



An den Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtages

Katja Rathje-Hoffmann, Vorsitzende des Sozialausschusses

3. Dezember 2025

Sehr geehrte Mitglieder des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags,

Sehr geehrte Mitglieder der Fraktionen der SPD, der CDU und Bündnis 90/DIE GRÜNEN im Schleswig-Holsteinischen Landtag,

ich freue mich sehr Ihnen eine schriftliche Stellungnahme zu den Anträgen (Drucksache 20/3293) „**Geschlechtersensible Medizin in Schleswig-Holstein stärken**“ und (Drucksache 20/3352) „**Medizinische Ausbildung, Forschung und Versorgung diverser und individueller ausrichten**“ übermitteln zu können.

Ich beziehe mich im Folgenden auf die eingereichten Anträge und versuche die gemeinsamen Punkte aufzugreifen, bei unterschiedlichen Perspektiven auf diese einzugehen und eigene Einschätzungen zu ergänzen. In der Zwischenzeit ist uns anfüllend noch ein Bericht des Schleswig-Holsteiner Ministeriums für Justiz und Gesundheit (Umdruck 20/5514) zur Verfügung gestellt worden in dem die Aktivitäten des Landes zusammengefasst werden. Ich werde diese ebenfalls berücksichtigen.

Zur Erfassung geschlechtersensibler und differenzierter Daten und ihrer Anwendung in Forschung und KI

Die Forderungen

- „die Gesundheitsdaten im Land nach Geschlecht differenziert zu erfassen und auszuwerten und die Gesundheitsberichterstattung des Landes in Bezug auf das Thema Gender Data Gap weiter zu schärfen und öffentlich zugänglich zu machen;“
- „bestehende Förderprogramme im Gesundheitswesen und der Gesundheitsforschung daraufhin zu überprüfen, ob die Alters-, Herkunfts- und Geschlechterperspektive ausreichend berücksichtigt wird. Daten sollen entsprechend erfasst und ausgewertet und dies zur Voraussetzung bei zukünftigen Förderprogrammen des Landes gemacht werden“

stimmen im Weitesten überein in ihrer Forderung nach einer systematischen Erfassung differenzierter Daten. Im Alternativantrag werden neben Geschlecht durchgehend auch die Themen Alter und

Medizinische Fakultät
AG 10 Geschlechtersensible Medizin

Prof. Dr. med.
Sabine Oertelt-Prigione

Raum A1-03
Telefon 0521 106-87720

sabine.oertelt-prigione@uni-bielefeld.de

Universität Bielefeld
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

Besucheradresse:
Morgenbreede 1
Gebäude R1

Bankverbindung:
Landesbank Hessen-Thüringen
IBAN: DE46 3005 0000 0000 0610 36
SWIFT-BIC: WELADEDXXX

USt-IdNr.: DE811307718

„Herkunft“ ergänzt. Grundsätzlich ist diese Forderung absolut zu begrüßen auch in Hinblick auf den sogenannten *Gender Data Gap*. Wichtig ist hierbei die Frage nach wie Daten zu Geschlecht und Herkunft erhoben werden sollen. In der Forschung ist die Vermischung der Erfassung von biologischem Geschlecht und Genderidentität lange bekannt, und grundsätzlich empfiehlt sich die Nutzung des sogenannten „Two Step Approaches“ um Unklarheiten zu vermeiden und hochwertige Datenqualität zu garantieren. Ebenfalls sollte im Forschungsbereich die Variabilität von Geschlecht nach State-of-the-Art Methodik erfasst werden. Die Ergebnisse des SGB1665 „Sex Diversity“ können hier sicherlich sehr hilfreich sein, um dem Land eine zukunftsweisende Erhebung zu ermöglichen. Vereinbarungen innerhalb des Exzellenzclusters Precision Medicine in Chronic Inflammation (PMI), die eigenen Daten nach Geschlecht und Diversität differenziert bereitzustellen sind ein wichtiger Fortschritt, dennoch beinhaltet die regionale Erfassung von demografischen, sozioökonomischen und Gesundheitsindikatoren sicherlich ein viel größeres Datenvolumen. Die Erfassung von Geschlecht und Diversitätsdimensionen könnte hier sehr hilfreich sein, müsste aber systematisch, interoperabel und standardisiert umgesetzt werden.

Das Konzept der Herkunft braucht meines Erachtens einer Spezifizierung. Welche Herkunftsdaten sind hier genau gemeint? Migrationshintergrund, sozioökonomische Lage, weitere Aspekte? Aufgrund rechtlicher Vorgaben können Daten zu Ethnizität und Kulturkreis in Deutschland nicht in vergleichbarer Form zu UK oder den USA erhoben werden, dementsprechend sollte hier klar definiert werden welche Daten zu welchem Zweck erhoben und genutzt werden sollten. Sicherlich ist eine differenzierte Datenlage notwendig um Diskriminierung vorzubeugen und Unterversorgung aufzuzeigen, nichtsdestotrotz kann sich die Erhebung dieser Daten aufgrund aktueller politischer Debatten, die Migrationshintergrund immer häufiger pauschal kriminalisieren, durchaus schwierig gestalten. Die Überlegungen die der Erfassung dieser Daten zugrunde liegen, sollten differenziert und transparent mit der Bevölkerung geteilt werden um eine informierte Einwilligung und Teilnahme an der Datenerhebung zu unterstützen.

Beide Anträge bringen hier wichtige Aspekte ein, wobei der eine Antrag mehr auf Diversität abzielt und der andere einen Schwerpunkt auf Geschlechterunterschieden legt. Dies schließt sich nicht gegenseitig aus, sondern sollte als Ergänzung und Weiterentwicklung verstanden werden. Geschlecht ist eine wichtige Diversitätsdimension, weil zum Beispiel Frauen eine große Gruppe in der Bevölkerung sind, Geschlecht ist hierbei aber nicht die einzige relevante Dimension. Geschlecht wirkt intersektional mit anderen Diversitätsdimensionen zusammen und sollte idealerweise in dieser Komplexität in Forschung, Lehre und Versorgung eingebracht werden. Da es allerdings nie gelingen wird, alle potentiell relevanten Faktoren gleichzeitig adäquat zu berücksichtigen, ist ein Bewusstsein für vorhandenen Limitationen entscheidend und diese sollten transparent aufgezeigt und diskutiert werden.

Besonders in Hinblick auf die Entwicklung von KI-Systemen ist die Aufarbeitung von bestehenden Verzerrungen unabdingbar, was zurecht in der Forderung

- „*bei der Nutzung anonymisierter Daten für die KI zu verhindern, dass vorhandene Wissensdefizite der geschlechtersensiblen Medizin in die digitale Welt übertragen werden. Zum Beispiel sind Frauen, alte Menschen und Menschen unterschiedlicher Herkünfte in klinischen Studien nach wie vor unterrepräsentiert. Dies führt dazu, dass die Datengrundlagen, auf die sich die Analysen der KI beziehen, unzureichend sind. Dem muss aktiv entgegengewirkt werden. Auch helfen diverse Teams im Rahmen der Forschung den Gender-, Alters- und Herkunftsbiases auszugleichen*

erläutert wird. Interventionen zur Identifikation von Datenverzerrungen und aktive Korrektur sollten festgelegt werden. In der biomedizinischen Literatur sind diese Bias klar dargestellt

worden, ebenso ihre potentiellen Konsequenzen. Nichtsdestotrotz ist die aktuelle KI-Entwicklungslandschaft, besonders in der Privatwirtschaft, weitestgehend befreit von Auflagen um diesen Verzerrungen entgegenzuwirken. Hier ist ein spezifischer Forschungsfokus gefragt um konkrete, wissenschaftlich-fundierte und praktikable Ansätze zur Reduktion dieser Bias zu entwickeln. Da diese Initiativen auch auf EU-Ebene noch begrenzt sind und sich in dem verhältnismäßig begrenzten Bereich des *ethical Als* ansiedeln lassen, wäre ein proaktiver Ansatz auch ein potentielles Alleinstellungsmerkmal für Deutschland und seine Bundesländer. Wichtig ist hierbei anzumerken, dass Biasbekämpfung im Rahmen der KI-Entwicklung nicht mit Selbstverantwortung zu erreichen sein wird, sondern Regulation voraussetzt, das Thema dementsprechend in der Politik genauso wie in der Forschung anzusiedeln ist.

Die erwähnte Diversität in Teams zur Erstellung innovativer Produkte und Dienstleistungen ist sicherlich zu begrüßen. Die Forschung zeigt eindeutig, dass diverse Perspektiven in Teams mehr Innovation bringen können und Repräsentation hilfreich ist um die Diversität der Zielgruppe der Nutzer_innen zu erreichen. Es wäre sicherlich hilfreich diese Diversität mindestens in öffentlich geförderten KI-Initiativen und Projekten zu erfassen, um aktuelle Trends zu dokumentieren und potentielle Effekte sichtbar machen zu können.

Die Empfehlungen, Forschungsvorhaben (auch auf Landesebene) zu den besagten Themen zu initiieren

- „Forschungsprojekte zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in Diagnostik, Therapie und Prävention zu fördern“
- „bei der Förderung von Forschungsprojekten relevante Aspekte wie Alter, Geschlecht und Herkunft angemessen und konstruktiv zu berücksichtigen - auch bei Forschungsvorhaben mit Landesförderung“

sind uneingeschränkt zu begrüßen. Der bereits erwähnte Gender Data Gap besteht weiterhin, besonders auch bei Erkrankungen, die die reproduktiven Organe betreffen, so z.B. Endometriose, menstruations-assoziierte Beschwerden, sowie peri- und postmenopausale Symptomatik und gesundheitliche Konsequenzen. Forschung zu diesen Themen ist notwendig um zum Teil vollkommen unerforschte Themen zu beleuchten.

Die verschiedenen Anforderungen im Rahmen der curricularen Entwicklung in der Medizin und den Gesundheitsberufen, der Reform der Approbationsordnung und der Etablierung von Professuren und Lehrstühlen sind ebenfalls grundsätzlich zu begrüßen.

- „sich in Bezug auf das Thema der geschlechtersensiblen Medizin für die Anpassung von Lehrplänen in allen akademischen und nicht akademischen Gesundheitsberufen einzusetzen; mit Bund und Ländern eine Lösung zur Umsetzung der neuen ärztlichen Approbationsordnung und der Aus- und Fortbildung im Rettungsdienst zu erreichen, damit die Studentinnen und Studenten, Auszubildenden und Rettungskräfte sensibilisiert und alters-, herkunfts- und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Forschung, Diagnose und Behandlung bundesweit gleichermaßen relevanter Bestandteil der Lehre werden“
- „einen Lehrstuhl für geschlechtersensible Medizin in Schleswig-Holstein einzurichten, um dauerhaft die geschlechtersensible Forschung und Lehre in der Medizin in Schleswig-Holstein zu verankern und die geschlechtersensible Patientenversorgung zu verbessern. Bis zur Umsetzung sollte ein Wahlfach „Geschlechtersensible Medizin“ im Medizinstudium angeboten werden.“

- „die von CAU und Universität zu Lübeck bereits eingeschlagenen Wege zu einer personalisierten medizinischen Ausbildung mit dem Fokus auf die individuelle Patientin und den individuellen Patienten weiterhin positiv zu begleiten“
- „die Universität zu Lübeck in der Erarbeitung eines eigenen Core-Curriculums zu Diversität in der Medizin für das Medizinstudium weiter zu unterstützen“

Die Implementierung geschlechtersensibler Inhalte in der Lehre kann auf verschiedene Arten geschehen und unterschiedliche Tiefe erreichen. Wahlfächer und Vorlesungsreihen sind hierbei ein guter erster Ansatz, die Entwicklung eines Core Curriculums und idealerweise eines Lehrstuhls stellen weitere Maßnahmen dar. Die Umsetzung dieser Maßnahmen kann häufig in Sequenz stattfinden, sodass selbst begrenzte Initiativen schon zum Kapazitätaufbau beitragen können.

Eine Unterstützung bei der Umsetzung der neuen Approbationsordnung ist sicherlich ein wichtiger Schritt, der laut des Berichtes des Ministeriums bereits aktiv auf institutioneller Ebene umgesetzt wird.

In dem Bericht des Ministeriums wurde ebenfalls der Aufbau eines Zertifikatstudiengangs erwähnt, welcher allerdings einer signifikanten Anschubfinanzierung bedarf. Der Vorschlag einer solchen Zertifizierung ist sicher zu begrüßen, die Frage die sich allerdings stellt ist, ob eine derartige Initiative nicht potentiell national getragen werden müsste, um notwendige Expertise und Kapazitäten abzubilden. Als sehr gutes Beispiel kann hier das CAS Gender Medicine der Schweizer Kolleg_innen genannt werden, welches in einem modularen Format fakultätsübergreifend national organisiert ist.

Ebenfalls wird in dem Bericht die Einrichtung einer W1 Professur für „Geschlechterunterschiede bei Erkrankungen“ erwähnt. Ich vermute, dass in dem Kontext des Exzellenzclusters chronische Entzündungskrankheiten gemeint sind, was sich sehr gut in das nationale Panorama einfügen würde. An der Universität Bonn wird aktuell ebenfalls eine W1 Professur für Geschlechterunterschiede in der Immunologie ausgeschrieben, die potentiellen zukünftigen Inhaber_innen der Professuren könnten sicherlich zu dem Aufbau nationaler Kompetenzen in den Bereichen Entzündung und Geschlecht kooperativ beitragen. Ebenfalls ist die Ausschreibung einer Professur auf W1 Niveau (neben einem potentiellen – in einem der Anträge geforderten - Lehrstuhl) zu begrüßen, da die nationale Bewerber_innenlandschaft aktuell nur eine begrenzte Anzahl von Kandidat_innen für W3 Positionen hergibt, das Feld auf W1 und W2 Ebene aber sehr viel Potential birgt.

Die Einbeziehung der Allgemeinbevölkerung ist ein relevanter Schritt, der notwendig ist um inhaltlich zu geschlechtsspezifischen Themen aufzuklären und um die grundsätzliche Rolle der geschlechtersensiblen Medizin zu verdeutlichen.

- „die Bevölkerung bezüglich der Unterschiedlichkeit von Symptomen aufzuklären und das Bewusstsein dafür zu stärken, welche Vorteile Menschen von geschlechtersensibler Medizin und Versorgung haben.“
- „die Bevölkerung und Akteure im Gesundheitswesen weiterhin für alters-, herkunfts- und geschlechterspezifische Risikofaktoren zu sensibilisieren. Dabei soll auf spezielle Risikofaktoren wie spezielle Symptome eines Herzinfarkts oder auf onkologische und neurologische (Demenz) Erkrankungen, hingewiesen werden. Außerdem sollen Themen rund um die Menopause, reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung weiterhin niedrigschwellig vermittelt werden. Präventive Empfehlungen, wie Lebensstiländerungen, sollen in Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG) und den Krankenkassen alters- und herkunfts- und geschlechtsspezifisch ausgearbeitet werden“

Aufklärungsarbeit zu geschlechtersensibler Medizin und ihrer Funktion ist besonders in Zeiten wichtig in denen „Gender“ als Konzept stark politisch instrumentalisiert wird. Eine strohmännische Debatte zur Nutzung von gendergerechter Sprache ist für die Implementierung der geschlechtersensiblen Medizin nicht zuträglich. Es ist mittlerweile klar etabliert, dass Versorgungsdefizite sich aus einer Kombination von Wissensdefizits und Stereotypen speisen. Dies bedeutet, dass für eine geschlechtersensible Versorgung fundiertes Wissen zu biologischen Geschlechterunterschieden und sozialen Prozessen der Entstehung von Geschlechterstereotypen - die zu verzögerten oder falschen Diagnosen führen können - notwendig ist. Gute Wissenschaftskommunikation sollte diese Differenzierung aufgreifen und kann dadurch auch die Komplexität medizinischer Prozesse verständlich darstellen. Kommunikation sollte natürlich alle Bevölkerungsgruppen erreichen und dabei sind geschlechterdifferenzierte Gesundheitskompetenzen bei Kindern und Jugendlichen ebenfalls relevant, wie im Antrag erwähnt.

- „*Kinder und Jugendliche in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken, z.B. im Rahmen von Präventionsangeboten an Schulen*“

Die Etablierung einer Plattform zum Austausch mit allen relevanten Akteur_innen sollte eine Priorität sein, um das Thema übergreifend zu stärken.

- „*das Thema „Alters-, Herkunfts- und Geschlechtersensible Gesundheitsversorgung“ in einer Landesgesundheitskonferenz mit allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren zu bearbeiten*“

Diese Initiative könnte ebenfalls bei bestehenden europäischen Initiativen anknüpfen, die nach ähnlichem Modell verschiedene Akteur_innen der Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft zusammenbringen, wie z.B. die „Women’s Health Strategy for England“, der „Women’s Health Action Plan“ in Irland oder die „Vrouwengezondheidsagenda“ in den Niederlanden.