

Positionspapier Frauen in den Gesundheitsberufen

Das Jahr 2020 gilt als das internationale Jahr der Pflegekräfte und Hebammen. Dieses Positionspapier beleuchtet aus diesem Anlass die Situation von Frauen in den Gesundheitsberufen:

Rund 70 Prozent der Arbeit in diesen Berufen werden von Frauen erledigt. Viele Frauen migrieren für ihren Beruf in Erwartung an ein höheres Einkommen und verlassen ihren Wohnort und ihre Familien, um diese finanziell zu versorgen. Hinzu kommen für die meisten dieser Frauen die häusliche Kinderbetreuung und die Pflege von Angehörigen, die weltweit unbezahlt ist. Auch im Rahmen der aktuellen Covid-19 (Sars-CoV-2) Pandemie zeigt sich wieder: Die Mehrheit der Personen, die in einer Pandemie ei-

ner Infektionsgefahr ausgesetzt sind, sind Frauen, da sie den größten Anteils am Gesundheitspersonal darstellen. Zudem stehen sie, da sie noch immer einen größeren Teil der Familienarbeit übernehmen als die Männer, vor dem Problem, bei Schulschließungen, die Kinderbetreuung zu organisieren sowie der Vereinbarkeit von möglicher Heimarbeit und der gleichzeitigen Betreuung von Kindern.

Die weiblichen Gesundheitsfachkräfte stehen demnach vor weitaus mehr und anderen Herausforderungen als ihre männlichen Kollegen. Um diese Situation nachhaltig zu adressieren, braucht es aus Sicht von WGH Germany Veränderungen in folgenden Bereichen:

Vereinbarkeit Beruf und Familienaufgaben sowie finanzielle Absicherung

- Flexible Arbeitszeitmodelle und Wiedereinstiegsmöglichkeiten etablieren
- Zugang zu zuverlässiger, bezahlbarer Kinderbetreuung auch außerhalb von Kernarbeitszeiten schaffen
- Abschaffung des Ehegattensplittings in Deutschland, mehr Aufklärung für Frauen zur Rentenlücke bei Teilzeit- und Erziehungsarbeit

Frauen in Führungspositionen im Gesundheitswesen

- Parität in Spitzen- und Entscheidungspositionen im Gesundheitswesen
- Beseitigung des Gender Pay Gaps
- Weitere Akademisierung der Gesundheitsberufe und Etablierung von Pflege- und Hebammenkammern bzw. einer Kammer für Therapieberufe

Migration von Gesundheitsfachkräften

- Sammlung von Daten zu den Herausforderungen, Bedürfnissen und Lebens-/Arbeitsbedingungen von migriertem Gesundheitspersonal in Deutschland
- Institutionalisierte Ausbau von Unterstützungsstrukturen für migrierte Gesundheitsfachkräfte, Aufbau einer transnationalen Sozialversicherung
- Verhinderung des "Brain Drain", Steuerung der selektiven und gerechten Migration

Digitalisierung im Gesundheitswesen

- Intuitiv bedienbare, optisch ansprechende Anwenderoberflächen und Produkte und damit geschlechtersensible Konzeption von digitalen Produkten/Lösungen
- Entwicklungen von Anwendungen, die für die Abläufe in den Lebenswelten der Frauen und im Gesundheitswesen konzipiert sind und keinen zusätzlichen Zeitaufwand bedeuten
- Schulungskonzepte, die in Tagesabläufe integrierbar sind

Geschlecht und Gesundheit

- Neue Erkenntnisse der Geschlechterforschung sowohl in der Medizin als auch in den Sozialwissenschaften sollten weltweit bei der Prävention, Krankheitsentstehung, Diagnose und Therapie von Erkrankungen adäquat berücksichtigt werden
- Förderung von Studien zur evidenzbasierten Forschung und Praxis in den Gesundheitsberufen, adäquate Berücksichtigung von Frauen und Männern im Studiendesign und geschlechtersensible Analyse der Ergebnisse
- Integration von Inhalten der geschlechtersensiblen Medizin / Gendermedizin in die Curricula der Gesundheitsberufe

Was ist Women in Global Health – Germany?

Women in Global Health (WGH) ist ein weltweit aktives Netzwerk mit dem Ziel, mehr Chancengleichheit in der globalen Gesundheit zu erreichen und somit zur Verbesserung der Gesundheit weltweit beizutragen. Im Jahr 2018 hat Deutschland das erste „Chapter“ von WGH „Women in Global Health – Germany“ (WGH-GER) gegründet und eine Liste „Women in Global Health – Germany“ mit inzwischen rund 170 qualifizierten Frauen erstellt, die unter womeningh.org/wgh-germany abrufbar ist. Seit Februar 2019 ist WGH-GER an den Center for Global Health der Charité – Universitätsmedizin Berlin ange-

bunden. WGH-GER ist auch Mitglied im Global Health Hub Deutschland und hat sich an der Überarbeitung der Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit beteiligt. Die europäischen Chapter haben ein European Chapters Executive Board gegründet, wovon Deutschland den Vorsitz hat. Neben den europäischen Chaptern gibt es Chapter in Amerika, Asien und Afrika, die sich regelmäßig austauschen. Eine aktuelle Kampagne von WGH ist die „Operation 50/50“ (womeningh.org/covid5050), die anlässlich der COVID-19 (SARS-CoV-2) Pandemie zusätzlich zur laufenden Arbeit gestartet wurde.

Aktuelle Situation

Internationale Herausforderungen für Women in Global Health

Alternde Gesellschaften und eine steigende Nachfrage nach bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung werden weltweit bis zum Jahr 2030 voraussichtlich zur Schaffung von 40 Millionen neuen Arbeitsplätzen in den Gesundheits- und Sozialberufen führen. Gleichzeitig besteht ein Mangel an ungefähr 18 Millionen Gesundheitsfachkräften, vor allem in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Die Erreichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) und dem Ziel der allgemeinen Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage, SDG 3.8) steht in Bezug auf die Anzahl und Verteilung von Gesundheitspersonal vor enormen Herausforderungen. Das globale Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage wirkt sich auf die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen in allen Ländern aus. Dieses Missverhältnis kann nur zurechtgerückt werden, wenn geschlechterspezifische Dynamiken in den Berufsfeldern berücksichtigt werden. 70 Prozent der Arbeit in Gesundheits- und Sozialberufen werden von Frauen erledigt - in anderen Beschäftigungsbereichen sind es zum Vergleich nur 41%.¹ Hinzu kommt die häusliche Pflege und Kinderbetreuung, die weltweit oft unbezahlt und zum Großteil von Frauen übernommen wird. Viele Frauen migrieren für ihren Beruf in Erwartung eines höheren Einkommens, sie verlassen dafür ihren Wohnort und ihre Familien. Zudem sind Frauen aufgrund von Sozialstrukturen oft stärker als Männer von direkten oder indirekten Auswirkungen des Klimawandels und anderen Umweltveränderungen betroffen.²

Die weiblichen Gesundheitsfachkräfte stehen demnach vor weitaus mehr und anderen Herausforderungen als ihre männlichen Kollegen. Dies führt zum Teil zu einem schlechteren Gesundheitszustand und sozioökonomischem Status und bremst Fortschritte in der Gleichstellung.

Das Jahr 2020 gilt als das internationale Jahr der Pflegekräfte und Hebammen. Zum aller ersten Mal feiern alle Länder diese Berufsgruppen und ihren herausragenden Beitrag Mehrwert, den sie durch ihre Arbeit für die Gesundheit der Weltbevölkerung leisten. Der Bericht der Hochrangigen UN-Kommission für Beschäftigung und

inklusivem Wirtschaftswachstum im Gesundheitswesen kam zu dem Schluss, dass Investitionen in Bildung und die Schaffung von Arbeitsplätzen im Gesundheits- und Sozialbereich zu einem dreifachen Mehrwert führe: zu verbesserten Gesundheitsergebnissen aller, globaler Gesundheitssicherheit und einem integrativen Wirtschaftswachstum.³

Pflege- und Hebammenberufe stellen einen bedeutenden Anteil der weiblichen Arbeitskräfte dar. Prognosen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Folge, werden diese zwei Berufsgruppen im Jahr 2030 mit 9 Millionen Arbeitsplätzen 50 Prozent der weltweit fehlenden Arbeitskräfte ausmachen. Besonders stark von dem Mangel betroffen sind Länder Südostasiens und Afrikas. Jedes Land braucht ein kompetentes, motiviertes, gut verteiltes und unterstütztes Gesundheitspersonal, das für die geleistete Arbeit entlohnt und anerkannt wird.⁴ Kranken- und Altenpfleger*innen sowie Hebammen und Gemeindegemeinschaften und Pfleger*innen in Hausbesuchsteams und Community Health Workers bilden das Rückgrat von Gesundheitssystemen in jedem Land und sind für eine universelle Gesundheitsversorgung unerlässlich.

Frauen, Mädchen, sowie weitere marginalisierte Personengruppen müssen weltweit die Möglichkeit haben, frei und gesund am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und es aktiv mitgestalten zu können. Die Gleichstellung der Geschlechter und die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden sind als übergreifende Ziele auf internationaler Ebene unter anderem in der Agenda 2030 durch die Ziele für nachhaltige Entwicklung 3 (Gesundheit und Wohlbefinden) und 5 (Gleichstellung der Geschlechter) als auch in der globalen Strategie für die Gesundheit von Frauen, Kindern und Jugendlichen 2016-2030 festgeschrieben.⁵ Geschlechtergerechte Politik und ihre Umsetzung in allen Bereichen, auch in Bezug auf die pflegenden Berufe ist erforderlich, um einen Beitrag zu den Zielen für nachhaltige Entwicklung zu leisten. Denn, wie der Generaldirektor der WHO Dr. Tedros am Internationalen Frauentag 2018 sagte: „Gender equality must be at the core of health for all.“⁶

Herausforderungen, die es aus Sicht von WGH-GER zu bewältigen gilt

Vereinbarkeit von Beruf und Familienarbeit sowie finanzielle Absicherung

Frauen verdienen im Allgemeinen immer noch weniger als Männer für die gleiche Arbeit und sind dazu seltener in Leitungspositionen, auch im Gesundheitssektor. Wie hängt das zusammen mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie (z.B. Kinder/Pflege von eigenen Eltern) oder der Work-Life-Balance insgesamt (z.B. Zeit für bezahlte vs. unbezahlte Tätigkeiten)? Was sind die Auswirkungen im Gesundheitssektor, wo Schichtarbeit oder lange, unregelmäßige Arbeitszeiten der Regelfall sind? Wer steigt öfter aus? Und wer steigt nicht in Leitungspositionen auf?

In Ländern, wie unter anderem Deutschland, mit gesetzlich bezahltem Mutterschutz und Elternzeit gibt es die Tendenz, dass Frauen nach der Geburt oftmals aus dem Beruf aussteigen.⁷ In vielen Ländern, auch in Deutschland, nehmen Frauen in der Regel eine längere Elternzeit als Männer in Anspruch und arbeiten nach der Elternzeit häufiger in Teilzeit. Sie übernehmen auch häufiger die Pflegearbeit für Angehörige. Dies beeinträchtigt ihre Berufsmöglichkeiten, wie zum Beispiel für Berufe mit langen Arbeitszeiten, Schichtdienst oder unregelmäßigen Arbeitszeiten, schränkt ihre Karrieremöglichkeiten ein und führt zu einer Rentenlücke. Frauen übernehmen zudem mehr Haushaltsaufgaben als Männer,⁸ was noch weniger Zeit für eine bezahlte Arbeit zulässt.

In Deutschland fehlen immer noch Kinderbetreuungsmöglichkeiten (insbesondere außerhalb von Kernzeiten oder in ländlichen Regionen). Dabei besteht hier oft eine besondere Herausforderung in der Organisation der Betreuung im Falle von Krankheit oder anderen spontan eintretenden Ereignissen bei den Kindern. Zudem betrifft das Ehegattensplitting bei einer sich vergrößernden Gehaltschere insbesondere das Bruttoeinkommen von Frauen.⁹ Kritische Karrierephasen überschneiden sich zeitlich oft mit der Phase in der Frauen Kinder bekommen oder Angehörige pflegen müssen. Frauen haben bereits im Studium wenige weibliche Vorbilder in Führungspositionen, da Professorinnen noch immer in der Unterzahl sind. Der Anteil der Medizinstudentinnen liegt bei rund 60%, man spricht daher auch von der „Feminisierung der Medizin“.

Frauen in Führungspositionen im Gesundheitswesen

Weltweit sind 70% des gesamten Gesundheitspersonals Frauen, bei den Pflegekräften sind das sogar 90%.¹³ Daten der WHO 2019 zeigen, dass in Europa rund die Hälfte des ärztlichen Personals weiblich ist, in Afrika sind dies rund ein Drittel und in Südostasien 39%.

Bei den Krankenschwestern sieht dies weltweit etwas anders aus: In Europa sind 84% weiblich, in Afrika 65% und in Südostasien 70%. In Deutschland sind rund 78% des Personals im Gesundheitssektor Frauen, in der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst und

Damit Ärztinnen in ihrem Beruf verbleiben, müssen die Arbeitsbedingungen an die Bedürfnisse der Frauen angepasst werden, um einen Fachkräftemangel entgegen zu wirken: eine familiengerechte Dienstplanung, längere Kita-Öffnungszeiten, flexible Arbeitszeitmodelle, mobiles Arbeiten, Arbeitsteilung sowie das Rückkehrrecht von Teilzeit- auf Vollzeitbeschäftigung.¹⁰ Dies trifft auch für die Ausübung der anderen Gesundheitsberufe zu.

In Nordeuropa sind die Kinderbetreuung und die Wiedereinstiegsmöglichkeiten besser und die Entgeltlücke ist geringer. Zudem gibt es durch gesetzliche Quoten mehr Frauen in Führungspositionen als in Deutschland.¹¹ Pflegekräfte und Hebammen werden besser bezahlt, und es gibt politische Maßnahmen, so dass Männer häufiger Elternzeit nehmen¹² und mehr bei der Hausarbeit unterstützen. Dies entlastet Frauen, hilft ihnen beim Wiedereinstieg in den Beruf oder ermöglicht es ihnen, kritische Karrierephasen besser zu bewältigen.

Der Umgang mit Care-Arbeit, die Unterstützung von Familien und die Ausbildungs- und Berufsmöglichkeiten für Frauen im Gesundheitssektor sind weltweit sehr heterogen ausgestaltet. Deutschland kann im Austausch mit internationalen Partnerinnen und Partnern die Voraussetzungen für eine inklusive frauenfördernde Politik im Gesundheitssektor identifizieren. Daraus können Rückschlüsse für die nationale Politik gezogen und gemeinsame internationale Initiativen angestoßen werden.

Forderungen

- Flexible Arbeitszeitmodelle und Wiedereinstiegsmöglichkeiten etablieren
- Zugang zu zuverlässiger, bezahlbarer Kinderbetreuung auch außerhalb von Kernarbeitszeiten schaffen
- Abschaffung des Ehegattensplittings in Deutschland, mehr Aufklärung für Frauen zur Rentenlücke bei Teilzeit- und Erziehungsarbeit

der Geburtshilfe 80%, Human- und Zahnmedizin 47% und in der Altenpflege 84%.¹⁴

Frauen, unter anderem die Pflegekräfte und Hebammen, haben daher eine wichtige Funktion im Gesundheitssystem weltweit, aber nur rund 25% sind in Führungspositionen vertreten: So sind ein Drittel der Gesundheitsminister*innen Frauen. Nur 28% der Dekan*innen der weltweit renommiertesten Public Health und medizinischen Fakultäten sind weiblich.¹⁵ Betrachtet man den Anteil der Frauen in den Parlamenten,

so liegt dieser europaweit bei 31,7% (Deutschland: 31,4%), der Anteil von Frauen in den Vorständen liegt europaweit bei 28,8% (Deutschland: 35,6%).¹⁶

Der Gender Pay Gap (Entgeltlücke) liegt in der Global Health Workforce weltweit bei 28%¹⁷, europaweit im Durchschnitt bei 16%; er ist in Deutschland mit rund 21% hoch und nach Estland der zweithöchste in Europa im Vergleich zu Luxemburg mit nur 4,6% und Rumänien mit 3%.¹⁸

In Deutschland sind Frauen in den Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen unterrepräsentiert: So sind in 10 der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen keine Frauen im Vorstand vertreten und in der Bundespsychotherapeut*innenkammer sind von 5 Vorstandsmitgliedern 4 Männer, dabei beträgt der Anteil der Frauen bei den psychologischen Psychotherapeut*innen 75 %. In den Krankenkassen sind 70 % der Beschäftigten Frauen, aber ihr Anteil in den Vorständen beträgt nur zwischen 0-21 %.¹⁹

Der Anteil der Ärztinnen in Leitungspositionen in der stationären Versorgung liegt deutschlandweit in der Allgemeinmedizin bei 43,3 %, in der Psychosomatischen Medizin bei 24,4 %, der Frauenheilkunde bei rund 24% in der Psychiatrie und Psychotherapie bei rund 23 %, in der Kinder- und Jugendmedizin bei 18,4 %. In der Inneren Medizin liegt der Anteil mit rund 12 % etwas niedriger und in der Chirurgie mit 7,3 % und in der Urologie mit 3,3 % weiterhin sehr niedrig.²⁰

Ähnliche Ergebnisse liefert auch eine Studie des Deutschen Ärztinnenbundes für die deutsche Universitätsmedizin: So beträgt der Anteil von Frauen in führenden Spitzenpositionen durchschnittlich 13 %²¹, dabei ist der Anteil mit 3% in der Urologie und Orthopädie am niedrigsten und in der Pädiatrie mit 21% und 25% im Bereich der seelischen Gesundheit am höchsten. In der Frauenheilkunde / Geburtsmedizin liegt er bei 19%. Bei den Oberärztinnen (mittlere Führungsebene) liegt der Anteil im Durchschnitt bei 31%: Dabei liegt er in der Frauenheilkunde mit 55 % am höchsten und in der Urologie (15%) und Chirurgie (16%) am niedrigsten. Insgesamt liegt die Anzahl von Frauen in der Professorenenschaft (habilitierte Wissenschaftler*innen) bei 428 (Männer: 2751) und somit bei einem Anteil von 16%.²²

Im Rahmen der COVID-19 (Sars-CoV-2) Pandemie sind Frauen als Expertinnen, obwohl sie einen Großteil der Versorgungsarbeit leisten, nur zu einem geringen Teil miteinbezogen und erhalten Visibilität. So gehören nur 5 Frauen dem WHO Emergency Committee on nCoV2019 an (insgesamt 21 Personen), dies ist weniger als ein Viertel und im Experten-Gremium der Bundesregierung zur Lockerung der Maßnahmen liegt das Verhältnis von Frauen zu Männern bei 1:6.²³

Studien zeigen aber, dass Gesundheitssysteme stärker sind, wenn weibliche Gesundheitsfachkräfte in Entscheidungsprozesse, in die Entwicklung von nationalen Gesundheitsplänen und in die Gesundheitspolitik eingebunden werden.^{24,25} Frauen in Führungspositionen setzen andere Schwerpunkte und unterstützen eher Themen wie Frauengesundheit, Bildung für Mädchen und den allgemeinen Zugang zum Gesundheitssystem insbesondere für Frauen.^{26,27} Zudem ist die Qualität der Versorgung durch Ärztinnen oftmals besser als durch Ärzte: Sie arbeiten eher patientenzentriert und legen mehr Wert auf eine geschlechter- und kultursensible Versorgung. Bei Ärztinnen sind Krankenhaus-Wiederaufnahmen sowie die Patientensterblichkeit geringer.^{28,29} Sie nehmen sich in der Regel mehr Zeit für die Konsultation, unternehmen häufiger präventive Maßnahmen sowie Gesundheitsberatung, führen mehr Labortests durch, raten seltener zu operativen Eingriffen, verschreiben weniger Medikamente und behandeln in der Regel mehr Patientinnen und Patienten mit psychosozialen Problemen.^{30,31}

Gleichstellung ist somit die Grundvoraussetzung zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit weltweit.³² Dabei ist auch die weitere Akademisierung der Gesundheitsberufe wichtig, um den Frauen zukünftig bessere Karriere- und Verdienstmöglichkeiten zu bieten. Auch die Etablierung von Pflegekammern bzw. eine Kammer für die Therapieberufe bietet Frauen in den Gesundheitsberufen zukünftig mehr Möglichkeiten, gesundheitspolitische Entscheidungen mitzugestalten und sollte unterstützt werden.³³

Weltweit würde das Erreichen des Ziels der Gleichstellung in allen Sektoren sogar zu einem Anstieg von 28 Trillionen Dollar des weltweit jährlichen Bruttoinlandsprodukt (BIP) bzw. 12 Trillionen Dollar, wenn jedes Land, das Gleichstellungsziel des Landes seiner Region mit dem geringsten Gender Gap erfüllen würde.³⁴

Zudem sollten bei der Umsetzung von Geschlechterparität in Führungsrollen auch weitere Diversitätsfaktoren wie sozioökonomischer Hintergrund, Ethnizität, Alter, Migrationshintergrund und körperliche Beeinträchtigungen / Behinderung sowie deren Interdependenzen berücksichtigt werden.³⁵

Forderungen

- Parität in Spitzen- und Entscheidungspositionen im Gesundheitswesen
- Beseitigung des Gender Pay Gaps und des Pension Gaps
- Weitere Akademisierung der Gesundheitsberufe und Etablierung von Pflege- und Hebammenkammern bzw. einer Kammer für Therapieberufe

Migration von Gesundheitsfachkräften

Der globale Fachkräftemangel im Gesundheitssystem wird weltweit auf über 4,3 Millionen Ärzt*innen, Hebammen und Krankenschwestern geschätzt. Durch die zunehmend älter werdende Bevölkerung wird der Bedarf weiter steigen. Bereits heute werden in großen Industrieländern wie Australien, Kanada, Nordamerika und Schweden bereits mehr immigrierte als einheimische Pflegefachkräfte beschäftigt. Auch weitere Industrieländer in Europa und im Mittleren Osten profitieren von der Auswanderung von vorrangig Frauen aus Entwicklungs- und Schwellenländern.^{36,37}

Die steigenden Zahlen an emigrierenden Gesundheitsfachkräften bedeutet für die Herkunftsländer nicht nur eine verlorene Investition in deren Ausbildung, sondern verstärkt den häufig vor Ort anzutreffenden Fachkräftemangel und damit die durchschnittliche Arbeitsbelastung des Gesundheitspersonals.³⁸ Frauen aus Entwicklungs- und Schwellenländern entscheiden sich am häufigsten für eine ökonomisch motivierte Auswanderung.³⁹ Sie hinterlassen damit eine Lücke im Heimatland, nicht nur in der Primärversorgung, sondern auch in der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Familienmitglieder und Kinder. Dieser „Care Drain“ verschärft die Doppelbelastung der gebliebenen Frauen im privaten Umfeld zunehmend.⁴⁰

Migrierte Frauen arbeiten häufig in privaten Haushalten und informellen Arbeitsverhältnissen, die weder eine Kranken- noch Sozialversicherung vorhalten.⁴¹ Nur schätzungsweise 15% der migrierten Gesundheitskräfte sind in einem formellen Arbeitsverhältnis beschäftigt.³⁹ Migriertes Gesundheitspersonal ist somit einem personalstrukturellen Ungleichgewicht ausgeliefert, da sie als „externe“ Mitarbeitende häufig einer erhöhten Arbeitsbelastung durch die vermehrte Übernahme von Schicht-, Wochenend- oder Nachtdiensten ausgesetzt sind.³⁶

Die im Ausland erbrachten Zertifikate und Ausbildungsnachweise werden häufig nicht anerkannt, dies resultiert oftmals in einer Beschäftigung in einer niedrigeren Position als im Heimatland.⁴² Unterschiedliche kulturelle und soziale Gepflogenheiten, normative Werte und Erwartungen erschweren zudem die berufliche und private Integration des migrierten Fachpersonals.⁴³ Staatlich geförderte Sprachprogramme im Heimatland und in den Gastländern sollen daher die soziale und fachliche Integration und die damit verbundene Handlungsfähig-

keit des migrierten Personals erleichtern. Um migriertes Gesundheitspersonal dauerhaft im Gastland zu halten, bedarf es zudem der Förderung und der aktiven Familienintegration im neuen Heimatland. Bürokratische Hürden für den Familiennachzug sollten für dringend benötigtes Fachpersonal konsequent gesenkt werden. Kooperationen mit den Behörden der Heimatländer können in vielen Fällen den Familiennachzug erleichtern. Alle immigrierenden Gesundheitsfachkräfte sollten zudem eine Kranken- noch Sozialversicherung im Gastland erhalten.

Beratungsangebote und Hilfe bei bürokratischen Angelegenheiten können sowohl Diskriminierung entgegenwirken als auch administrative Prozesse beschleunigen. Institutsgebundene Beratungs- und Verteilungsstellen für migriertes Gesundheitspersonal können personaltechnische Strukturierungen und damit Ungleichheiten überblicken und ggf. beratend mit der jeweiligen Fachabteilung Lösungen zur Verhinderung von fachlicher oder dienstplantechnischer Diskriminierung finden. Auch persönliche Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit können durch Aufklärung des Personals und institutsgebundene Betreuungsstellen für das migrierte Gesundheitspersonal verbessert werden. Die fehlende medizinische Fachkompetenz im Heimatland sollte durch den Ausbau von medizinischen Ausbildungsprogrammen kompensiert werden.

Um den immer größer werdenden Bedarf an Personal im Gesundheitssystem zu decken, ist Deutschland auf die Fachkompetenz von immigriertem Gesundheitspersonal angewiesen. Eine optimale Gesundheitsversorgung kann nur gewährleistet werden, wenn diese Fachkräfte, davon der Großteil Frauen, stabile Verhältnisse und Wertschätzung vor Ort antreffen. Dies bedeutet sowohl sprachliche als auch berufliche Barrieren abzubauen und sozial gesicherte Arbeitsverhältnisse vor Ort zu schaffen.

Forderungen

- Sammlung von Daten zu den Herausforderungen, Bedürfnissen und Lebens-/Arbeitsbedingungen von migriertem Gesundheitspersonal in Deutschland
- Institutionalisierte Ausbau von Unterstützungsstrukturen für migrierte Gesundheitsfachkräfte, Aufbau einer transnationalen Sozialversicherung
- Verhinderung des „Brain Drain“, gerechte Steuerung der Migration von Gesundheitspersonal

Digitalisierung im Gesundheitswesen: Querschnittsaufgabe und Chance

Die Gesundheitssysteme stehen weltweit vor ähnlichen Herausforderungen: So gibt es einen zunehmenden Bedarf an Gesundheitsleistungen aufgrund der alternden Gesellschaften und an qualitativ hochwertigen Leistungen, aber zu wenig Beschäftigte in den Gesundheitsberufen, die dann noch besonders belastet werden. Des Weiteren ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen teilweise beschränkt und ein Kostenanstieg zu verzeichnen. Digitalisierung als „Schlüsseltechnologie des 21. Jahrhunderts“⁴⁴ wird vielfach als eine, wenn nicht die Lösung für viele der Themen im Gesundheitswesen angesehen.

Dabei wird Digitalisierung einen Großteil der Tätigkeiten im Gesundheitswesen nicht ersetzen, sehr wohl aber verändern und ergänzen. Weil ein hoher Anteil der Arbeit in Gesellschafts- und Gesundheitssystemen von Frauen übernommen wird, wird Digitalisierung maßgeblich deren Wirken beeinflussen – und müsste daher wesentlich von Frauen gestaltet werden. Es darf im Moment bezweifelt werden, dass dem so ist.

Aus dem Blickwinkel von Women in Global Health – Germany stellen sich in diesem Zusammenhang zwei Fragen:

1. Was kann Digitalisierung leisten, um den angesprochenen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen?

Digitalisierung kann in den unterschiedlichen Lebenswelten von Frauen in Bezug auf Gesundheitsversorgung für bessere Unterstützung, für mehr Beteiligung, für mehr Wissen und Austausch sorgen und damit deren Handlungsspielraum (zeitliche Flexibilisierung, Zugang, Entwicklungsmöglichkeiten) und Teilhabe wesentlich erweitern, letztendlich bessere Ergebnisse und damit Erfolg hervorbringen.

Hier einige Beispiele:

Gesundheitssysteme

- Digitale, mobile Dokumentationstools
- Unterstützungssysteme für Behandlungsprozesse und Kommunikation (z.B. digitale Checklisten, Robotics, KI Diagnosetools)
- Zugang zu Datenbanken & Community

Familienfürsorge

- Hochwertige Informationsangebote/ Ratgeberformate online
- Telemonitoring/-medizin
- eRezepte/Verordnungen/ Terminvereinbarungen
- Gesundheitsprogramme für Risikogruppen

Persönliche Fürsorge

- Monitoring (z.B. Zyklus, Schwangerschaft)
- Vernetzung, soziale Einbindung
- Angebote für gesunde Lebensführung/Sport
- Digitale Gesundheitsanwendungen

Grundsätzlich sind wenige dieser Entwicklungs- und Einsatzmöglichkeiten frauenspezifisch, sie würden aber ein besonders hohes Potential entfalten, wenn sie auf die Bedürfnisse von Frauen abgestimmt sind.

2. Was muss getan werden, damit Frauen einen guten Zugang zu digitalen Prozessen und Produkten im Gesundheitswesen erhalten, diese geschlechtersensibel konzipiert sind und Frauen nachhaltig unterstützen?

In der „IT-Welt“ bilden Frauen bisher eine Minderheit, man spricht daher vom „Digital Gender Gap“⁴⁵. Die Bestrebung, Mädchen in MINT-Fächern zu fördern, kann eine Maßnahme sein, um dies auf technischem Gebiet zu ändern. Frauen könnten beratend, z.B. in Advisory Boards, in die Entwicklung von Anwendungen einbezogen werden, um deren Akzeptanz zu erhöhen. Interessanterweise haben Frauen in einer digitalisierten Arbeitswelt sogar Vorteile: Soziale- und Teamkompetenz, Innovations- und Lernfähigkeit sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit sind weniger ersetzbar als Rechenleistung und Kraft.⁴⁶ Frauen sind gefordert, auch im Bereich Gesundheit diesen Vorteil zu nutzen und offen mit den anstehenden Veränderungen durch Digitalisierung umzugehen, diese als Chance zu begreifen und diese aktiv mitzugestalten.

Frauen würden zudem mehr Akzeptanz für die digitale Entwicklung aufbringen, wenn zeitintensive Doppelstrukturen (z.B. zusätzliche Papierdokumentation) vermieden werden würden. Für mehr Frauen als Männer ist die (Nicht-)Verfügbarkeit stabiler, bezahlbarer Internetzugänge und Devices ein reales Hindernis der Teilhabe.⁴⁷

Von Bedeutung für Frauen wird sein, dass der Fokus, mit dem Digitalisierung in den Gesundheitssystemen vorangetrieben wird, der richtige ist: Ob das Ziel verfolgt wird, Prozesse und Tätigkeiten zu unterstützen, zu erleichtern oder zu verbessern bzw. die Vernetzung zu fördern, ob die Vorsorge- und Behandlungsergebnisse verbessert werden sollen. Wenn dies gelingt, könnte das im Ergebnis auch zu einer höheren Attraktivität der Gesundheits- und Sozialberufe nicht nur für Frauen führen.

Forderungen

- Intuitiv bedienbare, optisch ansprechende Anwenderoberflächen und Produkte und damit geschlechtersensible Konzeption von digitalen Produkten/ Lösungen
- Entwicklungen von Anwendungen, die für die Abläufe in den Lebenswelten der Frauen und im Gesundheitswesen konzipiert sind und keinen zusätzlichen Zeitaufwand bedeuten
- Schulungskonzepte, die in Tagesabläufe integrierbar sind

Geschlecht und Gesundheit

Forschungsergebnisse nationaler und internationaler Gesundheitssurveys sowie der Geschlechterforschung in der Medizin / Gendermedizin zeigen, dass Geschlechterunterschiede in der Prävention, Pathogenese, Manifestation, Diagnose und Therapie sowie Inzidenz, Prävalenz und Mortalität von Erkrankungen bestehen. Diese Geschlechterunterschiede lassen sich sowohl auf Unterschiede im biologischen Geschlecht („Sex“) als auch dem soziokulturellen Geschlecht („Gender“) zurückführen. Dabei umfasst das biologische Geschlecht die Gene und Hormone und das soziokulturelle Geschlecht das Gesundheitsverhalten und den Lebensstil. Beide bedingen sich jedoch gegenseitig.⁴⁸ So bestehen unter anderem Unterschiede bei psychischen Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Krebserkrankungen, in der Lebenserwartung und den Todesursachen aber auch im Gesundheitsverhalten und der Prävention.^{49,50}

Frauen leiden häufiger an Depressionen⁵¹ und sind häufiger von Muskel- und Skelett-Erkrankungen betroffen als Männer: So liegt die Prävalenz von Arthrose, Osteoporose und Rheumatoider Arthritis bei Frauen höher als bei Männern.⁵² Frauen bekommen in der Regel auch mehr Medikamente verschrieben, insbesondere psychotrope⁵³ und nehmen häufiger an Präventionsmaßnahmen teil.⁵⁴

Sie gehen häufiger zur Ärztin bzw. zum Arzt.⁵⁵ Es bestehen auch Unterschiede im Gesundheitsverhalten: So ernähren sich Frauen in der Regel gesünder und achten mehr auf ihre Gesundheit.⁵⁶ Zudem sind Frauen in klinischen Studien von Medikamenten oft unterrepräsentiert, so dass es eine geringere Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit der Präparate bei Frauen gibt. Für eine bessere Qualität der medizinischen Versorgung ist somit die Beachtung von Geschlechterunterschieden bei der Prävention, Krankheitsentstehung, Diagnose und Therapie notwendig.

Forderungen

- Neue Erkenntnisse der Geschlechterforschung sowohl in der Medizin als auch in den Sozialwissenschaften sollten weltweit bei der Prävention, Krankheitsentstehung, Diagnose und Therapie von Erkrankungen adäquat berücksichtigt werden
- Förderung von Studien zur evidenzbasierten Forschung und Praxis in den Gesundheitsberufen, adäquate Berücksichtigung von Frauen und Männern im Studiendesign und geschlechtersensible Analyse der Ergebnisse
- Integration von Inhalten der geschlechtersensiblen Medizin / Gendermedizin in die Curricula der Gesundheitsberufe

Autorinnen (alphabetische Reihenfolge):

Katri Bertram
Sarah Keller
Sabine Ludwig
Delia Strunz
Maike Voss

Koordination:

Sabine Ludwig
Delia Strunz

Danksagung:

Ein herzlicher Dank geht an Susan Bergner, Assia Brandrup-Lukanow, Lorena Dini, Karin Geffert und Béatrice Teschner für die kritische Durchsicht des Positionspapiers.

Datum der Veröffentlichung

Berlin, den 5.10.2020

Ansprechpartnerin:

Dr. Sabine Ludwig
Leitung Women in Global Health Germany
Center for Global Health
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Email: sabine.ludwig@charite.de
Websites:
www.womeningh.org/wgh-germany
globalhealth.charite.de/netzwerk/women_in_global_health_germany/

- 1 World Health Organization. Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva, 2019 (Human Resources for Health Observer Series No.24), S. 11.
- 2 Arora-Jonsson S. Virtue and vulnerability: Discourses on women, gender and climate change, *Global Environmental Change*, 2011;21(2): 744-751. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2011.01.005>.
- 3 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>
- 4 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>
- 5 Sustainable Development Goals (SDGs). New York: United Nations, 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org> UND, Towards a new Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. The BMJ. 2015; 351(Suppl1)
- 6 <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2018/gender-equality-health-for-all/en/>
- 7 Weltbank, Women, Business and the Law, 2020: https://wbl.worldbank.org/en/data/exploretopics/wbl_hc (Stand 12 Februar 2020)
- 8 OECD, Time Spent in Paid and Unpaid Work, by Sex: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=54757> (Stand 12 Februar 2020)
- 9 Die ZEIT, 2017: (Stand 12 Februar 2020)
- 10 Richter-Kuhlmann. Arbeitsbedingungen von Ärztinnen: Neue Klinikkultur. *Deutsches Ärzteblatt*. Medizin studieren, SS 2017: 22
- 11 IDEAS, Gender quota database: <https://www.idea.int/data-tools/data/gender-quotas/quotas> (Stand 12 Februar 2020) 11 BBC, Finland to give same parental leave to dads as to mums, 5 Februar 2020: <https://www.bbc.com/news/world-europe-51384614> (Stand 12 Februar 2020)
- 12 BBC, Finland to give same parental leave to dads as to mums, 5 Februar 2020: <https://www.bbc.com/news/world-europe-51384614> (Stand 12 Februar 2020)
- 13 World Health Organization. Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva, 2019 (Human Resources for Health Observer Series No.24)
- 14 Statistisches Bundesamt. Gesundheitspersonalrechnung, 2018. www.gbe-bund.de (last assessed 13.03.2020).
- 15 World Health Organization. Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva, 2019 (Human Resources for Health Observer Series No.24)
- 16 Europäisches Statistisches Bundesamt. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/sdi/gender-equality> (last assessed 13.03.20)
- 17 World Health Organization. Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva, 2019 (Human Resources for Health Observer Series No.24)
- 18 Europäisches Statistisches Bundesamt. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/sdi/gender-equality> (last assessed 13.03.20)
- 19 Korzilius, Heike. Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Frauen fordern Parität. *Deutsches Ärzteblatt* | PP | Heft 3 | März 2019 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/101257/Frauen-im-Gesundheitswesen-fordern-Paritaet-in-Gremien-der-Selbstverwaltung>
- 20 Bundesärztekammer. Ärztestatistik, Berlin 2018.
- 21 Deutscher Ärztinnenbund e.V. Medical Women on Top. Update. Berlin 2019.
- 22 Deutscher Ärztinnenbund e.V. Medical Women on Top. Berlin, 2016.
- 23 Women in Global Health – Germany (2020). Eigene Auswertungen (T. Schneider, C. Hoffmann)
- 24 Downs J, Reif L, Hikororo A et al. (2014) Increasing women in leadership in global health. *Acad Med* 89(8)
- 25 Newman C (2014) Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce. *Human Resources for Health* 12(25)
- 26 Javadi D, Vega J, Etienne D, Wandira S, Doyle Y, Nishtar S. Women who lead: successes and challenges of five health leaders. *Health Syst Reform* 2016; 3:229–40.
- 27 Beaman L, Duflo E, Pande R, Topalova P. Female leadership raises aspirations and educational attainment for girls: a policy experiment in India. *Science* (80-). 2012; 335(6068):582–6.
- 28 Tsugawa Y et al. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):206-213.
- 29 Ludwig S, Dettmer S, Wurl W, Seeland U, Maaz A, Harm Peters H. Evaluation of curricular relevance and actual integration of sex/gender and cultural competencies by final year medical students: effects in student diversity subgroups and by curriculum. *GMS Journal for Medical Education*. Angenommen, im Druck
- 30 Berthold HK, Gouni-Berthold I, Bestehorn KP, Böhm M, Krone W. Physician gender is associated with the quality of type 2 diabetes care. *J Intern Med*. 2008;264(4):340-350.
- 31 Baumhäkel M, Müller U, Böhm M. Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study. *Eur J Heart Fail*. 2009;11(3):299-303.
- 32 United Nations (2015) Sustainable Development Goals (SDGs). (Stand: 13.03.2020)
- 33 Falk Osterloh. Pflegekammern. Der lange Weg zur Selbstbestimmung 2019. *Deutsches Ärzteblatt*: 116 (5). 2019
- 34 McKinsey Global Institute (2015) The power of parity: How advancing women's equality can add 12 Dollar trillion to global growth.
- 35 Zeinali Z, Muraya K, Govender V, Molyneux S, Morgan R. Intersectionality and global health leadership: parity is not enough. *Hum Resour Health* 17, 29 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0367-3>
- 36 World Health Organization. The world health report 2006 working together for health. Geneva, Switzerland, 2006.
- 37 OECD. Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly skilled Migration. *International Migration Outlook: Sopemi 2007, OECD 2007*. https://www.who.int/hrh/migration/2007_annual_report_international_migration.pdf
- 38 PAHO (2001) Pan American Health Organisation: Report on Technical Meeting on Managed Migration of Skilled Nursing Personnel. PAHO Caribbean Office, Barbados.
- 39 World Health Organization. Women on the move. Migration, care work and health. Geneva, Switzerland 2017.
- 40 Hochschild, A.R. (2000) Global care chains and emotional surplus value. In *On the Edge: Living with Global Capitalism* (Hutton, W. & Giddens, A., eds). Jonathan Cape, London, pp. 130–146.
- 41 van Walsum S. International migrant domestic workers, national welfare states and transnational social security arrangements. In: Meghani Z (Hrsg) *Women migrant workers, ethical, political and legal problems*. New York and London: Routledge, 2016:131–53.
- 42 Higginbottom, G.M.A. (2011) The transitioning experiences of internationally educated nurses into a Canadian health care system: a focused ethnography. *BMC Nursing*, 10 (14), 10–14.
- 43 Obrey, A. (2015) Internationally recruited nurses' experiences in England: A survey approach. *Nursing Outlook*, 63 (3), 238–244.
- 44 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-health-initiative.html#c2846>; Zugriff am 31.03.2020.
- 45 <https://hochschulforumdigitalisierung.de/de/blog/frauen-und-digitalisierung>; Zugriff am 02.04.2020.
- 46 <https://editionf.com/dr-kira-marrs-digitalisierung-frauen-neue-arbeitswelt/>; Zugriff am 02.04.2020.
- 47 <https://www.unwomen.de/http://www.unwomende/schwerpunkte/klima-und-gender/cop23-die-klimakonferenz-2017-in-bonn/migration-as-a-climate-change-adaptation-strategy-a-gender-perspective.html/eskills4girls-einweltweiter-aufzur-digitalen-inklusion-von-maedchen-und-frauen.html>; Zugriff am 06.05.2020.
- 48 Regitz-Zagrosek V: Sex and gender differences in health. *EMBO* 2012;13: 596-603.
- 49 Oertelt-Prigione S, Regitz.Zagrosek V (Hrsg.) *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine*, London 2012.
- 50 Rieder A, Lohff B (Hrsg.). *Gender Medizin*. Springer Verlag, Wien 2008.
- 51 Thom, J., Kuhnert, R., Born, S., Hapke, U. (2017) 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):72-80.
- 52 Fuchs, J., Rabenberg, M., Scheidt-Nave, C. (2013) Prävalenz ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 56(5/6):678-686
- 53 Knopf, H., Prütz, F., Du, Y. (2017) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4):109-116.
- 54 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2018) Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (fäkaler okkultur Bluttest (FOBT), Koloskopie) und an Beratungen zur Prävention von Darmkrebs. www.gbe-bund.de (Stand: 12.03.2020)
- 55 Prütz, F. & Rommel, A. (2017) Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4):88-94. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2905>. (Stand: 12.03.2020)
- 56 Setzwein, M. (2006) Frauenessen – Männeressen? Doing gender und Essverhalten. In: Kolip P, Altgeld T (Hrsg) *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. Juventa Verlag, Weinheim, S. 41-60