

© axentis/Lopata

Das Podium der Abschlussdiskussion „Ist der Mann für die Prävention verloren?“ – v.l.n.r. Dr. Thomas Solbach (Strategy& Deutschland), Andrea Galle (mkk – meine krankenkasse), Dr. Katharina Bruderek (Leitende Werksärztin, Volkswagen), Moderation Dr. Albrecht Kloepfer (iX – Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung), Meghan Lawrence B.A. (Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland), Prof. Dr. Clarissa Kurscheid (figus GmbH), Dr. Ute Teichert (ehem. Leiterin der Abteilung öffentliche Gesundheit im Bundesgesundheitsministerium). Foto: axentis/Lopata

6. Bundeskongress Gender-Gesundheit 2026

Prävention ist nicht geschlechterneutral

Unter dem Motto „Prävention geschlechterspezifisch?!“ hat der 6. Bundeskongress Gender-Gesundheit in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt Wissenschaft, Selbstverwaltung, Politik und Praxis zusammengeführt. Der dicht getaktete Tag verband Grundlagenforschung, digitale Transformation und überraschenderweise sogar Gewaltprävention. Die gemeinsame Botschaft: Geschlechtersensible Prävention ist kein Nischenthema, sondern Qualitätsmerkmal moderner Versorgung und eine bislang ungenutzte Effizienzreserve – für alle Geschlechter.

>> Dass das Thema in der Mitte des Gesundheitswesens angekommen ist, machte bereits die Eröffnung deutlich. Christian Luft, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium und Schirmherr des Kongresses, bezeichnete eine geschlechtersensible Ausrichtung des Gesundheitssystems als Qualitätsmerkmal moderner Versorgung: „Wer diese Unterschiede ignoriert, riskiert Fehldiagnosen, verspätete Behandlungen und vermeidbares Leid“. Über-, Unter- und Fehlversorgung verursachten zudem erhebliche Kosten. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken bekräftigte in ihrem schriftlichen Grußwort, lange habe der „männliche Körper als Norm“ gegolten und es sei „Medizin von Männern für Männer“ gemacht worden. Gendergerechte Versorgung setze genau hier an und leiste einen Beitrag für die Gesundheit aller. Kongresspräsidentin Dr. Martina Kloepfer, Institut für Gender-Gesundheit e. V., rückte angesichts der angespannten Finanzlage die Effizienzreserven in den Vordergrund: Wer Patientinnen und Patienten von Anfang an richtig versorge, vermeide kostenintensive Umwege im System. Zugleich richtete sie den Blick auf Männergesundheit, „denn Männer haben ja beim Thema Prävention oder Vorsorge durchaus noch etwas Luft nach oben.“

Aktueller Stand der Gendermedizin und Forschung: fünf wissenschaftliche Impulse

Den fachlichen Auftakt setzte Prof. Dr. Gertraud Stadler, Leiterin des Teams Gender in Medicine an der Charité Berlin. Sie machte gleich zu Beginn klar: Acht Verhaltensweisen entscheiden maßgeblich über gesunde Lebensjahre. Wer sie konsequent umsetzt, gewinnt im Mittel bis zu 24 Lebensjahre (Männer) beziehungsweise 20 Lebensjahre (Frauen). Ihren Schwerpunkt legte Stadler auf Nikotinkonsum, der bei Frauen schädlicher wirkt und schwerer zu beenden ist. Frauen haben ein höheres Abhängigkeitsrisiko, erkranken früher und bereits bei geringeren Konsummengen an Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Das kritische Zeitfenster liege zwischen dem zehnten und zwanzigsten Lebensjahr, da sich bereits nach wenigen Tagen regelmäßigen Konsums eine rasche Nikotinabhängigkeit entwickeln kann. Essentiell ist, dass in diesen Jahren das Risiko für eine lebenslange Abhängigkeit bei Mädchen höher ist als bei Jungen. Hier setzt die Charité-Studie „nachvorn“ an, die an 42 Berliner Schulen erstmals europaweit die Primärprävention von Vaping und Tabakrauchen untersucht. Die Zahlen alarmieren: Von 100 Schulkindern zwischen 9 und 17 Jahren hat bereits jedes fünfte geraucht und jedes vierte gevapt, und schon 7% der Zehnjährigen sind nikotinerfahren. „Dabei spielen geschlechterspezifische Risikofaktoren eine entscheidende Rolle: Bei Jungen dominiert Gruppendruck, und bei Mädchen zeigt sich bereits in der fünften Klasse die Vorstellung, Nikotin zur Stressbewältigung zu nutzen.“ Aromatisierte E-Zigaretten wirkten als Einstiegsprodukt, gezielt weiblich vermarktet über Design und süß-fruchtige Aromen. Folglich plädiert Stadler für ein Aromenverbot bei Vapes nach niederländischem Vorbild, um Kinder und junge Menschen im kritischen Zeitfenster zu schützen.

Univ.-Prof. Dr. med. Ute Seeland, Zentrum für Innere Medizin/ Geschlechtersensible Medizin und Prävention an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, führte das Auditorium auf die Systemebene. Sie plädiert für eine geschlechtersensible Medizin, die das biologische Geschlecht (engl. sex) und



Die Kongresspräsidentin sowie die Referent:innen der wissenschaftlichen Impulse: v.l.n.r. Dr. Martina Kloepfer, Prof. Dr. Gertraud Stadler (Charité Berlin), Prof. Dr. Ute Seeland (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg), Prof. Dr. Sylvia Thun (Charité Berlin), Prof. Dr. Claudia Schmidtke (Universitäres Herzzentrum Lübeck), Prof. Dr. Volker Amelung (Medizinische Hochschule Hannover). © axentis/Lopata

das soziokulturelle Geschlecht (engl. gender) zusammendenkt. Ein zentrales Konzept ist die allostatische Last – jener körperliche Verschleiß, der durch anhaltende Stressoren entsteht und sich bei den Geschlechtern unterschiedlich niederschlägt. Soziale Diskriminierung sei ein weiterer eigenständiger, schwerer Risikofaktor, dem in der Versorgung weit mehr Aufmerksamkeit gebühre. An Beispielen aus der Kardiologie, Nephrologie und Diabetologie zeigte sie, wie unterschiedlich Krankheitsmuster verlaufen. Beispielsweise liege die 28-Tage-Letalität nach akutem Myokardinfarkt basierend auf noch unveröffentlichten Daten in Sachsen-Anhalt bei Frauen mit 13,81% höher als bei Männern mit 11,46% und bestätige das Wissen aus dem Monica/Kora Herzinfarktregister Augsburg. Aus dem Plenum folgte die Nachfrage nach Integration geschlechtersensibler Lehrinhalte in die Curricula der Universitäten. Als neu ans Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen berufene Sachverständige hat Seeland nun die Chance, Inhalte der geschlechtersensiblen Medizin in den Staatsexamensfragen zu verankern.

Der dritte Impuls legte den Fokus auf den Gender Bias in Daten und Künstlicher Intelligenz, der systematische Verzerrungen in Forschung, Diagnostik und Therapie bedeutet. Prof. Dr. Sylvia Thun, Direktorin eHealth & Interoperabilität am Berlin Institute of Health der Charité Berlin, konstatierte, dass das Kernproblem nicht mehr im lange versäumten Einschluss von Frauen in Studien läge, sondern darin, dass Daten nicht geschlechterspezifisch ausgewertet würden. Beispielsweise wiesen nur 18% der Covid-19-Studien stratifizierte Ergebnisse aus, obwohl in den BioNTech-Studien sogar mehr Frauen als Männer eingeschlossen waren. Problematisch werde dies in der KI: Der ursprünglich auf US-Soldatendaten mit nur 6% Frauenanteil basierende AKI-Alert zur Erkennung akuten Nierenversagens ist für Frauen faktisch unvalidiert. Der Charité-AKI-Alert ist zwar Charité-weit implementiert, beruht jedoch nicht auf diesen Veteranendaten und wurde gendergerecht angepasst. Wie sich aus verzerrten, „biased" Daten gerechtere machen lassen, fasste Thun unter dem Konzept „Fair AI" zusammen, das Differenzierung der Anfälligkeiten ermöglicht und Vorurteile vermeidet. Regulatorisch verwies sie auf EU AI Act und European Health Data Space, die Sex und Gender künftig zu Pflichtfeldern machen. Ihr Schlusswort, ein Zitat der Autorin Caroline Criado Perez: „Daten, die Frauen ignorieren, töten Frauen."

Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MBA, Sprecherin des Universitären Herzzentrums Lübeck am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, affiliierte Professorin am Deutschen Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz im Forschungsbereich „KI für Assistive Gesundheitstechnologien" und ehem. Patientenbeauftragte der Bundesregierung, verband in ihrem Impuls die Dimensionen Alter und Geschlecht. Altern verlaufe nicht geschlechterneutral: Frauen leben mit rund 83 Jahren im Schnitt etwa fünf Jahre länger als Männer (78 Jahre), verbringen davon aber mehr Zeit in eingeschränkter Gesundheit – etwa 26 gegenüber 21 Jahren bei Männern. Krankheit sei kein Zustand, sondern ein Verlauf, betonte Schmidtke. Das heißt, dass nicht Einzeldiagnosen entscheidend seien, sondern die Dynamik der Übergänge zwischen Stabilität, Multimorbidität und Frailty. Frauen und Männer unterschieden sich im gesamten Verlauf der Alterung, d. h. in Zeitpunkt, Muster und Tempo biologischer Veränderungen. Die Menopause markiere einen tiefgreifenden biologischen Wendepunkt und ein frühes Warnsignal, werde klinisch aber kaum systematisch erfragt. Prävention müsse deshalb verlaufsorientiert am Geschlecht angepasst gedacht werden.

Den ökonomischen Rahmen lieferte Prof. Dr. Volker Amelung, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, der auch die Co-Referentin Sophia Sgraja M.A. vertrat. Geschlechtersensible Versorgung sei im Kern ein Stratifizierungsthema, und Geschlecht sei der grundlegendste Schritt jeder sinnvollen Unterteilung von Patientenpopulationen. Undifferenzierte, geschlechterunspezifische Behandlung sei schlicht schlechte Medizin, „und schlechte Medizin kann sich Deutschland nicht leisten". Gefragt sei mehr Wirkung pro Euro: Stratifizierung vermeide unnötige Behandlungen, senke Komplikations- und Folgekosten, adressiere Hochrisikofälle gezielter und setze begrenzte Ressourcen wirkungsvoller ein. Mit Kosteneffektivitäts- und Budget-Impact-Analysen lasse sich dieser Nutzen gruppenspezifisch belegen. Wie weit Praxis und ökonomischer Nachweis noch auseinanderliegen, zeigte das Innovationsfondsprojekt HeartGap (2023–2025)[1]: Der Mixed-Methods-Ansatz untersuchte, wie geschlechterspezifische Versorgung in der kardiologischen stationären Praxis ankommt. Nachweisbar sei besonders eine Diskrepanz zwischen evidenzbasiertem Leitlinienwissen und tatsächlicher Versorgungspraxis. Ärzteschaft und Pflege seien grundsätzlich bereit, scheiterten aber an Zeitdruck, Personalmangel und fehlender Verankerung in Leitlinien und Ausbildung. Was für den nächsten Schritt noch fehle, sei genau jene gesundheitsökonomische Komponente, die vermeidbare Kosten sichtbar macht.

Drei Workshops: Autoimmunität, Hormone, Gewaltprävention

Die parallelen Workshops am Nachmittag vertieften einzelne Versorgungsfelder. Im ersten erklärten PD Dr. Matthias Grothe, Klinik für Neurologie der Universitätsmedizin Greifswald, und Prof. Dr. Sarah Hoffmann, Klinik für

---

1: Konsortialführerin war Prof. Dr. Clarissa Kurscheid (figus GmbH), Projektleiter war Prof. Dr. Volker Amelung (Medizinische Hochschule Hannover). Als Projektpartnerinnen beteiligt waren Sophia Sgraja M.A. (Medizinische Hochschule Hannover), Judith Mollenhauer M.Sc. (figus), Dr. Martina Kloepfer (Institut für Gendergesundheit e. V.) sowie Prof. Dr. Ute Seeland (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg).

Zitationshinweis

Stegmaier, M.: „Prävention ist nicht geschlechterneutral", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 48–50. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2849

Neurologie und Experimentelle Neurologie der Charité Berlin, warum Autoimmunerkrankungen Frauen häufiger treffen. Die kurze Antwort: Man wisse es nicht. Geschlechterspezifische Unterschiede seien zwar gut dokumentiert, in ihren Ursachen aber noch unverstanden und nicht in der Versorgungsrealität abgebildet. Anhand von Multipler Sklerose und Myasthenia gravis zeigten sie den Einfluss der Hormone über die Lebensspanne und die enge Verzahnung von Therapie und Familienplanung. Zentrales Versorgungsproblem bleibe die verzögerte Diagnose. Ein Beispiel: Bei der Myasthenie warten Frauen mit rund zwei Jahren etwa doppelt so lange wie Männer, weil ihre Symptome häufiger als psychosomatisch fehlgedeutet würden. Als Hebel benannten beide mehr Bewusstsein in der Ärzteschaft, eine frühere Diagnose und eine konsequente Antikörperdiagnostik in der Schwangerschaft.

Der zweite Workshop von Prof. Dr. Michael Zitzmann, Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie des Universitätsklinikums Münster, und PD Dr. Maike Henningsen, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin, widmete sich hormonellen Umbrüchen – dem „Hormon-Alarm" – von Männern und Frauen. Zitzmann räumte zunächst mit dem Mythos „männlicher Wechseljahre" auf: Sinkende Testosteronspiegel seien meist Folge vermeidbarer Begleiterkrankungen und daher kein zwangsläufiges Altersphänomen. Der funktionelle Hypogonadismus werde massiv unterkodiert und unterbehandelt – mit Produktivitätsverlusten von rund 270 Millionen Euro pro Jahr. Zitzmann forderte ein standardisiertes Screening und eine präzisere Kodierung mit fester Anbindung von Laborwerten. Henningsen verdeutlichte, dass Östrogene systemische Regulationshormone sind. Peri- und Menopause beträfen 7 bis 8 Millionen Frauen, der volkswirtschaftliche Schaden liege bei etwa 9,4 Milliarden Euro jährlich. Sie warb für eine bessere Anpassung der Arbeitswelt nach dem Vorbild Großbritanniens, Australiens oder Schwedens. Beide forderten mehr diagnostisches Bewusstsein und eine bessere Vergütung der „sprechenden Medizin", denn Geld sei im System genug vorhanden, es müsse nur gezielter eingesetzt werden.

Der dritte Workshop wechselte die Perspektive vom Medizinischen ins Psychologische. Männerberater Björn Süfke, Psychologe und Autor, fragte, wie traditionelle, „toxische" Männlichkeitsvorstellungen Gewalt begünstigen, von der überwiegend Frauen und Mädchen betroffen sind. Toxische Männlichkeit sei eine soziale Konstruktion, nicht die Eigenschaft Einzelner. Im Kern des Männlichkeitskonstrukts stehe ein Gefühlsverbot, dessen Abwehr in Hilflosigkeit und – wenn auch diese abgewehrt werde – in Gewalt münde. Dieselbe Sozialisation schade auch den Männern selbst, etwa sichtbar in einer dreifach erhöhten Suizidrate. Gewaltprävention müsse auf allen drei Präventionsebenen ansetzen, sei aber dramatisch unterfinanziert: Für die Täterarbeit (tertiäre Prävention) stehe beispielsweise in Nordrhein-Westfalen nur eine Dreiviertel-Stelle pro einer Million Einwohner zur Verfügung, eine Krisenberatung (sekundär) für Männer gebe es praktisch nicht, und während für Mädchen zahlreiche Empowerment-Projekte existierten, fehlten vergleichbare Aufklärungsangebote (primär) für Jungen weitgehend.

Keynote: Frauen als Ausgangspunkt einer kontinuierlichen Versorgung

In ihrer Keynote gaben Dr. Thomas Solbach und Simone Giehl, beide Strategy& Deutschland (die globale Strategieberatung von PwC), Einblick in die noch unveröffentlichte Studie „Future of Female Health". Gesundheit entwickle sich von punktueller Versorgung zu einem kontinuierlichen LIFEcare-Ökosystem, in dem Gesundbleiben (WELLcare) und Behandlung im Krankheitsfall (DISEASEcare) zunehmend verschmelzen. Für Frauen konvergierten beide Bereiche früher und stärker: Sie verhielten sich häufig gesundheitsbewusster und generierten über alle Lebensphasen hinweg mehr eigene Daten. Für Strategy& bedeutet das: Frauen sind der ideale Ausgangspunkt eines lebensphasenorientierten Modells. Doch 82% der Frauen sammelten Gesundheitsdaten, von denen nur ein knappes Drittel je den Weg in die Sprechstunde finde. Diesen Datenschatz zu heben, sei Aufgabe von Ärzteschaft, Politik, Kostenträgern und Industrie gleichermaßen.

Podiumsdiskussion: Ist der Mann für die Prävention verloren?

Die abschließende Podiumsdiskussion, moderiert von Dr. Albrecht Kloepfer (iX – Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung), stand unter der provokanten Frage „Ist der Mann für die Prävention verloren?", die einhellig mit Nein beantwortet wurde. Andrea Galle, Vorständin der mkk – meine krankenkasse, betonte, der Mann sei nicht verloren, brauche aber eine geschlechtersensible Ansprache. Die große Herausforderung sei, dass Männer in der Regel Vorsorge erst mit dem Check-up 35 erreichten. Dr. Katharina Bruderek, Leitende Werksärztin bei Volkswagen, verwies dabei auf die Arbeitsmedizin als unterschätzten Hebel, über den sich gerade schwer erreichbare Männer ansprechen ließen. Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, Geschäftsführerin der figus GmbH, verwies darauf, dass Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung von Jungen und Männern aus ihrer Sicht nicht ausschließlich auf fehlende Zugänge zurückzuführen seien. Darüber hinaus plädierte sie für eine stärkere Einbindung von Patientinnen und Patienten in gesundheitliche Entscheidungen und für den Abbau paternalistischer Strukturen im Gesundheitswesen. Dr. Thomas Solbach, Managing Director bei Strategy& Deutschland (die globale Strategieberatung von PwC), machte Kommunikation zum entscheidenden Hebel der Prävention: Sie müsse lebensnah, niedrigschwellig und schließlich „sexy" sein.

Eine zweite Spannungslinie betraf das Verhältnis von solidarischem Gesundheitswesen und konsumorientierter Vorsorge. Galle setzte einen scharfen Gegenakzent zur Studienthese von Strategy& in ihrer Keynote: Die gesetzliche Krankenversicherung agiere nicht in einem Markt und betrachte Frauen nicht als Konsumentinnen. Werde Prävention und Versorgung zum Bezahlmarkt, drohe eine Zweiklassenmedizin. Dr. Ute Teichert, ehem. Leiterin der Abteilung öffentliche Gesundheit im Bundesgesundheitsministerium und langjährige Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, warb für einen stärkeren Public-Health-Blick, denn die Lebenswelt finde nicht in der ärztlichen Versorgung statt, sondern in Betrieben, Kindertagesstätten und Schulen. Meghan Lawrence B.A., Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, forderte, diversitätssensible Medizin müsse ein Qualitätsmerkmal guter Ausbildung werden. Mit Blick auf den kurz zuvor stattgefundenen Deutschen Ärztetag in Hannover, auf dem Studentinnen von sexuellen Übergriffen berichtet hatten, forderte sie strukturelle Veränderungen und mehr Frauen in Führungspositionen. <<

von: Mariann Stegmaier M.Sc.