

# Gender Mainstreaming – ein neues Unwort?



Dr. Waltraud Diekhaus

Vielleicht ist es das tatsächlich, denn es ist wieder einmal ein Anglizismus und selbst im Englischen nicht leicht zu verstehen. Zusätzliche Anti-Gefühle erzeugt der Ausdruck bei denen, die glauben, es handele sich um ein typisches Frauenthema, das sie weder interessiert noch etwas angeht. Gender Mainstreaming (GM) ist jedoch etwas Neues und Überzeugendes, ein analytisches Instrument, welches in der Medizin letztendlich zu einer effizienteren und bedarfsgerechteren Gesundheitsversorgung beitragen wird – wohlgeachtet für beide Geschlechter.

Der Ausdruck GM ist ein Terminus technicus, der sich tatsächlich nicht einfach ins Deutsche übersetzen lässt und den man deshalb wohl beibehalten muss. Sex und Gender, im Deutschen beide Male mit „Geschlecht“ übersetzt, werden auch im englischsprachigen Raum oft synonym gebraucht, obwohl beide Begriffe eine unterschiedliche Bedeutung haben.

Sex bestimmt den biologischen Unterschied zwischen Männern und Frauen; das heißt, physische Gegebenheiten wie Chromosomen, äußere und innere Genitalien, Hormone und sekundäre Geschlechtsmerkmale sind für das männliche oder weibliche Geschlecht verantwortlich.

Gender beschreibt das Rollenverhalten beider Geschlechter. Es umfasst die ganze Bandbreite von Persönlichkeitsmerkmalen, Eigenarten, Gefühlen, Werten und Tätigkeiten, die die Gesellschaft dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zuschreibt. Gender ist daher ein soziales Konstrukt, ist abhängig von der jeweiligen Gesellschaft, ihrer Kultur, Religion und Geschichte und kann sich mit dem Zeitgeist ändern.

Sex ist genetisch vorgegeben, Gender wird durch Sozialisation erworben.

Mainstreaming heißt, ein bestimmtes Denken und Handeln wird als Grundprinzip anerkannt und als Handlungsmuster in Politik, Wirtschaft und nun auch in der Medizin akzeptiert. Im Gesundheitswesen beinhaltet GM eine geschlechterdifferenzierte Erhebung aller Gesundheitsdaten, um geschlechterspezifische Prävalenz und Inzidenz von

Erkrankungen besser erforschen und behandeln zu können.

Durch GM sollen Rechte und Bedürfnisse beider Geschlechter in alle Lebensbereiche, also auch in die Gesundheit, integriert werden.

Niemand kann mehr bezweifeln, dass es bei Gesundheit und Krankheit – auch hier in Deutschland – viel größere und bedeutsamere geschlechtsspezifische Unterschiede gibt, als wir es bisher ahnten oder gar wussten. GM wird Diagnostik und Therapie für beide Geschlechter optimieren, was sich in folgenden Ansätzen zeigt:

Es gibt zum Beispiel die Erkenntnis, dass der Herzinfarkt nur deshalb bei Frauen später erkannt wird, weil diese andere Symptome zeigen als Männer – eine Tatsache, die erst seit einigen Jahren bekannt ist. Klar ist auch, dass wegen des höheren Körperfettanteils der Frau bei ihnen ein größeres Verteilungsvolumen für lipophile Arzneien besteht. Hormonabhängige Metabolisierungsprozesse zeigen geschlechtsabhängige Unterschiede, die erst teilweise bekannt sind. Die Rezeptorempfindlichkeit für Glukokortikosteroide ist unterschiedlich. Schmerzschwelle und -toleranz lassen im Experiment Differenzen erkennen. Wahrscheinlich hängen pharmakodynamische Unterschiede auch mit exogenen und endogenen Sexualhormonen zusammen. In allen Altersgruppen ist der Arzneimittelverbrauch von Frauen höher. Eine Analyse der alters- und geschlechtsabhängigen Kosten ergibt jedoch, dass Männer ab 65 Jahren erheblich mehr Arzneikosten verursachen als Frauen. Frauen werden im Durchschnitt älter als Männer, sind aber häufiger krank. Sie nehmen Vorsorgeleistungen mehr in Anspruch und verhalten sich gesundheitsbewusster. Frauen erhalten angeblich primär Medikamente, Männer primär Untersuchungen. Deutlich mehr Männer sind allgemein suchtkrank, aber rund 70 % der Medikamentenabhängigen sind Frauen. Etwa doppelt so viele Frauen wie Männer leiden an Depressionen, Männer haben dagegen angeblich häufiger Schizophrenien. Osteoporose, Hypertonie, Arthritis und Immunstörungen treten bei Frauen viel häufiger auf. Männer bekommen mehr Infektionskrankheiten, sterben öfter und früher an Herzinfarkt. In manchen Entwicklungsländern sterben allerdings Frauen früher als Männer – könnte es daran liegen, dass ihr „biologischer Vorteil“ durch ihre soziale Benachteiligung aufgehoben wird? Geschlechterdifferenzen im Krankheitsverhalten könnten daher rühren, dass Männer weniger bereit sind, Krankheit und Leiden zuzulassen. Wenn Männer

sich um ihre Gesundheit kümmern, ist es meistens aus Sorge um den Arbeitsplatz, Frauen sorgen sich um ihre Gesundheit, weil sie sich für die Pflege anderer verantwortlich fühlen. Häusliche Gewalt wird meistens von Männern ausgeübt, von Frauen wird sie erlitten. Zwei Drittel aller Notfälle sind Männer. 75 % aller Selbstmörder sind Männer. Forschung findet hauptsächlich von Männern an Männern statt (wohl wegen zyklischer Veränderungen oder möglicher Schwangerschaft der Frau?), was dazu geführt hat, dass oft der Mann als Norm gesehen wird.

Soweit einige Schlaglichter auf dieses Thema. Werden Männer und Frauen wirklich unterschiedlich behandelt? Machen sich berufliche und soziale Unterschiede gesundheitlich signifikant bemerkbar? Sieht der Herzinfarkt bei Frauen wirklich so anders aus als bei Männern? Behandeln Ärzte oder Ärztinnen gleichgeschlechtliche Patienten tatsächlich anders als die des anderen Geschlechtes? Stimmt es, dass Männer die teureren Medikamente erhalten? Warum leben Frauen länger, obwohl sie häufiger krank sind? Warum gehen Männer weniger zu Vorsorgeuntersuchungen? Leiden Männer viel mehr unter Wechseljahren und Hormonmangel, als wir wissen? Welche biologischen, welche sozialen Faktoren spielen für geschlechtsspezifische Verhaltensweisen eine Rolle?

Die hier aufgeworfenen Fragen sollen zeigen, dass GM keine gesponnene Idee von irgendwelchen Personen oder Gruppierungen, sondern eine neue Methode oder Strategie ist. Im Übrigen wurde GM 1999 mit Inkrafttreten des Amsterdamer Vertrages sogar in rechtlich verbindlicher Form festgeschrieben. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) des Landes Nordrhein-Westfalen beschloss im Juni 2001 einstimmig: Die GMK stellt fest, dass eine geschlechtsspezifische Differenzierung bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit in Umsetzung des GM in der Gesundheitspolitik in Deutschland bisher nur in Ansätzen erfolgt. Sie hält eine stärkere Berücksichtigung der besonderen Belange von Frauen und Männern als Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte, wirksame Diagnostik und Behandlung für erforderlich. Die zu geringe Beachtung geschlechtsrelevanter Bedürfnisunterschiede trägt zu Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen bei.

*Anschrift der Verfasserin:  
Dr. Waltraud Diekhaus, Generalsekretärin des  
Weltärztinnenbundes, Vorsitzende des Ausschusses  
GM der Ärztekammer Westfalen-Lippe,  
Füssmannstraße 21, 44265 Dortmund*