

Antrag

der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Janosch Dahmen, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Britta Haßelmann, Monika Lazar, Wolfgang Wetzels und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gerechte Gesundheitsversorgung erfordert Gendersensibilität – Frauengesundheit stärken

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Wie jede*r von uns die eigene Gesundheit, Krankheit und Lebensplanung erlebt, hängt maßgeblich mit dem Geschlecht – das heißt mit Geschlechterrollen, damit zusammenhängenden Rollenerwartungen und geschlechtsspezifischen Eigenschaften – zusammen. Diese Aspekte werden im deutschen Gesundheitssystem bisher zu wenig berücksichtigt. Fehlt im Gesundheitssystem und in der Gesundheitspolitik der Blick auf das biologische und soziale Geschlecht, kommt unter dem Strich eine Gesundheitsversorgung heraus, die vielen von uns nicht gerecht wird. Solange hauptsächlich Männer im Gesundheitssystem Entscheidungen treffen und ein männlicher Körper in der Gesundheitsforschung, -lehre und -versorgung als Norm gilt, kommen Frauen – aber nicht nur sie – in jeder Hinsicht zu kurz.

Die Erfahrungen, Interessen, Bedürfnisse, Stimmen, Expertise und Entscheidungskompetenzen vieler Menschen werden systematisch ausgeblendet dadurch, dass sie nicht mitbestimmen und auf sie in der Gesundheitsgesetzgebung, -versorgung, -forschung und -förderung gar nicht oder nur unzureichend Bezug genommen wird. Dies betrifft besonders Mädchen und Frauen. Aus geschlechtsvergleichender und aus geschlechtsspezifischer Perspektive bietet ihnen das deutsche Gesundheitssystem und die ihm zugrunde liegende Gesetzgebung noch keine Basis dafür, den Gleichheitsgrundsatz in Artikel 3 des Grundgesetzes „am eigenen Körper“ zu erleben.

Ein Geschlechtervergleich ist nur da möglich, wo zur Behebung des „gender data gap“ (Caroline Criado-Perez, Unsichtbare Frauen: Wie eine von Daten beherrschte Welt die Hälfte der Bevölkerung ignoriert, 2019/2020) die Frage nach den Auswirkungen des Faktors „Geschlecht“ überhaupt gestellt wird. Ob, wie und warum sich die Gesundheit oder Krankheitserfahrung von Frauen von jener von Männern unterscheiden und wie sich Diagnose, Therapie und Prävention bei Frauen anders gestalten als bei Männern wird aber oft noch gar nicht oder nicht umfassend erforscht. So gaben beispielsweise nur 16,7 % von 2.484 registrierten klinischen Studien zur Entwicklung neuer Thera-

pieansätze und Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 das Geschlecht als Rekrutierungskriterium an, nur 4,1 % bezogen sich in der Beschreibung der Analysephase darauf und keine der elf im Juni 2020 in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlichten Studien berichtete geschlechtsspezifische Ergebnisse. Dies ist problematisch, denn die Untersuchung von Geschlechtsunterschieden könnte wesentliche Einblicke in die Pathophysiologie von COVID-19 liefern und möglicherweise die Identifizierung wirksamer Interventionen unterstützen (93032382; medrxiv.org).

Für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung gibt es wesentliche Schwachstellen, die die Bundesregierung bisher nicht grundsätzlich angegangen ist. Dies geht vor allem zu Lasten von Frauen. So haben Frauen eine schlechtere Überlebenschance nach einem Herzinfarkt, da Diagnostik und Therapie immer noch von der typischen männlichen Symptomatik ausgeht (Frauen sind anders – auch beim Herzinfarkt; aerztezeitung.de). Prothesen passen Frauen häufig nicht, da sie für männliche Normkörper gebaut werden (Zwei Drittel aller Patienten mit Knie-Endoprothesen sind Frauen; aerztezeitung.de). Aber auch Männern schadet die fehlende Gendersensibilität in der Gesundheitsversorgung, ihnen wird beispielsweise in seelischen Krisen häufig nicht oder sehr spät eine Psychotherapie empfohlen (Männergesundheit – Pressemitteilungen 2015 – Pressemitteilungen – Presse – DGPPN Gesellschaft).

Die Benachteiligung von Frauen bzw. gebärfähigen Personen in ihrer reproduktiven Phase ist besonders eklatant. Zum Beispiel übernimmt die gesetzliche Krankenkasse die Kosten für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel nur für Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr, Haushaltsmittel sind für die Pille und andere Verhütungsmittel gar nicht vorgesehen. Trotz Forschungsergebnissen aus dem Jahr 2019, die belegen, dass Frauen mit geringem Einkommen aus Kostengründen unregelmäßiger verhüten, zu weniger zuverlässigen Methoden greifen oder ganz auf Verhütung verzichten (BMFSFJ – Pille und Spirale für Frauen mit wenig Geld), hat die Bundesregierung versäumt, einen Gesetzentwurf vorgelegt, der das Recht aller Menschen in Deutschland auf selbstbestimmte Familienplanung sicherstellt.

Pflege stellt ebenso ein wichtiges Gleichstellungsthema im Gesundheitsbereich dar. Der Zweite Gleichstellungsbericht der Bundesregierung von 2017 hat sich ausführlich mit dem Thema Geschlecht und Pflege befasst, ohne dass bis heute nennenswerte Konsequenzen daraus gezogen wurden.

Das betrifft in erster Linie Frauen: 85 % der Pflegekräfte sind Frauen (SGB XI, Bundesministerium für Gesundheit) und 61 % derer, die sich informell um eine pflegebedürftige Person kümmern, sind weiblich (Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V.). Die professionell Pflegenden leiden unverändert unter dem massiven Personal-mangel und der damit einhergehenden permanenten Arbeitsüberlastung. Frauen werden systematisch benachteiligt, da notwendige Instrumente der Personalbemessung entweder ausgesetzt (Pflegepersonaluntergrenzen) oder gar nicht erst eingeführt wurden (PPR 2.0). Entweder nehmen sie die gesundheitlichen Folgen der arbeitsbezogenen Belastung in Vollzeit oder Einkommenseinbußen durch Arbeitszeitreduktion in Kauf. Zusätzlich werden Frauenberufe wie die Pflege im Vergleich zu Berufen, in denen mehrheitlich Männer tätig sind, niedriger bezahlt (Warum werden Pflegekräfte eigentlich so schlecht bezahlt?; Spiegel Online). Auch die informelle Sorgearbeit durch An- und Zugehörige geht mit erheblichen Belastungen für alle Beteiligte einher, die nicht selten zu Gesundheitsproblemen bis hin zur Pflegebedürftigkeit der sorgenden Person führen. Es mehren sich Berichte, dass v. a. Frauen durch diese Beanspruchung und unzureichende Unterstützungsangebote selbst in die Pflegebedürftigkeit geraten. Finanzielle Fehlanreize führen dazu, dass Frauen für die Sorgearbeit ihre Berufstätigkeit einschränken oder aufgeben, da sorgende Angehörige bspw. im Rahmen der Pflegezeit nur durch ein zinsloses Darlehen finanziell unterstützt werden und Männer durchschnittlich höhere Gehälter erhalten (siehe Spiegel Online).

Diese und weitere bereits bekannte Problemlagen im Gesundheitssystem können nicht allein durch das Drehen an kleinen Stellschrauben behoben werden. So wie in der bezahlten und unbezahlten Care-Arbeit sind Frauen in der beruflichen Beschäftigung im Gesundheitssystem überrepräsentiert, in Entscheidungs- und Führungsposition hingegen eklatant unterrepräsentiert (Bundestagsdrucksache 19/17806, www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-frauen-in-der-gesundheitswirtschaft-2020.pdf).

Weniger als 10 % der Vorstandsmitglieder der zehn größten gesetzlichen Krankenversicherungen, die 50 Millionen Menschen versichern (mehr als die Hälfte davon Frauen), sind Frauen. Auf Bundesebene hat keine der Berufskammern einen paritätisch besetzten Vorstand. Auf Landesebene werden etliche Kammern von zwei oder mehr Männern – und keiner Frau – geführt. Bei vielen Gremien hat sich seit Ende 2016 (Bundestagsdrucksache 19/725) nichts oder sehr wenig getan. Eine stillschweigende Fortsetzung der Unterrepräsentanz von Frauen ist nicht hinnehmbar. Angesichts des vergeblichen Wartens auf Verbesserungen durch freiwillige Maßnahmen der verantwortlichen Akteur*innen sind Frauenquoten und verbindliche Vorgaben für die geschlechtergerechte Repräsentation in Gremien elementar zur Erreichung eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems.

Für den transformativen Wandel ist aber nicht nur entscheidend wer entscheidet, sondern auch, auf welcher Grundlage diese Entscheidungen basieren. Wenn als Grundlage nicht immer die diversen Lebensrealitäten aller zählen, kann Gerechtigkeit als Ergebnis nicht erwartet werden (<https://sz-magazin.sueddeutsche.de/freie-radikale-die-ideenkolumne/als-frau-auf-macht-verzichten-frauenquote-89509>). Für Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitssystem und in der Gesundheitspolitik ist daher u. a. ein Verständnis der Kategorie „Geschlecht“ essenziell, das dem Selbstbestimmungsrecht aller Menschen Rechnung trägt. Das Bundesgesundheitsministerium ist hierzu gefragt, denn es legt seiner Arbeit bisher ein dichotomes Konzept der Kategorie „Geschlecht“ zugrunde (siehe [checkliste-gender-fue.pdf](#); forschung-bundesgesundheitsministerium.de), das zwangsläufig die diversen Lebensrealitäten von u. a. trans*, inter* und nichtbinären Menschen nicht abbildet, sondern lediglich die Norm „Mann“ durch die Norm „Mann und Frau“ ersetzt. Eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik muss die Beseitigung jeder Form von Diskriminierung und Marginalisierung anstreben und bei allen Maßnahmen eine intersektionale Perspektive einnehmen.

Der Bedeutung des Themas konnte sich auch die Bundesregierung nicht vollständig entziehen. In dieser Wahlperiode sind wenigstens zögerliche Schritte in die richtige Richtung gemacht worden. So hat die Bundesregierung Quoten für einige (aber nicht alle) Selbstverwaltungsorgane im Gesundheitssystem eingeführt, den Aspekt Geschlecht zumindest geringfügig in der Überarbeitung der ärztlichen Approbationsverordnung eingebaut, Genderforschung immerhin zögerlich gefördert, bisher aber keine strukturellen Anpassungen für eine geschlechtergerechte Versorgung im Gesundheitssystem vorgenommen. Die Hebammenakademisierung war eine wichtige Entscheidung, aber der überfällige Kulturwandel in der Geburtshilfe und langfristige strukturelle Verbesserungen sind bisher versäumt worden. Beim Schwangerschaftsabbruch hat sich die Lage sogar verschlimmert durch die Bestätigung der Kriminalisierung von Ärzt*innen für Informationsgebung und es wurde bisher kein Weg gefunden, armen Menschen den Zugang zu Verhütungsmitteln zu ermöglichen. Es ist an der Zeit, dass Geschlechtergerechtigkeit in allen Bereichen der Gesundheitsgesetzgebung, in Ausbildung, Forschung, Gesundheitsförderung, Versorgung und Finanzierung systematisch umgesetzt wird.

Eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik muss auch den besonderen Bedarfen von trans- und intergeschlechtlichen Menschen Rechnung tragen. Um die soziale und gesundheitliche Situation dieser Gruppen sowie von Lesben, Schwulen und bisexuellen Menschen in den Blick zu nehmen hat die antragstellende Fraktion eine Große Anfrage an die Bundesregierung gestellt (Bundestagsdrucksache 19/16992). Der vorliegende Antrag konzentriert sich auf Maßnahmen zur Stärkung der Frauengesundheit.

- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,
1. Geschlechtergerechte Repräsentanz in Entscheidungsgremien und Führungspositionen
 - a) die Vorgaben für die Wahlen zu den Verwaltungsräten der gesetzlichen Krankenkassen im Vierten Buch Sozialgesetzbuch und den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch so zu reformieren, dass eine paritätische Repräsentanz von Frauen zukünftig gewährleistet ist;
 - b) eine verbindliche Frauenquote für die Vorstände der gesetzlichen Krankenkassen, der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund sowie für die unabhängigen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses einzuführen;
 - c) verbindliche Vorgaben für die Dokumentation der Nominierungs-, Auswahl- und Wahlverfahren zu den o. g. Gremienbesetzungen einzuführen und unterlegenen Bewerber*innen und Kandidat*innen ein Einsichtsrecht in diese Dokumentationen zu geben;
 - d) die o. g. Selbstverwaltungskörperschaften sowie den Gemeinsamen Bundesausschuss im Gesundheitswesen zu verpflichten, durch eigene Maßnahmen die angemessene Repräsentanz von Frauen in Gremien und Führungspositionen der jeweiligen Organisationen zu fördern und der zuständigen Rechtsaufsicht darüber jährlich einen Bericht vorzulegen;
 - e) die für die jeweilige Körperschaft zuständige Rechtsaufsicht zu einem regelmäßigen Monitoring der Nominierungs-, Auswahl- und Wahlverfahren einschließlich der Einhaltung der Vorgaben zur angemessenen Repräsentanz von Frauen zu verpflichten;
 - f) sich zu verpflichten, dem Bundestag jährlich einen Bericht über die Repräsentanz von Frauen in den Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen vorzulegen;
 - g) bei den Ländern darauf hinzuwirken, dass im Länderrecht entsprechende verbindliche Vorgaben für die Kammern der Heilberufe geschaffen werden;
 - h) bei den übrigen Verbänden und Zusammenschlüssen im Gesundheitswesen, die nicht als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert sind, vom Gesetzgeber aber mit Normsetzungen oder anderen (quasi-)hoheitlichen Aufgaben betraut wurden, auf eine entsprechende Repräsentanz und Förderung von Frauen hinzuwirken;
 2. Geschlechtersensible Qualitätsstandards
 - a) den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) dazu zu verpflichten, bei der Entwicklung von Qualitätsvorgaben in den Richtlinien die Geschlechterperspektive stärker einzubeziehen; beim Anhörungsprozess in den Unterausschüssen zu den Richtlinien sollte ebenfalls stärker auf die Geschlechterperspektive geachtet werden;
 - b) bei der Zulassung von digitalen Gesundheitsanwendungen und Medizinprodukten Geschlechteraspekte zu berücksichtigen und die Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung um entsprechende Kriterien zu ergänzen;

- c) Maßnahmen zu treffen, um sicherzustellen, dass Forschung zu und Anwendungen von Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen den Aspekt Geschlecht adäquat berücksichtigen und dass Datendiversität und Generalisierbarkeit bzw. die gruppen- sowie geschlechtsspezifischer Genauigkeit der Ergebnisse von Künstlicher Intelligenz im Gesundheitsbereich gewährleistet wird;
 - d) die Versorgungsforschung zur geschlechtersensiblen Anwendung von Arzneimitteln zu fördern, das Monitoring und die Auswertung pharmakologischer Geschlechterunterschiede im Rahmen der Überwachung der Arzneimittelsicherheit nach Zulassung zu stärken und sicherzustellen, dass die Ergebnisse von Forschung und Monitoring in geschlechtsbezogenen Empfehlungen in klinische Leitlinien aufgenommen werden;
 - e) Forschung zu Zugangsbarrieren, inadäquater Versorgung und Diskriminierung und zu Maßnahmen deren Abbau zu fördern, die bestimmte Gruppen von Frauen, wie ältere Frauen, Frauen in ländlichen Regionen, Frauen aus den unteren Sozialstatusgruppen, Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit Behinderungen, queere, lesbische, bisexuelle und trans* Frauen spezifisch oder überproportional betreffen;
3. Behebung der Über-, Unter- und Fehlversorgung in geschlechterspezifischen Bereichen der Gesundheitsversorgung
- a) Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Geburtshilfe und der Stärkung der Wahlfreiheit des Geburtsortes und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Geburtshilfe zu treffen und mit dem Ziel der Konzipierung einer umfassenden Reform der Geburtshilfe einen Geburtshilfegipfel zur Zusammenkunft und Zusammenarbeit relevanter Akteur*innen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene anzuberaumen;
 - b) die Überarbeitung der Mutterschaftsrichtlinien und des Mutterpasses durch den G-BA in Auftrag zu geben;
 - c) eine bundesgesetzliche Regelung für den kostenfreien Zugang zu ärztlich verordneten Verhütungsmitteln zu treffen;
 - d) in Zusammenarbeit mit den Ländern die Versorgung im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs als ortsnahe und kostenfreies Angebot der gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen;
 - e) bei der Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten geschlechtsbezogene Ungleichheiten von Gesundheitschancen stärker zu berücksichtigen und das Präventionsgesetz so weiterzuentwickeln, dass die Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen politikfeldübergreifend und über die gesetzliche Krankenversicherung hinaus von allen Sozialversicherungsträgern verfolgt wird;
4. Verbesserung der Bedingungen in der professionellen Pflege
- a) wissenschaftlich erprobte, bedarfsgerechte Personalbemessungsinstrumente in der stationären Langzeitpflege sowie im Akutbereich einzuführen;
 - b) die Bemühungen für einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag in der Pflege zu intensivieren;
 - c) die Finanzierung und Handlungsspielräume neuer beruflicher Rollen hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der Pflegepraxis (bspw. ANP) anzupassen und zu sichern;
 - d) die Stärkung der professionellen Selbstverwaltung der Pflegenden auf Bundesebene durch die Förderung des Aufbaus der Bundespflegekammer zu fördern;

5. Förderung von gesundheitsförderlichen Sorge-Modellen
 - a) ausreichend familienfreundliche, wohnortnahe Pflege- und Betreuungsinfrastrukturen zu schaffen;
 - b) ein zeitgemäßes, bedarfsgerechtes Erwerbs- und Sorge-Modell zu schaffen, das sowohl Erwerbstätigkeit als auch Betreuung ermöglichen ohne durch Überlastung krank zu machen;
6. Kompetenzbildung und Wissenstransfer
 - a) auf die systematische Integration einer Geschlechterperspektive in die Curricula von Studiengängen und Ausbildungen zu Gesundheitsberufen hinzuwirken sowie auf die Prüfungsrelevanz geschlechtersensibler Lernziele, die Evaluation und Qualitätssicherung des vermittelten geschlechtersensiblen Wissens und die Nachhaltigkeit der Integration von geschlechterbezogenen Forschungsergebnissen in die Lehre;
 - b) die Kompetenzbildung relevanter Bundesbehörden im Bereich geschlechtergerechte Gesundheitspolitik zu fördern und die Erarbeitung und Bereitstellung von Handreichungen und Empfehlungen für Gender Mainstreaming im Bereich Gesundheitsplanung zu unterstützen;
7. Stärkung der Geschlechterforschung in der Gesundheitsforschung
 - a) Lücken bei medizinischen Forschungsdaten bezüglich des Geschlechts sowie aufgrund von Geschlechterstereotypen zu identifizieren und durch die von ihr vergebenen Fördermittel darauf hinzuwirken, dass diese gezielt geschlossen werden;
 - b) bei der Erforschung und Entwicklung neuer Wirkstoffe darauf hinzuwirken, dass in klinischen Studien die Geschlechterparität unter den Proband*innen sichergestellt ist, um geschlechtsspezifische Nebenwirkungen und Besonderheiten frühzeitig festzustellen;
 - c) zu prüfen, inwiefern die bisherige Verankerung zur verpflichtenden Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in einzelnen Forschungsprogrammen ausreicht (vgl. Bundestagsdrucksache 19/11752) und ggf. weitergehende Vorgaben zu entwickeln, um Forschungslücken zu schließen;
 - d) Geschlechteraspekte systematisch bei der Entwicklung und Ausschreibung von Forschungsförderlinien, in den Forschungsprogrammen des BMBF und BMG, in relevanten ressortübergreifenden Programmen und in Ressortforschungseinrichtungen zu berücksichtigen;
 - e) das Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung so zu überarbeiten, dass geschlechtsbezogene Besonderheiten umfassend aufgegriffen und geschlechterspezifische Risikofaktoren genauer erforscht werden und Forschung zur Gesundheitsversorgung von Menschen jenseits starrer Stereotype einer binären Geschlechterordnung unter partizipativer Einbeziehung der Zielgruppen stärker zu fördern;
 - f) sicherzustellen, dass der nächste Aktionsplan Versorgungsforschung Geschlechtergerechtigkeit zielgruppengerechte Versorgung und den Abbau weiterer gesundheitsschädlicher Stereotypen und Diskriminierungsformen als Ziele nennt und konkrete Gegenmaßnahmen entwickelt;

- g) im Zuge der Förderung der Geschlechtergerechtigkeit in der Wissenschaft gemeinsam mit den Ländern auf eine stärkere Repräsentanz von Frauen in der Gesundheitsforschung hinzuwirken und unter anderem das Kaskadenmodell verbindlicher auszugestalten und bei personenbezogenen Förderprogrammen in Wissenschaft und Forschung einen Frauenanteil von mindestens 40 Prozent zu verankern.

Berlin, den 23. März 2021

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Zu 1. Geschlechtergerechte Repräsentanz in Entscheidungsgremien und Führungspositionen

Die Bundesregierung hält ein ausgewogenes Verhältnis von Männern und Frauen durch die Erhöhung des Frauenanteils in Führungspositionen in Organisationen der Ärzte- und Zahnärzteschaft, weiteren Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sowie der Gremien der Selbstverwaltung – ebenso wie in den Krankenkassen und ihren Verbänden – für wichtig für die Sicherstellung einer geschlechtersensiblen Sicht auf Erkrankungen, für politische Prozesse und Entscheidungsfindungen (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwicklungen zum Frauenanteil in der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen auf Bundestagsdrucksache 19/17806). Dennoch hat sie bisher keine Absicht kundgetan, Vorgaben für die geschlechtergerechte Repräsentanz von Frauen in der beruflichen Selbstverwaltung – in den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen – zu machen. Die Bundesregierung ist gegen eine kontinuierliche und detaillierte Überprüfung der Frauenrepräsentanz aufgrund des Verwaltungs- und Bürokratieaufwands, hält dagegen „anlassbezogene Abfragen bei den betreffenden Selbstverwaltungskörperschaften oder Aufsichtsbehörden“ für „geeignet, um bei Bedarf konkrete Informationen“ zu erhalten (ebd.). Unklar bleibt, wie sich dieser Bedarf definiert und wie über Stichproben Transparenz für kontinuierliche Entwicklungen geschaffen werden soll. Für die Erforschung der Auswirkungen des Einflusses von Frauen in Entscheidungsgremien auf die Qualität der medizinischen Versorgung hat die Bundesregierung bisher keine Unterstützung in Aussicht gestellt.

Zu 2. Geschlechtersensible Qualitätsstandards

Zu 2.a: Die Bezugnahme dieser Institutionen auf die Geschlechterperspektive würde Lücken in der Evidenzlage zu geschlechtsvergleichender und aus geschlechtsspezifischer Forschung aufdecken, die wiederum einen Impuls für die Erforschung dieser Aspekte setzen kann.

Zu 2.b: Gesundheitsapps können einen wesentlichen Beitrag leisten, um Krankheiten zu behandeln, Symptome zu lindern oder Wartezeiten zu überbrücken. Von diesen Vorteilen sollten alle Nutzerinnen und Nutzer gleichermaßen profitieren können, daher sollten Erkenntnisse der Gendermedizin auch bei der Entwicklung von digitalen Gesundheitsanwendungen berücksichtigt werden. Dabei geht es zum Beispiel darum, sich bei der Entwicklung von Apps nicht nur an den Bedürfnissen männlicher Nutzer zu orientieren, sondern auch Funktionen spezifisch für Frauen zu entwickeln. Sonst kann es z. B. passieren, dass bei einer Anwendung zur Erfassung „aller relevanten Gesundheitsdaten“ die Möglichkeit fehlt, den Menstruationszyklus zu erfassen (vgl. www.theverge.com/2014/9/25/6844021/apple-promised-an-expansive-health-app-so-why-cant-i-track; www.theatlantic.com/technology/archive/2014/12/how-self-tracking-apps-exclude-women/383673/). Bei der Zulassung von digitalen Gesundheitsanwendungen muss zudem berücksichtigt werden, dass Männer und Frauen unterschiedliche Symptome und Krankheitsverläufe haben können (vgl. www.zm-online.de/archiv/2021/01_02/gesellschaft/gender-bias-auf-rezept/). Dies muss sich im Studiendesign widerspiegeln. Die Bundesregierung sollte sich dafür einsetzen, dass ein Gender-Bias bei den vom BfArM zugelassenen digitalen Gesundheitsanwendungen verhindert wird, bspw. indem die Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) um entsprechende Kriterien ergänzt wird und Hersteller beim Antrag auf Aufnahme in das Verzeichnis nach § 139e SGB V angeben müssen, inwiefern Geschlechteraspekte bei der Entwicklung der App berücksichtigt wurden.

Zu 2.c: Diverse Forschungs- und Entwicklungsteams in Wissenschaft und Wirtschaft sollten gefördert werden, um vielfältige Lebensrealitäten bereits zu Beginn in die Anwendungen einfließen zu lassen. Denn wenn ein Gender-Bias in einer Datenbasis enthalten ist, die die Grundlage für eine KI-Anwendung ist, wird dieser reproduziert. Datensätze, in denen Frauen unterrepräsentiert oder Männer und Frauen nicht getrennt ausgewiesen sind, können zu Verzerrungen führen (E-Health: Den Gender-Bias vermeiden; aerzteblatt.de). Um Diskriminierungen zu vermeiden müssen Datensätze für KI ausgewogen sein. Eine breite standardisierte Basis an Trainingsdaten – Datendiversität – ist notwendig, um entweder die Generalisierbarkeit oder die gruppen- sowie geschlechtsspezifische Genauigkeit der Ergebnisse einer KI zu erhöhen.

Zu 2.d: In Zulassungsverfahren sollte der Anteil der eingeschlossenen Geschlechter für jede dieser Gruppen, sofern sie von der Erkrankung betroffen sein können, ausreichend groß sein, um relevante Aussagen zum Nutzen/Risiko-Verhältnis der untersuchten Intervention zu erlauben (Bundestagsdrucksache 19/16769). Seit 2004 müssen unterschiedliche Wirkungsweisen von Arzneimitteln bei Frauen und Männern im Rahmen der klinischen Prüfung von Arzneimitteln in Deutschland immer, außer in zu begründenden Ausnahmefällen, erforscht werden. Aber für vor 2004 zugelassene Medikamente ist die Datenlage zu therapierelevanten geschlechtsassoziierten Unterschieden lückenhaft, da Frauen in klinischen Studien häufig unterrepräsentiert waren (Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin). Dies betrifft tausende Arzneimittel (Gesundheit, Krankheit und Geschlecht; APuZ; bpb.de). Über die Arzneimittelentwicklung hinaus betreffen Geschlechterunterschiede in der Arzneimitteltherapie die Verschreibungspraxis und das Einnahmeverhalten – soziale Aspekte der Gesundheitsversorgung, die bisher nur unzureichend erforscht sind.

Zu 2.e: Laut dem zweiten Frauengesundheitsbericht ist die geringere Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung durch die im Forderungspunkt genannten Gruppen „zum Teil darauf zurückzuführen, dass diese Gruppen vermehrt von Zugangsbarrieren betroffen sind“. In einem weitgehend zweigeschlechtlich organisierten Gesundheitssystem fehlen Fachwissen, Kompetenz und relevante Erfahrungen zur Versorgung von queeren, lesbischen und bisexuellen Frauen (Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin).

Zu 3. Behebung der Über-, Unter- und Fehlversorgung in geschlechterspezifischen Bereichen der Gesundheitsversorgung

Zu 3.a: Die Problemlage in der Geburtshilfe in Deutschland ist hinlänglich bekannt und wissenschaftlich erkundet (IGES Institut „Stationäre Hebammenversorgung, September 2019), doch die während der 19. Wahlperiode bundesgesetzlich verankerten Lösungsansätze werden den grundsätzlichen Herausforderungen nicht annähernd gerecht. Beispielhaft ist ein dreijähriges Hebammenstellenförderprogramm, das kein Ersatz für den gleichstellungspolitisch dringend notwendige transformative Wandel hin zu einer Geburtshilfe ist, die Frauen und Kinder in den Mittelpunkt stellt, wie die antragstellende Fraktion bereits darlegte (Bundestagsdrucksache 19/19165). Dieser verlangt u. a. nach Qualitätssicherung auf Grundlage einer wissenschaftlich fundierten Personalbemessung und der qualitätsgesicherten langfristigen Aufstockung von Personal nebst der Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Vergütung (DHV_und_DGGG_Stellungnahme_Versorgungsverbesserungsgesetz.pdf). Angesichts des komplexen Zusammenspiels von Entscheidungsträger*innen und Akteur*innen in der Planung und Umsetzung der Geburtshilfe auf kommunaler, Bundes- und Landesebene muss die Bundesregierung mit einem Geburtshilfefipfel ein Forum für die Entwicklung der notwendigen ebenenübergreifenden und umfassenden Reformen der Geburtshilfe schaffen.

Zu 3.b: Der Befund- und Anamnesekatalog des Mutterpasses ist seit 1986 unverändert (M. M. Gross et al., Redesigning German Maternity Records: Results from a Pilot Study, Z Geburtsh Neonatol 2015, 219: 227 bis 234) und stellt die Grundlage für Feststellung einer Risikoschwangerschaft dar. In der Fachliteratur wird seit Langem eine auf neuerer Evidenz basierende Überarbeitung des Katalogs gefordert. Dies gewinnt u. a. an Bedeutung im Lichte der zukünftigen Kostenübernahme von Untersuchungen an fetaler DNA aus mütterlichem Blut zur Frage des Vorliegens einer Trisomie 13, 18 oder 21 (Nichtinvasiver Pränataltest – NIPT) durch die gesetzliche Krankenversicherung. Nach dem bevorstehenden finalen Beschluss des G-BA zur Versicherteninformation und dessen Prüfung durch das Bundesgesundheitsministerium wird der NIPT in der Mutterschaftsrichtlinie ausgewiesen werden als Möglichkeit bei „besonderen Risiken oder zur Abklärung von Auffälligkeiten ... im Einzelfall“. Der NIPT sollte nicht im Umfang einer Screening-Untersuchung eingesetzt werden, da in diesem Fall eine hohe Zahl an falsch-positiven Ergebnissen zu erwarten ist (vgl. Pressemitteilung: NIPT als Kassenleistung: Pränataldiagnostiker sehen gravierende Mängel in G-BA Beschluss – BVNP), mit negativen Gesundheitskonsequenzen durch unbegründete Besorgnis, abklärende Amniozentesen und/oder Schwangerschaftsabbrüche. Um dem Einsatz des

NIPT als Screening effektiv entgegenzuwirken, sollte zusätzlich zur umfassenden Aufklärung der Schwangeren ein überarbeiteter Befund- und Anamnesekatalog ausweisen, welche Befunde und Anamnese-Elemente einen relevanten Risikofaktor oder eine relevante Auffälligkeit für eine mögliche Wahrnehmung des NIPT darstellen und welche nicht (oder nicht in Abwesenheit anderer Risikofaktoren oder Auffälligkeiten).

Zu 3.c: Die reproduktive Selbstbestimmung muss gewährleistet sein. Dazu gehört der bundesweit kostenfreie Zugang zu ärztlich verordneten Verhütungsmitteln, besonders für Frauen mit niedrigem Einkommen, für die die Kosten für Verhütungsmittel eine Zugangsbarriere darstellen (Modellprojekt biko – Beratung, Information und Kostenübernahme, 2019).

Zu 3.d: Die Datenerhebung nach Abschnitt 4 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (Rückgang der Meldestellen um über 40 Prozent zwischen 2004 und 2015) bietet kein aussagekräftiges Bild zur Situation der wohnortnahen Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch. Sich mehrende Berichte, dass Schwangere zunehmend weite Wege zurücklegen müssen, um Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch mit der Methode ihrer Wahl zu erlangen (u. a. <https://taz.de/Immer-weniger-Aerztinnen/!5487589/>), weisen darauf hin, dass die Länder ihrem Versorgungsauftrag nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes nicht ausreichend nachkommen. Verbände (beispielsweise Pro Familia Bundesverband „Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch“ Heft 2 Jahrgang 2019) und Landesregierungen (Abtreibung in Bremen: Zahl der Ärzte geht zurück – Nachrichten aus Bremen – WESER-KURIER; wester-kurier.de), Diskussion um Schwangerschaftsabbruch: Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg; baden-wuerttemberg.de) sehen Handlungsbedarf bei der Behebung regionaler Versorgungslücken. Die Bundesregierung steht in der Pflicht, bundesgesetzliche Hürden, die der Umsetzung des Sicherstellungsauftrags der Länder entgegenstehen, zu identifizieren und Lösungen zu konzipieren und in Zusammenarbeit mit den Ländern umzusetzen.

Zu 3.e: Mit dem Präventionsgesetz wurde Gesundheitsförderung und Prävention in den sog. „Lebenswelten“, also „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme“ wie z. B. Kitas, Schulen oder Kommunen gestärkt (§ 20a SGB V). Dabei soll die Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen explizit Berücksichtigung finden. Die Bundesregierung stellt in ihrer Stellungnahme zum Präventionsbericht allerdings fest, „dass geschlechtsbezogene Ungleichheiten bislang eher nicht im Fokus der Bemühungen standen“ (Bundestagsdrucksache 19/26140, S. IV-V). Künftig müssen Ansätze an Bedeutung gewinnen, die sowohl Ursachen der Ungleichheit von Gesundheitschancen als auch deren Auswirkungen betrachten. Bemühungen zum Abbau geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen sollten – gemäß des „Health in all policies“-Ansatzes der WHO – nicht auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt, sondern politikfeldübergreifend und von allen Sozialversicherungsträgern betrieben werden. Ein besonderer Fokus sollte dabei auf die Verbesserung der sozialen Lage von Frauen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status liegen, da diese häufiger als sozial bessergestellte Frauen unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegs- und Stoffwechselerkrankungen, aber auch psychischen Erkrankungen leiden (vgl. „Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland, RKI 2020, Kapitel 2 Exkurs „Sozial Ungleichheit und Gesundheit bei Frauen“).

Zu 4. Verbesserung der Bedingungen in der professionellen Pflege

Zu 4.a: Seit Jahren beklagen Pflegekräfte, Gewerkschaften und Berufsverbände die unzureichende Personalausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Einführung von PPR 2.0 kann ein wichtiger Zwischenschritt hin zu einer evidenzbasierten Personalbemessung im Krankenhaus sein (Untergrenzen oder Personalbemessung in der Pflege). Für die stationäre Altenhilfe legte Prof. Heinz Rothgang im Sommer 2019 ein Gutachten vor, in dem ein neues Personalbemessungsinstrument auf Basis wissenschaftlicher Daten vorgestellt wurde. Übertragen auf den Ist-Zustand fehlen in Deutschland bis zum Jahr 2030 ca. 100.000 Pflegeassistenzkräfte (Abschlussbericht Projekt PeBeM). Eine bedarfsgerechte Personalbemessung in der professionellen Pflege würde die Arbeitsbedingungen von über 1,3 Millionen Frauen kurzfristig verbessern.

Zu 4.b: Der Arbeitgeberverband Pflege (AGVP) und der Evangelischen Heimstiftung Baden-Württemberg wollen gerichtlich feststellen lassen, dass die Gewerkschaft ver.di nicht mächtig genug ist, um einen Tarifvertrag in der Altenpflege abschließen zu können. Damit der ausgehandelte Tarifvertrag allgemeinverbindlich für die Branche erklärt werden kann, muss sich Bundesarbeitsminister Heil darum bemühen, dass nicht nur Caritas und Diakonie dem Verfahren zustimmen, sondern auch die Arbeitgeberverbände AGVP und BPA für die Idee des allgemeinverbindlichen Tarifvertrags in der Altenpflege gewonnen werden.

Zu 4.c: Notwendige gesetzliche Änderungen, die die Einführung erweiterter beruflicher Rollen in der klinischen Pflege in Deutschland ermöglichen, haben Burgi und Igl in ihrem Gutachten zur Etablierung von Community Health Nursing untersucht (Burgi, M., & Igl, G. (2021). Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland). Ähnliche Anpassungen sind auch für erweiterte Pflegerollen im Krankenhaus (ANP) notwendig. Darüber hinaus muss eine Kostenübernahme durch das Pflegebudget gewährleistet werden (§ 6a KHEntgG). Dadurch können nach internationalem Vorbild attraktive Karriereperspektiven in der professionellen Pflege geschaffen werden, die v. a. Frauen einen größeren Einfluss in der Gestaltung des Gesundheitssystems, Autonomie in der Patientenversorgung und eine höhere Vergütung ermöglichen.

Zu 4.d: Die Bundespflegekammer vertritt die Landespflegekammern auf Bundesebene und ist damit eine zentrale Ansprechpartnerin für Regierung, Parlament und Selbstverwaltung. Ihre Expertise muss bei pflegerelevanten Gesetzen und Initiativen Berücksichtigung finden. Um die Perspektive professioneller Pfleger in der Selbstverwaltung zu stärken, muss ihre Selbstverwaltung gestärkt werden. Dafür hat die Grüne Bundestagfraktion im Bundeshaushalt 2,5 Millionen Euro vorgesehen. Professionelle Pflege ist nicht nur eine mehrheitlich weibliche, sondern auch die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Sie spielt jedoch in dessen Selbstverwaltung bisher keine entscheidende Rolle. Die Arbeitsrealität von der Pflegequalität bis zu Vorbehaltsaufgaben wurde im Gemeinsamen Bundesausschuss ohne eine ständige berufsständische Vertretung der Pflegenden beschlossen. Durch die Stärkung der professionellen Pflege in der Selbstverwaltung wird zugleich der Perspektive von Frauen im Gesundheitswesen endlich mehr Bedeutung beigemessen.

Zu 5. Förderung von gesundheitsförderlichen Sorge-Modellen

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörige müssen durch ein professionelle, bedarfsgerechte, wohnortnahe Entlastungs- und Unterstützungsangeboten unterstützt werden. Dafür müssen nicht nur die Angebote weiter ausgeweitet werden, sondern auch die Beratungs- und Koordinierungsarbeit im Rahmen eines professionellen Case-Managements professionalisiert werden (Fraktionsbeschluss: Doppelte Pflegegarantie). Damit können berufliche und gesundheitliche Chancen von mehrheitlich sorgenden Frauen verbessert werden.

Zu 6. Kompetenzbildung und Wissenstransfer

Zu 6.a: Laut einer Erhebung im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums zum aktuellen Stand der Integration von Aspekten der Geschlechtersensibilität und des Geschlechterwissens in Rahmenlehr- und Ausbildungsrahmenpläne, Ausbildungskonzepte, -curricula und Lernzielkataloge für Beschäftigte im Gesundheitswesen, gibt es Defizite bei der strukturellen curriculare Integration von geschlechtersensiblen Aspekten, insbesondere in Bezug auf die Prüfungsrelevanz der geschlechtersensiblen Lernziele, die Evaluation und Qualitätssicherung des vermittelten geschlechtersensiblen Wissens sowie auf die Nachhaltigkeit der Integration von geschlechterbezogenen Forschungsergebnissen in die Lehre (Gutachten_Integration_von_Aspunkten_der_Geschlechtersensibilitaet.pdf (bundesgesundheitsministerium.de)). Für die Studie befragte Humanmediziner*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und Physiotherapeut*innen sprachen sich mehrheitlich für die Aufnahme von Geschlechteraspekten als verpflichtende und prüfungsrelevante Lehrinhalte in die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen, Rahmenrichtlinien und 89 Lehrpläne der Bundesländer sowie in den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin aus (ebd.).

Zu 6.b: Bei Neueinstellungen in Bundesbehörden im Bereich Gesundheit sollte Genderkompetenz als Auswahlkriterium etabliert werden. Fort- und Weiterbildung für Führungskräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten deren fachlichen Genderkompetenzen stärken. Bei der Planung und Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen sollte Expert*innen im Bereich Gendermedizin hinzugezogen werden. Zudem sollte Genderkompetenz in Ausbildung von Mitarbeitenden in Institutionen und Administration integriert werden.

Zu 7. Stärkung der Geschlechterforschung in der Gesundheitsforschung

Datenlücken bestehen u. a. zu häufigen Erkrankungen von Frauen wie Endometriose, Gebärmutter senkung und Lipödem, zu den Ursachen für das Gesundheitsverhalten von Frauen, zur Prävalenz und den gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen, zur Gesundheit von Frauen mit Behinderungen und von lesbischen, bisexuellen oder queeren Frauen. Zudem findet der Ansatz der Intersektionalität noch keine adäquate Anwendung, u. a. in der Gesundheitsberichterstattung (Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin). Das Rahmenprogramm Gesundheitsforschung bezieht sich auf „geschlechtsbezogene Besonderheiten“ nur in Bezug auf Gesundheitsforschung, die auf bestimmte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet ist, nicht auf alle Aspekte der Gesundheitsforschung, z. B. auch die Strukturförderung des deutschen Forschungssystems

oder die Innovationsförderung (BMBF Gesundheitsforschung Lay_24_X_Druck_4c.indd, 2019). Evidenzgeleitete Gesundheitspolitik bedarf der Forschung zu jeder sozialen Dynamik, die einer nach dem Kriterium der Gerechtigkeit adäquaten Gesundheitsversorgung entgegensteht. Der Aktionsplan Versorgungsforschung für 2015 bis 2018 versäumt, dieses Verständnis und die daraus folgenden Handlungsfelder und Fördermaßnahmen widerzuspiegeln. In der Neuauflage des Aktionsplans kann dieses Versäumnis behoben werden.

Um ihre qualitativen und quantitativen Gleichstellungsziele auch in der Gesundheitsforschung ambitionierter zu gestalten, müssen Hochschulen und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen zu messbaren und realistischen Steigerungsquoten des Frauenanteils verpflichtet sein, die innerhalb eines angemessenen Zeitraums erreicht werden sollen. Das Kaskadenmodell sieht vor, dass die Anteile von Wissenschaftlerinnen in den jeweiligen Karrierestufen den Anteil der darunter liegenden Qualifikationsstufe erreichen. Im Falle einer mangelnden Umsetzung sollte dies nicht nur dokumentiert, sondern auch finanziell sanktioniert werden. Im Falle einer besonders guten Gleichstellungsperformance kann diese auch belohnt werden. Um das verbindlicher zu machen, soll beispielsweise bei einer Fortsetzung des Pakts für Forschung und Innovationen ab 2021 ein Teil der Finanzierung der Forschungsorganisationen daran gekoppelt werden, inwieweit die 2017 für 2021 angepeilten Zielquoten erreicht wurden.

