einzige Erwähnung dieser Jahre andauernden Lebensphase von Frauen findet sich im Bereich „Endokrinologie“ als „Therapie bei Beschwerden im Klimakterium und in der Postmenopause“, konkretisiert als „hormonelle und nicht-hormonelle Therapie“.<sup>14</sup> Kein Wunder also, dass die Wechseljahre als Randnotiz in der Frauenmedizin enden. Die Versorgungslücke beginnt bereits in der Ausbildung.

#### **Fazit**

Die Versorgungslücke in den Wechseljahren sollte kein Randthema sein. Sie beruht auf einem Zusammenspiel aus fehlender Sichtbarkeit, unzureichender Vergütung und lückenhafter Ausbildung. Wer die Auswirkungen der Wechseljahre auf die einzelne Frau und die Gesellschaft

ernst nimmt, muss sie als eigenständige Gesundheitsphase begreifen und entsprechend behandeln.

Der Weg zu einer besseren Versorgung von Frauen in den Wechseljahren führt über aktuelle Leitlinien, Wissenstransfer, faire Honorierung und mehr Forschung – vor allem aber über ein grundlegendes Umdenken: weg von der Bagatellisierung, hin zu einer evidenzbasierten, patientinnenorientierten Wechseljahres-Medizin.

\* variierend je nach Krankenversicherung

#### Quellen:

1. Stute P, et al. Arch Gynecol Obstet. 2022;306:513-521.
2. Heinig M, et al. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2021;30:462-471.
3. Pressemitteilung 46/2024 HWR Berlin. <https://www.hwr-berlin.de/aktuelles/neuigkeit/detail/4510-deutsche-volkswirtschaft-leidet-unter-den-wechseljahren> (zuletzt abgerufen 14.07.2026).
4. Healthcare Frauen e.V., Projektgruppe Women in Change. Wechseljahre und Leadership: Impact und Support am Arbeitsplatz für Führungskräfte. 2025. <https://www.healthcare-frauen.de/projekte/womeninchange/> (zuletzt abgerufen 14.07.2026).
5. Whitepaper Woman in Change 2024 by XbyX – Women in Blance für Healthcare Frauen e.V. <https://wirsindneunmillionen.de/> (zuletzt abgerufen 14.07.2026).
6. Thurston RC. Vasomotor symptoms. In: Crandall CJ, Bachman GA, Faubion SS, et al., eds. Menopause Practice: A Clinician's Guide. 6th ed. Pepper Pike, OH: The North American Menopause Society, 2019:43-55.
8. Roeters Van Lennep JE, et al. European Heart Journal. 2023;44:4157-4173.
9. Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen. S3-Leitlinie der DGGG, SGGG und OEGGG (AWMF-Registernummer 015-062, Januar 2020).
10. The North American Menopause Society. Menopause. 2023;30(6):573-590.
11. Rance NE, et al. Front Neuroendocrinol. 2013;34(3):211-227.
12. <https://wexseljahre.de/2023/11/18/aufklaerung-wechseljahre/> (zuletzt abgerufen 14.07.2026).
13. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gebuehrenordnung-fuer-aerzte-und-zahnaerzte> (zuletzt abgerufen 14.07.2026).
14. Barber K & Charles A. Patient Preference and Adherence. 2023;17:2971-2980.
15. [www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/FEWP/FA\\_SP-WB/20201112\\_13\\_FEWP\\_FrauenheilkundeGeburtshilfe.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/FEWP/FA_SP-WB/20201112_13_FEWP_FrauenheilkundeGeburtshilfe.pdf) (zuletzt abgerufen 14.07.2026).

# Wechseljahre – ein blinder Fleck in der Arbeitswelt?



**Hans-Jürgen Müller,  
Hans Peter Wollseifer,**  
Vorstandsvorsitzende IKK e.V.

---

*Wer die Wechseljahre als integralen Bestandteil guter Arbeit versteht, stärkt nicht nur Frauen in einer sensiblen Lebensphase, sondern auch die Zukunftsfähigkeit des gesamten Erwerbssystems.*

---

Die medizinische Forschung, Versorgung und Prävention waren lange Zeit von einem männlichen Referenzmodell geprägt. Es hat gedauert, bis sich ein Verständnis dafür durchgesetzt hat, dass wir zu wenig über geschlechtsbedingte Unterschiede wissen. In den vergangenen Jahren hat die geschlechtersensible Medizin jedoch deutlich an Zuspruch gewonnen. Zunehmend werden biologische, soziale und berufliche Lebensrealitäten von Frauen und Männern in Diagnostik, Versorgung und Prävention systematisch berücksichtigt. Das ist eine positive Entwicklung.

Für die Frauengesundheit ist diese Perspektive besonders relevant, da viele Beschwerden in unterschiedlichen Lebensphasen spezifisch auftreten, anders verlaufen oder anders bewertet werden als bei Männern. Die Wechseljahre sind hierfür ein paradigmatisches Beispiel: Sie sind weder Krankheit noch rein privates Befinden, sondern eine reguläre Lebensphase mit gesundheitlichen Auswirkungen.

Wechseljahre sind keine Randerscheinung, sondern eine zentrale Übergangsphase in der Lebensmitte. In Deutschland befinden sich derzeit rund neun Millionen Frauen in den Wechseljahren.<sup>1</sup> Das individuelle Erleben in dieser Zeit variiert stark – von weitgehend beschwerdearmen Verläufen bis hin zu erheblichen Belastungen mit körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen. Typische Symptome sind Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen sowie weitere vegetative und kognitive Beeinträchtigungen, die die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit deutlich mindern können. (Abb.1)

Laut Gesundheitsbericht 2025 des Instituts für betriebliche Gesundheitsförderung berichten über 90 Prozent der Betroffenen von Beschwerden. Vor diesem Hintergrund wird deutlich: Die Wechseljahre sind nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein gesellschaftliches Thema. Denn der Umgang mit den Themen Wechseljahre und Menopause berührt auch Fragen der Gesundheitsgerechtigkeit, der Arbeitsfähigkeit und der gesellschaftlichen Teilhabe.

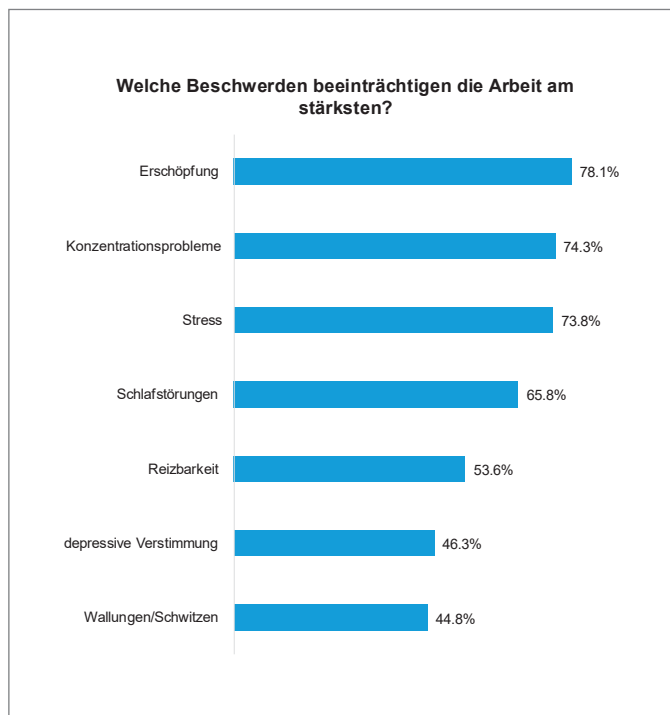


Abb. 1: Auswirkungen der Wechseljahresbeschwerden

### Bedeutung für Arbeitswelt und Gesundheit

Im betrieblichen und gesellschaftlichen Kontext ist entscheidend, dass die Wechseljahre häufig mit einer Phase hoher beruflicher Verantwortung zusammenfallen. Viele Frauen stehen mitten im Erwerbsleben: 8,8 Millionen Frauen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren sind erwerbstätig, oft in anspruchsvollen Berufen, Fach- oder Führungspositionen.<sup>2</sup> Es handelt sich also um eine Gruppe mit hoher Erfahrung, großer Verantwortung und erheblicher Bedeutung für Unternehmen und Organisationen.

Das Spannungsfeld zwischen Wechseljahressymptomen und beruflichen Anforderungen beeinflusst dabei nicht nur die individuelle Gesundheit, sondern auch Arbeitsfähigkeit und Karriereverläufe.<sup>3</sup> Die MenoSupport-Studie der HWR Berlin und HTW Berlin (2026) zeigt, dass die Symptome bei nahezu einem Drittel der Betroffenen zu Fehltagen führen. Die volkswirtschaftlichen Kosten werden auf rund 9,4 Milliarden Euro geschätzt, was etwa 40 Millionen verlorenen Arbeitstagen jährlich entspricht. Nicht eingerechnet sind dabei Effekte wie vorzeitiger Ruhestand, reduzierte Arbeitszeiten oder Behandlungskosten.

Gleichzeitig werden Wechseljahresbeschwerden im Arbeitskontext in Deutschland bislang nur unzureichend adressiert. Laut MenoSupport-Studie empfinden 52,3 Prozent der Befragten das Thema als Tabu am Arbeitsplatz. Mehr als die Hälfte (52,1 Prozent) fühlt sich damit allein gelassen, und knapp ein Drittel (29 Prozent) befürchtet Benachteiligungen bei Offenlegung der Beschwerden. (Abb. 2)

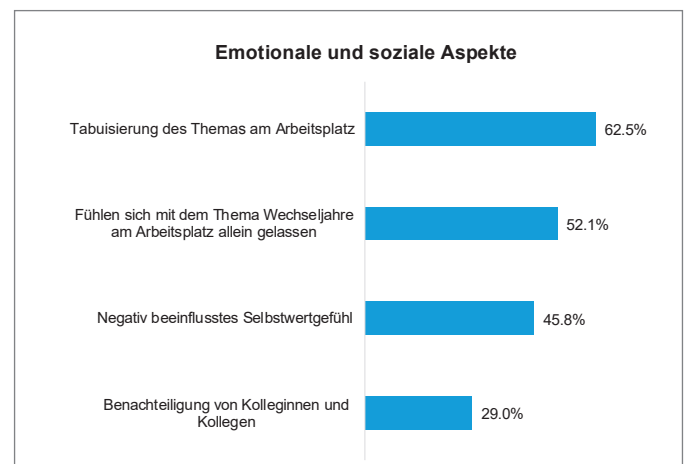


Abb. 2: Emotionale und soziale Aspekte der Wechseljahresbeschwerden am Arbeitsplatz

Der Umgang mit der Menopause ist damit nicht nur eine individuelle Herausforderung, sondern auch ein betriebswirtschaftliches Thema: Fachkräftesicherung, Produktivität und Mitarbeiterbindung sind unmittelbar betroffen. Die Konsequenzen sind deutlich: 29,4 Prozent der Befragten waren krankgeschrieben, 24 Prozent reduzierten ihre Arbeitszeit, 18,4 Prozent wechselten die Stelle und 15,9 Prozent nahmen eine Auszeit.<sup>4</sup> (Abb. 3)

### Unterstützungsstrukturen ausbauen

Für die gesetzlichen Krankenkassen bieten sich verschiedene Anknüpfungsmöglichkeiten, um das Thema Wechseljahre/Menopause aus der Tabuzone zu holen und konkrete Unterstützung anzubieten. Mit ihrem Einsatz für eine geschlechtersensible Versorgung und für individuelle sowie betriebliche Präventionsangebote können sie eine Brücke zwischen individueller Unterstützung und betrieblicher Gesundheitsförderung schlagen.

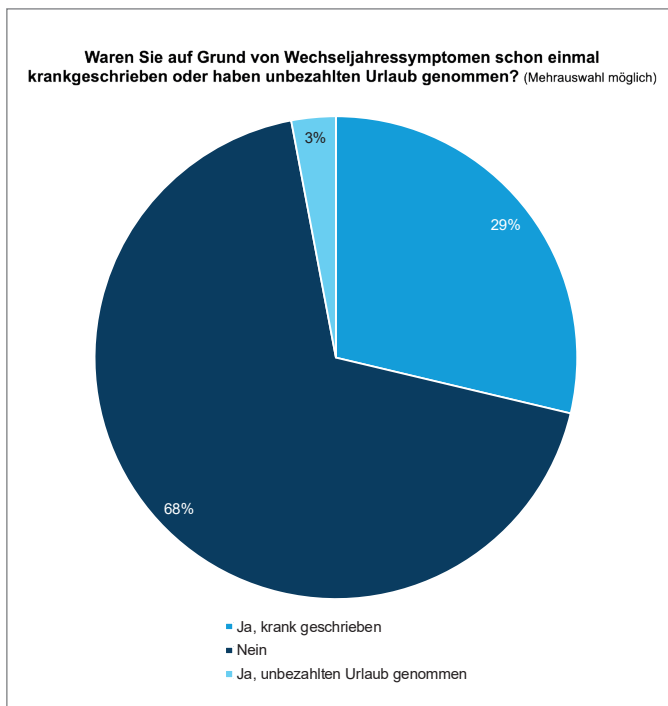


Abb. 3: Fehlzeiten aufgrund von Wechseljahresbeschwerden

Die Innungskrankenkassen befassen sich seit Längerem auf mehreren Ebenen intensiv mit geschlechtersensiblen Themen, so etwa bei ihrem erfolgreichen Einsatz für eine Ausweitung der Mutterschutzfristen auf Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten haben.<sup>5</sup> Für die Sensibilisierung zum Thema Wechseljahre und Menopause haben wir gemeinsam mit der IKK classic auf politisch-gesellschaftlicher Ebene im Rahmen eines parlamentarischen Frühstücks im März 2026 relevante Akteure zusammengebracht.

Im Versorgungsalltag bieten die einzelnen Innungskrankenkassen vielfältige Maßnahmen an: Digitale Angebote wie die femfeel-App der IKK classic oder Femna Care der BIG direkt gesund ermöglichen niedrigschwellige Information, Beratung und Unterstützung. Die IKK Südwest setzt mit Vorträgen und Workshops gezielt Impulse, etwa zur Ernährung in den Wechseljahren. Die IKK Brandenburg und Berlin bietet spezifische Präventionskurse wie Hatha-Yoga, Beckenbodentraining oder Entspannungsangebote – sowohl in Präsenz als auch online. Ergänzt werden diese Angebote durch neue digitale Versorgungswege, etwa die als DiGA gelistete und ärztlich verordnungsfähige Vera-App.

Gerade im betrieblichen Gesundheitsmanagement kommt den Krankenkassen eine besondere Rolle zu. Sie unterstützen Unternehmen dabei, geschlechtersensible Prävention in Führung, Kommunikation und Arbeitsorganisation zu integrieren – insbesondere in kleinen und mittelständischen Betrieben sowie im Handwerk, wo strukturierte Angebote häufig fehlen und Belastungen unmittelbar wirken. Krankenkassen fungieren hier sowohl als Impulsgeberinnen als auch als praxisnahe Partnerinnen.<sup>6</sup>

### Politischer Handlungsbedarf

Der aktuelle politische Kontext zeigt, dass das Thema zunehmend wahrgenommen wird, ohne bereits hinreichend strukturell verankert zu sein. Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der CDU/CSU-Fraktion „Gesamtgesellschaftliches Bewusstsein für die Wechseljahre der Frau – Für eine nationale Menopausen-Strategie nach internationalem Vorbild“ im Oktober 2024 erstmals beraten.<sup>7</sup> Der Antrag fordert unter anderem die Aufnahme des Themas ins betriebliche Gesundheitsmanagement und die Sensibilisierung von Arbeitgebern. Das Bundesgesundheitsministerium hat im November 2025 zudem einen Dialogprozess zu den Wechseljahren gestartet, der Forschung und Daten, Information und Aufklärung, Versorgung sowie Arbeitswelt und betriebliches Gesundheitsmanagement in den Blick nimmt.<sup>8</sup> Diese Entwicklung ist wichtig, aber sie markiert erst den Anfang einer notwendigen strukturellen Aufarbeitung.

Um das Thema Wechseljahre / Menopause noch stärker in den Vordergrund zu bringen, braucht es neben einer klaren politischen Aufmerksamkeit und öffentlichen Sensibilisierung auch fundierte Rahmenbedingungen.

Nötig ist etwa eine kohärente nationale Strategie, die Versorgung, Forschung, Aufklärung und Arbeitswelt systematisch zusammenführt. Der Bundestagsantrag der CDU/CSU-Fraktion benennt wichtige Bausteine, darunter die Stärkung von Aufklärung, die bessere Verankerung in der medizinischen Aus- und Fortbildung, die Sensibilisierung von Arbeitgebern und die Weiterentwicklung betrieblicher Präventionsstrukturen. Der vom Bundesgesundheitsministerium gestartete Dialogprozess ist ein weiterer



Abb. 4: Organisationale Unterstützungsmöglichkeiten

Schritt in diese Richtung, braucht aber eine klare Umsetzungsperspektive.

Aus fachlicher Sicht sollte die Politik nach Ansicht der Innungskrankenkassen insbesondere drei Ziele verfolgen: Erstens muss die medizinische Versorgung niedrigschwellig und qualitätsgesichert ausgebaut werden, damit Frauen bei Beschwerden frühzeitig und differenziert beraten werden. Zweitens braucht es mehr Forschung und belastbare Daten, um die Versorgungslage, die arbeitsweltlichen Folgen und die Wirksamkeit von Interventionen besser bewerten zu können. Drittens sollte das Thema systematisch in die Arbeitswelt hineinwirken, etwa durch Anreize für betriebliche Gesundheitsförderung, Qualifizierung von Führungskräften und die Unterstützung auch kleiner Betriebe bei der Umsetzung praxisnaher Maßnahmen.

Der Präventionsrahmen der GKV bietet Spielräume für entsprechende Angebote, entscheidend ist daher weniger eine neue Formel als die konsequente politische und praktische Umsetzung vorhandener Möglichkeiten. Die Herausforderung liegt nicht im Mangel an Zuständigkeiten, sondern in der verbindlichen Übersetzung von Erkenntnis in Handlung.

### Lebensphasenorientierte Prävention

Aus der vorliegenden Evidenz ergeben sich klare Schlussfolgerungen. Zunächst ist eine Enttabuisierung des Themas zentral: Solange Wechseljahresbeschwerden primär als individuelles Problem behandelt werden, entstehen

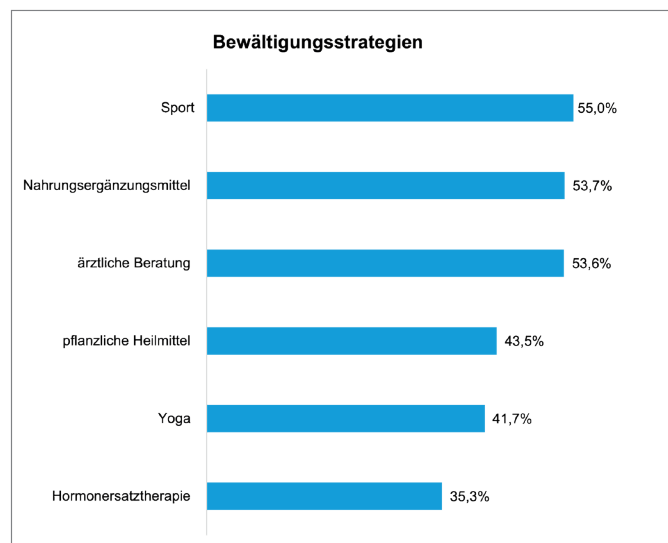


Abb. 5: Individuelle Bewältigungsstrategien

Scham, Rückzug und Unsicherheit – und betriebliche Unterstützung bleibt aus. Darüber hinaus braucht es Präventionsansätze, die sich stärker an Lebensphasen orientieren. Maßnahmen wie flexible Arbeitszeiten, Homeoffice-Optionen, gute infrastrukturelle Bedingungen (z. B. Sanitäranlagen, Raumklima) sowie eine offene, nicht defizitorientierte Führungskultur werden laut der MenoSupport-Studie von den Betroffenen als besonders wirksam eingeschätzt.<sup>9</sup> (Abb. 4 und Abb. 5)

Schließlich zeigen die Daten die volkswirtschaftliche Relevanz des Themas. Fehlzeiten, reduzierte Leistungsfähigkeit und Erwerbsunterbrechungen verursachen erhebliche Kosten und betreffen Unternehmen ebenso wie das Gesundheitssystem. Daraus ergibt sich eine klare arbeitsweltpolitische Botschaft: Wer Frauen in dieser Lebensphase gezielt unterstützt, stärkt nicht nur ihre Gesundheit, sondern sichert zugleich Erfahrung, Kompetenz und Produktivität.

Für eine moderne Arbeitswelt ergibt sich damit ein eindeutiger Auftrag. Sie muss geschlechtersensibel, lebensphasenorientiert und präventionsstark gestaltet sein. Krankenkassen, Unternehmen, Fachverbände und Politik verfügen bereits über geeignete Instrumente. Nun gilt es, diese konsequent zu nutzen und in verlässliche Strukturen zu überführen. Wer die Wechseljahre als integralen Bestandteil guter Arbeit versteht, stärkt nicht nur Frauen

**Quellen:**

1. BGF-Gesundheitsbericht-Frauen-und-Maenner-2025.pdf
2. Dr. Ute Brambrink, Claudia Riess: Das Menopower Buch: Wechseljahre und Job. Was Frauen hilft, stark zu bleiben. Ariston Verlag München (2026)
3. HWR Berlin, MenoSupport-Projekt: MenoSupport – ein Forschungsprojekt der HWR Berlin und HTW Berlin, 2022 – 2024.
4. MenoSupport\_Befragungsergebnisse\_170424.pdf
5. Vgl. <https://www.ikkev.de/themen/im-fokus/gestaffelter-mutterschutz/>
6. MenoSupport - IFAF Berlin.
7. Deutscher Bundestag Drucksache 20/12983 Antrag der Fraktion der CDU/CSU Gesamtgesellschaftliches Bewusstsein für die Wechseljahre der Frau – Für eine nationale Menopausen-Strategie nach internationalem Vorbild
8. Bundesgesundheitsministerin startet Dialogprozess Wechseljahre | BMG
9. MenoSupport\_Befragungsergebnisse\_170424.pdf

**Quelle Grafiken:**

Rumler, Andrea; Memmert, Julia: Forschungsprojekt MenoSupport:  
Ergebnisse der ersten deutschlandweiten Befragung zum Thema Wechseljahre am Arbeitsplatz, Berlin 2024.

# Der Schlaganfall bei Frauen wird noch zu oft übersehen



**Prof. Dr. Silke Walter,**  
Klinik für Neurologie, Universität  
des Saarlandes

*Prof. Dr. Silke Walter ist Neurologin an der Universität des Saarlandes. Sie hat sich speziell mit dem Schlaganfall bei Frauen beschäftigt. Im Interview mit der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe spricht sie über Gender Medicine, typische Denkfehler und darüber, was Frauen für ihre Gesundheit tun können.*

## **Frau Prof. Walter, woher kommt Ihr Interesse an weiblichen Schlaganfällen?**

Direkt aus der Praxis. Während meiner Arbeit auf einer mobilen Stroke Unit habe ich immer wieder erlebt, dass mir von anderen Rettungswagen-Crews Frauen zugewiesen wurden, deren Symptome eines Schlaganfalls unterschätzt wurden. Sie wurden mit eher unspezifischen Beschwerden vorgestellt, häufig mit dem Etikett „Stress“ oder „allgemeines Unwohlsein“. Am Ende stellte sich dann ein Schlaganfall heraus. Da habe ich mich gefragt: Werden Frauen anders wahrgenommen? Oder präsentieren sie sich anders?

## **Und? Kennen Sie heute die Antwort?**

(Lacht) Es ist beides. In Deutschland ist die Akuttherapie insgesamt sehr gut. Aber in der Phase davor, also beim Erkennen und bei der Einordnung der Symptome, gibt es offenbar noch Lücken. Da müssen wir genauer hinschauen.

## **Empfinden Frauen andere Symptome?**

Der FAST-Test funktioniert bei Frauen genauso gut wie bei Männern. Das Problem ist eher: Es gibt neben den klassischen Symptomen auch weniger typische Zeichen eines Schlaganfalls, etwa Verwirrtheit, Gedächtnisstörungen oder starke Kopfschmerzen. Wir müssen in der Ausbildung stärker betonen, dass Schlaganfälle nicht immer nur nach dem klassischen FAST-Schema auftreten. Es könnte sein, dass wir bestimmte Schilderungen unterschiedlich bewerten, je nachdem, ob sie von einer Frau oder einem Mann kommen.

## **Tatsächlich sind Frauen sogar häufiger von Schlaganfällen betroffen ...**

Weltweit ja. Rund 57 Prozent aller Schlaganfälle betreffen Frauen. Ein Teil davon lässt sich dadurch erklären, dass Frauen älter werden. Aber das ist nicht die ganze Geschichte. Wir sehen auch, dass Frauen auf klassische Risikofaktoren anders reagieren.

## **Was bedeutet das konkret?**

Ein Bluthochdruck wird für Frauen womöglich schon bei niedrigeren Werten relevant problematisch und erhöht deutlicher das Schlaganfallrisiko. Auch Diabetes erhöht

bei Frauen das Schlaganfallrisiko stärker als bei Männern. Beim Vorhofflimmern ist es ähnlich: Frauen haben häufiger diese Herzrhythmusstörung, und sie führt oft zu besonders schweren Schlaganfällen. Warum das so ist, ist noch nicht vollständig geklärt. Genau das macht das Thema Gender Medicine so wichtig. Über viele Jahrzehnte wurden Männer und Frauen in der Medizin im Grunde nach denselben Maßstäben betrachtet. Heute wissen wir, dass das nicht immer so gut ist.

### **Sprechen wir über jüngere Frauen.**

#### **Wo liegen bei ihnen besondere Risiken?**

Die Schwangerschaft ist eine besondere Phase. Durch die hormonellen Veränderungen verändert sich auch das Blutgerinnungssystem. Das ist einerseits biologisch sinnvoll, erhöht aber zugleich das Risiko für Thrombosen und in der Folge für Schlaganfälle. Dazu kommt: Auch junge Frauen bringen heute häufiger zusätzliche Risikofaktoren mit, etwa Übergewicht und Adipositas. Das heißt, wir sehen nicht mehr nur das klassische Bild der jungen, ansonsten völlig gesunden Schwangeren, sondern oft eine Mischung aus hormoneller Umstellung und weiteren Belastungsfaktoren. Das macht die Prävention gerade bei jüngeren Frauen wichtiger.

#### **Ein besonderes Thema ist die Migräne.**

Genau. Migräne mit Aura tritt bei Frauen häufiger auf und kann Symptome verursachen, die einem Schlaganfall sehr ähnlich sehen. Das macht die Unterscheidung schwierig. Mein wichtigster Rat an betroffene Frauen: Wenn sich die Migräne anders anfühlt als gewöhnlich, dann sagen Sie das ausdrücklich. Der Satz „So kenne ich das nicht“ ist für medizinisches Personal ein ganz wichtiger Hinweis. Im Zweifel muss immer ein Schlaganfall ausgeschlossen werden, denn beim Schlaganfall zählt jede Minute.

#### **Warum haben Frauen oft schwerere Verläufe?**

Viele Frauen kommen später in die Klinik, weil sie Symptome eher abwarten oder herunterspielen. Sie werden statistisch auch seltener auf einer spezialisierten Stroke Unit behandelt. Und ein weiterer Grund ist sicher, dass Frauen häufiger Vorhofflimmern haben, das mehr große, schwere Schlaganfälle auslöst.

#### **Spielen auch soziale Faktoren eine Rolle?**

Ja, eine sehr große. Ein niedriger sozialer Status ist mit einem deutlich höheren Schlaganfallrisiko verbunden. Die Menschen sind schlechter informiert und leben ungesünder. Frauen sind davon in manchen Lebenslagen besonders betroffen, etwa wenn sie alleinerziehend sind und oder auch sonst stark belastet. Dann bleibt die eigene Gesundheit schnell auf der Strecke. Genau deshalb ist Aufklärung so wichtig – und zwar so, dass sie Menschen wirklich erreicht.

#### **Welche konkreten Ratschläge können Sie Frauen geben?**

Erstens: Risikofaktoren früh ernst nehmen. Die Behandlung von Bluthochdruck, Diabetes, Vorhofflimmern oder erhöhten Blutfetten sollte man nicht auf später verschieben. Zweitens: die eigene Gesundheit nicht hintenanstellen. Viele Frauen kümmern sich zuerst um alle anderen und erst zuletzt um sich selbst. Drittens: Symptome ernst nehmen. Nicht hoffen, dass es schon wieder weggeht. Und viertens: im Verdachtsfall sofort 112 anrufen. Nicht auf den nächsten Arzttermin warten, nicht erst Angehörige nach Hause kommen lassen. Beim Schlaganfall entscheidet das Tempo mit über das Ergebnis.

#### **Was muss sich aus Ihrer Sicht ändern?**

Wir brauchen mehr Bewusstsein dafür, dass Frauen und Männer medizinisch nicht einfach gleich sind. Wir müssen in der Ausbildung von Ärztinnen, Ärzten und Rettungsteams stärker für weniger typische Schlaganfallsymptome sensibilisieren. Und wir brauchen mehr Forschung, in der Frauen ausreichend vertreten sind. Denn nur dann verstehen wir besser, warum Risiken, Symptome und Verläufe sich unterscheiden.

#### **Ihr Fazit?**

Frauen werden beim Schlaganfall noch zu oft übersehen oder zu spät ernst genommen. Gleichzeitig haben sie bei einigen Risikofaktoren ein höheres Risiko und oft schwerere Verläufe. Die wichtigste Botschaft lautet deshalb: Risiken konsequent behandeln, Warnzeichen ernst nehmen und im Notfall sofort handeln und die Schlaganfallnachsorge im Sinne einer sekundären Schlaganfallprophylaxe stärken.

# Kompressionstherapie: Prävention statt „offenes Bein“ – Frauen, Hitze und warum Wassereinlagerungen ein unterschätzter Risikofaktor sind



**Enes-Batuhan Baskal,**  
Director Governmental Affairs  
& Market Access, URGO GmbH

*Die Kompressionstherapie besitzt ein enormes präventives Potenzial. Insbesondere Frauen sind häufig von krankhaften Wassereinlagerungen betroffen und tragen dadurch ein erhöhtes Risiko, chronische und schwer heilende Wunden an den Beinen zu entwickeln. Zwei der größten Treiber dieser Entwicklung sind das steigende Lebensalter und zunehmende Hitzeperioden – zwei gesellschaftliche Entwicklungen, die sich weder aufhalten noch kurzfristig verändern lassen.*

Die gute Nachricht ist: Moderne Kompressionstherapien ermöglichen heute eine wirksame Behandlung, die von Betroffenen selbst oder mit Unterstützung von Angehörigen einfach durchgeführt werden kann.

Die alarmierende Nachricht lautet jedoch: Nur etwa zwei von zehn Menschen mit einem Beinulkus erhalten überhaupt eine leitliniengerechte Kompressionstherapie. Damit bleibt eine der wirksamsten Maßnahmen zur Heilung und zur Vermeidung weiterer Komplikationen in Deutschland vielfach ungenutzt.

Gerade in den Sommermonaten beobachten viele Menschen geschwollene Beine, Füße und Knöchel. Bei Hitze erweitern sich die Blutgefäße, um überschüssige Wärme abzugeben. Dadurch sinkt der venöse Rückfluss, und Flüssigkeit tritt vermehrt aus den Gefäßen in das umliegende Gewebe. Frauen sind aufgrund hormoneller Einflüsse häufiger betroffen: Östrogene und andere Hormone können die Gefäßdurchlässigkeit erhöhen und so die Entstehung von Ödemen begünstigen.

Kann diese Flüssigkeit nicht ausreichend über das venöse und lymphatische System abtransportiert werden, entsteht ein krankhaftes Ungleichgewicht im Gewebe. Betroffene berichten häufig über Spannungsgefühle, Schmerzen und sichtbare Dellen. Gleichzeitig steigt der Gewebedruck, wodurch die Versorgung der Haut mit Sauerstoff und Nährstoffen beeinträchtigt wird. Die Haut verliert ihre natürliche Schutzfunktion, wird verletzlich und heilt deutlich schlechter. Schon kleinste Verletzungen können sich zu chronischen Wunden entwickeln.

Der Klimawandel verschärft diese Entwicklung zusätzlich. Deutschland erlebt immer häufiger längere Hitzeperioden mit hohen Temperaturen. Für Millionen Menschen mit chronischen Venenerkrankungen, Lymphödemen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedeutet dies eine erhebliche zusätzliche Belastung. Die Zahl der Menschen mit Schwellungen der unteren Extremitäten wird in den kommenden Jahren voraussichtlich weiter steigen.

Damit wächst auch das Risiko chronischer Wunden – mit erheblichen Folgen für Lebensqualität, Pflegebedürftigkeit und Gesundheitskosten.

Besonders Frauen verdienen dabei größere gesundheitspolitische Aufmerksamkeit. Sie entwickeln deutlich häufiger chronische Venenerkrankungen, Lipödeme und Ödeme. Gleichzeitig übernehmen Frauen oftmals zusätzlich die Rolle pflegender Angehöriger und sind daher doppelt betroffen – sowohl als Patientinnen als auch als Versorgerinnen im familiären Umfeld. Prävention und frühzeitige Therapie stellen deshalb nicht nur eine medizinische, sondern auch eine gesellschaftliche Aufgabe dar.

Die wissenschaftliche Evidenz ist eindeutig: Eine konsequente Kompressionstherapie reduziert Ödeme, verbessert den venösen Rückfluss, erhöht die Sauerstoffversorgung des Gewebes und schafft die Voraussetzung für eine erfolgreiche Wundheilung. Nationale und internationale Leitlinien empfehlen sie deshalb als unverzichtbaren Bestandteil der Behandlung venöser Beinulzera und chronisch-venöser Insuffizienz.

Dennoch scheitert die Umsetzung im Versorgungsalltag häufig nicht am fehlenden Wissen, sondern an der praktischen Anwendung. Klassische Kompressionsverbände (reine Kurzzugbinden) sind technisch anspruchsvoll, zeitaufwendig und in ihrer therapeutischen Wirkung stark von der Erfahrung der anlegenden Person abhängig. Unterschiedliche Wickeltechniken führen häufig zu unzureichenden oder sogar therapeutisch unwirksamen Druckverhältnissen.

Genau hier zeigen moderne Kompressionssysteme (z. B. die Kombination aus Kurz- und Langzugbinden) ihre Vorteile. Heute stehen ein- sowie mehrlagige, anwenderfreundliche Versorgungssysteme zur Verfügung, die einen therapeutisch wirksamen Druck reproduzierbar ermöglichen und gleichzeitig einfacher anzulegen sind als klassische Wickelverbände. Einige dieser Systeme verfügen über integrierte Orientierungshilfen, die das Erreichen des

korrekten Anlagedrucks erleichtern und dadurch sowohl medizinisches Fachpersonal als auch pflegende Angehörige und die Betroffenen selbst unterstützen können. Moderne Kompressionssysteme können entsprechend der Leitlinie auch über einen Zeitraum von 24 Stunden getragen werden. Die Verbandswechselintervalle können von täglich zu mehrtägig gestreckt werden. Versorgungskonzepte, die eine sichere Eigenanwendung ermöglichen oder Angehörige stärker einbinden, können deshalb einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung leisten.



*Entstauungstherapie mit modernen, atmungsaktiven Kompressionsbinden.*

Hinzu kommt, dass viele Patientinnen und Patienten die klassischen Verbände im Alltag als störend empfinden und sie deshalb nicht konsequent tragen. Moderne Materialien sind dünner, atmungsaktiver und alltagstauglicher als frühere Versorgungslösungen. Vor allem die Möglichkeit, die eigenen Schuhe tragen zu können, ist für viele Patientinnen ein entscheidender Unterschied. Dadurch verbessert sich häufig die Therapietreue der Patientinnen und Patienten. Denn die beste Therapie entfaltet ihre Wirkung nur dann, wenn sie tatsächlich konsequent angewendet wird.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gewinnt dieser Aspekt zusätzlich an Bedeutung. Die Zahl hochbetagter Menschen wird in den kommenden Jahrzehnten deutlich zunehmen.

Gleichzeitig verschärft der Fachkräftemangel bereits heute die Situation in ambulanten Pflegediensten, Hausarztpraxen und der spezialisierten Wundversorgung.



*Erfolgsfaktor für die Therapieadhärenz: das Tragen von normalen Schuhen.*

Gesundheitspolitisch eröffnet sich hier eine große Chance. Eine frühzeitig eingesetzte und konsequent durchgeführte Kompressionstherapie kann dazu beitragen, die Entstehung chronischer Wunden zu verhindern, Heilungszeiten zu verkürzen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Jeder verhinderte Fall eines chronischen Ulcus cruris bedeutet nicht nur weniger Leid für die Betroffenen, sondern entlastet zugleich Hausarztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und die gesetzliche Krankenversicherung. Vor dem Hintergrund zunehmender Hitzeereignisse sollte die Kompressionstherapie daher nicht ausschließlich als Behandlung einer bestehenden Erkrankung verstanden werden. Sie ist vielmehr ein wichtiger Bestandteil der Klimaanpassung im Gesundheitswesen. Hitzeaktionspläne sollten deshalb Menschen mit chronischen Venenerkrankungen und Ödemen ausdrücklich berücksichtigen und auf die Bedeutung frühzeitiger Diagnostik sowie leitliniengerechter Kompression hinweisen.

Die gesundheitspolitische Aufgabe besteht darin, Prävention konsequent vor Versorgungskosten zu stellen. Dazu gehören mehr Aufklärung über Venengesundheit, eine stärkere Sensibilisierung insbesondere von Frauen für

erste Anzeichen von Ödemen, eine konsequente Umsetzung der medizinischen Leitlinien sowie Versorgungsstrukturen, die moderne, anwenderfreundliche Kompressionstherapien fördern. Denn Prävention beginnt nicht erst bei der chronischen Wunde – sie beginnt bereits bei der ersten Schwellung.

Die Herausforderungen des Klimawandels und des demografischen Wandels lassen sich nicht verhindern. Die Folgen für Millionen Betroffene können jedoch deutlich reduziert werden. Die Kompressionstherapie ist dafür eines der wirksamsten, wissenschaftlich belegten und zugleich wirtschaftlich sinnvollsten Instrumente, dass der Gesundheitsversorgung bereits heute zur Verfügung steht. Es gilt nun, dieses Potenzial konsequent zu nutzen.

# SAVE THE DATE

**29. April 2027**



**7. Bundeskongress  
Gender-Gesundheit**

**Berlin-Brandenburgische Akademie  
der Wissenschaften**

## Themenvorschau 2026

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**

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.

---

**Diese Ausgabe wird unterstützt durch die Bayer Vital GmbH**



## Impressum



### Herausgeber:

Dr. Albrecht Kloepper  
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

post@ix-institut.de | [www.ix-media.de](http://www.ix-media.de)

### Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepper, Sophia Wagner, Sophie Karl  
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](http://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, 32. Jahrgang 2026,  
Ausgabe 2 · 2026,  
Erscheinungsdatum: 15.10.2026

**Besuchen Sie  
unsere Website:**

**[www.ix-media.de](http://www.ix-media.de)**

