

Schleswig-Holsteinscher Landtag
Umdruck 15/3256

Prof. Dr. Ingelore Welpé
Geschäftsführende Direktorin
IFF-G, FH Kiel

Kiel, den 10. April 2004

An
den Vorsitzenden
des Sozialausschusses
des Schleswig-Holsteinischen Landtags
Postfach 7121

24171 Kiel

**Stellungnahme zum Bericht zur geschlechterspezifischen
Förderung geschlechtsbezogener Leistungen**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

mit Ihrem Schreiben vom 27.02.03 baten Sie das Institut für Frauenforschung und Gender-Studien der FH Kiel um seine Erfahrungen und Erkenntnisse zur Rolle des Geschlechts bei gesundheitsbezogenen Leistungen im Land Schleswig-Holstein zu berichten. Ich nehme die Gelegenheit gerne wahr, da sich das Institut seit längerem und wissenschaftlich derzeit detailliert befasst mit der Frage, wie die Kategorie Geschlecht in die Medizin einzuführen ist. Im Auftrag der Daimler-Benz-Stiftung Ladenburg leite ich eine Diskurs „Geschlecht und Gender in der Medizin“ in dem ein ausgewählter interdisziplinärer Kreis von Experten und Expertinnen aus der Frauen- und Genderforschung, der Anthropologie, klinischer medizinischer Forschung, medizinischer Psychologie, medizinischer Grundlagenforschung und medizinischer Versorgung und Gesundheitspolitik zusammenarbeiten.

Zielsetzung des Diskurses ist es, die genderblinde Medizin in Deutschland wieder zukünftig sehend zu machen.

Zunächst sind meine Erkenntnisse aus dem interdisziplinären Diskurs die folgenden, die zu berücksichtigen sind, wenn man die Lage in Schleswig-Holstein bewerten will.

Weil der Forschungsgegenstand der medizinischen Wissenschaften männliche und weibliche Menschen sind, ist das Geschlecht eine relevante Kategorie. Die Forschung über deren Gesundheit, Krankheit und Behandlung, verlangt daher die Aufnahme der Perspektive Geschlecht. Die Außerachtlassung von Geschlecht (der biologische Aspekt) und Gender (die kulturell bestimmte Geschlechtsrolle) hat weitreichende negative Folgen für die

Forschungsqualität der medizinischen Wissenschaften, den Wahrheitsgehalt und den Nutzen ihrer Ergebnisse und für die Akzeptanz der Ergebnisse bei ihren Zielgruppen und in der Gesellschaft.

Im Wesentlichen entstehen zwei Fehler:

1. Erfolgt die geschlechterbezogene Analyse nicht regelgerecht und fehlt die Genderperspektive, so ist ein Teil der medizinischen Forschungsergebnisse falsch und unwissenschaftlich.
2. Erfolgen Diagnose und Behandlung männlicher und weiblicher Patienten nicht, sofern nötig, geschlechtsspezifisch, so ist die medizinische Behandlung wirkungslos oder schädlich.

Die Folgen sind:

- Verluste in den medizinischen Forschungsstandards und der Wissenschaftlichkeit
- Vertrauensverluste bei Patienten und Patientinnen,
- Akzeptanzverluste der medizinischen Disziplin in der Gesellschaft,
- ökonomische Verluste für die öffentliche und private Gesundheitswirtschaft.

Entgegen ihrer Absichten und Normen konnten also weder Naturwissenschaften noch medizinische Wissenschaften neutral gegenüber der Kategorie Geschlecht sein.

Wie heute in den medizinischen Kernwissenschaften die Kategorien Geschlecht und Gender ganz oder teilweise außer acht gelassen werden und welche Folgen dies für medizinische Forschungsergebnisse und Behandlung haben kann, sollen wenige Beispiele aus den USA und Deutschland zeigen .

Seit die Frauen- und Genderforschung in den 80er Jahren die einflussreichen Großstudien der Medizin in den USA unter der Fragestellung, wie beide Geschlechter einbezogen würden, überprüften, sind folgende Defizite länderübergreifend festgestellt.

1. Androzentrismus in den Erhebungsstichproben

In vielen und meinungsbildenden Studien sind Frauen als Versuchspersonen ausgeschlossen.

4 Beispiele:

- Im MR.FIT (Multiplier-Risiko-Faktoren-Interventionstest), einer Studie zum Zusammenhang zwischen Blutdruck, Rauchen, Cholesterin und koronaren Herzerkrankungen waren 12866 Männer und 0 Frauen in der Stichprobe.
- In der seit 1958 laufenden Studie über menschliches Altern des National Institute on Aging in Baltimore, die als maßgebliche Dokumentation in USA über das Alter gilt, sind keine Angaben über Frauen enthalten.
- In der ersten Studie über die Rolle des Östrogens zur Vorbeugung von Herzerkrankungen sind keine Frauen in der Stichprobe.
- Bis 1988 erfolgte die klinische Erforschung für neue Arzneimittel in den USA durch die Food and Drug Administration (FDA) routinemäßig ausschließlich an Männern.

2. Nichterfüllung wissenschaftlicher Objektivitätskriterien und statistischer Standards

Im Zusammenhang mit der weltweiten gesundheitspolitischen Diskussion um den Nutzen der Brustkrebsvorsorge und Hormonersatztherapie stellte das renommierte Cochrane Zentrum in Kopenhagen, eine Institution, die medizinische Studien nach strengen wissenschaftlichen Kriterien beurteilt, nach Überprüfung der weltweit wichtigsten Studien fest, dass diese statistisch gesehen schwerwiegende Mängel auch unter dem Aspekt der fehlenden Geschlechterperspektiven aufweisen und darüber hinaus deren Empfehlungen Gesundheitsrisiken für Frauen beinhalten.

Inzwischen hat die weltweit wichtigste Vereinigung von Herzspezialisten 2001 ihre Empfehlungen zur Hormonersatztherapie für Frauen in den Wechseljahren zur Vorbeugung von Herzerkrankungen zurückgenommen.

3. Unzulässige Standardisierung von Arzneimitteln

Die Ergebnisse der an männlichen Probanden gewonnenen Arzneimittelforschung werden im Regelfall immer noch ungeprüft auf Frauen übertragen und die Dosierungen für Frauen am männlichen Durchschnittsgewicht und am männlichen Stoffwechsel ermittelt. Die Dosierungen von Valium, das zu 80 % von Frauen konsumiert wird, wurden an männlichen Probanden standardisiert. Eine geschlechterbezogene Studie des General Accounting Office der USA fand 1992, dass nur 50 % der untersuchten Präparate auf ihre unterschiedlichen Wirkungen bei Mann und Frau getestet waren.

4. Gesundheitsschäden durch geschlechtsspezifische Unverträglichkeiten von Arzneimitteln

Standardarzneimittel gegen hohen Blutdruck können die Sterblichkeit von Männern senken und die Todesfälle bei Frauen häufen. Präparate zur Auflösung von Blutgerinnseln bei Herzinfarkten führen bei Frauen zu Blutungen.

Azetaminophen, Inhaltsstoff vieler Schmerzmittel, wird bei Frauen und Männern unterschiedlich stark abgebaut, geschlechtsbezogene Über- und Unterdosierungen sind dazu bekannt. 75 % der schwangeren Frauen nehmen regelmäßig rezeptpflichtige oder frei erhältliche Arzneimittel wegen Diabetes oder Depressionen. Verträglichkeitsprüfungen dazu fehlen.

Die Herzmittel Chimidin, Procainamid und Disopyramid lösen bei Frauen eher bedrohliche Herzzustände aus. Betablocker wie Metoprolol reichern sich in Fettgewebe mehr an, für Frauen besteht Gefahr der Überdosierung.

Viele Mediziner wissen dies nicht.

In Deutschland regelt das Arzneimittelgesetz mit Prüfrichtlinien wie Zulassungsstudien sein müssen. Der Geschlechteraspekt kommt darin nicht vor. Die Pharmaindustrie entscheidet nach Belieben, wer in klinischen Forschungsstudien getestet wird.

Die Arzneimittelprüfrichtlinien für Zulassungsstudien hätten jedoch die Geschlechterperspektive verbindlich zu fordern.

5. Fehlende Gendersensibilität verhindert geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung und Compliance

Die Einflüsse der kulturell definierten Geschlechtsrollen (Gender) auf Gesundheit, Krankheit, Behandlungserfolg und Compliance von männlichen und weiblichen Patienten bleiben in den

medizinischen Wissenschaften unbeachtet. So findet die Männerforschung in Deutschland gerade erst im politischen Bereich erste Aufmerksamkeit.

Die männliche Identität und der Stellenwert von Gesundheit im männlichen Selbstkonzept führt u.a. zur schlechteren Gesundheit von Männern in allen Lebensphasen. Dennoch sind Aspekte der männlichen Geschlechtsrolle keine Untersuchungsvariablen. Frauen werden am häufigsten unter den Aspekten Reproduktion und Mutterschaft beforscht. Berufskrankheiten von Frauen hingegen nur wenig. Für beide Geschlechter besteht jedoch ein erheblicher Bedarf an geschlechtsrollenspezifischer Gesundheitsversorgung.

6

Geschlechterdifferenzierung gesundheitsbezogener Leistung ist dadurch zwingend notwendig. Unter diesen Vorgaben ergibt sich für die Bewertung des „Berichtes der Landesregierung zur geschlechtsspezifischen Förderung gesundheitsbezogener Leistungen“ folgende Bewertung:

6.1.

Der Bericht zeigt, dass die Geschlechterdifferenzierung, wie sie nach dem Konzept des Gendermainstreaming zu erfolgen hätte **nicht** erfolgt ist und unter diesem Aspekt der Bericht die durchgängige und schwerwiegende Mängellage aufzeigt.

Es fehlt im Land Schleswig-Holstein ein Gendergesundheitsbericht, der aus gesonderten Frauen- und Männergesundheitsberichten bestehen muss.

6.2.

Der Bericht macht deutlich, dass geschlechtergetrennte Statistiken i. d. R. vorliegen. Dies jedoch ist die einfachste Ebene der Geschlechterdifferenzierung. Es fehlen Analysen zur geschlechterspezifischen Verteilung von **Ressourcen** und zur geschlechterspezifischen **Realität** bei der Gesundheitsversorgung. Das sind jedoch die analytisch entscheidende Fragestellungen, die, sofern beantwortet, erst eine geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik der Akteure ermöglichen.

6.3.

Die Einzelbericht und Fachplanungen gehen i. d. R. von allgemeinen, lebensweltlichen Ansätzen aus, bei denen der Genderaspekt ein modernes Nebenprodukt ist. Das ist völlig unzureichend und belegt, dass die Planer und Berichtersteller das Genderkonzept bisher wegen bestehender Defizite über Genderwissen und über Gendermethodologie nicht anwenden können. Auch hier kommt man über reine Zahlenangaben nicht hinaus.

6.4.

Das Kriterium Geschlecht wird bei der Vergabe von Fördermitteln nicht angesetzt. Gesundheitsprojekte, die ohne die Geschlechtskategorie konzipiert werden, sind in der Gesundheitsversorgung „Kunstfehler“. Nicht einmal im Bereich der medizinischen Grundlagenforschung, z. B. Pharmakokinetik kommt man ohne den Geschlechteraspekt aus.

6.5.

Die wenigen Modellversuche enthalten zuweilen frauenspezifische Ansätze. Männerspezifische Modellversuche fehlen. Voraussetzung für genderbasierte Modellversuche sind spezifische Frauen- und Männergesundheitsberichte in Schleswig-Holstein. Diese fehlen!

6.6.

In ambulanten und stationären Einrichtungen und Hilfe haben sich überwiegend frauenspezifische Teilaspekte bei den Maßnahmen entwickelt. Allerdings handelt es sich hier überwiegend um inzwischen traditionelle Frauenaspekte (z. B. (Essstörungen) und neueste Erkenntnisse der Frauengesundheit und Männergesundheit hinsichtlich Erkrankungen, Symptomen, Compliance, Lebensphasen und Gendermethodologie sind nicht angewendet.

6.7.

Die vermeintlich gegebenen geschlechtsdifferenzierten Ansätze in der Gesundheitspolitik müssten konkret belegt sein.

Der Bericht verdeutlicht, dass es im Land Schleswig-Holstein keinen systematischen und durchgängigen Ansatz für eine geschlechterdifferenzierte Förderung geschlechtsbezogener Leistungen gibt. Der Bericht spiegelt insofern die Realität. Anstelle eines allgemeinen Berichts wäre ein methodisch exaktes Gendercontrolling der gesundheitsbezogenen Leistungen notwendig gewesen.

Insofern zeigt der Bericht auch, dass das Gendermainstreaming-Know-How und das Bewußtsein, welche Bedeutung die Kategorie Geschlecht in der Geschlechterpolitik und Versorgung hat, in den Anfängen steckt.

Daher ist das Gendermainstreaming hier eine unabdingbare Agenda für die Akteure des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein, da Männer und Frauen jeden Alters ein Recht auf eine geschlechtsspezifische Behandlung haben. Die Genderexpertise im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein ist daher aufzubauen.

Ich verweise in diesem Zusammenhang auf einen innovativen Antrag, des „Arbeitskreises Gesundheitsförderung für Frauen und Mädchen in Schleswig-Holstein“, der an die Ministerpräsidentin, die Fraktionen und die zuständigen Ministerien gestellt wird.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Prof. Dr. Ingelore Welpé
Geschäftsführende Direktorin
IFF-G, FH Kiel