

Charité | Campus Mitte | 10117 Berlin
Katja Rathje-Hoffmann
Vorsitzende des Sozialausschusses
Schleswig-Holsteinischer Landtag
Landeshaus, Düsterbrooker Weg 70
24105 Kiel

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie



Certified DIN EN ISO 9001:2015

Univ.-Prof.in Dr.in Sabine Ludwig MSc, MA
sabine.ludwig@charite.de

Professorin für Diversität in der Medizin
Medizinische Universität Innsbruck
Österreich

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/4417

11. Februar 2025

Betreff: Stellungnahme zur Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD „Frauengesundheit in Schleswig-Holstein“ - Drucksache 20/2093

Sehr geehrte Frau Katja Rathje-Hoffmann, Vorsitzende des Sozialausschusses,

vielen Dank für die Möglichkeit, zur Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der SPD-Fraktion zur Frauengesundheit in Schleswig-Holstein Stellung zu nehmen.

Die Antwort der Landesregierung enthält eine Vielzahl von statistischen Angaben zum Versorgungs- und Krankheitsgeschehen. Als Mitautorin des Frauengesundheitsberichts des Robert Koch-Instituts (RKI) (1) begrüße ich, dass an vielen Stellen die Ergebnisse aus dem Frauengesundbericht sowie den Bevölkerungsstudien des RKI herangezogen wurden.

Ich möchte im Folgenden zu einigen Punkten Stellung nehmen:

- **Lebenserwartung:** Auch in Schleswig-Holstein (SH) haben Frauen (F) eine höhere Lebenserwartung als Männer (M) (F: 82,78 Jahre; M: 78,18 Jahre) (Amt für Statistik für Hamburg und Schleswig-Holstein), insgesamt liegt diese jedoch etwas niedriger als im Bundesdurchschnitt (F: 83,27 Jahre; M: 78,48 Jahre) (Destatis). Frauen leben zwar länger, allerdings ist der Anteil der Jahre, die sie in nicht guter Lebensqualität verbringen höher. Dies zeigt ein Bericht, der im Rahmen des World Economic Forums Davos präsentiert wurde (2). Die Gründe hierfür sind systematisch zu eruieren, die Bedarfe erheben und die Leistungen dementsprechend anzupassen.
- Es ist richtig, dass die Bundesrepublik Deutschland über ein Gesundheitswesen verfügt, das den gleichberechtigten Zugang von Frauen und Männern zu Gesundheitsdiensten und -einrichtungen **rechtlich** gewährleistet.
Leider bestehen Barrieren aufgrund des Geschlecht zum Beispiel durch den Gender Pay Gap und den Gender Pension Gap, dieser liegt in Deutschland bei 27,1% (mit Hinterbliebenenpensionen/renten) bzw. 39,4% (ohne Hinterbliebenenpensionen/renten).

Frauen verfügen daher über weniger Einkommen, dies trifft insbesondere für ältere Frauen zu. Die Folgen sind Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung beispielsweise bei der Zuzahlung zu Medikamenten.

- **Gesundheit von trans*Frauen, inter*Personen und lesbischen Frauen:** Es liegen insgesamt keine Zahlen zur Anzahl von trans*Frauen vor (S. 6 Drucksache 20/2093). Dies zeigt sich auch bei Daten zur Gesundheit von trans*Frauen sowie unter anderem auch lesbischen Frauen. Auf diese Datenlücke wurde bereits bei der Erstellung des Frauengesundheitsberichts des RKI hingewiesen. In Datenerhebungen sollte dies jedoch systematisch durch zwei Fragen abgefragt werden: (1) „*Welches Geschlecht wurde bei Ihrer Geburt in die Geburtsurkunde eingetragen?* männlich / weiblich / divers (2) „*Da sich nicht alle Menschen ihrem eingetragenen Geschlecht zugehörig fühlen: Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?* männlich / weiblich / oder einem anderen und zwar ___“ (GEDA Fragebogen RKI (3)).
- In der Antwort der Landesregierung wird darauf hingewiesen, dass jede Person, unabhängig von Geschlecht, Alter oder sozialem Status, die medizinisch erforderlichen Leistungen erhält und dass die Fortschritte der Medizin und Medizintechnik beiden Geschlechter zu gute kommen. Die Problematik ist, dass **Frauen weiterhin nicht adäquat in Studien eingeschlossen werden**. Dies führt dazu, dass bei Frauen häufig andere bzw. mehr Nebenwirkungen auftreten. Ein Beispiel ist hier unter anderem die Krebstherapie: Bei Frauen treten häufiger Nebenwirkungen auf, die Therapie muss unterbrochen werden und führt zu schlechteren Outcomes. Die European Medicines Agency formuliert eine Empfehlung zur ausreichenden Repräsentation von Frauen in Studien, verpflichtend ist es allerdings noch nicht. Hier sollten Anreize für die Forschenden gesetzt werden.
- **Geflüchtete Frauen:** Es gibt Myriam (Mobile Beratung für geflüchtete Frauen in SH), dies ist zu begrüßen. Weitere Daten zur Gesundheit von Frauen mit Fluchterfahrung und Migrationshintergrund werden nicht präsentiert bzw. liegen nicht vor. Dies war auch die Erkenntnis aus dem Frauengesundheitsbericht des RKIs. Es sollten daher Strukturen geschaffen werden, um die Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe systematisch zu erheben.
- **Prävention / Gesundheitsförderung:** Es ist korrekt, dass nach SGB V Prävention und Gesundheitsförderung hauptsächlich die Aufgabe der Kassen sind. Zur Vermeidung von chronischen Erkrankungen in der Zukunft ist Gesundheitsförderung und Prävention wichtig. Nicht nur die Kassen sollten gesundheitsförderliche Angebote und Maßnahmen fördern. Gesundheitsförderung im Setting, d.h. im Kindergarten in den Schulen, Hochschulen und am Arbeitsplatz sollte auch vom Land unterstützt werden. Der Bericht der OECD Health at a Glance zeigt, dass einige Länder wie zum Beispiel Finnland ein größeres Budget für Prävention einplanen als Deutschland (4).
- Die **Kaiserschnitrate** ist in Deutschland (30,5% RKI Frauengesundheitbericht) und in SH teilweise mit rund 40% (43% Westküstenkliniken Heide, 39% Klinikum Itzehoe) hoch. Als Langzeitfolgen bei Kaiserschnitt können zum Beispiel Adipositas, Nahrungsmittelallergien oder Typ-1-Diabetes auftreten (1). Es sollten weiterhin Maßnahmen ergriffen werden, um die Kaiserschnitrate zu senken.

- **HPV:** Die Impfquote für HPV liegt in SH mit 59% leicht über dem Bundesdurchschnitt. Das Ziel ist jedoch eine Impfquote von 90%. Mehr Aufklärung und Informationen zu dieser Impfung sind notwendig.
- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** Weltweit, in Deutschland und auch in SH sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Haupttodesursache für Frauen und Männer. Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen sind hier besonders wichtig und werden auch von der Landesregierung angeführt. Dabei sollten die Verbesserung der Gesundheitskompetenz, des Gesundheitsverhaltens sowie das Wissen zu Erkrankungen und die Sensibilisierung der Bevölkerung im Fokus stehen. Es könnte beispielsweise angedacht werden, ein Fach „Gesundheit“ in den Schulen einzuführen.
- **Muskel-Skelett-Erkrankungen** gehören zu den Hauptgründen für Arbeitsunfähigkeitstage bei den Frauen: Hier sind mehr präventive und gesundheitsförderliche, verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen, u.a. auch am Arbeitsplatz notwendig, beispielsweise durch Betriebliche Gesundheitsförderung.
- **Psychische Erkrankungen:** Insgesamt ist die Prävalenz von Depressionen bei Frauen höher als bei Männern, dies zeigt sich deutschlandweit (1), aber auch in SH. Aufgrund eines möglichen Gender Bias in der Gesundheitsversorgung wird bei Frauen häufiger eine psychische Erkrankung diagnostiziert, Männer hingegen werden häufig unterdiagnostiziert (1). Das Gesundheitspersonal sollte hierfür sensibilisiert werden. Die langen Wartezeiten lassen weiterhin auf einen Mangel an Psychotherapeut*innen schließen. Maßnahmen zur Erhöhung der Anzahl der Leistungserbringer sind hier notwendig.
- **Endometriose:** Die Anzahl von Frauen mit Endometriose wird dargestellt (KVSH 2023). Die Diagnose wird weiterhin häufig verspätet gestellt. Mehr Wissen und Sensibilisierung für diese Erkrankung in der Bevölkerung und beim Gesundheitspersonal sind notwendig. Durch Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement können Frauen mit Endometriose am Arbeitsplatz unterstützt werden. In Lübeck wurde ein Endometriosezentrum (höchste Stufe) eingerichtet. Dies ist zu begrüßen.
- **Ausbildung/ Weiterbildung:** Vielen Dank für die Darstellung der Integration von Geschlechteraspekten in die Curricula der Gesundheitsberufe in SH. Hier sollte eine longitudinale Integration sowie die Integration in die Prüfungen erfolgen. Die Ausbildungsschulen, Hochschulen und Universitäten müssen bei der Integration und Formulierung von Lernzielen unterstützt werden, beispielsweise durch ein nationales Kompetenzzentrum für geschlechter- und diversitätssensible Lehre, durch hauptamtlich Beauftragte und mehr Professuren zu dem Thema.

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof.in Dr.in Sabine Ludwig, MSc, MA

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
2. McKinsey Health Institute. Closing the women's health gap: A \$1 trillion opportunity to improve lives and economies. McKinsey Report, 2024. <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/closing-the-womens-health-gap-a-1-trillion-dollar-opportunity-to-improve-lives-and-economies#/>
3. Robert Koch Institut (2021) Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6(3):88–106. DOI 10.25646/8560
4. OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.