



^b
**UNIVERSITÄT
BERN**

IZFG
INTERDISZIPLINÄRES ZENTRUM
FÜR GESCHLECHTERFORSCHUNG

Grundlagenbericht für den Postulatsbericht Fehlmann Rielle 19.3910

Schlussbericht

«Gesundheit der Frauen. Bessere Berücksichtigung ihrer Eigenheiten.»

Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung (IZFG) der Universität Bern

Prof. Dr. Michèle Amacker, Dr. Tina Büchler, Dr. Christine Bigler, Katharina Nydegger MSc

unter Mitarbeit der

Berner Fachhochschule (BFH), Departement Gesundheit, F&E Pflege

Prof. Dr. Eva Soom Ammann, Fabienne Renggli MSc, Tannys Helfer MSc

In Zusammenarbeit mit Expertinnen Gender Health/Medicine:

Prof. Dr. Anelis Kaiser Trujillo, Gender Studies in MINT, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.

Dr. med. et phil. Berna Özdemir, Universitätsklinik für Medizinische Onkologie, Inselspital Bern

Dr. Joëlle Schwarz, Unité Santé et genre, Département des policliniques, Département médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté) Lausanne

Bern, Mai 2023

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Executive Summary – Deutsch	4
Executive summary – Français	8
Executive Summary – Italiano	12
1. Einleitung	16
2. Methodisches Vorgehen.....	20
2.1. <i>Situationsanalyse Schweiz und Identifikation der Hauptproblembereiche.....</i>	<i>20</i>
2.2. <i>Stakeholder-Workshops zur Erarbeitung von Massnahmenvorschlägen.....</i>	<i>21</i>
3. Hauptproblembereiche und Massnahmenvorschläge im Bereich Gender Health/Medicine	22
3.1. <i>Themenbereich 1: Forschung, Medikamentenentwicklung und Behandlung</i>	<i>23</i>
3.2. <i>Themenbereich 2: Erkennung und Diagnostik</i>	<i>36</i>
3.3. <i>Themenbereich 3: Prävention.....</i>	<i>40</i>
3.4. <i>Themenbereich 4: Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung.....</i>	<i>46</i>
3.5. <i>Themenbereich 5: Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitspersonal</i>	<i>51</i>
3.6. <i>Themenbereich 6: Arbeitswelt Gesundheitswesen (Gleichstellung und Diskriminierung).....</i>	<i>57</i>
3.7. <i>Übergeordnete Massnahmen.....</i>	<i>65</i>
4. Fazit.....	67
Literaturverzeichnis	68
Anhänge	77
<i>Anhang 1: Interviewte Expert:innen.....</i>	<i>77</i>
<i>Anhang 2: Stakeholder-Workshops: Übersicht Teilnehmende.....</i>	<i>78</i>
<i>Anhang 3: Politische Vorstösse (Auswahl).....</i>	<i>80</i>
<i>Anhang 4: Übersicht über die vorgeschlagenen Massnahmen.....</i>	<i>81</i>

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFH	Berner Fachhochschule
BFS	Bundesamt für Statistik
CLASH	Collectif de Lutte contre les Attitudes Sexistes en Milieu Hospitalier
CTU	Clinical Trials Unit
EBG	Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann
EQK	Eidgenössische Qualitätskommission
ESMO	European Society for Medical Oncology
FDA	Food and Drug Administration
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
GeHeMed	Gender Health and Medicine
GEMS	Gender Education in Medicine for Switzerland
GesBG	Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe
GFP	Gesundheitsförderung und Prävention
GCP	Good Clinical Practice-Kurse
HES-SO	Fachhochschule Westschweiz/ Haute école spécialisée de Suisse occidentale
HFG	Humanforschungsgesetz
HMEC	Human Medicines Expert Committee
HMG	Heilmittelgesetz
ICH	International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use
IICT	Investigator Initiated Clinical Trials
Innosuisse	Schweizerische Agentur für Innovationsförderung
ISCED	International Standard Classification of Education
IZFG	Interdisziplinären Zentrums für Geschlechterforschung
KlinV	Verordnung über klinische Versuche mit Ausnahme klinischer Versuche mit Medizinprodukten
KUV	Kranken- und Unfallversicherung
KVAV	Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe
NCD	Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbare Krankheiten
NFP	Nationales Forschungsprogramm
NFS	Nationale Forschungsschwerpunkte
OKP	Obligatorischen Krankenpflegeversicherung
PPK	Pädiatrisches Prüfkonzept
PROFILES	Principal Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland
SAGER	Sex and Gender Equity in Research
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
SCTO	Swiss Clinical Trial Organisation
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGHN	Swiss Gender Health Network
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMIFK	Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission
SNF	Schweizerischer Nationalfonds
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
swissethics	Dachorganisation der Kantonalen Ethikkommissionen
Swissmedic	Schweizerische Zulassungs- und Aufsichtsbehörde für Arzneimittel und Medizinprodukte
TRREE	Training and Resources in Research Ethics Evaluation
Unisanté	Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne
WHO	World Health Organization
WMA	World Medical Association
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Executive Summary – Deutsch

Geschlecht gilt als eine der wichtigsten Determinanten von Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Frauen und Männer sind unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, sind verschieden im Gesundheitsverhalten, sind anders von Krankheiten betroffen und werden in Bezug auf Gesundheit und Krankheit in der Öffentlichkeit und im Gesundheitswesen unterschiedlich wahrgenommen, angesprochen und behandelt.

Die Nationalrätin Laurence Fehlmann Rielle forderte am 21.06.2019 mit dem Postulat 19.3910 «Gesundheit der Frauen. Bessere Berücksichtigung ihrer Eigenheiten» den Bundesrat dazu auf, in einem Bericht aufzuzeigen, welche Massnahmen bereits getroffen wurden oder anzustossen wären, «damit die Wissenschaft und das Gesundheitspersonal in den Bereichen Forschung, Prävention und Pflege die spezifischen Bedürfnisse der Frauen besser berücksichtigen». Beim vorliegenden Bericht handelt es sich um einen wissenschaftlichen Grundlagenbericht der Universität Bern und der Berner Fachhochschule, der dem Departement des Innern als Grundlage für die Erstellung des Postulatsberichts des Bundesrats dienen soll.

Der vorliegende Bericht wurde in zwei Schritten erarbeitet. In einem ersten Schritt wurde eine Situationsanalyse in der Schweiz durchgeführt. Hierzu wurden eine Literaturrecherche sowie Expert:innen-interviews durchgeführt. Auf der Basis der daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden sechs Hauptproblembereiche in Bezug auf die Gesundheitsversorgung von Frauen in der Schweiz identifiziert: Forschung, Medikamentenentwicklung und Behandlung; Erkennung und Diagnostik; Prävention; Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung; Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachpersonen; und die Arbeitswelt Gesundheitswesen. Für diese Problembereiche wurden in einem zweiten Schritt gemeinsam mit relevanten Stakeholdern Vorschläge für die dringlichsten Massnahmen erarbeitet. Die Untersuchung wurde zwischen September 2022 und März 2023 durchgeführt. Das Forschungsteam wurde während des gesamten Forschungsprozesses von einer Begleitgruppe des Bundes sowie von forschungsteaminternen Expertinnen aus dem Bereich Gender/Health begleitet.

Der Bericht diskutiert folgende **Hauptproblembereiche**:

Forschung, Medikamentenentwicklung und Behandlung: In der Schweiz und international werden medizinische Grundlagen- und klinische Forschungen nach wie vor vornehmlich oder überdurchschnittlich oft an männlichen Zellen, Tieren und Menschen durchgeführt. Zudem werden gewisse frauenspezifische Krankheitsbilder bis heute ungenügend erforscht. Dies hat zur Folge, dass die Medizin bis heute stark von einem männlichen Bias geprägt ist, was sich nachweislich nachteilig auf die Gesundheit von Frauen auswirkt. Zwar werden in immer mehr Forschungsbereichen Leitlinien für eine bessere Berücksichtigung von Sex- und Genderunterschieden eingeführt; diese werden jedoch in der Praxis oft nicht genügend umgesetzt. Weiter erhalten Frauen oftmals weniger, weniger geeignete und weniger invasive Behandlungen als Männer, was bei Frauen unter anderem zu mehr Nebenwirkungen und schlechteren Prognosen als bei Männern führt. Zudem existieren bei frauenspezifischen Krankheiten häufig limitierte Therapiemöglichkeiten.

Erkennung und Diagnostik: Auch im Bereich Erkennung und Diagnostik führen Wissens- und Datenlücken in Bezug auf Sex- und Genderunterschiede zu einer Benachteiligung der Frauen. Diagnostische Verfahren (bspw. bei Demenz) sind oft auf Männer ausgerichtet, während spezifische Symptommatiken von Frauen, zum Beispiel beim Myokardinfarkt, und gewisse (auch häufige) frauenspezifische Krankheiten unterforscht sind. Dies führt zu verspäteten Diagnosen und Unterdiagnostizierung bei Frauen.

Prävention: Aktuell wird in Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien, -kampagnen und -massnahmen in der Schweiz dem Umstand noch zu wenig Rechnung getragen, dass die verschiedenen Geschlechter ein jeweils spezifisches Gesundheitsverhalten aufweisen und mit unterschiedlichen gesundheitlichen Herausforderungen konfrontiert sind. Auch fehlt es im Präventionsbereich

grundsätzlich an geschlechterspezifischem Wissen und folglich an Grundlagen für die Erarbeitung evidenzbasierter und somit griffiger geschlechtersensibler Präventionsmassnahmen.

Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung: Auch der Bereich Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung wird durch Geschlechterunterschiede strukturiert. So werden Frauen etwa seltener zu einer kardialen Rehabilitation überwiesen, nehmen seltener daran teil und brechen diese häufiger ab. Trotz klarer und langjähriger Erkenntnisse aus der Praxis fehlt es an geschlechtersensibler Forschung zu den Ursachen solcher Differenzen und somit an einer Grundlage für eine evidenzbasierte Ausarbeitung von für Frauen geeigneten und zugänglichen Angeboten. Auch im Bereich der Langzeitversorgung werden Geschlechteraspekte oftmals ungenügend berücksichtigt, etwa im Altersbereich, wo Frauen ihrer überdurchschnittlichen Lebenserwartung wegen vermehrt von Einsamkeit betroffen sind und eine deutlich höhere Prävalenz an Demenz aufweisen.

Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachpersonen: Der Bildungsbereich ist zentral für die Umsetzung einer besseren Berücksichtigung von Sex- und Genderaspekten im Gesundheitsbereich – während umgekehrt die Integration dieser Aspekte in Aus-, Weiter- und Fortbildungen nachweislich zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten unter den Geschlechtern beiträgt. Die Etablierung eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems ohne Sensibilisierung von Studierenden, Lehrenden, Forschenden, Praktizierenden, Vorgesetzten und Angestellten nicht zu erreichen. Dennoch findet entsprechendes Wissen in der Schweiz bisher nur punktuellen Eingang in die Bildung. Zwar ist eine Zunahme von Bemühungen zu erkennen, Geschlechteraspekte national koordiniert in Leitlinien und Lehrplänen gesundheitsrelevanter Aus-, Weiter- und Fortbildungen zu verankern, insbesondere im medizinischen Studium und in geringerem Masse auch in der Ausbildung zu den Gesundheitsberufen Physiotherapie, Ergotherapie und Pflege. In vielen anderen Gesundheitsberufen und namentlich auch im gesamten Weiter- und Fortbildungsbereich konnten jedoch nur wenige entsprechende Aktivitäten in Erfahrung gebracht werden. Zudem fehlen derzeit oftmals institutionalisierte Prozesse, um die Umsetzung bestehender Leitlinien zu evaluieren.

Arbeitswelt Gesundheitswesen (Gleichstellung und Diskriminierung): Die in diesem Bericht diskutierten Problematiken im Bereich Gender Health/Medicine können nicht unabhängig von den Arbeitskontexten in Gesundheitsberufen besprochen werden. Von Geschlechterstereotypen geprägte Wertevorstellungen und Machtverhältnisse im Arbeitsumfeld sowie die Überrepräsentation von Männern namentlich in vielen medizinischen Forschungs- und Fachbereichen sowie auf höheren Hierarchiestufen tragen wesentlich dazu bei, dass weibliche Patientinnen in der Gesundheitsversorgung benachteiligt werden. Angesichts der aktuellen mehrfachen Benachteiligung von Frauen in Gesundheitsberufen durch einen Mangel an Förderung, durch Geringschätzung und/oder sexuelle Belästigung und Gewalt sind Gleichstellungsbemühungen und Frauenförderungsinstrumente im Gesundheitsbereich zum Wohl sowohl der weiblichen Berufstätigen als auch der Patientinnen entschlossener als bisher anzugehen. Zentrale Problematiken in der Arbeitswelt Gesundheitswesen sind die Hierarchisierung zwischen «Cure»- und «Care»-Berufen, Karrierehindernisse für Frauen in vielen medizinischen Bereichen («Leaky Pipeline») sowie sexuelle Belästigung und Gewalt im Gesundheitswesen.

Aus diesen Problembereichen ergeben sich die folgenden übergeordneten **Massnahmenvorschläge:**

Gender Health/Medicine als integraler Bestandteil des Gesundheitssystems: Die Einführung von Geschlechtergerechtigkeit im Schweizer Gesundheitssystem ist laut befragten Expert:innen und Stakeholdern nicht *als Addendum*, sondern vielmehr *als integraler Bestandteil* des Gesundheitssystems zu verstehen – zum Wohle nicht nur der Frauen, sondern aller Geschlechter. Insbesondere bildet Gender Health/Medicine auch einen zentralen Baustein der sich aktuell international entwickelnden *personalized medicine* oder *precision medicine*.

Doppelstrategie für eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik: Die Etablierung eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems erfordert eine *Doppelstrategie*: Erstens einen Aufbau von *spezialisierten Kompetenz Gender Health/Medicine* in der Forschung und im Gesundheitswesen (bspw. Förderung von spezialisierten aber interdisziplinären Professuren, Zentren, Forschungen und Angeboten); und zweitens ein flächendeckendes *Mainstreaming* – also die vollumfängliche Integration und Normalisierung – geschlechterspezifischen Arbeitens in der Forschung, Versorgung und Prävention im Schweizer Gesundheitssystem und in allen Gesundheitsberufen. Die beiden Strategien gehen eng zusammen, da ein erfolgreiches und evidenzbasiertes Mainstreaming vom Vorhandensein des dafür erforderlichen spezialisierten Wissens abhängt.

Einbettung in und Aufbau von Massnahmen und Angeboten: Wo möglich soll der Fokus der Massnahmen auf die *Einbettung* (Mainstreaming) von Sex- und Genderaspekten in *bestehende* Massnahmen gelegt werden. Gleichzeitig wird in einigen Bereichen tatsächlich ein Aufbau frauenspezifischer Massnahmen und Angebote benötigt.

Interdisziplinäre, interprofessionelle und diverse Teams: Spezialisierte Kompetenzstellen (bspw. Professuren, Zentren, spezialisierte Angebote) sollten explizit *interdisziplinär* und *interprofessionell* aufgestellt und die Teams bewusst *divers* zusammengesetzt werden. Eine bestehende Good Practice zu diesen beiden Aspekten stellen zum Beispiel die Leitlinien des EU-Forschungsprogramms Horizon dar.¹

Berücksichtigung des sozialen Geschlechts (Gender): Besonderes Augenmerk ist auf die äusserst wirkmächtigen aber bisher im Gesundheitsbereich zu wenig beachteten *sozialen Aspekte von Geschlecht* (Gender) zu richten. Das bedeutet konkret, dass im Bereich Gender Health/Medicine neben medizinisch-naturwissenschaftlichem Wissen auch vermehrt Erkenntnisse etwa aus den Sozialwissenschaften, der Psychiatrie und Psychologie, der Philosophie, der Ökonomie sowie aus interdisziplinären Fachbereichen wie den Gender Studies oder Public Health einzubeziehen sind.

Einführung, Weiterentwicklung, Monitoring und Durchsetzung von Leitlinien: In allen hier diskutierten Hauptproblembereichen fehlt es an systematisch vorhandenen geschlechtersensiblen Leitlinien. Einige solche Leitlinien existieren zwar bereits, zum Beispiel in den Bereichen Forschung und Bildung. Jedoch werden diese häufig nicht oder nur ungenügend umgesetzt. Deshalb kommen der Erarbeitung und Umsetzung von Prozessen zur regelmässigen *Überprüfung* und *Durchsetzung* existierender Leitlinien eine zentrale Rolle zu, gegebenenfalls unter Anwendung von Anreizen und/oder Sanktionen.

Gender Health/Medicine als Qualitätsziel des Bundes: Als übergeordnete Massnahme wurde zudem vorgeschlagen, mit einem entsprechenden Mandat an die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) die Förderung von Gender Health/Medicine zu einem Qualitätsziel des Bundes zu erklären.

Good Practice-Beispiele bekannt machen: Dieser Bericht enthält zahlreiche internationale und nationale Beispiele zu Good Practices für die Umsetzung einer geschlechtergerechten Medizin und Gesundheitsversorgung. Diese beispielhafte Berücksichtigung von Geschlechteraspekten sollte relevanten Zielgruppen besser bekannt gemacht werden.

Bessere Umsetzung bestehenden Wissens in die Praxis: Für diesen Bericht befragte Expert:innen und Stakeholder weisen auf das Problem hin, dass belegtes Wissen im Bereich Gender Health/Medicine oftmals wenig Eingang in die klinische Praxis findet, zum Beispiel in der Diagnostik und Behandlung. Hier besteht Forschungsbedarf zu den Hindernissen bei der Übersetzung existierenden Wissens in die Klinik. Basierend auf diesen Erkenntnissen müssen Prozesse er- oder überarbeitet werden, um diese Lücke zwischen Wissen und Praxis zu schliessen.

¹ Siehe: <https://grants.nih.gov/policy/inclusion/women-and-minorities/guidelines.htm> (Zugriff 13. April 2023).

Monitoring des Fortschritts im Bereich Gender Health/Medicine: Es wird empfohlen, einer Stelle in der Bundesverwaltung (bspw. im BAG oder EBG) die Themenhüter:innenschaft für das Thema Gender Health/Medicine zuzuweisen. Die Stelle sollte in regelmässigen Abständen den Fortschritt der Umsetzung der diesbezüglich empfohlenen und beschlossenen Massnahmen überprüfen und darüber berichten.

Transversalthemen Forschung, Bildung und Arbeitswelt: Die Themen *Arbeitswelt*, *Bildung* und *Forschung* werden im Bericht als separate Themenbereiche behandelt, sind aber als Transversalthemen zu verstehen, welche in allen Hauptproblembereichen eine wichtige Rolle spielen.

Weiter führt der Bericht zu allen Hauptproblembereichen existierende Massnahmen und Good Practices sowie verschiedene dringliche Massnahmen zur Verminderung der bestehenden Probleme auf. Die vorgeschlagenen Massnahmen sind auf verschiedenen Ebenen angesiedelt und reichen von Forschungsbedarf zur Schliessung bestehender Wissenslücken über die Etablierung von Leitlinien und Sensibilisierungsmassnahmen bis hin zu Gleichstellungsmassnahmen.

Executive summary – Français

Le sexe et le genre sont considérés comme des déterminants principaux de la santé et des services de santé. Les femmes et les hommes ne sont pas exposés aux mêmes risques sanitaires, présentent des comportements distincts en matière de santé et ne sont pas touchés de la même façon par les maladies. De plus, la santé et la maladie sont perçues, abordées et traitées différemment chez les femmes et les hommes au sein de l'espace public et du système de santé.

Le 21 juin 2019, avec le postulat 19.3919 « Santé des femmes. Pour une meilleure prise en compte de leurs spécificités », la Conseillère nationale Laurence Fehlmann Rielle a demandé au Conseil fédéral de rédiger un rapport présentant les mesures déjà prises ou à promouvoir « afin que les scientifiques et les personnels de santé prennent mieux en compte les besoins des femmes en matière de recherche, de prévention et de soins ». Le présent texte est un rapport scientifique rédigé par l'Université de Berne et la Haute école spécialisée bernoise visant à proposer au Département fédéral de l'intérieur un socle sur lequel élaborer le rapport de postulat du Conseil fédéral.

Le présent rapport a été rédigé en deux temps. La situation en Suisse a tout d'abord été analysée ; à cette fin, une recherche a été effectuée dans la littérature et des entretiens ont été menés avec des expertes et experts. Les conclusions tirées de cette recherche ont permis d'identifier six principaux domaines problématiques en matière de services de santé des femmes en Suisse : la recherche, le développement de médicaments et le traitement ; la détection et le diagnostic ; la prévention ; la réadaptation, le suivi et la prise en charge de longue durée ; la formation initiale, postgrade et continue des professionnels de la santé ; et le domaine de la santé en tant qu'environnement de travail. Dans un deuxième temps, des propositions ont été élaborées conjointement avec des parties prenantes compétentes afin de déterminer les mesures les plus urgentes à mettre en place dans ces domaines. Pendant le déroulement de l'étude, menée entre septembre 2022 et mars 2023, l'équipe de recherche a été suivie par un groupe d'accompagnement de la Confédération ainsi que par des expertes du domaine genre et santé (Gender/Health) intégrées à l'équipe de recherche.

Le rapport aborde les **principaux domaines problématiques** suivants :

Recherche, développement de médicaments et traitement : En Suisse et à l'étranger, la recherche clinique et la recherche fondamentale dans le domaine médical sont menées essentiellement ou en moyenne plus fréquemment sur des cellules, des animaux et des êtres humains mâles. De plus, aujourd'hui encore, on manque de données de recherche sur certains tableaux cliniques propres aux femmes. En conséquence, actuellement, la médecine demeure fortement marquée par un biais masculin, ce qui a des répercussions négatives avérées sur la santé des femmes. Si des lignes directrices visant à mieux tenir compte des différences liées au sexe et au genre sont mises en place dans un nombre croissant de champs de recherche, la mise en œuvre de ces outils est en pratique souvent insuffisante. De surcroît, les femmes reçoivent souvent des traitements moins adaptés et moins invasifs que les hommes, ce qui se traduit, entre autres, par des effets secondaires plus nombreux et par de moins bons pronostics que chez les hommes. Enfin, les possibilités de traitement sont souvent limitées pour les maladies propres aux femmes.

Détection et diagnostic : Les connaissances et les données lacunaires au sujet des différences liées au sexe et au genre désavantagent également les femmes dans le domaine de la détection et du diagnostic. Les méthodes de diagnostic (p. ex., pour la démence) sont souvent axées sur les hommes ; parallèlement, les recherches concernant les symptômes spécifiques aux femmes, par exemple en cas d'infarctus du myocarde, et concernant certaines maladies propres aux femmes (même si ces maladies sont fréquentes), sont rares. Cela se traduit par des diagnostics tardifs et par des sous-diagnostics chez les femmes.

Prévention : Les stratégies, les campagnes et les mesures actuelles de promotion de la santé et de prévention en Suisse ne tiennent pas encore suffisamment compte du fait que les hommes et les

femmes présentent un comportement spécifique par rapport à la santé et sont confrontés à des défis sanitaires distincts. Fondamentalement, le domaine de la prévention manque également de connaissances spécifiques au sexe et au genre, et par conséquent de bases pour élaborer des mesures de prévention fondées sur des données qui seraient plus efficaces car ajustées à ces spécificités-là.

Réadaptation, suivi et prise en charge de longue durée : Les différences entre les femmes et les hommes structurent également le domaine de la réadaptation, du suivi et de la prise en charge de longue durée. Ainsi, par exemple, les femmes sont plus rarement dirigées vers les réadaptations cardiaques, suivent plus rarement ces réadaptations et les interrompent plus fréquemment. Malgré les enseignements clairs tirés depuis longtemps de la pratique, on manque de données de recherche sensibles au sexe et au genre portant sur les causes de ces différences, et donc d'un socle sur lequel élaborer des programmes fondés sur des données qui seraient à la fois adaptés et accessibles aux femmes. De la même manière, la prise en charge de longue durée ne tient souvent pas suffisamment compte des aspects liés au sexe et au genre, notamment chez les personnes âgées : en effet, la solitude touche davantage les femmes, qui ont une espérance de vie plus longue, et dont la prévalence de la démence est nettement plus élevée.

Formation initiale, postgrade et continue des professionnels de la santé : La formation est essentielle pour véritablement mieux tenir compte des aspects liés au sexe et au genre dans le domaine de la santé. Parallèlement, il a été démontré que l'intégration de ces aspects dans les filières de formation initiale, postgrade et continue contribue à faire diminuer les inégalités en matière de santé entre les femmes et les hommes. Il ne sera pas possible d'établir un système de santé respectant l'égalité de genre sans sensibiliser les personnes étudiantes, le corps enseignant, les chercheuses et chercheurs, les praticiennes et praticiens, les responsables et les collaboratrices et collaborateurs. Pourtant, les connaissances dans ce domaine n'apparaissent aujourd'hui que de manière ponctuelle dans la formation en Suisse. Il est vrai que des efforts accrus sont entrepris en vue d'ancrer les aspects liés au sexe et au genre dans les lignes directrices et les plans d'études des filières de formation initiale, postgrade et continue ayant trait à la santé, d'une manière coordonnée sur le plan national, en particulier dans les études de médecine et, dans une moindre mesure, dans les formations en physiothérapie, en ergothérapie et en soins infirmiers. Cependant, seule une petite quantité d'activités correspondantes a pu être relevée dans de nombreuses autres professions de la santé, et notamment de manière globale dans le domaine de la formation postgrade et continue. De plus, les processus institutionnalisés qui permettraient d'évaluer la mise en œuvre des lignes directrices existantes font actuellement souvent défaut.

Le système de santé en tant qu'environnement de travail (égalité et discrimination) : Les problématiques dans le domaine santé, médecine et genre évoquées dans ce rapport ne sauraient être examinées indépendamment des contextes de travail des professions de la santé. Les systèmes de valeurs et les rapports de pouvoir marqués par des stéréotypes de genre dans l'environnement de travail ainsi que la surreprésentation des hommes, en particulier dans nombre de spécialités et de domaines de recherche en médecine ainsi qu'aux postes à responsabilités, contribuent de manière substantielle à la pénalisation des patientes dans les services de santé. Les femmes exerçant des professions dans le domaine de la santé sont actuellement désavantagées de plusieurs manières, entre autres par un manque de promotion, de considération et/ou par du harcèlement et de la violence sexuels. Par conséquent, les efforts visant à instaurer l'égalité et les instruments de promotion des femmes dans le domaine de la santé doivent être soutenus avec plus de détermination, ce qui profitera tant aux professionnelles de la santé qu'aux patientes. La hiérarchisation entre les métiers du « cure » (traiter une maladie) et du « care » (prendre soin d'autrui), les obstacles aux carrières féminines dans de nombreux domaines de la médecine (« leaky pipeline ») ainsi que le harcèlement et la violence sexuels dans le système de santé sont les problématiques centrales dans le système de santé en tant qu'environnement de travail.

Les **mesures** globales suivantes sont **proposées** pour ces domaines problématiques :

Le domaine santé, médecine et genre en tant que partie intégrante du système de santé : D'après les parties prenantes et les expertes et experts interrogés, l'égalité de genre dans le système de santé suisse ne doit pas être appréhendée comme un *élément supplémentaire* mais plutôt comme *faisant partie intégrante* du système de santé, ce qui profitera non seulement aux femmes, mais à tout le monde. En particulier, le domaine santé, médecine et genre constitue un aspect central de la *personalized medicine* ou de la *precision medicine*, qui se développent actuellement à l'étranger.

Double stratégie pour une politique de la santé respectueuse de l'égalité de genre : Une *double stratégie* s'impose pour mettre en place un système de santé respectueux de l'égalité de genre ; d'abord, établir une *compétence spécialisée en santé, médecine et genre* dans la recherche et au sein du système de santé (p. ex., à travers la promotion de chaires, de centres, de recherches et de programmes spécialisés mais interdisciplinaires), et deuxièmement, adopter systématiquement une *approche intégrée (mainstreaming)* – c'est-à-dire prôner une intégration et une normalisation globales – des travaux spécifiques au genre et au sexe dans la recherche, la prise en charge et la prévention au sein du système de santé suisse et dans toutes les professions de la santé. Ces deux stratégies sont étroitement liées, dans la mesure où une approche fructueuse intégrée fondée sur des données dépend de la disponibilité des connaissances spécialisées requises.

Adaptation et création de mesures et de programmes : Lorsque cela est possible, il faut mettre l'accent sur *l'intégration (mainstreaming)* des aspects liés au sexe et au genre dans des mesures *existantes*. En parallèle, des mesures et des programmes ciblant spécifiquement les femmes doivent être mis en place dans certains domaines.

Interdisciplinarité, interprofessionnalité et diversité dans les équipes : Les centres de compétence spécialisés (p. ex., les chaires, les centres et les programmes spécialisés) devraient être construits explicitement sous le signe de *l'interdisciplinarité* et de *l'interprofessionnalité*, et les équipes devraient être constituées sciemment dans le respect de la *diversité*. Par exemple, les lignes directrices du programme de recherche Horizon de l'UE constituent une bonne pratique concernant ces deux aspects².

Prise en compte du sexe social (genre) : Une attention particulière doit être portée aux *aspects sociaux du sexe* (genre), qui sont extrêmement présents mais ont été trop peu pris en compte jusqu'ici dans la santé. Concrètement, dans le domaine santé, médecine et genre, cela implique de tenir compte non seulement des connaissances en sciences naturelles et en médecine, mais aussi de davantage d'enseignements, par exemple des sciences sociales, de la psychiatrie et de la psychologie, de la philosophie, des sciences économiques et de domaines interdisciplinaires comme les études genre ou la santé publique.

Mise en place, perfectionnement, suivi et mise en œuvre de lignes directrices : Dans tous les principaux domaines problématiques évoqués ici, on manque de lignes directrices systématiquement établies, sensibles au genre et au sexe. Ce type d'instrument existe déjà dans quelques domaines, notamment dans la recherche et la formation. Toutefois, ces lignes directrices ne sont souvent pas mises en œuvre, ou pas suffisamment. Il est donc fondamental d'élaborer et de mettre en œuvre des procédures périodiques afin *d'examiner* et *d'appliquer* les lignes directrices existantes, le cas échéant en ayant recours à des incitations et/ou à des sanctions.

Santé, médecine et genre comme objectif de qualité de la Confédération : Il a également été proposé, à titre de mesure globale, de promouvoir la santé, médecine et genre en tant qu'objectif de qualité de la Confédération, et ce par le biais d'un mandat correspondant confié à la Commission fédérale pour la qualité (CFQ).

² Cf : <https://grants.nih.gov/policy/inclusion/women-and-minorities/guidelines.htm> (consulté le 13 avril 2023).

Communication des exemples de bonnes pratiques : Le présent rapport aborde de nombreux exemples nationaux et internationaux de bonnes pratiques pour la mise en œuvre d'une médecine et d'une prise en charge sanitaire qui respectent l'égalité de genre. Il s'agirait maintenant de mieux faire connaître ces exemples de prise en compte des aspects liés au sexe et au genre aux groupes cibles pertinents.

Une meilleure mise en œuvre dans la pratique des connaissances disponibles : Les parties prenantes et les expertes et experts interrogés pour ce rapport ont signalé que souvent, les connaissances attestées dans le domaine santé, médecine et genre trouvent peu d'écho dans la pratique clinique, entre autres en matière de diagnostic et de traitement ; des recherches sur les obstacles s'opposant à la transmission de connaissances existantes dans la pratique clinique s'imposent. Sur la base de ces enseignements, des procédures devront être élaborées ou modifiées afin de combler ce fossé entre la théorie et la pratique.

Suivi des progrès dans le domaine de la santé, médecine et genre : Il est recommandé de confier la responsabilité du domaine santé, médecine et genre à un service de l'administration fédérale (p. ex., à l'OFSP ou au BFEG). Ce service examinerait à intervalles réguliers les progrès réalisés dans la mise en œuvre des mesures recommandées et décidées à cet égard et en ferait rapport.

La recherche, la formation et l'environnement de travail à titre de thèmes transversaux : L'*environnement de travail*, la *formation* et la *recherche* sont traités comme des éléments distincts dans le rapport, mais ils doivent en fait être traités comme des thèmes transversaux jouant un rôle clé dans tous les principaux domaines problématiques.

En outre, le rapport énumère les mesures et les bonnes pratiques existantes ainsi que différentes mesures à prendre d'urgence en vue d'atténuer les problèmes actuels dans tous les principaux domaines problématiques. Les mesures proposées interviennent à différents niveaux : besoins en matière de recherche pour combler les connaissances lacunaires actuelles, mise en œuvre de mesures visant à instaurer l'égalité de genre, mise en place de lignes directrices et de mesures de sensibilisation.

Executive Summary - Italiano

Il genere e il sesso sono considerati uno dei principali determinanti della salute e dell'assistenza sanitaria. Donne e uomini sono esposti a rischi per la salute differenti, hanno comportamenti diversi in materia di salute, sono colpiti dalle malattie in maniera diversa e, infine, i temi della salute e delle malattie sono percepiti, affrontati e trattati in modo differente in riferimento a donne e uomini sia dall'opinione pubblica che all'interno del sistema sanitario.

Con il postulato 19.3919 «Salute delle donne. Per una miglior presa in considerazione delle loro specificità» del 21 giugno 2019, la consigliera nazionale Laurence Fehlmann Rielle ha invitato il Consiglio federale a indicare in un rapporto le misure già adottate e quelle da promuovere «per una migliore presa in considerazione delle esigenze delle donne in materia di ricerca, prevenzione e cure da parte dei ricercatori e del personale sanitario». Il presente documento è un rapporto scientifico di base dell'Università di Berna e della Scuola universitaria professionale di Berna, che servirà al Dipartimento federale dell'interno come base per l'elaborazione del rapporto del Consiglio federale in adempimento del postulato.

Il presente rapporto è stato realizzato in due fasi. Innanzitutto è stata eseguita un'analisi della situazione in Svizzera. A questo scopo sono state condotte una ricerca bibliografica e interviste a esperti. Sulla base dei risultati ottenuti, sono stati individuati sei settori problematici principali nell'ambito dell'assistenza sanitaria alle donne in Svizzera: ricerca, sviluppo di medicinali e trattamento; rilevamento e diagnosi; prevenzione; riabilitazione, assistenza post-cura e cure di lunga durata; formazione, perfezionamento e aggiornamento dei professionisti della salute; e il mondo del lavoro in ambito sanitario. In un secondo momento sono state elaborate proposte riguardo alle misure più urgenti per i settori problematici, in collaborazione con i portatori d'interessi rilevanti. L'indagine è stata condotta tra settembre 2022 e marzo 2023. Durante l'intero processo di ricerca, il gruppo di ricercatori è stato affiancato da un gruppo di accompagnamento della Confederazione, nonché da esperti del settore *Gender Health*.

Di seguito sono elencati i **settori problematici principali** discussi nel rapporto.

Ricerca, sviluppo di medicinali e trattamento: In Svizzera e a livello internazionale, le ricerche mediche di base e le ricerche cliniche sono tuttora condotte prevalentemente o in misura superiore alla media su cellule, animali e persone di sesso maschile. Inoltre, ad oggi alcuni quadri clinici specifici delle donne non vengono ancora sufficientemente studiati. Di conseguenza, la medicina è ancora fortemente influenzata dal pregiudizio maschile, cosa che ha un impatto negativo comprovato sulla salute delle donne. Malgrado un numero crescente di settori di ricerca stia introducendo linee guida mirate all'integrazione delle differenze sessuali e di genere, sovente queste non vengono sufficientemente attuate nella pratica. Inoltre, le donne ricevono spesso un numero inferiore di trattamenti, meno appropriati e meno invasivi rispetto agli uomini, il che comporta, tra l'altro, maggiori effetti collaterali e prognosi peggiori per le donne rispetto agli uomini. Infine, le opzioni terapeutiche per le malattie specifiche delle donne sono spesso limitate.

Rilevamento e diagnosi: Le lacune nelle conoscenze e nei dati concernenti le differenze legate al sesso e al genere comportano disuguaglianze per le donne anche nel settore del rilevamento e della diagnosi. Le procedure diagnostiche (p. es. per la demenza) sono spesso impostate sugli uomini, mentre la sintomatologia specifica delle donne (p. es. in caso di infarto miocardico), così come alcune malattie specifiche delle donne (anche comuni) sono poco studiate. Ciò porta a diagnosi tardive e sottodiagnosi nelle pazienti donne.

Prevenzione: Nelle attuali strategie, campagne e misure per la promozione della salute e la prevenzione in Svizzera si considera ancora troppo poco che donne e uomini presentano comportamenti specifici in materia di salute e sono confrontati a sfide sanitarie differenti. Nel settore

della prevenzione si riscontra anche una fondamentale mancanza di conoscenze specifiche al sesso e al genere e, di conseguenza, di basi per l'elaborazione di misure di prevenzione basate sulle evidenze e quindi più efficaci perché sensibili al sesso e al genere.

Riabilitazione, assistenza post-cura e cure di lunga durata: Anche il settore della riabilitazione, dell'assistenza post-cura e delle cure di lunga durata è condizionato da differenze tra donne e uomini. Per esempio, le donne vengono più raramente indirizzate alla riabilitazione cardiaca, ne usufruiscono meno e la interrompono più spesso. Nonostante le conoscenze acquisite sul campo siano chiare e di lunga data, manca una ricerca sensibile al genere sulle cause di tali differenze e, di conseguenza, una base per un'elaborazione basata sulle evidenze di servizi adeguati e accessibili alle donne. Aspetti legati al sesso e al genere sono spesso trascurati anche nel settore delle cure di lunga durata, per esempio alle persone anziane, laddove le donne soffrono maggiormente di solitudine e presentano una prevalenza significativamente più alta di demenza a causa della loro aspettativa di vita superiore alla media.

Formazione, perfezionamento e aggiornamento dei professionisti della salute: Il settore della formazione è fondamentale per una maggiore inclusione degli aspetti legati al sesso e al genere nell'ambito sanitario. Viceversa, l'integrazione di tali aspetti nei percorsi di formazione, perfezionamento e aggiornamento ha dimostrato di contribuire alla riduzione delle disuguaglianze tra donne e uomini in materia di salute. L'istituzione di un sistema sanitario rispettoso della parità di genere non può essere raggiunta senza sensibilizzare studenti, insegnanti, ricercatori, tirocinanti, dirigenti e dipendenti. In Svizzera tuttavia, le conoscenze in materia sono state finora introdotte solo in maniera frammentaria nel sistema di istruzione. Si osserva comunque un impegno crescente e coordinato a livello nazionale, volto a radicare gli aspetti legati al sesso e al genere nelle linee guida e nei piani di studio dei percorsi di formazione, perfezionamento e aggiornamento attinenti alla salute, specialmente nei corsi di medicina e, in misura minore, nella formazione per le professioni sanitarie di fisioterapia, ergoterapia e infermieristica. Tuttavia, in molte altre professioni sanitarie, anche e soprattutto nell'intero settore del perfezionamento e dell'aggiornamento, sono state individuate solo poche attività in questo ambito. Inoltre, spesso mancano processi istituzionalizzati per valutare l'attuazione delle linee guida esistenti.

Mondo del lavoro in ambito sanitario (parità e discriminazione): Le problematiche nel settore *Gender Health* e medicina di genere discusse nel presente rapporto non possono essere affrontate indipendentemente dai contesti lavorativi delle professioni sanitarie. I sistemi di valori e i rapporti di potere improntati sugli stereotipi di genere nell'ambiente di lavoro e l'eccessiva rappresentazione degli uomini in numerosi settori medici di ricerca e di specializzazione, nonché ai livelli gerarchici più alti, contribuiscono in modo significativo allo svantaggio delle pazienti nell'assistenza sanitaria. Alla luce degli attuali molteplici svantaggi che le donne subiscono nelle professioni sanitarie a causa della mancanza di sostegno, dello scarso rispetto e/o delle molestie e violenze sessuali, le iniziative per la parità di genere e gli strumenti per la valorizzazione delle donne nel settore sanitario devono essere promossi in maniera più decisa rispetto al passato, a beneficio sia delle lavoratrici che delle pazienti. Le problematiche fondamentali del mondo del lavoro in ambito sanitario sono la gerarchizzazione tra professioni di «cure» (trattamento di una malattia) e di «care» (prendersi cura degli altri), ostacoli alla carriera delle donne in numerosi ambiti medici («Leaky Pipeline») nonché molestie e violenze sessuali.

Da questi settori problematici derivano le principali **misure proposte** elencate di seguito:

Gender Health e medicina di genere quale parte integrante del sistema sanitario: Secondo gli esperti e i portatori d'interessi intervistati, l'introduzione della parità di genere nel sistema sanitario svizzero non dovrebbe intendersi come un'*aggiunta*, bensì come *parte integrante* del sistema sanitario – a beneficio non solo delle donne, ma di tutti. Nello specifico, il settore *Gender Health* e medicina di

genere costituisce anche un tassello fondamentale della *medicina personalizzata* o *medicina di precisione*, che si sta attualmente sviluppando a livello internazionale.

Duplicata strategia per una politica sanitaria rispettosa della parità di genere: L'istituzione di un sistema sanitario rispettoso della parità di genere richiede una *duplicata strategia*. In primo luogo, il rafforzamento delle *competenze specialistiche in Gender Health e medicina di genere* nella ricerca e in ambito sanitario (p. es. incremento di cattedre, centri, ricerche e servizi specializzati, ma interdisciplinari); in secondo luogo, un *mainstreaming* capillare, ossia la piena integrazione e normalizzazione della prospettiva di genere nella ricerca, nell'assistenza e nella prevenzione nel sistema sanitario svizzero e in tutte le professioni sanitarie. Le due strategie sono strettamente legate, in quanto un *mainstreaming* efficace e basato sulle evidenze dipende dalla presenza delle conoscenze specialistiche necessarie.

Adeguamento e realizzazione di misure e offerte: Laddove possibile, l'*integrazione* (mainstreaming) degli aspetti legati al sesso e al genere dovrebbe concentrarsi sulle misure *esistenti*. Allo stesso tempo, in alcuni settori è effettivamente necessaria la creazione di misure e servizi specifici per le donne.

Gruppi di lavoro interdisciplinari, interprofessionali e diversificati: I centri di competenza specialistici (p. es. cattedre, centri, servizi specializzati) dovrebbero essere esplicitamente impostati in modo *interdisciplinare* e *interprofessionale* e i relativi gruppi di lavoro dovrebbero essere volutamente assortiti in maniera *diversificata*. Un modello esistente di buona pratica per entrambi questi aspetti è illustrato, per esempio, nelle linee guida del progetto di ricerca dell'UE Horizon³.

Considerazione del genere sociale (gender): Occorre prestare particolare attenzione agli *aspetti sociali di genere* (gender), di forte impatto, ma finora non sufficientemente considerati nel settore sanitario. In concreto, ciò significa che nel settore *Gender Health* e medicina di genere, accanto alle conoscenze nel campo delle scienze mediche e naturali devono essere sempre più incluse quelle derivanti dalle scienze sociali, dalla psichiatria, dalla psicologia, dalla filosofia, dall'economia e dai settori di specializzazione interdisciplinari come gli studi di genere o la sanità pubblica.

Introduzione, sviluppo, monitoraggio e applicazione delle linee guida: In tutti i settori problematici principali qui discussi è emersa la carenza sistematica di linee guida sensibili al genere. Per quanto alcune di queste linee guida esistano già, per esempio nei settori della ricerca e dell'istruzione, spesso non vengono attuate se non in maniera insufficiente. È pertanto fondamentale *elaborare e attuare* procedure regolari per la verifica e l'applicazione delle linee guida esistenti, ricorrendo se necessario a incentivi e/o sanzioni.

Gender Health e medicina di genere quale obiettivo di qualità della Confederazione: Come misura prioritaria è stato inoltre proposto di dichiarare la promozione della Global Health e della medicina di genere come obiettivo di qualità della Confederazione, con relativo mandato alla Commissione federale per la qualità (CFQ).

Diffondere esempi di buona pratica: Il presente rapporto contiene numerosi esempi nazionali e internazionali di buone pratiche per l'attuazione di una medicina e di un'assistenza sanitaria rispettose della parità di genere. Tali esempi di integrazione degli aspetti legati al sesso e al genere dovrebbero essere resi maggiormente noti ai gruppi target interessati.

Migliore attuazione pratica delle conoscenze esistenti: Per questo settore, gli esperti e i portatori d'interessi intervistati sottolineano che spesso le conoscenze comprovate nel settore *Gender Health* e medicina di genere trovano scarso riscontro nella pratica clinica, per esempio in materia di diagnosi e trattamento. È quindi necessario condurre ricerche sugli ostacoli alla trasmissione delle conoscenze

³ Cfr.: <https://grants.nih.gov/policy/inclusion/women-and-minorities/guidelines.htm> (accesso 13 aprile 2023).

disponibili alla pratica clinica. Sulla base dei risultati di tali ricerche devono essere elaborati o rielaborati processi atti a colmare la lacuna tra teoria e pratica.

Monitoraggio dei progressi nel settore *Gender Health* e medicina di genere: Si raccomanda di assegnare la responsabilità del tema *Gender Health* e medicina di genere a un servizio dell'Amministrazione federale (p. es. dell'UFSP o dell'UFU). Il servizio designato dovrà verificare e riportare regolarmente l'avanzamento dell'attuazione delle misure raccomandate e adottate a tale riguardo.

Temi trasversali ricerca, formazione e mondo del lavoro: Il rapporto tratta i temi *mondo del lavoro*, *formazione* e *ricerca* come aree tematiche separate, ma vanno intesi come temi trasversali che rivestono un ruolo importante in tutti i settori problematici principali.

Il rapporto elenca inoltre tutte le misure e le buone pratiche attuali nonché diverse misure urgenti per ridurre i problemi esistenti in tutti i settori problematici principali. Le misure proposte si collocano a diversi livelli e spaziano dalla ricerca necessaria a colmare le lacune esistenti in termini di conoscenze, all'attuazione di linee guida e misure di sensibilizzazione, fino all'adozione di misure per la parità di genere.

1. Einleitung

Am 21.06.2019 reichte Nationalrätin Laurence Fehlmann Rielle das Postulat 19.3910 «Gesundheit der Frauen. Bessere Berücksichtigung ihrer Eigenheiten» ein. In diesem Postulat fordert Fehlmann Rielle den Bundesrat auf, in einem Bericht aufzuzeigen, «welche Massnahmen bereits getroffen wurden oder anzustossen wären, damit die Wissenschaft und das Gesundheitspersonal in den Bereichen Forschung, Prävention und Pflege die spezifischen Bedürfnisse der Frauen besser berücksichtigen».⁴ Beim vorliegenden Bericht handelt es sich um einen wissenschaftlichen Grundlagenbericht, der dem Departement des Innern als Grundlage für die Erstellung des Postulatsberichts des Bundesrats dienen soll.

Neben dem Postulat Fehlmann Rielle soll der vorliegende Bericht ausserdem so weit als möglich die Fragen aus vier weiteren Postulaten zum Thema Gesundheit und Geschlecht berücksichtigen, welche im selben Zeitraum eingereicht, jedoch mit Verweis auf die Annahme des Postulats Fehlmann Rielle abgelehnt oder zurückgezogen wurden. Dabei handelt es sich namentlich um die Motion 19.3577⁵ von Bea Heim, das Postulat 20.3093⁶ und die Motion 20.3092⁷ von Léonore Porchet sowie die Interpellation 21.4231⁸ von Yvonne Feri. Dass das Thema Gesundheit und Geschlecht derzeit grundsätzlich eine hohe politische Priorität besitzt, zeigen zudem die grosse Anzahl weiterer Vorstösse, welche unterdessen – unter anderem im Kontext des Frauenstreiks 2019 und der Frauensession 2021 – eingereicht wurden. Besonders zu erwähnen sind die zahlreichen Vorstösse spezifisch zum Thema Endometriose, darunter das Postulat 23.3009⁹ der ständerätlichen Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur, welches im März 2023 angenommen wurde. Weiter ist auf zwei von der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit eingereichten Motionen hinzuweisen, die Motion 22.3868¹⁰ zu Gender-Medizin (vom Nationalrat teilweise¹¹ angenommen und an den Ständerat weitergeleitet) und die Motion 22.3869¹² zur Förderung von Forschung und Therapie für spezifische Frauenkrankheiten (angenommen). Siehe auch Anhang 3 für eine Übersicht über die verschiedenen politischen Vorstösse.

Die wachsende Aufmerksamkeit für das Thema Gesundheit und Geschlecht ist aus wissenschaftlicher Perspektive gerechtfertigt. Die internationale Forschung hat in den letzten zwanzig Jahren den Einfluss von Geschlecht auf Gesundheit und Krankheit immer deutlicher aufgezeigt und Geschlecht als eine wichtige Determinante von Gesundheit nachgewiesen (Oertelt-Prigione 2023; Heise et al. 2019). Gleichzeitig persistieren in der Schweiz – wie dieser Bericht aufzeigt – diesbezüglich Wissens- und Angebotslücken.

Frauen und Männer sind unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, sind verschieden im Gesundheitsverhalten, sind anders von Krankheiten betroffen und werden in Bezug auf Gesundheit und Krankheit in der Öffentlichkeit und im Gesundheitswesen unterschiedlich wahrgenommen und angesprochen. Die internationale Forschung hat aufgezeigt, dass Frauen auch in Ländern mit hohem Einkommen (High Income Countries) oftmals eine schlechtere Gesundheitsversorgung erhalten als

⁴ Postulatstext siehe: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20193910> (Zugriff 27.3.2023).

⁵ Homo mensura. La recherche et la médecine sont-elles androcentrées? / Homo mensura. Der Mann, das Mass in Forschung und Medizin?

⁶ Gesundheitswesen durch die Gleichstellungsbrille betrachten / Domaine de la santé. Mettre les lunettes de l'égalité.

⁷ Geschlechterunterschiede als Thema in der medizinischen Lehre und Forschung / Intégrer le genre dans la formation et la recherche médicales.

⁸ Fehlende geschlechterspezifische Daten im Gesundheitswesen / Manque de données différenciées selon les sexes dans le domaine de la santé.

⁹ Strategie für die frühzeitige Erkennung von Endometriose / Stratégie de détection précoce de l'endométriose.

¹⁰ Gender-Medizin. Schluss mit Frauen als Ausnahme in der Medizin / Approche genre en médecine. Les femmes ne doivent plus être une exception.

¹¹ Annahme Buchstaben a und c, Ablehnung Buchstabe b.

¹² Förderung von Forschung und Therapie für spezifische Frauenkrankheiten / Maladies touchant particulièrement les femmes. Promotion de la recherche et des traitements.

Männer. Bei Frauen werden etwa weniger diagnostische Abklärungen vorgenommen, wodurch häufige Krankheiten wie Myokardinfarkte oder Alzheimer bei Frauen unterdiagnostiziert bleiben. Auch erhalten Frauen weniger invasive Behandlungen (Mauvais-Jarvis et al. 2020; Hay et al. 2019). Diese Ungleichbehandlung hängt einerseits damit zusammen, dass biologische Unterschiede zwischen den Geschlechtern (bspw. in der Symptomatik bei Myokardinfarkt) noch ungenügend untersucht und/oder bestehendes Wissen in der Praxis mangelhaft umgesetzt wird. Andererseits spielt eine wichtige Rolle, dass Frauen aufgrund von geschlechterstereotypen Vorannahmen anders wahrgenommen und adressiert werden. So werden zum Beispiel Menstruationsbeschwerden oftmals nicht ernst genommen und dadurch unter anderem die Erkennung von Endometriose erschwert (Chen et al. 2008; Kiesel und Sorouni 2019).

Bei der Untersuchung von Geschlechterunterschieden spielt die Unterscheidung zwischen *Sex* und *Gender* eine wichtige Rolle. «Sex» bezeichnet in der englischsprachigen Geschlechterforschung das biologische Geschlecht. Dieses wird in der Forschung und im Gesundheitswesen meist als entweder männlich oder weiblich bezeichnet – wobei die vielfältigen weiteren Ausformungen von biologischem Geschlecht unterschlagen werden. Ein «Sex»-Unterschied zwischen Frauen und Männern ist zum Beispiel, dass Frauen Medikamente anders metabolisieren (Farkouh et al. 2020; Soldin und Mattison 2009) oder dass Frauen bei einem Myokardinfarkt oftmals andere Symptome aufweisen als Männer (Regitz-Zagrosek und Gebhard 2023; Regitz-Zagrosek und Schmid-Altringer 2021).

Gender bezeichnet das soziale Geschlecht. Es umfasst alle Aspekte von Geschlecht, welche kulturell und gesellschaftlich verfasst sind, wie Geschlechterstereotype und -rollen oder geschlechterspezifische Arbeitsteilungen. Diese Stereotype, Rollen und sozialen Strukturen sind normalisiert, werden also als «normal» oder gar «natürlich» wahrgenommen. Dies verschleiert ihre soziale Verfasstheit und erschwert es zu erkennen, wie sich gesellschaftliche Werte und Normen und die daraus resultierenden Ungleichheiten auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Frauen auswirken (Heise et al. 2019). Gleichzeitig – weil sie nur vermeintlich «natürlich» sind – müssen diese Geschlechternormen gesellschaftlich permanent neu verhandelt werden. Somit sind genderbasierte Ungleichheiten im Gesundheitswesen grundsätzlich veränderbar und Ungerechtigkeiten mit geeigneten Massnahmen reduzierbar (Schwarz et al. 2019).

Laut Schwarz et al. (2019) wird in der schweizerischen Gesundheitspolitik und -versorgung dem sozialen Geschlecht als Einflussfaktor auf die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung bis anhin zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Wo Geschlecht überhaupt berücksichtigt wird, wird es häufig auf rein biologische Faktoren reduziert. Wie auch dieser Bericht verdeutlicht, ist die Berücksichtigung der sozialen Verfasstheit von Geschlecht für die Umsetzung einer geschlechtergerechten Gesundheitspolitik aber unerlässlich.¹³ Das bedeutet unter anderem, dass neben medizinisch-naturwissenschaftlichen Perspektiven zwingend auch unter anderem sozialwissenschaftliche, psychologische, philosophische oder ökonomische Perspektiven sowie Perspektiven aus interdisziplinären Fachbereichen wie den Gender Studies oder Public Health einzunehmen sind. Um echte Interdisziplinarität und Interprofessionalität zu etablieren, müssen die verschiedenen Perspektiven dabei dynamischer als bislang integriert werden und verstärkt miteinander zusammengebracht werden. Um den dringenden Bedarf nach dieser fachlichen Breite respektive nach Intersektionalität sowie Interprofessionalität zu unterstreichen, verwenden wir in diesem Bericht den Begriff *Gender Health/Medicine* anstatt lediglich *Gender Medicine*, wie er etwa im Vorschlag für ein neues Nationales Forschungsprogramm (NFP) zu *Gender Medicine*¹⁴ oder im CAS *Sex- and Gender-Specific Medicine* der Universitäten Bern und Zürich verwendet wird.

¹³ Ein Fokus auf das soziale Geschlecht wird auch in der Begründung zum Postulat Fehlmann Rielle verlangt, wo die folgenreiche stereotype Wahrnehmung und Ansprache von Frauen im Gesundheitswesen als eines von zwei Grundproblemen angeführt wird.

¹⁴ Im Rahmen der NFP-Prüfrunde 2022/23 wurde ein Vorschlag zu Gendermedizin eingereicht. Siehe: <https://www.sbf.admin.ch/sbfi/de/home/forschung-und-innovation/forschung-und-innovation-in-der-schweiz/foerderinstrumente/nationale-forschungsprogramme-nfp.html#-1915063253> (Zugriff 1. Mai 2023).

Weiter ist einleitend festzuhalten, dass sich geschlechterspezifische Ungleichheiten negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden *aller* Geschlechter auswirken können (Heymann et al. 2019). Nachteile im Gesundheitssystem betreffen dabei Frauen, trans/non-binäre Personen und Männer auf jeweils spezifische Weise. Eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und -versorgung muss sich folglich grundsätzlich mit den Benachteiligungen *aller* Geschlechter befassen. Gemäss dem Pflichtenheft für den vorliegenden Grundlagenbericht beschränkt sich dieser jedoch explizit auf die Untersuchung der Benachteiligungen von *Frauen*. Benachteiligungen von Männern sowie von Personen mit weiteren Geschlechtern und sexuellen und geschlechtlichen Identitäten (Bundesrat 2022) können deshalb explizit nicht berücksichtigt werden. Dennoch gilt es stets in Erinnerung zu behalten, dass in der Forschung und im Gesundheitswesen meist mit einem binären und heterozentrierten Geschlechterkonzept gearbeitet wird, welches von zwei klar voneinander abtrennbaren und zudem heterosexuell ausgerichteten Geschlechtern (Mann/männlich/heterosexuell und Frau/weiblich/heterosexuell) ausgeht, während von dieser Norm abweichende Körper und Identitäten und ihre Eigenheiten unberücksichtigt und somit benachteiligt bleiben.

Zudem fokussiert der vorliegende Bericht gemäss Pflichtenheft auf die Benachteiligung von Frauen *im Vergleich zu Männern*. Frauenspezifische Bereiche in der Gesundheitsversorgung, welche das weibliche Geschlecht respektive frauenspezifische Gesundheitsproblematiken per Definition berücksichtigen, namentlich die gynäkologische Versorgung im Allgemeinen und die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen¹⁵, werden nur am Rande behandelt. Damit klammert der vorliegende Bericht Themenbereiche aus, für welche hier befragte Stakeholder einen hohen Handlungsbedarf diagnostizieren, wie zum Beispiel Schwangerschaftsschutz. Eine explizite Ausnahme bildet die ausführliche Diskussion der frauenspezifischen Krankheit Endometriose. Anhand dieser wird exemplarisch aufgezeigt, dass frauenspezifische Gesundheitsanliegen oftmals vernachlässigt werden und namentlich frauenspezifische Krankheiten (oder Krankheiten mit hohen Prävalenzen unter Frauen) oftmals Lücken in Forschung, Prävention und Versorgung aufweisen.

Neben Geschlecht prägen zudem weitere soziale Kategorien wie insbesondere Alter, Migration und sozioökonomischer Status die Gesundheit und den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Das Gesundheitssystem muss deshalb stets auch aus einer *intersektionalen* Perspektive betrachtet werden (Weber 2020). Frauen, die mehrfach benachteiligt sind, wurden dabei als besonders vulnerabel identifiziert. Zum Beispiel leiden Frauen mit Migrationsbiografie und/oder niedrigem sozioökonomischem Status häufiger unter Depressionen als Männer (Trevisan 2020); ein zweites Beispiel sind geflüchtete Frauen, für welche der Zugang zur Gesundheitsversorgung eingeschränkt bleibt, insbesondere in Bezug auf Dienstleistungen in den Bereichen sexuelle und psychische Gesundheit (SKMR 2019). Aufgrund ihrer thematischen Eingrenzung kann in dieser Studie jedoch nur exemplarisch eine intersektionale Perspektive eingenommen werden; teilweise wird insbesondere auf die Kategorien Alter und Migration eingegangen.

Eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung beinhaltet weiter die Beseitigung von geschlechterbedingten Benachteiligungen am *Arbeitsplatz Gesundheitswesen*. Nach wie vor bekleiden Frauen insbesondere im medizinischen Bereich selten bedeutende Führungspositionen, selbst wenn sie auf den unteren Hierarchiestufen des entsprechenden Bereichs gleich- oder sogar übervertreten sind. Aufgrund des Effekts der für die Schweiz hinlänglich nachgewiesenen «Leaky Pipeline» (s. Kapitel 3.6.) lässt sich von heute hohen Frauenanteilen unter Medizinstudierenden und Assistenzen nicht automatisch auf eine entsprechende künftige Erhöhung des Frauenanteils in ärztlichen Führungspositionen schliessen. Weiter weist das Gesundheitswesen als Resultat der anhaltenden Wirkmächtigkeit traditioneller Geschlechterrollen sowohl auf internationaler als auch nationaler Ebene eine geschlechterspezifische Arbeitsteilung zwischen «Cure»- und «Care»-Berufen auf, wobei das Verhältnis zwischen den beiden Berufsgruppen zu Gunsten der «Cure»-Berufe hierarchisiert ist. Diese Probleme

¹⁵ Siehe dazu die Fachstellen sexuelle Gesundheit (siehe: <https://www.sexuelle-gesundheit.ch/was-wir-tun/verzeichnis-der-fachstellen-sexuelle-gesundheit>) (Zugriff 10. Mai 2023) und «Sexuelle Gesundheit Schweiz» (siehe: <https://www.sexuelle-gesundheit.ch/>) (Zugriff 10. Mai 2023).

sind dem System inhärent und müssen entsprechend auf strategischer und struktureller Ebene angegangen werden.

Schliesslich ist einfürend festzuhalten, dass der vorliegende Bericht teilweise einen medizinischen Bias aufweist. Im Rahmen dieses zeitlich engen Mandats war es nicht möglich, die Gesamtheit der gesundheitsbezogenen Forschung und des Gesundheitssystems in Bezug auf die im Postulat nachgefragten Themenbereiche Wissenschaft, Prävention und Versorgung sowie alle Gesundheitsberufe¹⁶ in der Schweiz gleichermaßen zu berücksichtigen. Aus diesem Grund musste verschiedentlich exemplarisch vorgegangen werden (s. dazu auch die nachfolgenden Ausführungen). Der medizinische Bias ist jedoch zumindest teilweise auch auf die Datenlage zurückzuführen (s. bspw. Kapitel 3.5.).

Mit seinen Anliegen fügt sich das Postulat Fehlmann Rielle in internationale Bestrebungen für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung ein, zu welchen sich auch die Schweiz verpflichtet hat. Bereits in der Alma-Ata Deklaration der World Health Organisation (WHO) von 1978 wurde festgehalten, dass Regierungen für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung verantwortlich sind und Bedingungen schaffen müssen, die es allen Menschen ermöglichen, gesund zu bleiben und ein gesundes Leben zu führen (siehe auch UN-Agenda 2030) (WHO 1978; Schnyder-Walser et al. 2015; United Nations 2015). Der Internationale Pakt der Vereinten Nationen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1966 hält zudem in Artikel 12 explizit fest, dass alle *Frauen und Männer* das Recht auf das *erreichbare Höchstmass* an Gesundheit haben.¹⁷ Noch spezifischer in Bezug auf das Geschlecht besagt das «Madrid Statement: Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward» der WHO (2002)¹⁸: «Um den höchsten Gesundheitsstandard zu erreichen, muss die Gesundheitspolitik anerkennen, dass Frauen und Männer, aufgrund ihrer biologischen Unterschiede und ihrer Geschlechterrollen unterschiedliche Bedürfnisse, Hindernisse und Chancen haben» (WHO 2002).¹⁹ Sowohl international als auch in der Schweiz werden jedoch bis heute in der gesundheitsbezogenen Forschung und im Gesundheitssystem geschlechterspezifische Ungleichheiten sowohl widerspiegelt als auch reproduziert (Hay et al. 2019; Weber 2020; Weber 2022). Das bedeutet einerseits, dass sich gesamtgesellschaftlichen Bestrebungen hin zur Gleichstellung der Geschlechter immer auch positiv auf die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung von Frauen auswirken werden; während andererseits Bestrebungen nach mehr Geschlechtergerechtigkeit in der Forschung und im Gesundheitssystem einen wichtigen Beitrag zur allgemeinen Gleichstellung leisten.

¹⁶ Mit «Gesundheitsberufen», «Gesundheitsfachpersonen» und «Gesundheitspersonal» sind in diesem Bericht in weitesten Sinne Berufe und entsprechend ausgebildetes Fachpersonal gemeint, welche einen engen Bezug zu Gesundheit und Krankheit aufweisen, wie bspw. Ärzt:innen, Pflegenden, Physiotherapeut:innen oder Psycholog:innen. Gegebenenfalls werden bei Bedarf spezifische Berufsgruppen genannt. Somit weicht der Bericht von den Berufsdefinitionen im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) (Ärzt:innen, Zahnärzt:innen, Apotheker:innen, Tierärzt:innen, Chiropraktiker:innen) respektive dem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG) (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammen, Ernährung und Diätetik, Optometrie, Osteopathie) ab. Dies aus Gründen der Leserlichkeit, aber auch der Vollständigkeit, um bspw. Berufsfelder wie die Psychologie mitzuadressieren.

¹⁷ The United Nations International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Article 12: «All women and men have the right to the highest attainable standard of health». Siehe <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights> (Zugriff 10. April 2023).

¹⁸ Gender Mainstreaming bedeutet gemäss dem Madrid Statement (2002), geschlechterspezifische Belange bei der Formulierung, Überwachung und Analyse von Politiken, Programmen und Projekten integrieren, mit dem Ziel sicherzustellen, dass Frauen und Männer den höchstmöglichen Gesundheitsstatus erreichen. Gender Mainstreaming setzt Veränderungen in den Organisationskulturen und Denkweisen voraus und schlägt sich in Zielsetzungen, Strukturen und Mittelzuweisungen nieder.

¹⁹ «To achieve the highest standard of health, health policies have to recognize that women and men, owing to their biological differences and their gender roles, have different needs, obstacles and opportunities.»

2. Methodisches Vorgehen

Ziel des vorliegenden Grundlagenberichts ist es, eine wissenschaftliche Grundlage zu schaffen, um folgende im Postulat Fehlmann Rielle aufgeworfenen Fragen zu beantworten:

- ⇒ In welchen Bereichen werden Frauen in der Schweiz in der medizinischen Wissenschaft, Prävention und Versorgung benachteiligt? (Identifizierung von Hauptproblembereichen)
- ⇒ Welche Massnahmen sind bereits getroffen worden, damit die spezifischen Bedürfnisse der Frauen in medizinischen Wissenschaften sowie im Gesundheitssystem (Prävention und Versorgung) besser berücksichtigt werden?
- ⇒ Welche weiteren Massnahmen müssen angestossen werden, damit die spezifischen Bedürfnisse der Frauen in medizinischen Wissenschaften sowie in der Prävention und der Versorgung besser berücksichtigt werden?

Ausgehend von diesen Fragen wurde 1) eine Analyse der Situation in der Schweiz in Bezug auf die Wissenschaft, Prävention und Versorgung vorgenommen und 2) bestehende Massnahmen zusammengetragen und Massnahmenvorschläge erarbeitet. Die Forschung wurde zwischen September 2022 und März 2023 durchgeführt. Das Forschungsteam setzte sich aus vier Mitarbeitenden des Interdisziplinären Zentrums für Geschlechterforschung (IZFG) der Universität Bern sowie drei Mitarbeitenden der Berner Fachhochschule (BFH), Abteilung Pflege, zusammen (s. Deckblatt), wobei die BFH vornehmlich an der Erarbeitung der Situationsanalyse (Expert:inneninterviews) beteiligt war. Dem Team standen zudem drei interne Expertinnen aus dem Bereich Gender Health/Medicine zur Seite (s. Deckblatt). Diese unterstützten das Forschungsteam unter anderem bei der Literaturrecherche; bei der Auswahl der fünf exemplarischen Krankheitsbilder (s. unten); und bei der Definition der sechs Hauptproblembereiche (s. unten). Ausserdem trugen sie mit einführenden Inputs und Diskussionsbeiträgen zu den Stakeholder-Workshops (s. unten) bei; und kommentierten den Berichtsentwurf.²⁰ Ausserdem wurde das Forschungsteam während des gesamten Forschungsprozesses von einer Begleitgruppe aus der Bundesverwaltung begleitet (Vertretungen Bundesamt für Gesundheit (BAG), Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI), Schweizerische Zulassungs- und Aufsichtsbehörde für Arzneimittel und Medizinprodukte (Swissmedic)).

2.1. Situationsanalyse Schweiz und Identifikation der Hauptproblembereiche

In der ersten Forschungsphase (Oktober bis Dezember 2022) wurde eine Situationsanalyse der Schweiz durchgeführt, die sich an den im Postulat genannten Themen Wissenschaft, Prävention und Versorgung orientierte. In dieser Phase wurden 1) eine selektive internationale Literaturrecherche und eine umfassendere Recherche zu Schweizer Literatur zum Thema Gesundheit und Geschlecht²¹ sowie 2) ausführliche Expert:inneninterviews mit 15 Expert:innen (s. Anhang 1) aus der Schweiz sowie ausführliche Gespräche mit den internen Expertinnen durchgeführt. Da das Themengebiet aus forschungspragmatischen Gründen eingegrenzt werden musste, wurde in dieser Phase exemplarisch anhand von fünf relevanten Krankheitsbildern gearbeitet: Lungenkarzinom, Myokardinfarkt, Depression, Demenz und Endometriose. Diese Krankheitsbilder zeichnen sich einerseits durch eine hohe Prävalenz unter Frauen aus. Andererseits eignen sie sich als Fallbeispiele besonders gut, weil sie als sogenannte «information-rich cases» bezeichnet werden können, als Fälle also, anhand derer sich besonders viele allgemeingültige Aussagen in Bezug auf das Thema Gesundheitsversorgung der Frauen in der Schweiz ableiten lassen.

²⁰ Mit Dr. med. Berna Özdemir und Dr. Joëlle Schwarz wurden zusätzlich formelle Expert:inneninterviews durchgeführt, s. Anhang 1.

²¹ Wobei anzumerken ist, dass Literatur im Bereich Gender Health/Medicine mit Bezug zur Schweiz teilweise limitiert vorhanden ist.

Basierend auf den Ergebnissen dieser ersten Forschungsphase wurden in Zusammenarbeit mit der Begleitgruppe und den internen Expertinnen sechs Hauptproblembereiche in Bezug auf die Gesundheitsversorgung von Frauen in der Schweiz identifiziert: Forschung, Medikamentenentwicklung und Behandlung; Erkennung und Diagnostik; Prävention, Rehabilitation und Langzeitversorgung; Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachpersonen; und Arbeitswelt Gesundheitswesen (Gleichstellung und Diskriminierung).

2.2. Stakeholder-Workshops zur Erarbeitung von Massnahmenvorschlägen

In der zweiten Forschungsphase (Januar bis März 2023) wurde zu jedem dieser Hauptproblembereiche im Februar 2023 je ein halbtägiger Stakeholder-Workshop durchgeführt (vor Ort in Bern). Das Ziel der Workshops war es, Problematiken und bereits bestehende Massnahmen in den jeweiligen Themenbereichen zusammenzutragen sowie Massnahmenvorschläge zu diskutieren und zu erarbeiten. Die Stakeholder wurden gemeinsam mit den internen Expertinnen, den interviewten Expert:innen sowie der Begleitgruppe identifiziert. Von über 100 eingeladenen Stakeholdern nahmen 61 an den Workshops teil (s. Anhang 2). Insgesamt nahmen 67 Personen an einem Expert:inneninterview und/oder an mindestens einem der sechs Workshops teil. Damit kann von einer – gemessen an der verfügbaren Zeit – relativ breit abgestützten Datenerhebung gesprochen werden.

Eine flächendeckende Erhebung aller in der Schweiz bereits existierenden Massnahmen in den sechs Themenbereichen war im Rahmen dieses Mandates nicht möglich. Die im Bericht genannten existierenden Massnahmen wurden vor allem im Rahmen der Expert:inneninterviews und der Stakeholder-Workshops erhoben, stammen teilweise aber auch aus der Literatur (s. Literaturverweise). Sie erscheinen in diesem Bericht einerseits als «Good Practices» im Kontext der Massnahmenvorschläge und sind andererseits in die Situationsanalysen in den Kapiteln 3.1.–3.6. integriert.

Anmerkung zum Verweis auf Aussagen von Expert:innen und Stakeholdern im Bericht

Wird in diesem Bericht auf Aussagen von «Expert:innen und Stakeholdern» verwiesen, sind damit stets Aussagen von in den Expert:inneninterviews befragten Expert:innen sowie Aussagen von Teilnehmenden an den sechs genannten Stakeholder-Workshops gemeint.

Anmerkung zu den Massnahmenvorschlägen und Zuständigkeiten

In Bezug auf die Massnahmenvorschläge nennt dieser Bericht auf Wunsch der Auftraggeberin teilweise mögliche Akteur:innen respektive mögliche zuständige Stellen für die Federführung, Umsetzung und/oder für die Überprüfung und Durchsetzung von Massnahmen. Dazu ist anzumerken, dass es im Rahmen dieses zeitlich engen Mandats nicht möglich war, alle relevanten Prozesse in den sechs besprochenen breiten Themenbereichen im Detail zu erfassen und die zuständigen Stellen für die Umsetzung der dort vorgeschlagenen Massnahmen abschliessend zu identifizieren. Erstens sind die zugrundeliegenden Prozesse und die Zuständigkeiten in den sechs Themenfeldern äusserst *zahlreich* und *komplex*. Es konnte deshalb nur anhand von Beispielen untersucht werden, wie und von wem etwa Curricula für die verschiedenen Gesundheitsberufe ausgearbeitet werden; wie die Bewilligungsverfahren für die Herausgabe von individualisierten Daten aus der Pharmaindustrie an Schweizer Forschende ablaufen; welche allfälligen Prozesse Spitäler eingerichtet haben für die Meldung von sexueller Belästigung. Zweitens sind die Zuständigkeiten im Rahmen der Untersuchung teilweise *unklar* geblieben, respektive wurden teilweise von verschiedenen Stellen oder von verschiedenen Personen innerhalb einer bestimmten Stelle widersprüchliche Aussagen zu den Zuständigkeiten gemacht. Die benannten Zuständigkeiten sind nur als Vorschlag zu verstehen. Es wird die Aufgabe der ausführenden Stellen sein, die definitiven Zuständigkeiten zu klären. Weiter sind in den meisten Fällen *mehrere* Stellen in einer Massnahme involviert, sei es in unterschiedlichen Rollen (Federführung, Umsetzung, Monitoring, etc.) oder in Bezug auf verschiedene Teile einer Massnahme. Hier erhebt der Bericht keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Auch die *definitive Ausformulierung* der Massnahmen kann hier nicht geleistet werden und wird durch die ausführenden Stellen vorzunehmen sein. Schliesslich ist

anzumerken: Dieser Bericht basiert auf Massnahmenvorschlägen von 67 interviewten Expert:innen und Workshopteilnehmenden (ergänzt durch Literatur zu diesen Massnahmen). Die Liste der im Bericht schliesslich berücksichtigten Massnahmen ist jedoch Resultat einer *Selektionierung* und *Priorisierung* durch das Forschungsteam. Namentlich wurden darin nur diejenigen Vorschläge berücksichtigt, welche in den Interviews und/oder den Stakeholder-Workshops in einer gewissen *Ausführlichkeit* und/oder als *besonders dringlich* besprochen wurden und/oder welche *mehrfach*, von verschiedenen Personen, genannt wurden. Jede weitere Priorisierung unterliegt den ausführenden Stellen. Im Kapitel 3.7 sind generelle Massnahmenvorschläge formuliert, spezifische Massnahmenvorschläge zu allen definierten Themenbereichen werden in Kapitel 3.1–3.6 behandelt.²²

3. Hauptproblembereiche und Massnahmenvorschläge im Bereich Gender Health/Medicine

Dieses Kapitel behandelt sechs Hauptproblembereiche (nachfolgend: Themenbereiche) der Gender Health/Medicine, welche wie oben beschrieben aus den Literaturrecherchen, Expert:inneninterviews und Stakeholder-Workshops herauskristallisiert werden konnten:

- ⇒ Forschung, Medikamentenentwicklung und Behandlung
- ⇒ Prävention
- ⇒ Erkennung und Diagnostik
- ⇒ Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung
- ⇒ Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachpersonen
- ⇒ Arbeitswelt Gesundheitswesen (Gleichstellung und Diskriminierung)

Die nachfolgenden Kapitel sind nach diesen Themenbereichen gegliedert und repräsentieren den Hauptteil des vorliegenden Berichts. Die Kapitel sind jeweils wie folgt aufgebaut:

- 1) Erkenntnisse aus der internationalen Forschung zum Themenbereich.
- 2) Analyse der Situation in der Schweiz in Bezug auf diesen Themenbereich – basierend auf Literatur, welche sich explizit auf die Schweiz bezieht, sowie auf Wissen und Einschätzungen der befragten Expert:innen und Stakeholder.
- 3) Auflistung der identifizierten Probleme innerhalb dieses Themenbereichs. Zu jedem Problem wird Folgendes aufgeführt: 1) Kurzbeschreibung des Problems; 2) genereller Handlungsbedarf; 3) Massnahmenvorschläge mit Vorschlägen zu möglichen Zuständigkeiten. Vorschläge für die Zuständigkeiten werden teilweise direkt in den einzelnen Massnahmen aufgeführt und stets auch zusammenfassend in einem separaten Abschnitt am Schluss jeder Massnahmenliste aufgeführt.

Anmerkung zu Massnahmenvorschlägen im Zusammenhang mit Forschungsbedarf

Wie dieser Bericht aufzeigt, bestehen im Bereich Gender Health/Medicine grosse Wissenslücken, deren Schliessung Forschungsanstrengungen erfordern. Um in der Folge eine Wiederholung der vorgeschlagenen Zuständigkeiten im Bereich Forschung bei jeder Nennung eines Forschungsbedarfs zu vermeiden, sollen diese Zuständigkeiten hier einfürend beschrieben werden.

In der Verantwortung für das Füllen der Forschungslücken im Bereich Gender Health/Medicine stehen grundsätzlich die Forschenden, aber auch die Universitäten, die Forschungsförderinstitutionen, die

²² Der Fokus der Massnahmen soll wo möglich auf die Einbettung (Mainstreaming) von Sex- und Genderaspekten in bestehende Strategien oder Massnahmen gelegt werden. Gleichzeitig wird in einigen Bereichen ein Aufbau neuer spezialisierter Angebote benötigt.

Bundesverwaltung und letztlich die Politik. In Bezug auf die Forschungsförderinstitutionen ist zu präzisieren:

Im Bereich der Grundlagenforschung spielen der *Schweizerische Nationalfonds (SNF)* respektive dessen Forschungsförderungsinstrumente eine zentrale Rolle. Dazu gehören unter anderem die Nationalen Forschungsprogramme (NFP) (namentlich der im Rahmen der NFP-Prüfung 2022/23 eingereichte Vorschlag für ein NFP zu *Gender Medicine*) und Nationale Forschungsschwerpunkte (NFS); im Bereich der klinischen Forschung die Investigator Initiated Clinical Trials (IICT) des SNF²³; oder das Förderinstrument BRIDGE²⁴ an der Schnittstelle von Grundlagenforschung und wissenschaftsbasierter Innovation (in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Agentur für Innovationsförderung (Innosuisse)).

Neben der Grundlagenforschung kommt zudem der *angewandten Forschung* (bspw. gefördert durch Innosuisse) sowie der *Auftragsforschung* und der *Ressortforschung des Bundes*²⁵ eine wichtige Rolle zu. In Bezug auf Datensammlung und -bereitstellung können zudem verschiedene Verwaltungsstellen und weitere Organisationen einbezogen werden wie etwa das Bundesamt für Statistik (BFS) oder die Krankenversicherungen.

Ein weiteres wichtiges Instrument für die Förderung geschlechterspezifischer Forschung im Gesundheitsbereich ist der Aufbau von *spezialisierten, interdisziplinären Professuren und Zentren*, siehe auch Kapitel 3.5 und 3.7.

In der Umsetzung von Massnahmen, welche die Forschung betreffen, ist die Autonomie der Forschenden, der Professuren und der Hochschulen zu berücksichtigen. Dies gilt allerdings nur, sofern die Autonomie ethisch korrekte und chancengleiche Entscheide beinhaltet. Ethisch korrekt und chancengleich ist die Autonomie im Falle von Forschung zu Gender Health/Medicine dann, wenn nachweislich mindestens beide Geschlechter, besser alle Geschlechter, in allen Forschungsprojekten sensitiv respektive ihren berechtigten Ansprüchen gemäss berücksichtigt werden.²⁶

3.1. Themenbereich 1: Forschung, Medikamentenentwicklung und Behandlung

Dieses Kapitel bezieht sich hauptsächlich auf die biomedizinische Grundlagenforschung sowie auf die klinische Forschung. Weitere Erkenntnisse aus der inter/nationalen Forschung im Bereich Gender Health/Medicine und weiterer Forschungsbedarf werden im Rahmen der entsprechenden Themenbereiche diskutiert (Kapitel 3.2.–3.6.)

Erkenntnisse aus der internationalen Forschung – medizinische Grundlagenforschung und klinische Forschung

Bis spät ins 20. Jahrhundert blieben in der Grundlagenforschung und in der klinischen Forschung die Unterschiede zwischen den Geschlechtern weitgehend unberücksichtigt (Brenna 2021). Marianne Legato, eine Pionierin im Bereich der Gendermedizin, bezeichnete Frauenmedizin als «Bikini-Medizin», weil Mediziner:innen lange stets davon ausgingen, dass die Körperteile, die Frauen biologisch von Männern unterscheiden, mit einem Bikini bedeckt werden können (Legato 1992, zitiert in Pinn 2017). Der weibliche Körper wurde als eine miniaturisierte Version des männlichen Körpers betrachtet, während biologische Unterschiede ausserhalb der Geschlechtsorgane meist ignoriert respektive ungenügend erforscht wurden. Dies führte dazu, dass die Arzneimittelentwicklung einem sogenannten «Einheitsmodell» folgte. Von der präklinischen Forschung an Zellen oder Nagetieren bis hin zu klinischen

²³ Siehe: <https://www.snf.ch/de/hyaJhBlfsm618fO/foerderung/programme/iict> (Zugriff 11. April 2023).

²⁴ Siehe: <https://www.snf.ch/de/m1BuKkhqcSedG8lx/foerderung/programme/bridge> (Zugriff 11. April 2023).

²⁵ Siehe: <https://www.ressortforschung.admin.ch/rsf/de/home.html> (Zugriff 11. April 2023).

²⁶ Siehe Grundsatz 13 der WMA-Erklärung (World Medical Association) von Helsinki: «13. Groups that are underrepresented in medical research should be provided appropriate access to participation in research», siehe <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (Zugriff 10. Mai 2023).

Studien wurden Arzneimittelprüfungen überwiegend am männlichen Geschlecht durchgeführt (Merone et al. 2021).

Eine weitere Begründung für den Verzicht auf den Einbezug weiblicher Zellen, Tiere oder Menschen in der Forschung basiert bis heute auf der Annahme, dass die Resultate von weiblichen Zellen, Tieren oder Menschen durch den Reproduktionszyklus variabler ausfallen als diejenigen männlichen Geschlechts und somit nicht «eindeutig genug» sind. Jüngste Forschungsergebnisse entkräften jedoch diesen Mythos weiblicher Variabilität; tatsächlich sind zum Beispiel bei gewissen Tieren Männchen in Bezug auf mehrere Merkmale variabler als Weibchen (Sugimoto et al. 2019; Becker et al. 2016; Levy et al. 2023). Bei Frauen führte auch die Befürchtung einer möglichen Schwangerschaft, oder dass eine zukünftige Schwangerschaft beeinträchtigt werden könnte, zu einem vermehrten Nichteinschluss in Studien (Merone et al. 2021) – Schwangere bleiben bis heute meist von klinischen Studien ausgeschlossen (Shields und Lyerly 2013). Die Befürchtung, dass Föten geschädigt werden könnten, war indes berechtigt: Tatsächlich war der Ausschluss gebärfähiger Frauen von klinischen Studien ab den 70er-Jahren eine direkte Folge des Contergan-Skandals²⁷ und wurde explizit primär zum Schutz gebärfähiger Frauen respektive deren potentieller Kinder vollzogen (Zeiter 2022). Jedoch wurde in den folgenden Jahrzehnten kaum berücksichtigt, dass durch diesen Ausschluss die Erforschung des weiblichen Körpers und der Wirkung von Heilmitteln auf diesen stark gehemmt wurde (Zeiter 2022). Die männerdominierte klinische Forschung ignoriert(e) zum Beispiel, dass Frauen und Männer unterschiedliche Reaktionen auf Medikamente haben bzw. diese unterschiedlich verstoffwechseln (Farkouh et al. 2020; Soldin und Mattison 2009). Werden weibliche Zellen und Tiere in den frühen Phasen der Arzneimittelentwicklung nicht angemessen einbezogen, können dadurch zum Beispiel geschlechterspezifische Unterschiede bei der Wirksamkeit respektive in Bezug auf die Toxizität übersehen werden (Gendered Innovations 2023; Mazure und Jones 2015). Tatsächlich sind Frauen bei pharmazeutischen Behandlungen generell stärker von Toxizität betroffen als Männer, zum Beispiel in der Onkologie (Miller 2001; Unger et al. 2022; Zucker und Prendergast 2020) oder bei Psychopharmaka (Seeman 2021). Letztere werden Frauen deutlich öfter verschrieben als Männern, während sie gleichzeitig das doppelte Risiko für Nebenwirkungen haben (Seeman 2021). Kritisch hinzuzufügen ist jedoch, dass Geschlecht in pharmakologischen Studien oft auch mit dem Körpergewicht vermischt (konfundiert) wurde (Eliot and Richardson 2017). Die medizinische Forschungspraxis, in welcher erstens von Resultaten basierend auf männlichen Zellen, Tieren und Menschen auf nichtschwangere Frauen geschlossen wird, und zweitens gesundheitliche Probleme von Schwangeren mehrheitlich ignoriert werden, schadet also faktisch denjenigen Personengruppen (Frauen, Schwangere), welche sie zu schützen vorgibt (Heise et al. 2019). Ein *Nature*-Editorial fasst diese Gemengelage folgendermassen zusammen: «Medicine as it is currently applied to women is less evidence-based than that being applied to men» (Nature 2020).

Basierend auf solchen Erkenntnissen hat das Interesse an der Rolle des Geschlechts in Bezug auf die Gesundheit in den letzten Jahren stark zugenommen (Zulueta et al. 2011). Dennoch werden Männer und Frauen in der Grundlagenforschung und der klinischen Forschung bis heute ungleich berücksichtigt (Mauvais-Jarvis et al. 2020). Insgesamt *schwankt* der Anteil an Frauen in klinischen Untersuchungen stark, sowohl zwischen als auch innerhalb von Indikationen. In vielen Bereichen wie insbesondere in pharmakologischen Studien, sind Frauen jedoch unterrepräsentiert – bspw. in klinischen Studien zu Bluthochdruck (ICH 2009), Alzheimer (Ferretti et al. 2018)²⁸, akutem Koronarsyndrom (Haider et al. 2019), oder in kardiovaskulären (Jin et al. 2020) und onkologischen klinischen Studien (Jenei et al. 2021; Sugimoto et al. 2019). Zu unterscheiden sind weiter die *Phasen* klinischer Studien: In Phase 1 – 1 / 2 Studien sind Männer nach wie vor massiv übervertreten (ICH 2009), während der

²⁷ Das Beruhigungsmedikament Contergan führte zu einer Häufung von schweren Fehlbildungen oder Fehlen von Gliedmassen und Organen bei Neugeborenen.

²⁸ Obschon weltweit etwa zwei Drittel der Alzheimer-Erkrankten Frauen sind, besteht in der entsprechenden klinischen Forschung eine Unterrepräsentation von Frauen von zwei Dritteln (Ferretti et al. 2018). Als eine mögliche Erklärung für die Unterrepräsentation nennt eine hier befragte Expertin das höhere Alter von erkrankten Frauen und das damit zusammenhängende Fehlen von Betreuungspersonen.

Frauenanteil in späteren klinischen Phasen – teilweise nur moderat – ansteigt. Weiter werden die üblich verwendeten *Indikatoren* für Analysen von Geschlechterunterschieden in Bezug auf Sicherheit und Wirkung zunehmend kritisch hinterfragt. So erscheinen Geschlechterunterschiede in klinischen Studien aus gewissen Fachbereichen unter Verwendung der Body Surface (mg/m^2) oder des Körpergewichts teilweise nicht als relevant, unter Verwendung des Lean Body Mass (kg) jedoch schon. Auch für den BMI werden Alternativen vorgeschlagen, insbesondere die Körperzusammensetzung (body composition, im Gold-Standard ermittelt durch MRI-Scans oder CTs) oder die Waist-to-Hip Ratio (Wagner et al. 2019; Özdemir et al. 2018; Özdemir et al. 2022; Özdemir und Wagner 2022).

Nur eine Minderheit publizierter präklinischer und klinischer Studien weisen das Geschlecht («Sex») überhaupt aus (Sugimoto et al. 2019). Sugimoto et al. untersuchten über 11 Millionen wissenschaftliche Artikel (1980–2016) hinsichtlich der Frage, inwiefern in der medizinischen Forschung nach Geschlecht unterschieden wird. In diesem Zeitraum war im Bereich der präklinischen und klinischen Forschung zwar ein Anstieg an Studien zu verzeichnen, die nach Geschlecht unterschieden, dennoch wiesen im Jahr 2016 immer noch 33 Prozent der öffentlichen Artikel das Geschlecht nicht aus; bei der biomedizinischen Forschung waren es sogar fast 70 Prozent (Sugimoto et al. 2019). Heise et al. (2019) halten im *Lancet*-Artikel «Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health» darüber hinaus fest, dass unter den wenigen publizierten Studien, welche nach «Sex» unterscheiden, noch weniger Studien Analysen zu geschlechterspezifischen Auswirkungen in Bezug auf Sicherheit und Wirksamkeit enthalten (Heise et al. 2019). (Anders verhalten sich Angaben und Analysen zu Geschlecht hingegen in der internationalen industriellen klinischen Forschung; diese Erkenntnisse finden jedoch selten ihren Weg in öffentlich zugängliche Publikationen.) Zudem werden neben Geschlecht oftmals weitere relevante Faktoren nicht oder nicht genügend detailliert ausgewiesen, um in der Klinik von Nutzen zu sein. So fehlen etwa oftmals Angaben zur Menopause bei Frauen oder geschlechtersegregierte Angaben zum Stadium der Erkrankung oder zur (Änderung der) Dosierung des Wirkstoffs/Medikaments. Die Benachteiligung von Frauen in der klinischen Forschung manifestiert sich also nicht nur in Form einer Unterrepräsentation im *Sampling*, sondern wird durch einen Mangel an *Subgruppenanalysen* und geschlechtersensiblen *Interpretationen* verstärkt.

Diese persistenten Tendenzen in der medizinischen Wissensproduktion haben zur Folge, dass die westliche Medizin bis heute stark von einem männlichen Bias geprägt ist, was sich nachweislich nachteilig auf die Gesundheit von Frauen auswirkt (Heise et al. 2019; Liberale et al. 2018). Dieser historische Bias lässt sich selbst mit dem entsprechenden politischen Willen nicht ohne Weiteres beseitigen, da in der Vergangenheit durchgeführte Forschungen teilweise Tierversuche beinhalteten, welche heute ethisch nicht mehr als vertretbar gelten. Es handelt sich hier also um eine historisch gewachsene, aber bis heute für die Praxis folgenreiche Wissenslücke, welche sich möglicherweise erst durch innovative Alternativen zu Tierversuchen schliessen lassen wird.

Die Unterscheidung nach «Sex» in Studien respektive die Inklusion der Dimensionen Sex und Gender in der Forschung ermöglicht es, aus dem oben beschriebenen androzentrischen Paradigma der Verwendung der männlichen Norm (mittleres Alter, weiss, 70 kg) auszurechnen und die Forschung durch eine intensiviertere Untersuchung der Besonderheiten der Gesundheit von Frauen zu verbessern. Gleichzeitig birgt aber die Unterscheidung nach Frau – Mann (female/male) auch Gefahren: Der systematische Einbezug von Geschlechterdifferenzen ohne solide Vorannahmen (Krieger 2003) kann dazu führen, in ein sogenanntes «Inklusions- und Differenzparadigma» (Epstein 2007) zu verfallen. Mit diesem Konzept beschreibt Epstein die Gefahr, bei der systematischen Suche nach Variationen zwischen den Geschlechtern – also der Suche nach Unterschieden auf Kosten von Gemeinsamkeiten (Joel und Fausto-Sterling 2016) – zu essentialistischen biologischen Interpretationen der vermeintlichen «Natur» von Frauen und Männern zu gelangen, welche soziale Faktoren von Geschlecht («Gender») vernachlässigen und somit Geschlecht als multidimensionales und intersektionales Konstrukt verkennen (Di Marco et al. 2022; Shattuck-Heidorn & Richardson 2019). Vielfach wurde darum darauf auf die unabdingbare Rolle von interdisziplinären Ansätzen im Bereich Gender Health/Medicine hingewiesen (Shai et al. 2021).

Situation in der Schweiz – medizinische Grundlagenforschung und klinische Forschung

In Bezug auf die Repräsentation von Frauen in der klinischen Forschung in der Schweiz muss zwischen der *industriellen* und der *akademischen* klinischen Forschung unterschieden werden. So ist in den Samples der industriellen klinischen Forschung ein ausgewogeneres Geschlechterverhältnis zu beobachten als in der akademischen klinischen Forschung. Dies lässt sich einerseits damit erklären, dass die Pharmaindustrie getestete Medikamente nur auf den Markt bringen kann, wenn die internationalen Richtlinien der International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH) eingehalten werden.²⁹ Diese Richtlinien fordern zumindest für die späteren Phasen klinischer Studien eine angemessene demografische (einschliesslich geschlechterspezifische) Charakterisierung, Analyse und Bewertung der Patient:innenpopulation sowie die Untersuchung von demografischen (einschliesslich geschlechterspezifischen) Unterschieden in der Dosis-Wirkungs-Beziehung ein. Die dazwischengeschaltete Vollzugsbehörde (bspw. Swissmedic) überprüft die Einhaltung dieser Richtlinien. Zudem liegt es im Eigeninteresse der Pharmaindustrie, die Studienpopulation so auszuwählen, dass alle Geschlechter, Patient:innenengruppen und Ethnien abgebildet sind, damit später der Absatzmarkt möglichst gross ist. Obwohl die ICH-Richtlinien auch für die akademische klinische Forschung mit Medikamenten gelten, gibt es in der akademischen Forschung also mutmasslich weniger Anreize, auf eine angemessene Geschlechterverteilung in den Samples zu achten. Ein Zusatzartikel im Verordnungsrecht zum Humanforschungsgesetz (HFG), welcher im Rahmen einer derzeit laufenden Revision des HFG eingeführt werden soll (Eröffnung der Vernehmlassung am 26. April 2023), soll hier jedoch korrektiv wirken. Namentlich wird mit dem vorgeschlagenen neuen Artikel 4a der Verordnung über klinische Versuche mit Ausnahme klinischer Versuche mit Medizinprodukten (KlinV) eine angemessene Repräsentation relevanter Personengruppen und explizit auch eine angemessene Geschlechterverteilung in der klinischen Forschung angestrebt. Der erläuternde Bericht zum Artikel betont dabei, dass die angestrebte Repräsentation nicht nur im Prüfplan dargelegt werden soll, sondern dass auch während der Rekrutierungs- und Durchführungsphase darauf zu achten ist, dass die im Prüfplan festgelegten Anteile relevanter Personengruppen erreicht werden.³⁰

Die industrielle klinische Forschung bleibt indes ebenfalls mit Geschlechterfragen konfrontiert, auch wenn sie wie erwähnt in den Zulassungsunterlagen für die Arzneimittelbehörden mittlerweile in der überwiegenden Mehrheit der Fälle geschlechtersegregierte Analysen zu Wirksamkeit und Sicherheit ausweist (Dekker 2021). So errechnet sich bspw. «*Angemessenheit*» in der klinischen Forschung üblicherweise aus der erwarteten Prävalenz einer Indikation bei Frauen und Männern. Solche Berechnungen sind insofern zu problematisieren, als dass gewisse Krankheiten wie der Myokardinfarkt oder die Demenz bei Frauen systematisch schlechter und/oder später diagnostiziert werden als bei Männern, was wiederum die Dominanz von Männern in entsprechenden Studien zu rechtfertigen scheint, anstatt den Fokus auf Wissenslücken in Bezug auf die Diagnostik bei Frauen zu lenken (s. auch Kapitel 3.2.). Zudem konnte im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht in Erfahrung gebracht werden, welche *Toleranzbereiche* bei den Schweizer Bewilligungs- und Zulassungsbehörden konkret zur Anwendung kommen bei Abweichungen von der erwarteten Verteilung – denn laut Aussagen hier befragter Expert:innen sind Frauen in klinischen Studien im Rahmen von Heilmittelzulassungen in der Schweiz tendenziell unterrepräsentiert. In Bezug auf die industrielle klinische Forschung, welche den Grossteil der weltweiten klinischen Forschung ausmacht, besteht zudem das bedeutende Problem,

²⁹ International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use (ICH): Sex-Related Considerations in the Conduct of Clinical Trials. November 2004, revised June 2009. https://admin.ich.org/sites/default/files/2019-04/ICH_Women_Revised_2009.pdf (Zugriff 30. März 2023). Siehe dazu auch: <https://www.ich.org/page/consideration-documents> (Zugriff 13. April 2023).

³⁰ Vernehmlassungsvorlagen siehe: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/forschung-am-menschen/revision-verordnungen-hfg.html> (Zugriff 14. Mai 2023). Der vorgeschlagene Artikel 4a im Projekt der KlinV lautet: «Einschluss relevanter Personengruppen: Der Sponsor und die Prüfperson achten darauf, dass die Kriterien zur Auswahl der zur Teilnahme vorgesehenen Personen und die Versuchsanordnung eine angemessene Repräsentation relevanter Personengruppen erlauben; insbesondere in Bezug auf eine angemessene Geschlechterverteilung».

dass diese Daten und Analysen dem Datenschutz unterliegen, somit kaum öffentlich zugänglich sind und daher Forschenden und Praktizierenden nicht zur Verfügung stehen.³¹

Die Repräsentation von Frauen in der klinischen Forschung in der Schweiz ist ungenügend untersucht. Laut Aussagen befragter Expert:innen und Stakeholder ist jedoch auch in der Schweiz mindestens von einer gewissen Unterrepräsentation von Frauen auszugehen. Die Gründe dafür sind ebenfalls nicht genügend erforscht, jedoch nennen befragte Expert:innen und Stakeholder folgende mögliche Begründungen: Grundsätzlich persistiert auch in der Schweizer Forschung oftmals das eingangs beschriebene androzentrische «Einheitsmodell», welches das männliche Geschlecht als Norm voraussetzt. Weiter beeinflussen genderbasierte Vorannahmen und Verhaltensmuster das Handeln von Studiendurchführenden und -teilnehmenden. So werden Frauen möglicherweise weniger auf eine Teilnahme angesprochen und/oder sagen seltener zu und/oder brechen ihre Teilnahme häufiger ab, wobei in allen Fällen die konkreten Begründungen zu untersuchen wären. Mögliche Hinderungsgründe auf Seiten des Gesundheitspersonals sind zum Beispiel fehlende Geschlechterdiversität unter den studienleitenden Personen; ungeeignete Kommunikationsstrategien von Seiten der Studienleitungen; und/oder stereotype Vorannahmen über Frauen, etwa in Bezug auf vermutete Hypersensibilität und/oder Risikoscheu. Auf Seiten der potenziellen Teilnehmerinnen sind mögliche Hinderungsgründe etwa die fehlende Finanzierung von Verhütungsmitteln während der Testphase; Care-Verpflichtungen respektive fehlende Betreuungsangebote während der Testphase; Misstrauen in das Gesundheitswesen aufgrund negativer Erfahrungen und/oder aufgrund der fehlenden Geschlechterdiversität in der Ärzt:innenschaft; und/oder Unsicherheiten in Bezug auf die Auswirkungen des getesteten Produkts (Tobb et al. 2022).³²

Für Forschende in der Schweiz ist der Zugang zu Daten der Krankenversicherer derzeit erschwert, unter anderem da diese Daten nicht national gesammelt und für die Forschung zur Verfügung gestellt werden. Der Zugang hängt somit von einzelnen Krankenversicherer(verbänden) ab. Bestrebungen für die grundsätzliche Verbesserung der Situation sind im Zuge der aktuellen Digitalisierungsbestrebungen im Schweizer Gesundheitswesen (DigiSanté bzw. Datentransparenzstrategie des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung (KUV) des BAG) bereits im Gange. Zudem wurden am 1. Januar 2023 das Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie die entsprechenden Verordnungsänderungen (Art. 28 ff. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und Art. 62a Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz (KVAV)) in Kraft gesetzt.³³ Mit diesen Revisionen werden sowohl die Lieferung der Krankenkassendaten an das BAG – aggregiert oder pro versicherte Person – als auch der Zugang für besondere Nutzung präzisiert. Als Folge werden Forschende via BAG-Daten aus dem obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auch auf Individualebene anfordern können.³⁴ Für den Bereich Gender Health/Medicine ist dies wertvoll – sofern die exportierten Daten die relevanten Angaben inkludieren, welche für geschlechtersegrierte Analysen nötig sind.

Erkenntnisse aus der internationalen Forschung – Behandlung

In Bezug auf Behandlung fokussierte dieses Kapitel bisher auf Geschlechteraspekte in der Entwicklung und Wirkung medikamentöser Behandlungen. Jedoch bestehen im Bereich der Behandlung noch zahlreiche weitere Problematiken, auf die hier nur exemplarisch eingegangen werden kann. Zum Bei-

³¹ Eine Ausnahme im internationalen Kontext bildet die amerikanische Zulassungsbehörde U.S. Food and Drug Administration (FDA), welche die Kompetenz hat, Metaanalysen zu publizieren.

³² Tobb et al. (2022) beziehen sich spezifisch auf den U.S.-Kontext und auf kardiovaskuläre klinische Studien; die Gültigkeit dieser Faktoren für die Schweiz bleibt zu überprüfen.

³³ Siehe: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aufsicht-ueber-die-krankenversicherung-persoenelichkeitsschutz-gewaehrleisten.html> (Zugriff 12. April 2023).

³⁴ Dazu muss jedoch erwähnt werden, dass das BAG pro versicherte Person keine Angaben zu den einzelnen Leistungspositionen oder den Medikamenten erhält, sondern nur detaillierte Angaben über die Versicherungsdeckungen und Kosten nach (anonymisiertem) Leistungserbringer und Leistungsart (siehe Umfang der Datenweitergabe von Daten pro versicherte Person gemäss Art. 28 Abs. 1 KVV).

spiel erhalten Frauen bei einem Myokardinfarkt grundsätzlich weniger und auch weniger invasive Behandlungen als Männer; ihre Behandlung ist verzögert; und sie sterben öfter an einem Myokardinfarkt (Thakkar et al. 2021; Regitz-Zagrosek 2012; Regitz-Zagrosek und Gebhard 2023). Ein weiteres Beispiel sind Transplantationen; so erhalten Frauen in den USA zum Beispiel weniger Lebertransplantationen als Männer (Allen et al. 2018). Weiter wurde verschiedentlich nachgewiesen, dass Frauen weniger und kürzere Behandlungen auf Intensivstationen erhalten (Modra et al. 2022; Chen und Gershengorn 2022). Auch bei Hirninfarkten sind Frauen oftmals unterversorgt (Mauvais-Jarvis et al. 2020). Zudem sind Frauen auch in klinischen Studien mit Medizinalprodukten («medical devices») unterrepräsentiert, etwa in Studien zu kardiovaskulären Produkten (Ghare et al. 2019).

Situation in der Schweiz – Behandlung

Untersuchungen aus der Schweiz legen nahe, dass hier ähnliche Benachteiligungen von Frauen in der Behandlung vorhanden sind. Zum Beispiel zeigt eine retrospektive Analyse von Todorov et al. (2021) von erwachsenen Patient:innen mit neuro- und kardiovaskulären Erkrankungen, die zwischen 2012 und 2016 in allen Spitälern der Schweiz aufgenommen wurden, dass Frauen unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung seltener auf der Intensivstation behandelt werden als Männer. Dabei war die Unterversorgung auf der Intensivstation bei jüngeren Frauen (< 45 Jahre) am ausgeprägtesten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die derzeitigen Algorithmen für die Triage auf der Intensivstation einer Neubewertung aus der Geschlechterperspektive unterzogen werden sollten (Todorov et al. 2021). Eine andere Studie von Huber et al. zeigt auf, dass Frauen mit akuten Koronarsyndromen in Schweizer Spitälern seltener diagnostischen Verfahren wie der Koronarangiographie unterzogen werden (s. auch Kapitel 3.2.); seltener Behandlungen erhalten (bspw. Bypassoperationen); schlechtere Prognosen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Komplikationen im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung aufweisen; und im Falle von Frauen unter 65 ein höheres Sterberisiko aufweisen als gleichaltrige Männer (Huber et al. 2022). Die Gründe für diese Unterschiede sind bisher ungenügend erforscht.

Schliesslich wiesen hier befragte Expert:innen und Stakeholder mit Nachdruck auf das Problem hin, dass belegtes Wissen zu behandlungsrelevanten Geschlechterunterschieden sowie nachgewiesene erfolgreiche geschlechterspezifische Behandlungen aus der inter/nationalen Forschung in der Schweiz teilweise wenig Eingang in die klinische Praxis finden. Über die Hindernisse in Bezug auf die Übersetzung existierendes Wissens in die Klinik ist bisher jedoch wenig bekannt.

In der Folge werden die einzelnen Probleme aus dem Bereich Forschung, Medikamentenentwicklung und Behandlung sowie die zugehörigen Massnahmenvorschläge aufgeführt.

Problem 1: Männlicher Bias in der Grundlagenforschung

Der männliche Bias in der Forschung führt, wie im internationalen Kontext auch in der Schweiz, zu Wissens- und Datenlücken, welche sich nachteilig auf die Gesundheitsversorgung von Frauen auswirken. Zum Beispiel wird in der Schweiz zum erwiesenen Nachteil der Frauen nach wie vor überdurchschnittlich am männlichen Geschlecht geforscht.

Genereller Handlungsbedarf: Schliessen von Wissens- und Datenlücken durch geschlechtersensible Forschung und Datengenerierung. Dabei spielen neben der durch den SNF geförderten Grundlagenforschung und der klinischen Forschung (letztere wird in Problem 2 besprochen) auch die angewandte Forschung, die Mandatsforschung sowie die Ressortforschung des Bundes eine Rolle (bezüglich Zuständigkeiten für die Forschungsförderung und -finanzierung siehe die *Anmerkung zu Massnahmenvorschlägen im Zusammenhang mit Forschungsbedarf*, S. 22). Unabdingbar scheint die angemessene Inklusion von weiblichen Zellen und Tieren in der präklinischen Forschung und von Frauen in der klinischen Forschung. Dabei ist stets zu berücksichtigen, dass sich ein Erkenntnisgewinn über Differenzen und/oder Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern nicht automatisch aus einem Mittelwertsvergleich zwischen der weiblichen und der männlichen Gruppe ergibt. Vielmehr

muss jedes Forschungsdesign nicht nur im Hinblick auf Geschlecht, sondern auch im Hinblick auf andere einwirkende Faktoren sorgfältig durchdacht werden, und je nach Diagnose oder biologischer Gegebenheit sind Unterschiede, Gemeinsamkeiten, Prozessverläufe, Interaktionen und/oder Veränderbarkeiten zwischen und unter den Geschlechtern zu erforschen.

Weiter sind für die Lösung der bestehenden Probleme neben naturwissenschaftlich-medizinischer Forschung namentlich auch sozialwissenschaftliche, psychologische, philosophische oder ökonomische Zugänge sowie Erkenntnisse aus interdisziplinären Fachbereichen wie den Gender Studies oder Public Health gefragt. Dies um die Wirkmächtigkeit des sozialen Geschlechts («Gender») zu analysieren und somit die Ursachen von beobachteten Phänomenen wie etwa geschlechterspezifische Verzerrungen in der klinischen Behandlung (Unterdiagnose, fehlende Überweisung für eine angemessene Behandlung und Unterbehandlung von Frauen, etc.) besser zu verstehen.

Massnahmen:

- 1.1. Geschlechtersensible Forschung im Bereich Gender Health/Medicine (bspw. im Rahmen des in der NFP-Prüfung 2022/23 eingereichten Vorschlags für ein NFP *Gender Medicine* und weiterer Fördergefässe des SNF; in von Innosuisse geförderter Forschung; oder im Rahmen von Auftragsforschung und Ressortforschung des Bundes). Dabei sind beide Geschlechterdimensionen, Sex und Gender, zu berücksichtigen.³⁵ Für die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für die Vorantreibung dieser und aller folgenden die Forschung betreffende Massnahmen siehe Anmerkung S. 22.
- 1.2. Systematische Untersuchung zur Frage, wo bereits Leitlinien für geschlechtersensible Forschung (in Bezug auf die Forschungsinhalte) existieren: Beim Bund/auf nationaler Ebene (bspw. beim BAG; SNF; Innosuisse; swissethics³⁶; Fachgesellschaften³⁷; Swiss Clinical Trial Organisation (SCTO)), in den Kantonen (bspw. bei Gesundheitsdepartementen; kantonalen Ethikkommissionen; Spitälern; Universitäten: Clinical Trials Units (CTUs), Tierschutzstellen) und bei anderen relevanten Stellen. Dabei sollte insbesondere beachtet werden, 1) inwiefern bestehende Leitlinien die Ebenen Forschungsdesign, Sampling, Analyse und Interpretation berücksichtigen; 2) ob/wie existierende Leitlinien umgesetzt (Gesuchsformulare, Beratungsangebote, etc.), überprüft/evaluiert (Monitoring Prozesse) und allenfalls mittels Anreizen oder Sanktionen durchgesetzt werden.
- 1.3. Basierend auf den Ergebnissen von Massnahme 1.2. Er- oder Überarbeitung von Leitlinien für die Umsetzung geschlechtersensibler Forschung. Dabei ist erstens auf die Förderung der Inklusion von Geschlechteraspekten auf allen Ebenen – Forschungsdesign, Sampling, Analyse und Interpretation – zu achten, und zweitens auf die Förderung von Diversität in der Zusammensetzung der Forschungsteams. Gleichzeitig ist in der Formulierung von Leitlinien stets die Autonomie der Forschung zu wahren.

Eine Good Practice für eine Leitlinie, welche die Inklusion der Dimension Geschlecht in Forschungsinhalten fördert, ohne die Autonomie der Forschung zu beeinträchtigen, ist die Leitlinie des Horizon-Programms der EU. Nach dieser muss bei jeder Forschungseingabe angegeben werden, ob und wie die Dimension Geschlecht in der geplanten Forschung berücksichtigt werden soll. Beurteilt werden die Gesuche von Gremien mit entsprechenden Fachkenntnissen. Es besteht dabei kein Obligatorium für die Berücksichtigung von Geschlecht, sondern lediglich ein Obligatorium für eine Begründung, warum Geschlecht berücksichtigt oder ggf. nicht berücksichtigt wird.³⁸ Eine Good Practice in der Schweiz stellt zudem das Fördergefäss SPIRIT des SNF

³⁵ Für ein Beispiel zu einer Studie, welche sowohl Sex- als auch Genderaspekte berücksichtigt, siehe Delco et al. (2022).

³⁶ Bei swissethics finden sich bspw. «Empfehlungen zur gendergerechten Forschung», siehe: https://swissethics.ch/assets/pos_papiere_leitfaden/201213_gender-gerechte-forschung_de_v1.0.pdf (Zugriff 13. April 2023).

³⁷ Ein Beispiel für eine disziplinspezifische Leitlinie auf supranationaler Ebene ist die Gender Policy der European Society of Cardiology, siehe: [https://www.escardio.org/static file/Escardio/About%20the%20ESC/Documents/Euro-pean%20Society%20of%20Cardiology%20Gender%20Policy.pdf](https://www.escardio.org/static/file/Escardio/About%20the%20ESC/Documents/Euro-pean%20Society%20of%20Cardiology%20Gender%20Policy.pdf) (Zugriff 17. April 2023).

³⁸ Siehe: https://ec.europa.eu/research/participants/docs/h2020-funding-guide/cross-cutting-issues/gender_en.htm (Zugriff 13. April 2023). Viele EU/Horizon-Förderprogramme wie bspw. dem ERC-Starting Grant oder dem ERC-Consolidator Grant schreiben zudem

dar, welches den Aspekt «gender in research content» explizit als Evaluationskriterium auf-führt.³⁹

Auch in Bezug auf ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis in den Forschungs*teams* stellt die Horizon-Leitlinie eine Good Practice dar. In der Schweiz besteht beim SNF eine entsprechende Gleichstellungspolitik, welche zudem angemessene Geschlechterverhältnisse in Funktionen, Gremien und in der Forschungsförderung anstrebt.

- 1.4. Einführung der SAGER-Leitlinien (Sex and Gender Equity in Research) durch den SNF und die Universitäten – und weitere Stellen, welche wissenschaftliche Publikationen (mit)finanzieren – für die von ihnen finanzierte Publikationen sowie durch wissenschaftliche Verlage in der Schweiz. Die SAGER-Leitlinien beschreiben einen umfassenden Prozess für die Berichterstat-tung über geschlechterspezifische Informationen in Bezug auf das Studiendesign, die Daten-analyse, die Resultate sowie die Interpretation der Ergebnisse (Heidari et al. 2016; Hankivsky et al. 2018).⁴⁰
- 1.5. Evaluation von eingegebenen und/oder bewilligten Sex- und Genderaspekten in Fördergesu-chen im Bereich Gender Health/Medicine. Die Evaluation kann zum Beispiel durch die For-schungsförderstellen Stellen (SNF; Innosuisse; Bund) oder in deren Auftrag durchgeführt wer-den. Dabei ist auf die Berücksichtigung von Sex- und Genderaspekten auf den Ebenen The-menwahl, Forschungsdesign, Sampling, Analyse und Interpretation zu achten.
- 1.6. Gesetzgebung: Erwägung eines Artikels im Heilmittelgesetz (HMG) zu Sex/Gender analog zum Artikel 54a zu Pädiatrie. Der am 1. Januar 2019 eingeführte Art. 54a HMG⁴¹ sieht im Bereich der Pädiatrie vor, dass für jedes Arzneimittel im Hinblick auf dessen Zulassung ein pädiatrisches Prüfkonzept (PPK) erstellt werden muss. Unter Vorbehalt gewisser Ausnahmen müssen dem-nach für jedes Zulassungsgesuch angemessene Darreichungsformen entwickelt, klinische Prü-fungen mit Kindern durchgeführt und die entsprechenden Ergebnisse mit dem Zulassungsge-such eingereicht werden. In Anlehnung an dieses PPK wäre im Hinblick auf die (allgemeine) Verbesserung der Arzneimittelsicherheit ein sog. «Sex and Gender Prüfkonzept» analog dem PPK denkbar: Hiernach würden neue Arzneimittel in den klinischen Studien auf Geschlechter-unterschiede überprüft, analysiert und das Ergebnis als Bestandteil des Zulassungsgesuchs nach Art. 11 Abs. 2 lit. a HMG eingereicht, zumal geschlechterspezifische Arzneimittelanalysen und differenzierte Dosierungsempfehlungen für Frauen und Männer heute für den Nachweis von Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit eines Arzneimittels unabdingbar sind (Zeiter 2022).

Swissmedic gab auf Rückfrage in Bezug auf eine entsprechende Anpassung des HMG zu be-denken, dass die Einführung von nicht international harmonisierten Regularien im Schweizeri-schen Heilmittelrecht in sorgfältiger Abwägung im Hinblick auf eine potentielle Verschlechterung der Versorgungssituation mit Arzneimitteln in der Schweiz aufgrund solcher zusätzlicher Schweiz-spezifischen regulatorischen Zusatzanforderungen («Swiss-finish») geschehen sollte.⁴² In diesem Sinne ist die Einführung eines Sex-/Gender-Prüfkonzepts nicht mit dem auf-geführten Artikel zu Pädiatrie vergleichbar, da letzterer im Rahmen einer international harmoni-sierten Änderung der Zulassungsbedingungen erfolgte. Die Zulassungsbehörde gibt zu beden-ken, dass eine entsprechende Anpassung des HMG eine mögliche Lösung sein könnte (eine

einen Gender Equality Plan vor, der auch Vorgaben zu Forschungsinhalten (sowie auch zur Lehre) beinhaltet, siehe: https://research-and-innovation.ec.europa.eu/strategy/strategy-2020-2024/democracy-and-rights/gender-equality-research-and-innovation_en (Zu-griff 4. Mai 2023).

³⁹ Siehe: <https://www.snf.ch/de/nlghrhyzbD90TM9D/foerderung/programme/spirit> (Zugriff 13. April 2023). Eine weitere Good Practice stellen in den USA die «NIH Policy and Guidelines on The Inclusion of Women and Minorities as Subjects in Clinical Research» von 2009 dar, basierend auf dem NIH Revitalization Act von 1993. Diese Leitlinien gehen noch einen Schritt weiter als die Horizon-Leitlinien. Siehe: <https://grants.nih.gov/policy/inclusion/women-and-minorities/guidelines.htm> (Zugriff 13. April 2023).

⁴⁰ Die SAGER-Leitlinien (2016) wurden bis 2021 in sechs Sprachen übersetzt und werden von einer wachsenden Zahl von Zeitschrif-ten und relevanten wissenschaftlichen Verlagen empfohlen und bspw. auch von der European Association of Science Editors geför-dert. Die Leitlinien werden von Forschenden international ausgiebig genutzt (Peters et al. 2021).

⁴¹ Siehe: <https://lawbrary.ch/law/art/HMG-v2021.05-de-art-54a/> (Zugriff 11. April 2023).

⁴² Bei zu hohem Zusatzaufwand für eine Zulassung einer Arznei in der Schweiz besteht die Gefahr, dass Firmen aufgrund des hohen Aufwandes für einen sehr kleinen Markt auf eine Zulassung in der Schweiz verzichten.

entsprechende Revision ist wie bereits dargelegt im Gange, siehe S. 26). Aber auch hier gilt, dass ein Schweizer Alleingang die klinische Forschung in der Schweiz schwächen würde und entsprechend langfristig negative Auswirkungen auf die Versorgung haben könnte. Jedoch kann die Schweiz (BAG; Swissmedic – siehe Massnahme 2.1.) auf internationaler Ebene Vorstösse unterstützen, welche eine Harmonisierung rigoroserer Vorgaben für Zulassungsverfahren von Arzneimitteln in Bezug auf Geschlecht anstreben.

Da trotz gewisser Bestrebungen sowohl in Bezug auf die industrielle als auch auf die akademische klinische Forschung in der Schweiz Fragen offen bleiben in Bezug auf die Repräsentation des weiblichen Geschlechts, wie zum Beispiel was vor dem Hintergrund, dass Frauen auch in der industriellen klinischen Forschung tendenziell untervertreten sind genau als «angemessene» Repräsentation von Frauen in Zulassungsverfahren gilt; wie es um die Repräsentation von Frauen in der akademischen klinischen Forschung in der Schweiz steht; oder wie sich die Unterrepräsentation von weiblichen Zellen und Tieren in der biomedizinischen Forschung sowie in frühen klinischen Phasen in der Arzneimittelentwicklung auf die Gesundheit von Frauen auswirken. Diese Themen sollten von der im Kapitel 3.7. vorgeschlagenen Stelle, welche die Themenhüter:innenschaft für das Thema Gender Health/Medicine innehat, verfolgt werden.

- 1.7. Förderung, finanzielle Unterstützung und inhaltlicher Einbezug von Forschungsnetzwerken im Bereich Gender Health/Medicine. Ein Beispiel für ein solches Netzwerk ist das Swiss Gender Health Network (SGHN).⁴³ Dieses wurde bis etwa 2011 vom BAG finanziert, wurde dann im Jahr 2017 reformiert und ist bis heute ein informeller Zusammenschluss von über 100 Gesundheitsfachpersonen. Aktuell wird das Netzwerk im Rahmen eines swissuniversities-Projekts für die Schaffung einer Online-Plattform zum Thema Gender Health/Medicine gefördert (s. Kapitel 3.5.).
- 1.8. Konkreter Forschungsbedarf in der klinischen Forschung: Förderung von Forschung zu den Gründen, warum Frauen respektive weibliche Zellen und Tiere in der Grundlagenforschung oftmals untervertreten sind. Hier sind explizit geisteswissenschaftliche, psychologische, philosophische und ökonomische Perspektiven gefragt sowie Perspektiven aus interdisziplinären Fachbereichen wie den Gender Studies oder Public Health (bspw. Analyse der Forschungskulturen und -methoden im Gesundheitsbereich, der medizinischen Wissensproduktion, der ökonomischen Logik medizinischer Forschung, etc.).
- 1.9. Konkreter Forschungsbedarf in der biomedizinischen Grundlagenforschung und in der klinischen Forschung: Erforschung des tatsächlichen Einflusses des Zyklus/Östrus auf Forschungsergebnisse sowie der damit zu vergleichenden Variabilität bei männlichen Zellen/Tieren.
- 1.10. Für weiteren konkreten Forschungsbedarf siehe die Massnahmenvorschläge in den weiteren Themenbereichen.

Problem 2: Männlicher Bias in der klinischen Forschung

Gemäss hier befragten Expert:innen und Stakeholdern sind die Geschlechterverhältnisse in der internationalen klinischen Forschung mutmasslich ausgeglichener als in der biomedizinischen Grundlagenforschung und in der akademischen klinischen Forschung in der Schweiz. Dennoch bleiben auch in ersteren Studien Frauen in vielen Bereichen unterrepräsentiert, und/oder es fehlen in den Publikationen wichtige Angaben für geschlechtersensible Analysen. Aus diesem Grund sind bisherige publizierte klinische Studien für geschlechtersensible retrospektive Analysen oftmals ungeeignet. Es besteht daher ein grundsätzlicher Bedarf an gross angelegten prospektiven geschlechtersensiblen klinischen Studien.

Genereller Handlungsbedarf: Lobbying für das Schliessen der Datenlücken in internationalen Gremien; Schliessen der Forschungslücken in der nationalen Forschung (s. dazu auch die Anmerkung auf S. 22).

⁴³ Siehe: <https://www.gems-platform.ch/en/news/swiss-gender-health-network-sghn> (Zugriff 11. April 2023).

Massnahmen:

- 2.1. Industrielle klinische Forschung: Vorstösse der Schweiz/Swissmedic (bspw. in Zusammenarbeit mit der WHO und/oder mit Organisationen wie *Women in Global Health*) oder Unterstützung bestehender Bestrebungen im ICH für eine geschlechtersensiblere klinische Forschung auf den Ebenen Forschungsdesign, Sampling, Analyse und Interpretation.
- 2.2. Sensibilisierungsmassnahmen in der Schweizer Zulassungsbehörde Swissmedic für das Thema (bspw. Inklusion von Expert:innen zu Gender Medicine im Human Medicines Expert Committee (HMEC)⁴⁴ von Swissmedic (als ordentliche Komitee-Mitglieder)).
- 2.3. Bundesfinanzierte Forschung: Analog zu den Massnahmen Problem 1. Für die klinische Forschung könnte zum Beispiel der SNF im Rahmen von IICT-Projekten entsprechende Leitlinien einführen. Bereits heute muss dort im Research Plan angegeben werden «how gender aspects have been taken into consideration»; dies stellt jedoch kein separates Entscheidungskriterium dar.⁴⁵
- 2.4. Förderung von Forschung zu den Gründen, warum Frauen als beforschte Personen in der klinischen Forschung oftmals untervertreten sind. Für eine adäquate Berücksichtigung der Dimension Gender sind explizit geisteswissenschaftliche, psychologische, philosophische und ökonomische Perspektiven gefragt sowie Perspektiven aus interdisziplinären Fachbereichen wie den Gender Studies oder Public Health (bspw. Analyse der Forschungskulturen und -methoden, der medizinischen Wissensproduktion, der ökonomischen Logik medizinischer Forschung, etc.).
- 2.5. Konkreter Forschungsbedarf in der klinischen Forschung: Forschung zur Entwicklung von geeigneten Methoden zur Erfassung von Geschlechterunterschieden in der Medikamenten- und Behandlungsentwicklung; Eruierung von geeigneten Indikatoren für die Untersuchung von Geschlechterunterschieden (bspw. Lean Body Mass versus Body Surface).
- 2.6. Einführung eines Moduls spezifisch zu geschlechtersensibler Forschung in den für klinisch Forschende obligatorischen Good Clinical Practice-Kurse (GCP). Die 2-3-tägigen Kurse sind obligatorisch für Investigators und Sponsor-Investigators, welche klinische Studien durchführen. Bei der Einreichung eines Gesuchs muss den kantonalen Ethikkommissionen eine GCP-Teilnahmebescheinigung vorgelegt werden. Die GCP-Kurse werden von verschiedenen Institutionen organisiert. Da die Kurse obligatorisch sind, müssen deren Lerninhalte von swissethics geprüft und anerkannt werden.⁴⁶

Eine der Institutionen, welche GCP-Kurse durchführt, ist das CTU-Netz der SCTO.⁴⁷ Die GCP-Kurse machen zwei Drittel der vom SCTO CTU-Netz durchgeführten Schulungsmassnahmen aus und sind die meistbesuchten Kurse in der klinischen Forschung. Auch nehmen neben den Investigators weitere Mitglieder des Forschungsteams teil. Die Lerninhalte beinhalten derzeit bereits einen generellen Teil zu «vulnerable populations» und könnten um einen Teil spezifisch zu geschlechtersensibler Forschung erweitert werden.

Eine weitere durchführende Institution von GCP-Kursen ist das Online-Programm Training and Resources in Research Ethics Evaluation (TRREE).⁴⁸ Diese Plattform könnte ebenfalls die Dimensionen Sex und Gender in ihre Online-Schulungsmodule aufnehmen.
- 2.7. Förderung von weiblichen Forschenden: In einer Analyse von über 1.5 Million medizinischer Forschungsarbeiten wurde die Beteiligung von Autorinnen an Studien, die eine geschlechterspezifische Analyse beinhalten und solche, die keine solche beinhalten, verglichen. Es fand sich eine robuste positive Korrelation zwischen der Autorinnenschaft von Frauen und der Wahr-

⁴⁴ Siehe: <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/authorisations/hmec.html> (Zugriff 14. Mai 2023).

⁴⁵ Pers. Komm. des IZFG mit dem SNF; 7. Februar 2023.

⁴⁶ Für die Liste aller von swissethics anerkannten Institutionen siehe: <https://swissethics.ch/fr/aus-fortbildung/gcp-kurse> (Zugriff 17. April 2023).

⁴⁷ Siehe: <https://www.scto.ch/de/news.html> (Zugriff 17. April 2023).

⁴⁸ Siehe: <https://elearning.treee.org/> (Zugriff 17. April 2023).

scheinlichkeit, dass eine Studie eine Analyse von Geschlecht beinhaltet. Diese Ergebnisse bestätigen den gegenseitigen Nutzen der wissenschaftlichen Förderung von Frauen und der Integration von Sex- und Genderanalysen in die medizinische Forschung (Nielsen et al. 2017b) (s. auch Kapitel 3.6.).

Problem 3: Toxizität und weitere negative Auswirkungen des männlichen Bias in der Behandlung

Als Folge des männlichen Bias in der Behandlungsentwicklung (Medikamente, Prothesen⁴⁹, Hilfsmittel) leiden Frauen häufiger an Nebenwirkungen als Männer. Behandlungen für Frauen sind zudem oftmals weniger wirksam oder sogar kontraproduktiv, etwa wegen ungeeigneter Dosierungen, Behandlungskombinationen oder Dimensionen von Prothesen (Liberale et al. 2018).

Genereller Handlungsbedarf: Förderung der Entwicklung von für Frauen geeignete Behandlungen.

Massnahmen:

- 3.1. Durchführung von geschlechtersensiblen Behandlungs- und Dosierungsfindungsstudien sowie Entwicklung von für Frauen geeigneten Prothesen und Hilfsmitteln (bspw. durch Innosuisse-Projekte; IICT-Projekte).
- 3.2. Siehe auch Massnahmen Probleme 1 und 2.

Problem 4: Vernachlässigung von frauenspezifischen Krankheiten

Viele frauenspezifische Krankheiten respektive Krankheiten mit überdurchschnittlichen Prävalenzen unter Frauen (bspw. Endometriose, Dysmenorrhö (bei jungen Frauen), Lipödem, Chronic Fatigue Disease, Post-Covid-19-Erkrankung) sind ungenügend erforscht in Bezug auf deren Ursachen, Erkennung/Diagnostik und Behandlung (Chen et al. 2020). Zudem gibt es bei frauenspezifischen Krankheiten oftmals limitierte Therapiemöglichkeiten (bspw. Endometriose) (Nirgianakis et al. 2022; Becker et al. 2017).

Genereller Handlungsbedarf: Förderung der Forschung zu Ursachen, Erkennung/Diagnostik und Behandlung frauenspezifischer Krankheiten und von Krankheiten mit überdurchschnittlichen Prävalenzen unter Frauen.

Massnahmen:

- 4.1. Forschung zu frauenspezifischen oder hauptsächlich Frauen betreffende Krankheiten, mit Fokus auf Krankheiten mit hohen Prävalenzen und grossen Wissenslücken (mögliche Akteur:innen s. Anmerkung S. 22).⁵⁰
- 4.2. Forschung zu den Gründen, warum gewisse frauenspezifische Krankheiten in Bezug auf ihre Ursachen, Erkennung und/oder Behandlung wenig erforscht werden, unter explizitem Einbezug der Dimension Gender. Es sind explizit geisteswissenschaftliche, psychologische, philosophische und ökonomische Perspektiven gefragt sowie Perspektiven aus interdisziplinären Fachbereichen wie den Gender Studies oder Public Health. Zwei Beispiele für den Handlungsbedarf: 1) Es wird zunehmend nachgewiesen, dass Frauenkrankheiten oft verkannt werden, weil Frauen immer noch stereotyp – zum Beispiel als «hypersensibel» – wahrgenommen werden (Chen et al. 2008); überdies spielen laut befragten Expert:innen und Stakeholdern persistente Tabus rund um den weiblichen Zyklus eine wichtige Rolle. 2) Die Aussicht auf mangelhafte

⁴⁹ Prothesen sind künstliche Körperersatzstücke, welche organische Gliedmassen, Organe oder Organteile ersetzen und den ersetzten organischen Körperteilen funktionell ähnlich sind. Zu Prothesen gehören bspw. auch Stents.

⁵⁰ Siehe dazu auch die angenommenen Motion 22.3869 «Förderung von Forschung und Therapie für spezifische Frauenkrankheiten / Maladies touchant particulièrement les femmes. Promotion de la recherche et des traitements» der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit.

Rentabilität verhindert oftmals ein Engagement der Pharmaindustrie, etwa in Bezug auf die Entwicklung von nichthormonellen Behandlungen für Endometriose. Eine solche wäre aber aus Sicht Betroffener nachgefragt (Burla et al. 2021).

4.3. Siehe auch Massnahmen Probleme 1–3 in diesem Kapitel.

Problem 5: Mangelhafte Um- und Durchsetzung von Leitlinien

Zwar gibt es inter/national immer mehr etablierte Leitlinien für eine bessere Berücksichtigung von Sex- und (seltener) Gender-Unterschieden in der medizinischen und generell in der gesundheitsbezogenen Forschung. Diese werden jedoch in der Praxis oft nicht oder ungenügend umgesetzt. Beispiele für ungenügend umgesetzte Leitlinien sind laut hier befragten Expert:innen und Stakeholdern die internationalen Leitlinien «Sex and Gender Equity in Research (SAGER)» (Heidari et al. 2016); die «ESMO Guidelines» (European Society for Medical Oncology)⁵¹; oder in der Schweiz etwa die «S2k Leitlinie Endometriose» (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe et al. 2018).

Genereller Handlungsbedarf: Flankierende Massnahmen zur Durchsetzung bestehender Leitlinien.

Massnahmen:

- 5.1. Sensibilisierungs- (obligatorisch) und Beratungsangebote für antragstellende Forschende, um sicherzustellen, dass diese die Anforderungen für eine angemessene Inklusion von Sex- und Genderaspekten in ihren Forschungsvorhaben erfüllen können (bspw. wie man «Sex» und/oder «Gender» am besten misst und wo diese beiden Dimensionen in den Phasen Forschungsdesign, Sampling, Analyse und Interpretation integriert werden sollten). Insbesondere sollten Forschende auf bestehende Leitlinien hingewiesen und in Bezug auf deren Umsetzung beraten werden. Solche Sensibilisierungs- und Beratungsangebote können zum Beispiel von den Forschungsförderinstitutionen oder in deren Auftrag durchgeführt werden. Relevant ist im Kontext klinischer Studien insbesondere auch statistische Beratung, da bei Antragstellende etwa oftmals die falsche Annahme herrscht, dass die Inklusion des weiblichen Geschlechts in einer Studie zwingend zu einer Verdoppelung des Samples (und somit zu höheren Kosten) führt (Mogil 2016). Mögliche Akteur:innen: Forschungsförderinstitutionen; SCTO; Fachgesellschaften; Universitäten; CTUs; universitäre Tierschutzstellen.
- 5.2. Sensibilisierung von Bewilligungs- (bspw. swissethics; kantonale Ethikkommissionen; Swissmedic) und Beratungsorganen (bspw. CTUs), durch diese Stellen selbst oder zum Beispiel durch die Universitäten und/oder Kantone.
- 5.3. Monitoring der Umsetzung bestehender Leitlinien durch Institutionen oder Organisationen entsprechend deren Auftrag und Verantwortlichkeiten (bspw. durch den Bund; Kantone; kantonale Ethikkommissionen; Fachgesellschaften; Universitäten). Zum Beispiel sind die kantonalen Ethikkommissionen als Bewilligungs- und Überwachungsinstanzen für die Durchsetzung des Diskriminierungsverbots in der Humanforschung zuständig und haben im Bewilligungsverfahren für eine Arzneimittelstudie zu prüfen, ob die geplante Studie das Gebot der Nichtdiskriminierung einhält.⁵²
- 5.4. Finanzielle oder andere wirksame Anreize oder Sanktionen zur Durchsetzung von Leitlinien. Es bleibt zu klären, auf welcher Grundlage (bspw. gesetzliche Grundlagen, Kompetenzen) Anreize geschaffen oder Sanktionen erhoben werden können, und welche Instanzen auf welcher Ebene

⁵¹ Siehe: <https://www.esmo.org/guidelines> (Zugriff 11. April 2023).

⁵² Gesuchstellende müssen dazu nach Art. 24 Abs. 1 KlinV i.V.m. Anhang 3 Ziff. 1.4, 2.4 und 3.4 KlinV und Art. 25 lit. d Ziff. 5 KlinV sämtliche Unterlagen betreffend Rekrutierung der Forschungsteilnehmenden einreichen. Allerdings sind die Ethikkommissionen nur zur Überprüfung der *Auswahlkriterien* der zur Teilnahme vorgesehenen Personen verpflichtet, nicht aber, dass in der Durchführung des Projekts Frauen und Männer auch tatsächlich gleichermassen in der Studie inkludiert werden. Daher ist es fraglich, ob die Überprüfung der Rekrutierungskriterien ein ausreichendes Mittel ist, um einer zwar nicht gewollten und damit nichtdiskriminierend motivierten, aber letztlich faktischen Unterrepräsentation von Frauen in klinischen Arzneimittelstudien entgegenzutreten. Siehe dazu auch die geplante Revision der KlinV auf S. 26.

(bspw. Bund; Kantone; Fachgesellschaften) für die Durchsetzung von Leitlinien als zuständig erklärt werden können.

Problem 6: Erschwerter Zugang zu Daten

Für Schweizer Forschende ist es wegen aufwändiger Antragsverfahren äusserst ressourcen- und zeitintensiv an individualisierte Rohdaten aus der inter/nationalen Pharmaindustrie zu gelangen. Diese Anträge werden von internationalen Gremien und Stiftungen geprüft (die Anträge an das gemeinsame Portal der Pharmafirmen⁵³ wird bspw. von einem unabhängigen Gremium, welches vom Wellcome Trust geführt wird, geprüft). Wegen des hohen Aufwands verzichten Schweizer Forschende oftmals auf entsprechende Antragsverfahren.

Diese Problematik ist für den Forschungsbereich Gender Health/Medicine von besonderer Bedeutung, da, wie oben ausgeführt, die für Forschende zugänglichen Publikationen zu klinischen Studien oftmals entweder gar nicht nach Geschlecht unterscheiden, keine Geschlechteranalysen vornehmen, und/oder nicht alle für eine sinnvolle Geschlechteranalyse relevanten Faktoren aufführen und/oder nach Geschlecht aufschlüsseln. Aus diesem Grund wäre ein vereinfachter Zugang zu individualisierten Rohdaten aus der Pharmaindustrie für eigene aussagekräftige Analysen für Geschlechterforschende besonders relevant.

Genereller Handlungsbedarf: Überprüfung der internationalen Verfahren für die Herausgabe von individualisierten Rohdaten aus der Pharmaindustrie an Schweizer Forschende, Ausarbeiten von Verbesserungsvorschlägen und Einbringen dieser Vorschläge in relevante internationale Gremien.

Massnahmen:

- 6.1. Erarbeitung einer Übersicht über die relevanten internationalen Antragsverfahren für die Herausgabe von individualisierten Daten aus der Pharmaforschung an Schweizer Forschende sowie Analyse der Funktionsweise dieser Verfahren. Ausserdem Erhebung der spezifischen Herausforderungen Schweizer Forschender im Rahmen dieser Verfahren – namentlich auch spezifische Hindernisse im Hinblick auf die gewünschte Forschung zu Geschlechteraspekten. Diese Aktivitäten könnten in Kooperation mit anderen Ländern geschehen. (Federführung durch das BAG zu klären.)
- 6.2. Prüfung und ggf. Erarbeitung von Anpassungsvorschlägen für diese Antragsprozesse, insbesondere in Bezug auf bestehende ethische Kriterien. Da diese Anträge von internationalen Gremien geprüft werden, ist der Dialog mit diesen Gremien zu suchen. Diese Aktivitäten könnten in Kooperation mit anderen Ländern geschehen. Ausserdem Prüfung, ob zusätzlich Anpassungen in der Schweizer Gesetzgebung notwendig wären. (Federführung durch BAG zu klären.)

Problem 7: Fehlende Daten zur Wirtschaftlichkeit geschlechterspezifischer Behandlungen

Es besteht eine Wissenslücke zu den wirtschaftlichen Folgen des männlichen Bias in Behandlungen.

Genereller Handlungsbedarf: Gewinnung von Erkenntnissen zur Wirtschaftlichkeit geschlechterspezifischer Behandlungen.

Massnahmen:

- 7.1 Forschung zur Wirtschaftlichkeit geschlechterspezifischer Behandlungen.⁵⁴

⁵³ Siehe: www.clinicalstudydatarequest.com (Zugriff 11. April 2023).

⁵⁴ Siehe auch die Antwort des Bundesrats auf die Interpellation 21.4231 von Yvonne Feri «Manque de données différenciées selon les sexes dans le domaine de la santé / Fehlende geschlechterspezifische Daten im Gesundheitswesen». Diese unterstützt Massnahmen in diesem Bereich respektive Überlegungen zur Verbesserung der Datenlage. Siehe: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20214231> (Zugriff 1. Mai 2023).

- 7.2. Prüfung einer gesetzlichen Pflicht oder eines Anreizsystems, um die Krankenversicherer zur (Mit)Finanzierung von Kosten-Nutzen-Studien zur Gewinnung von Erkenntnissen zur Wirtschaftlichkeit geschlechterspezifischer Behandlungen zu animieren.

Problem 8: Geschlechterunterschiede in der Behandlung

Wie im internationalen Kontext erfahren auch in der Schweiz Frauen in vielen Bereichen systematisch Nachteile in medizinischen Behandlungen. Insbesondere haben sie oftmals schlechteren Zugang zu Behandlungen und leiden oft stärker an negativen Auswirkungen von Behandlungen.

Genereller Handlungsbedarf: Verbesserung der Behandlung von Frauen im Bereich der Gesundheitsversorgung in der Schweiz, unter anderem durch die Verankerung der Thematik in der Qualitätsstrategie des Bundes.

Massnahmen:

- 8.1. Forschung zu Geschlechterunterschieden im Zugang zu Behandlungen in den verschiedenen Bereichen der medizinischen Versorgung (s. auch Kapitel 3.2.).
- 8.2. Forschung zu den Gründen, warum Frauen oftmals weniger Behandlung erhalten und häufiger an negativen Auswirkungen von Behandlungen leiden. Neben medizinischen sind explizit unter anderem geistes- und sozialwissenschaftliche sowie psychologische Perspektiven gefragt.
- 8.3. Wo behandlungsrelevante Geschlechterunterschiede bereits wissenschaftlich belegt sind, respektive nachweislich erfolgreiche geschlechterspezifische Behandlungen existieren, sollten diese auch in der Schweiz in die Praxis übersetzt werden. Entsprechend sind Massnahmen zur besseren Bekanntmachung entsprechenden Wissens zu entwickeln, zum Beispiel im Rahmen von medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildungen. Weiter sind die Gründe für diese Disparität zu erforschen, unter Berücksichtigung der Dimension Gender.
- 8.4. Verankerung der Thematik «Geschlechterunterschiede in der Behandlung» in der Qualitätsstrategie des Bundes (s. dazu auch Kapitel 3.7. «Übergeordnete Massnahmen»).

3.2. Themenbereich 2: Erkennung und Diagnostik

Lücken in der Erforschung von Sex- und Genderunterschieden führen auch in der Erkennung⁵⁵ und Diagnostik⁵⁶ zu Ungleichheiten (Regitz-Zagrosek und Schmid-Altringer 2021; Zusterzeel et al. 2014). In diesem Themenbereich stehen folgende drei Phänomene im Zentrum: Die spätere Erkennung von Krankheiten bei Frauen im Vergleich zu Männern; die ungenügende Erkennung von frauenspezifischen Krankheiten; und die Personenabhängigkeit von Angeboten, welche die Erkennung verbessern.

Erkenntnisse aus der internationalen Forschung – späte Erkennung von häufigen Krankheiten bei Frauen im Vergleich zu Männern

Die Unterrepräsentation des weiblichen Geschlechts in der medizinischen Forschung führt dazu, dass einige – auch häufige – Erkrankungen bei Frauen später als bei Männern oder gar nicht erkannt werden, so etwa Myokardinfarkte, Demenz oder Autismus-Spektrum-Störungen (Mauvais-Jarvis et al. 2020). Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weltweit nach wie vor die häufigste Todesursache, auch bei Frauen. Dennoch gelten sie nach wie vor als Männerkrankheiten. Obwohl sich die Prognose von Patient:innen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten durch grosse diagnostische

⁵⁵ Erkennung in Anlehnung an die Definition von Früherkennung: Form der Gesundheitsuntersuchung, mithilfe derer Krankheiten oder Risikofaktoren für Gesundheitsprobleme und Krankheiten möglichst frühzeitig festgestellt und so einer Behandlung bzw. Prävention zugänglich gemacht werden sollen. Siehe: Pschyrembel Online, 2022 <https://www.pschyrembel.de/Fr%C3%BCherkennung/T01PL/doc/> (Zugriff 25. Mai 2023).

⁵⁶ Definition von Diagnostik: Medizinisches Verfahren, an dessen Endpunkt die Diagnose steht. Siehe: Pschyrembel Online, 2016 <https://www.pschyrembel.de/Diagnostik/K05UB/doc/> (Zugriff 25. Mai 2023).

und therapeutische Fortschritte deutlich verbessert hat, haben Frauen von diesen Entwicklungen weniger profitiert als Männer (Mikail et al. 2022). Bei ihnen werden ischämische Herzkrankheiten immer noch später als bei Männern erkannt und bleiben unterdiagnostiziert (Regitz-Zagrosek und Gebhard 2023). Ein Faktor unter mehreren⁵⁷ ist dabei, dass Frauen häufiger eine grössere Variation von Symptomen aufweisen (Regitz-Zagrosek 2012) und oft sogenannt atypische Symptome wie Schmerzen zwischen den Schulterblättern, Übelkeit, Erbrechen oder Kurzatmigkeit zeigen (Mauvais-Jarvis et al. 2020). Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Diagnosestellung von Hirninfarkten, welche bei Frauen ebenfalls als schwieriger diagnostizierbar gelten (Mauvais-Jarvis et al. 2020). Hier gilt es einerseits, die Geschlechterunterschiede dieser Symptomatiken besser zu verstehen – gemäss Todorov et al. (2021) sind trotz zunehmender Hinweise auf geschlechterspezifische Unterschiede bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Mechanismen hinter diesen Unterschieden noch weitgehend unerforscht. Andererseits muss nach Wegen gesucht werden, inter/national gewonnenes Wissen effektiver in die klinische Praxis zu transportieren, namentlich auch unter Berücksichtigung der Dimension «Gender». Die Notwendigkeit von geschlechtersensitiven Diagnostiktests kann weiter am Beispiel der Demenz aufgezeigt werden: Im Allgemeinen schneiden Frauen über die ganze Lebensspanne gesehen bei Tests, die das verbale Gedächtnis (Memory Tests) messen, besser ab als Männer. Diese verbale Gedächtnisfähigkeit ist bei der Diagnosestellung von Demenz relevant, da die verwendeten Tests oftmals nicht geschlechtersensitiv sind. Der vermeintliche Vorteil der besseren verbalen Gedächtnisfähigkeit führt folglich zu einer verspäteten Diagnosestellung oder Nichterkennung von Demenz bei Frauen (Sundermann et al. 2017; Ferretti et al. 2018).

Eine verzögerte Erkennung und Diagnosestellung bei Frauen sind auch bei der Autismus-Spektrum-Störung auszumachen. Dieses wird bei Männern häufiger als bei Frauen diagnostiziert (4:1) und wird deshalb generell als Männerkrankheit wahrgenommen. Green et al. (2019) weisen darauf hin, dass Frauen bei Autismus-Spektrum-Störungen andere Symptome zeigen und aus diesem Grund unter- oder fehldiagnostiziert werden. Spät diagnostizierte Frauen berichten, dass medizinisches Fachpersonal mit weiblichen Phänotypen nicht vertraut war (Green et al. 2019).

Während Myokardinfarkt und Autismus-Spektrum-Störung als Männerkrankheiten gelten, werden die Krankheitsbilder Osteoporose und Depression generell eher Frauen zugewiesen. Aus diesem Grund muss davon ausgegangen werden, dass diese Krankheiten bei Männern unterdiagnostiziert sind (Mauvais-Jarvis et al. 2020; Regitz-Zagrosek 2012).

Erkenntnisse aus der internationalen Forschung – ungenügende Erkennung von frauenspezifischen Krankheiten

Viele frauenspezifische Krankheiten oder Krankheiten mit überdurchschnittlich hohen Prävalenzen unter Frauen (bspw. Endometriose und Polyzystisches Syndrom) sind sowohl beim Gesundheitspersonal als auch in der Öffentlichkeit bislang zu wenig bekannt (Simpson et al. 2021; Chiaffarino et al. 2021) und werden daher nicht genügend erkannt.

Etwa 10 Prozent der Frauen weltweit leiden an Endometriose. Die Verzögerung der Diagnose nach dem Auftreten der Symptome ist weit verbreitet und kann 8-12 Jahre dauern (Kiesel und Sorouni 2019). Die Symptome treten trotz Behandlung häufig wieder auf (Horne und Missmer 2022; Simpson et al. 2021). Endometriose ist nicht nur eine körperliche, sondern auch eine wirtschaftliche und soziale Belastung für die betroffenen Frauen und deren Familien (As-Sanie et al. 2019). Verschiedene Faktoren führen dazu, dass Endometriose ungenügend erkannt und diagnostiziert wird: Erstens gibt es bis heute noch keine eindeutige Erklärung für die Entstehung von Endometriose, doch wird sie als multifaktorielle Erkrankung angesehen (Chiaffarino et al. 2021). Zweitens ist das Krankheitsbild der Endometriose – trotz hoher Prävalenz und damit einhergehenden hohen Kosten – unterforscht und es besteht ein hoher Bedarf an neuen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten (As-Sanie et al.

⁵⁷ Diese Faktoren sind laut befragten Expert:innen und Stakeholdern ungenügend erforscht, insbesondere auch die Auswirkungen von geschlechterstereotypen Vorannahmen auf die Prozesse in Erkennung und Diagnostik.

2019), und drittens bestehen diesbezüglich Wissenslücken beim Gesundheitspersonal sowie bei Patient:innen (Simpson et al. 2021). Menstruationsschmerzen werden in der Gesellschaft oftmals als normal angesehen und in der Folge banalisiert. Dies führt dazu, dass ein Krankheitsbewusstsein bei Frauen, dem Gesundheitspersonal und in der Öffentlichkeit fehlt (As-Sanie et al. 2019). Laut As-Sanie et al. (2019) ist bei der Diagnosestellung und Behandlung von Endometriose eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlich. Zudem müssen alle Akteur:innen sowohl im Gesundheitswesen sowie in der breiten Bevölkerung sensibilisiert und geschult werden.

Ein ähnliches Bild wie bei der Endometriose zeigt sich bei der Krankheit Polyzystisches Ovar Syndrom, welches die weiblichen Geschlechtsorgane betrifft. Das Polyzystische Ovar Syndrom ist weit verbreitet und trifft 9-18 Prozent der gebärfähigen Frauen, dennoch bleibt es oftmals unerkannt und somit unterdiagnostiziert. So wurden Lücken in der Frühdiagnose, der Aufklärung sowie der Unterstützung von Betroffenen festgestellt (Gibson-Helm et al. 2017).

Situation in der Schweiz – späte Erkennung von häufigen Krankheiten bei Frauen im Vergleich zu Männern

Eine aktuelle Studie von Regitz-Zagrosek und Gebhard aus der Schweiz (2023) bestätigt die internationalen Forschungsergebnisse: Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden seltener auf eine Intensivstation eingewiesen als gleichaltrige Männer, obschon sie ähnliche oder sogar schwerere Krankheitsverläufe aufweisen (Regitz-Zagrosek und Gebhard 2023). Laut befragten Expert:innen dauert es auch in der Schweiz nach wie vor länger, bis bei einer Frau ein Myokardinfarkt diagnostiziert wird. Wie Todorov et al. aufzeigen (2021), bestehen im Bereich der kardiovaskulären Gesundheit grundsätzlich erhebliche Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern, auch was die diagnostische Genauigkeit von Tests anbelangt.

Auch in Bezug auf die Diagnosestellung von Demenz stellt laut befragten Expert:innen die Schweiz keine Ausnahme dar. Zum Beispiel berichten diese, dass subjektive Gedächtnisstörungen bei Frauen im Alter von Mitte bis Ende 50 oftmals voreilig als Burnout oder Menopause-Symptome abgetan werden, was zu einer verzögerten Diagnosestellung beitragen kann. Laut der Nationalen Demenzstrategie (2018) und befragten Expert:innen ist jedoch eine frühe Diagnostik zentral, um eine bestmögliche Behandlung zu erhalten. Laut Hemmeter et al. (2018) ist eine Sensibilisierung des Gesundheitspersonals, insbesondere auch der Hausärzt:innen, nötig, um die Zeit bis zur Diagnosestellung zu verringern.

Schliesslich problematisieren hier befragte Expert:innen und Stakeholder auch in Bezug auf die Erkennung und Diagnostik, dass bestehendes Wissen oftmals zu wenig Eingang in die klinische Praxis findet (s. auch Kapitel 3.2.). Dies gilt teilweise selbst für Wissen, welches seit Langem vorhanden ist, wie der bereits erwähnte Fakt, dass der Myokardinfarkt auch bei Frauen die häufigste Todesursache darstellt (Woodward 2019). Dass dieser dennoch immer noch männlich konnotiert wird, manifestiert sich in der Schweiz unter anderem dadurch, dass Frauen mit Schmerzen in der Brust auch heute noch 2,5-mal seltener an die Kardiologie überwiesen werden als Männer (Clerc Liaudat et al. 2018).

Situation in der Schweiz – ungenügende Erkennung von frauenspezifischen Krankheiten

Die oben diskutierten internationalen Studien zu Endometriose reflektieren auch die Situation in der Schweiz. Sperschneider et al. (2018) gehen davon aus, dass in der Schweiz Endometriose unterdiagnostiziert ist und somit die Prävalenz von Endometriose weit höher sein könnte als angenommen (Sperschneider et al. 2019). Laut befragten Expert:innen vergehen in der Schweiz durchschnittlich 6 bis 9 Jahre bis zur Diagnosestellung. Dies kann sich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken, da es zu einer Narbenbildung kommen kann, welche unbedingt verhindert werden sollte. Befragte Expert:innen weisen darauf hin, dass vor allem Hausärzt:innen, Urolog:innen und Gynäkolog:innen geschult werden müssen, damit schnellere Diagnosen möglich sind. Zudem weisen die Befragte Ex-

pert:innen weisen darauf hin, dass die Früherkennung und Versorgung von Frauen in denjenigen Ländern besser sind, wo die Gesundheitswesen so strukturiert sind, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse strukturell und systematisch implementiert werden.

Situation in der Schweiz – Personenabhängigkeit von Angeboten, welche die Erkennung verbessern

Befragte Expert:innen beschreiben das Vorhandensein frauenspezifischer und/oder geschlechtersensibler Angebote im Bereich Sensibilisierung und Früherkennung als oftmals personenabhängig und daher nicht nachhaltig gesichert. So können wichtige Angebote wie bspw. Perinatal-Sprechstunden mit der Emeritierung von Professor:innen verschwinden, oder niederschwellige Angebote wie etwa Treffs für Migrantinnen oder Selbsthilfegruppen von Patient:innen müssen beendet werden, weil Freiwillige das Engagement nicht mehr aufrecht erhalten können.

Problem 1: Späte Erkennung von häufigen Krankheiten bei Frauen im Vergleich zu Männern

Problem 2: Ungenügende Erkennung von frauenspezifischen Krankheiten

Viele auch häufige Krankheiten werden bei Frauen später als bei Männern oder gar nicht erkannt; und frauenspezifische Krankheiten werden oftmals ungenügend erkannt.

Genereller Handlungsbedarf Probleme 1 und 2: Forschung zur Erkennung und verbesserten Diagnostik frauenspezifischer Krankheiten und evidenzbasierte Sensibilisierung zu frauenspezifischen Symptomen bei bestimmten häufigen Krankheiten (bspw. Myokardinfarkt, Demenz) sowie zu Symptomen und Diagnoseverfahren typischer Frauenkrankheiten (bspw. Endometriose⁵⁸), insbesondere bei Erstkontakt-Stellen (bspw. Hausärzt:innen, Apotheker:innen, Gynäkolog:innen).

Massnahmen Probleme 1 und 2:

- 1.1. Forschung zu geschlechterspezifischen Symptomen bei bestimmten häufigen Erkrankungen (bspw. Myokardinfarkt, Demenz) und Förderung der Entwicklung geschlechtersensitiven Diagnoseverfahren (mögliche Akteur:innen s. Anmerkung S. 22).
- 1.2. Forschung zur Erkennung und verbesserten Diagnostik frauenspezifischer Krankheiten.
- 1.3. Forschung zu Prozessen und natürlichen Übergängen im Frauenkörper (v.a. Menstruation, Menopause, peripartale Phase) und deren Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit von Frauen.
- 1.4. Massnahmen zur Enttabuisierung des weiblichen Körpers in der Gesellschaft und insbesondere in den Gesundheitsberufen, mit Fokus auf gendertransformative⁵⁹ Massnahmen. Mögliche Akteur:innen: Bildungsinstitutionen; Organisationen im Versorgungs- und Präventionsbereich.
- 1.5. Interdisziplinäres und interprofessionelles Arbeiten (insbesondere angemessener Einbezug der Psychologie und der Geistes- und Sozialwissenschaften in der Medizin).
- 1.6. Evidenzbasierte Schulung insbesondere in der Hausarztmedizin und weiteren krankheitsrelevanten Disziplinen (bspw. Psychiatrie/Psychologie bei Demenz; Gynäkologie bei Endometriose). Mögliche Akteur:innen: SIWF; Fachgesellschaften; Bildungsinstitutionen.
- 1.7. Evidenzbasierte Schulung von Apotheker:innen und Pharma-Assistent:innen zu diesen Krankheiten (Schweizerischer Apothekerverband und kantonale Apothekenverbände).

⁵⁸ Die nachfolgenden Massnahmen in Bezug auf die Erkennung von Endometriose könnten ev. in den Bericht zur Beantwortung des Postulates 23.3009 «Strategie für die frühzeitige Erkennung von Endometriose» der ständerätlichen Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur aufgenommen werden, welches am 14. März 2023 angenommen wurde.

⁵⁹ Unter «gendertransformativen Massnahmen» werden Massnahmen bspw. aus den Bereichen Prävention oder Erkennung gefasst, welche positive Bilder von Mädchen und Frauen transportieren, ohne stigmatisierende Geschlechterstereotype zu reproduzieren. Diese Strategie trägt zum Abbau von strukturellen/gesellschaftlichen Faktoren bei, die zu Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern führen (Oertelt-Prigione 2023).

- 1.8. Sensibilisierung in Bildungsinstitutionen und in der Öffentlichkeit (bspw. nationale Sensibilisierungskampagne Endometriose). Mögliche Akteur:innen: Bildungsinstitutionen; Organisationen im Versorgungs- und Präventionsbereich.
- 1.9. Gewährleistung von niederschwellig zugänglichen spezialisierten Angeboten für frauentypische Krankheiten (durch die Kantone; Gesundheitsinstitutionen).
- 1.10. Förderung der Erkennung durch Einbezug und finanzielle Unterstützung von Patient:innenorganisationen und Peer-Programmen. Mögliche Akteur:innen: Kantone (Struktur- und Projektförderung).
- 1.11. Förderung von Spezialisierungen für Pflegenden (bspw. Endo-Nurses) oder Pharma-Assistent:innen. Um solche Spezialisierung wirksam zu fördern, sollten sie längerfristig lohnrelevant werden. Mögliche Akteur:innen: BAG; Bildungsinstitutionen; Schweizerischer Apothekerverband und kantonale Apothekenverbände.

Problem 3: Personenabhängigkeit von Angeboten, welche die Erkennung verbessern

Frauenspezifische und/oder geschlechtersensible Angebote im Bereich Sensibilisierung / Früherkennung sind häufig abhängig vom Engagement einzelner Fachpersonen und/oder Freiwilligen und sind somit oftmals nicht nachhaltig gesichert.

Genereller Handlungsbedarf: Bereit- und Sicherstellung von Angeboten, welche die Erkennung von bestimmten Krankheiten bei Frauen verbessern.

Massnahmen:

- 3.1. Evidenzbasierte Institutionalisierung geschlechtersensibler Angebote oder bei Bedarf Institutionalisierung frauenspezifischer Angebote zur Verbesserung der Erkennung von bestimmten Krankheiten bei Frauen (bspw. Endometriose, psychische Erkrankungen, Demenz). Mögliche Akteur:innen: Kantone; ev. Gemeinden; Organisationen im Versorgungs- und Präventionsbereich; Gesundheitsinstitutionen.
- 3.2. Insbesondere auch Prüfung der Institutionalisierung von intersektional auf relevante Zielgruppen ausgerichtete Angebote, namentlich Jugendliche/junge Frauen (Depression/psychische Erkrankungen, Endometriose); jüngere Frauen rund um die Schwangerschaft und Geburt (psychische Erkrankungen); und Frauen mit Migrationsgeschichte (Depression, psychische Erkrankungen). Mögliche Akteur:innen siehe Massnahme 3.1.
- 3.3. Institutionalisierung bestehender wichtiger Angebote, welche aktuell durch das Engagement einzelner Personen bestehen und deshalb nicht nachhaltig gesichert sind (durch Kantone; ev. Gemeinden; Gesundheitsinstitutionen).

3.3. Themenbereich 3: Prävention

Im Themenbereich «Prävention» stehen ein hoher Forschungsbedarf und ein Mangel an geschlechtersensiblen und gendertransformativen Präventionsmassnahmen im Vordergrund.

Erkenntnisse aus der internationalen Forschung

Um Gesundheit zu erhalten und Krankheit zu vermeiden, müssen einerseits die Ressourcen der Zielgruppe gestärkt und andererseits die bestehenden Risiken minimiert werden (Bundesamt für Gesundheit (BAG), Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz 2015). Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen sind bei Frauen und Männern nicht immer gleich wirksam. Einerseits gibt es biologisch bedingte geschlechterspezifische Unterschiede bei der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten; andererseits gibt es sozial bedingt unterschiedliche Lebensstile, Geschlechterrollen und vergeschlechtlichte Verhaltensweisen, welche sich auf das Gesundheitsverhalten auswirken (European Institute for Gender Equality 2016). Weiter sind sich Frauen ihres Gesundheitszustands stärker bewusst und nehmen

mehr Gesundheitsdienste in Anspruch als Männer. Hierfür gibt es mehrere Gründe: ihre reproduktive Rolle, ihre häufige Rolle als Betreuungsperson für abhängige Personen (Kinder und ältere oder behinderte Menschen), ihr grösserer Anteil an der älteren Bevölkerung sowie Geschlechterstereotypen (European Institute for Gender Equality 2016). Entsprechend unterscheidet sich auch das Präventionsverhalten von Frauen und Männern. Im Präventionsbereich fehlt es grundsätzlich an geschlechterspezifischem Wissen und folglich an *evidenzbasierten geschlechtersensiblen Präventionsmassnahmen* (Hyun et al. 2021).

Ein Beispiel dafür ist die Führerkennung von Hautkrebs: Frauen untersuchen sich selbst besser und lassen Hautveränderungen eher abklären (Al-Dujaili et al. 2017). Bei einer Vielzahl von Erkrankungen (bspw. Demenz, Depression, Herz-Kreislaufkrankungen) sind Schutzfaktoren wie Bewegung und Ernährung zentral (Grande et al. 2020; Barreto 2019). Auch bei diesen finden sich Geschlechterunterschiede (bspw. Ernährungsverhalten in Bezug auf vorherrschende Körperideale) (Gesundheitsförderung Schweiz 2016), welche es in den damit verbundenen Massnahmen zu adressieren gilt. Prävention und Gesundheitsförderung stehen in engem Zusammenhang mit der Aufklärung über veränderbare Risikofaktoren und die Stärkung der Schutzfaktoren (Sucht Schweiz 2013). Entsprechend sind geschlechtersensible und gendertransformative Präventionsmassnahmen erforderlich (Fisher und Makleff 2022; Pederson et al. 2015). Die individualisierte, personalisierte und geschlechtersensible medizinische Forschung stellt neue Informationen zur Verfügung, welche als Basis für effektivere Präventions- und Therapiemassnahmen dienen (Gadebusch et al. 2014). Da die Inzidenz, der Schweregrad, die Entwicklung und die Prognose einer Krankheit geschlechtlich geprägt sind, sollte auch die Detektion, die Prophylaxe, die Prävention, die Diagnose und Therapie diese Unterschiede berücksichtigen (Gadebusch et al. 2014).

Situation in der Schweiz

Aktuell wird in Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien, -kampagnen und -massnahmen in der Schweiz dem Umstand noch zu wenig Rechnung getragen, dass die verschiedenen Geschlechter ein jeweils spezifisches Gesundheitsverhalten aufweisen und mit unterschiedlichen gesundheitlichen Herausforderungen konfrontiert sind (Kolip 2008; Schwarz et al. 2019). Die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbare Krankheiten (NCD) 2017-2024 verfolgt unter anderem das Ziel «Verbesserung der Chancengerechtigkeit⁶⁰ beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention» (Bundesamt für Gesundheit (BAG), Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) 2016), die Umsetzung von geschlechtersensiblen Präventionsmassnahmen geschieht gegenwärtig jedoch willkürlich, nicht systematisch im Sinne eines Mainstreamings. Derzeit zeigt sich zum Beispiel ein grosser Handlungsbedarf im Bereich Prävention von psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen und insbesondere bei jungen Frauen (Ertanir et al. 2021); aber es bestehen wie gezeigt zum Beispiel auch Strategie- und Massnahmenlücken in Bezug auf Myokardinfarkt, Demenz oder Depression. So sind etwa Frauen im Vergleich zu Männern überproportional häufiger⁶¹ von einer Demenzerkrankung betroffen. Die Zahl der Betroffenen wird aufgrund der Alterung der Bevölkerung voraussichtlich weiter ansteigen, womit die Prävention im Bereich Demenz an Bedeutung gewinnen wird (Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2023). Daher empfehlen befragte Expert:innen und Stakeholder die Integration einer Geschlechterperspektive in die NCD-Strategie 2017-2024 sowie in die Nationale Plattform Demenz.

Die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit und das Ungleichgewicht zwischen Prävention und kurativer Behandlung wurde von Expert:innen und Stakeholdern hervorgehoben:

⁶⁰ Gesundheitliche Chancengerechtigkeit hat zum Ziel, dass alle Menschen die Möglichkeit erhalten, unabhängig von sozialen, ökonomischen, ethnischen und Geschlechts- sowie Altersunterschieden ihre Gesundheit zu entwickeln, zu gestalten und zu erhalten. Voraussetzung dafür ist, dass sie einen fairen und gerechten Zugang zu Gesundheitsressourcen haben.

⁶¹ Nach den neuesten Zahlen von Alzheimer Schweiz leben in der Schweiz aktuell 94'185 Frauen und 34'000 Männer mit einer Demenzerkrankung (Siehe: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/medien/beitrag/demenz-ist-viel-haeufiger-bei-frauen/> (Zugriff: 04.April.2023)).

Einerseits weisen diese auf das Potenzial der vermehrten Zusammenarbeit der verschiedenen Ligen im Gesundheitsförderungs- und Präventionsbereich hin. Andererseits wurde die Wichtigkeit der *interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit* hervorgehoben, etwa im Perinatal-Bereich oder in Zentren zu häuslicher Gewalt (inkl. Psychiatrie/Psychologie). Damit die Angebote nicht ausschliesslich vom Engagement einzelner Personen abhängen, müssten diese institutionalisiert werden. Zudem wurde festgehalten, dass für die Einbettung von Präventionsmassnahmen die Sensibilisierung von – und die Zusammenarbeit zwischen – Erstkontaktstellen gestärkt werden sollte (Hausärzt:innen, Gynäkolog:innen, Apotheker:innen und Pharma-Assistent:innen). Diesen Akteur:innen sollte auch eine zentrale Rolle zukommen bei der Verbreitung von Informationen zu Endometriose und anderen in diesem Bericht diskutierten Themen wie etwa geschlechterspezifische Myokardinfarktsymptome. Zudem ist ein Einbezug der betroffenen Zielgruppe (Frauen) wichtig – etwa bei der Ausarbeitung von Forschungsanliegen und Präventionsmassnahmen (Partizipation)

In der Schweiz ist derzeit kein systematisches Gender-Mainstreaming bei Präventionsprojekten erkennbar, was sich unter anderem auch bei Präventionsstrategien des Bundes zeigt wie zum Beispiel bei der «Nationale[n] Strategie Sucht 2017-2024» (BAG 2015) und dem damit verbundenen Massnahmenplan (BAG 2020). In Berichten zur psychischen Gesundheit, etwa in den Berichten «Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (2015)» (BAG, GDK und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz 2015) und «Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan» (BAG 2016) werden hingegen eine Vielzahl von Unterschieden zwischen Frauen und Männern aufgezeigt, bspw. in Bezug auf das Suizidrisiko und Suizidverhalten. Auch wird etwa aufgezeigt, dass es im Fall von Krisen gilt, betroffenen Personen geeignete Unterstützungsangebote anzubieten, welche die geschlechterspezifischen Bedürfnisse berücksichtigen.

Folgende Beispiele sollen veranschaulichen, wie sich das Geschlecht auf Gesundheit und Krankheit auswirken kann und somit einen zentralen Aspekt bei der Gesundheitsförderung und der Prävention darstellt.

Beispiel: Lungenkrebs und Tabakkonsum

Auch Rauchen ist ein Verhalten, welches durch Geschlechternormen beeinflusst wird. Hatte die Tabakindustrie anfänglich vornehmlich das Rauchen für Männer beworben, richtete sie die Werbung ab den 1950er- und 1960er-Jahren zunehmend auch auf Frauen aus. Zigaretten wurden als Ausdruck von Emanzipation, Gleichstellung, Freiheit und Nonkonformismus sowie als Mittel zur Gewichtskontrolle präsentiert. Frauen begannen daher in einer späteren Periode in grösserem Umfang zu rauchen als Männer (Mederos et al. 2020). Entsprechend traten die gesundheitlichen Folgen des Rauchens wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs oder Atemwegserkrankungen bei ihnen verzögert bzw. erst in jüngster Zeit auf (Bundesamt für Statistik (BFS) 2020b). Erhebungen aus der Schweiz im Jahr 2017 ergaben einen Anteil von Rauchern von 31,0% und an Raucherinnen von 23,3%. Im Zeitraum von 1992 bis 2017 ist der Anteil der rauchenden Personen bei den Männern von 37 auf 31 Prozent zurückgegangen, während er bei den Frauen stabil geblieben ist.⁶² Der Anstieg der Lungenkrebsinzidenz bei Frauen in der Schweiz spiegelt die jüngste Entwicklung der Rauchgewohnheiten wider (Frisone et al. 2022).

Die Senkung der Raucher:innenprävalenz stellt eine der grössten Herausforderungen dar für die öffentliche Gesundheit, da sich Rauchen erheblich auf die Lungenkrebs- und Gesamtmortalität auswirkt (Frisone et al. 2022) und das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen und verschiedene Krebsarten erhöht. Der Handlungsbedarf ist bei Frauen besonders ausgeprägt, denn sie haben bei gleicher Anzahl gerauchter Zigaretten ein dreimal höheres Risiko als Män-

⁶² Siehe: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/tabak.html#:~:text=Den%20h%C3%B6chsten%20Raucheranteil%20weisen%20die,den%20Frauen%20stabil%20geblieben%20ist> (Zugriff 11. April 2023).

ner, an Lungenkrebs zu erkranken (Gasperino 2010). Die Mechanismen, die zu diesem geschlechterspezifischen Unterschied beim Lungenkrebsrisiko führen, sind nicht bekannt, es besteht aber die Vermutung, dass endokrine Faktoren eine wichtige Rolle spielen könnten (Gasperino 2010). Präventionsmassnahmen sollten daher generell geschlechtersensibel (und gendertransformativ) ausgestaltet sein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es bei Frauen bestimmte Lebensphasen gibt, wie bspw. die Menopause, während der es schwierig sein kann, eine Rauchentwöhnung umzusetzen. Die Ergebnisse von Mousavi (2018) zu Lungenkrebsinzidenzraten bei jungen Schweizer:innen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht, zeigen zudem eine dringliche Notwendigkeit für Präventionsstrategien, welche spezifisch auf die Rauchentwöhnung und -prävention bei jungen Frauen abzielen (Mousavi et al. 2018). Diese Befunde wurden auch von befragten Expertinnen:innen und Stakeholdern bestätigt. Insbesondere wurde die Notwendigkeit einer vermehrten physischen Präsenz und direkten Kommunikation mit Jugendlichen zum Beispiel an Berufsschulen formuliert, da sich die Tabakabhängigkeit meist im Alter von 18-20 Jahren einstellt.

Der Handlungsbedarf in der Schweiz in Bezug auf Tabakprävention ist auch aus internationaler Perspektive gross. Mit Ausnahme der Schweiz haben alle Länder auf der Rangliste «The Tobacco Control Scale (TCS) 2021 in Europe» das WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs ratifiziert (Joossens et al. 2022). Auf der Rangliste der Vereinigung der europäischen Krebsligen zur Tabakprävention befindet sich die Schweiz auf Rang 36 und somit an zweitletzter Stelle vor Bosnien und Herzegowina (Joossens et al. 2022). In der Literatur wird der weiterhin hohe Tabakkonsum in der Schweiz unter anderem auf laxen Massnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums und auf den Einfluss kommerzieller und politischer Interessen zurückgeführt (Frisone et al. 2022). Verbesserungspotenzial besteht unter anderem namentlich bei Einschränkungen für Tabakwerbung und Tabaksteuern (Joossens et al. 2022; SRF 2022).

Beispiel: Psychische Störungen, Depression und Suizide/Suizidversuche

In den Jahren 2020 und 2021 wurden in der Schweiz deutlich mehr 10-24-Jährige wegen psychischer Störungen hospitalisiert als in den Jahren zuvor. Bereits vor der Covid-19-Pandemie lag die Hospitalisierungsrate bei Mädchen und Frauen im Alter von 10-24 Jahren bei 13,5 pro 1000 Einwohnerinnen, bei gleichaltrigen Jungen und Männern hingegen bei 10,5. Im Jahr 2021 stiegen die Hospitalisierungsraten deutlich an, wobei sich der Unterschied zwischen den Geschlechtern weiter vergrösserte (Mädchen und Frauen auf 18,2 und Jungen und Männer auf 11,4) (BFS 2022a). Shorey et al. (2022) kommen einer systematischen Review entsprechend zum Schluss, dass Forschung und Politik mehr in die Prävention von depressiven Erkrankungen investieren sollten und es vermehrt geschlechterspezifische Programme braucht.

Der erhöhte Anteil an Mädchen und jungen Frauen mit psychischen Störungen zeigt auf, dass im Präventionsbereich intersektionale Ansätze zentral sind, in diesem Falle das Zusammendenken von Geschlecht (weiblich) und Alter (jung). Auch weitere Personengruppen leiden verstärkt an psychischen Störungen wie zum Beispiel Frauen mit Migrationsgeschichte und/oder niedrigem sozio-ökonomischem Status (Trevisan 2020). Zudem wird dringender Handlungsbedarf im Bereich der psychischen Gesundheit von LGBT-Personen, unter anderem bezüglich Depressivität und Suizidalität anerkannt (Bundesrat 2022).

Im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen sind auch Suizid und Suizidversuche ein zentrales Thema. Grundsätzlich ist in der Schweiz die Suizidrate bei Männern höher als bei Frauen und bei älteren Menschen höher als bei jüngeren. In Bezug auf Suizidgedanken und Suizidversuch verhält es sich bezüglich Alter und Geschlecht jedoch umgekehrt: Da Frauen eher zu «sanfteren» Methoden (Vergiftung, Ertrinken oder Stürze) und Männer im Gegensatz dazu eher zu «härteren» Methoden (Erschiessen oder Erhängen) greifen, enden mehr Suizidversuche der Männer im Tod. Laut Hochrechnungen kommt es in der Schweiz zu jährlich mehr als 10'000 Suizidversuchen, welche zu einer medizinischen Behandlung führen (BAGb, 2015).

Von zentraler Bedeutung für die psychische Gesundheit sind weitere Unterstützungsangebote während Lebensphasenübergängen und bei kritischen Lebensereignissen (bspw. Adoleszenz, Mutterschaft, Menopause, aber auch bspw. Schulübergänge oder Trennungen), welche oftmals Auslöser für psychische Krisen sind. Um solche Krisen zu verhindern, müssen primär die Ressourcen der betroffenen Zielgruppen gestärkt und die Risiken vermindert werden (Gesundheitsförderung und Prävention). Im Fall von Krisen gilt es, den betroffenen Personen geeignete Unterstützungsangebote anbieten zu können, wobei die geschlechterspezifischen Bedürfnisse zu berücksichtigen sind (BAGb 2015). In diesem Zusammenhang haben befragte Expert:innen und Stakeholder die Notwendigkeit von flächendeckenden und institutionalisierten Sprechstunden (bspw. Peripartal-Sprechstunden) zur Sensibilisierung für und Früherkennung von Depressionen (bspw. postpartale Depressionen) und von interdisziplinären Zentren für häusliche Gewalt betont.

Good Practices in der Schweiz

Zu erwähnen ist der sehr informative und detaillierte Grundlagenbericht «Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz» von Gesundheitsförderung Schweiz (Weber 2020) mit Praxisempfehlungen u. a. zur Berücksichtigung von Geschlechteraspekten bei der Gesundheitsförderung und Prävention (bspw. wird bezüglich dem Themenbereich der psychischen Gesundheit generell eine systematische Reflexion (Gender Mainstreaming) bzgl. möglicher Auswirkungen von politischen Entscheiden und Massnahmen zur Vorbeugung von Genderstereotypisierung empfohlen). In der Schweiz gibt es bereits zahlreiche Good Practices in Bezug auf geschlechtersensible Präventionsmassnahmen, welche auf Frauen fokussieren und/oder gendertransformativ und/oder intersektional ausgerichtet sind. Beispiele sind etwa die Femmes-Tische (niederschwellige Angebote mit einem Peer-to-Peer-Ansatz für Migrantinnen und Migranten), das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, Mamamundo (Geburtsvorbereitungskurse für Migrantinnen), Bodytalk PEP (=Prävention Essstörung Praxisnah – Angebot zur Förderung von psychischer Gesundheit bei Jugendlichen ab 12 Jahren und jungen Erwachsenen für die Stärkung eines positiven Selbstwert- und Körpergefühls), Stopsmoking.ch (spezifische Informationen und Tipps für Frauen zum Rauchstopp und Umgang mit Rückfällen) oder das Women's Brain Project (arbeitet an neuen Erkenntnisse über geschlechterspezifische Unterschiede bei Krankheiten vom Gehirn und bei psychischen Krankheiten). Solche Angebote sind jedoch meist nicht systematisch und flächendeckend vorhanden, sie sind oftmals nicht nachhaltig finanziert oder decken vordringliche frauenspezifische Problematiken noch nicht genügend ab.

Problem 1: Forschungsbedarf im Bereich Prävention

Im Bereich Prävention besteht grundsätzlich ein grosser Forschungsbedarf, insbesondere aber in Bezug auf geschlechtersensible Präventionsforschung.

Genereller Handlungsbedarf: Durchführung geschlechtersensibler Präventionsforschung

Massnahmen:

- 1.1. Forschung zu geschlechtersensibler, interdisziplinärer und interprofessioneller, methodenvielfältiger (quantitativ und qualitativ) und intersektionaler Prävention (bspw. in den Bereichen Sucht/Drogen, psychische Gesundheit, Demenz, Myokardinfarkt, Depression, Krebserkrankungen).
- 1.2. Kosten-Nutzen-Forschung von geschlechtersensiblen Präventionsangeboten (besonders auch auf Unternehmensebene; bspw. ob geschlechtersensible Präventionsangebote eine bessere Kosten-Nutzen-Effizienz haben).

- 1.3. Forschung zu gesundheitlichen Auswirkungen von Lebensphasen und kritischen Lebensereignissen sowie zu Lebensphasenübergängen mit Fokus auf Frauen (bspw. Frauen im Alter, während der Schwangerschaft und nach der Geburt, in der Menopause).
- 1.4. Geschlechtersensible Forschung zu Stress: Strukturelle Faktoren (bspw. Mehrfachbelastung von Frauen durch Arbeit und Care-Aufgaben; krankheitsbedingte Arbeitsabsenzen; Mobbing im Zusammenhang mit Schwangerschaft) und geschlechterspezifische Bewältigungsstrategien.
- 1.5. Erarbeitung und Bereitstellung von Wissen für eine evidenzbasierte Implementierung von gendertransformativen Präventionskampagnen.

Mögliche Akteur:innen: Organisationen im Präventionsbereich; Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA); Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO); Kantone; Unternehmen; und alle Akteur:innen im Bereich Forschung, siehe Anmerkung S. 22.

Problem 2: Mangel an geschlechtersensiblen und gendertransformativen Präventionsmassnahmen

Aktuelle Präventionsmassnahmen⁶³ tragen Geschlechterunterschieden zu wenig Rechnung.

Genereller Handlungsbedarf: Mainstreaming der Geschlechterperspektive in Präventionsstrategien und -massnahmen; Implementierung frauenspezifischer/intersektionaler und gendertransformativer Präventionsmassnahmen. Qualitativ hochwertige Programme zur Geschlechtertransformation zeichnen sich laut Heymann et al. (2019) durch sektorübergreifende Präventionsmassnahmen, Einbezug mehrerer Ebenen und Interessengruppen, diversifizierte Programmgestaltung sowie durch soziale Beteiligung und Empowerment aus. Zudem sind für politische und programmatische Interventionen eine langfristige Nachverfolgung (Monitoring), Unterstützung und Umsetzung zentral (Heymann et al. 2019).

Massnahmen:

- 2.1 Einführung von geschlechtersensiblen Leitlinien oder konsequente Umsetzung bereits existierender Leitlinien bei von Bund, Kantonen oder Gemeinden lancierten oder unterstützten Kampagnen, Massnahmen, Projekten oder Mandaten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (bspw. in der Suizid- oder Tabakprävention; in der Arbeitsmedizin; in der Prävention nichtübertragbarer Krankheiten; in der Prävention im Bereich psychische Gesundheit).
- 2.2 Prioritäre Berücksichtigung frauenspezifischer Gesundheitsrisiken bei der Konzeption, Auswahl und/oder Finanzierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen; insbesondere Berücksichtigung relevanter, bisher vernachlässigter frauenspezifischer Gesundheitsthemen (bspw. Endometriose; Mobbing während der Schwangerschaft).
- 2.3 Zielgruppengenaue, d.h. intersektionale Präventionsmassnahmen für relevante Personengruppen. Die Massnahmen sollten die Zielgruppe proaktiv einbeziehen (Partizipation) und insbesondere auch Gesundheitskompetenzen und Selbstmanagement fördern (bspw. präventive Massnahmen gegen Depression/psychische Erkrankungen bei jungen Frauen und Frauen aus dem Migrationsbereich; oder gegen Demenz bei älteren Frauen).
- 2.4 Schulungen und Beratungsangebote für die Implementierung geschlechtersensibler/gendertransformativer Präventionsmassnahmen (bspw. durchgeführt/gefördert vom BAG, Kantonen oder Gemeinden).

⁶³ Wie bereits mehrfach festgehalten werden in diesem Bericht Bereiche in der Gesundheitsversorgung, welche das weibliche Geschlecht quasi per Definitionem berücksichtigen, nur am Rande berücksichtigt. Im Bereich der Prävention betrifft dies namentlich auch das Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen (siehe auch FN 15).

- 2.5. Aufbau von Koordinationsstellen «Chancengleichheit» im Gesundheitsbereich. Solche Stellen können Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen initiieren und koordinieren sowie Wissen zu Sex- und Genderthemen vermitteln und in bestehende Strukturen, Strategien und Massnahmen einbetten (Good Practice: Kanton Basel-Stadt⁶⁴).
- 2.6. Institutionalisierung und finanzielle Unterstützung von wichtigen geschlechtersensiblen Angeboten (s. Themenbereich Erkennung/Diagnostik). Peer-to-peer-Projekte könnten im Präventionsbereich auch von Gesundheitsförderung Schweiz finanziert werden.

Mögliche Akteur:innen: Bund; Gesundheitsförderung Schweiz; Organisationen im Präventionsbereich; SUVA; SECO; Kantone, Gemeinden.

3.4. Themenbereich 4: Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung

Auch in den Bereichen Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung spielen Geschlechterunterschiede eine relevante Rolle. Zum Beispiel werden Frauen seltener zu einer kardialen Rehabilitation überwiesen, nehmen seltener daran teil und brechen häufiger ab (Bittner 2018). Trotz solcher langjährigen Erkenntnisse aus der Praxis fehlt es an geschlechtersensibler Forschung zur Bereitstellung, Inanspruchnahme und Ausrichtung von Angeboten in diesem Bereich. Auch international orten Ott et al. (2022) eine Wissenslücke zu Geschlecht und Rehabilitationsbeteiligung und -ergebnissen. Entsprechend fehlt es grundsätzlich an evidenzbasiert aufgebauten Angeboten, welche den tatsächlichen Bedürfnissen von Frauen gerecht werden.

Erkenntnisse aus der internationalen Forschung

Wie bereits aufgezeigt, bedarf ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem einer personenzentrierten Versorgung mit Leistungen, die in Bezug auf das Geschlecht die Wirkmächtigkeit sozialer Normen, Rollen und Strukturen berücksichtigt, welche eine ungleiche Beteiligung von Frauen gegenüber Männern herstellen (Ott et al. 2022). Dies gilt insbesondere auch für den Bereich Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung. Die geschlechterbezogenen Problematiken in diesem Bereich werden in der Folge anhand von Myokardinfarkt, Endometriose und Demenz (respektive Alzheimererkrankung) exemplarisch verdeutlicht.

Die kardiale Rehabilitation verbessert nachweislich verschiedene wichtige Patient:innenergebnisse (bspw. Bewegungsfähigkeit, Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren, Sozialleben, psychisches Wohlbefinden, Rehospitalisierungsquoten und Sterblichkeitsraten). Trotzdem ist die Nutzung von kardialen Rehabilitationen insbesondere bei Frauen gering. Im Vergleich zu Männern besteht bei Frauen eine wesentlich geringere Wahrscheinlichkeit, dass sie an eine kardiale Rehabilitation überwiesen werden, sie sich nach einer Überweisung für eine Rehabilitation einschreiben und diese vollständig abschliessen. Supervía et al. (2017) haben eine systematische Literaturanalyse durchgeführt, um geschlechterspezifische Hindernisse für die Teilnahme an kardialen Rehabilitationen zu identifizieren. Zu den Barrieren auf Patient:innenebene gehörten ein niedriger Bildungsstand, mehrere Erkrankungen (Komorbidität), fehlende Sprachkenntnisse, fehlende soziale Unterstützung und eine hohe Belastung durch familiäre Verpflichtungen. Als mögliche Lösungsansätze für eine verbesserte Teilnahme und Abschlussquote von Frauen bei kardialen Rehabilitationen fanden die Autor:innen unter anderem den Einsatz automatischer Überweisungen und assistierte Teilnahmeinschreibungen. Die Autor:innen kommen zum Schluss, dass weitere Studien erforderlich sind, um die besten Methoden zur Verbesserung der Teilnahme und der Abschlussrate bei Frauen, also die geschlechterspezifische Diskrepanz, an kardialen Rehabilitationen zu ermitteln (Supervía et al. 2017). Gemäss Smith et al. (2022) besteht in erster Linie ein dringender Bedarf am Einbezug von mehr Frauen in prospektive Studien zur Untersuchung der Rehabilitationsprogramme und deren Ergebnissen (bspw. zu Intensität und

⁶⁴ <https://www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/projekte/praeventionsprogramme/chancengleichheit-gesundheit.html> (Zugriff 11. April 2023).

Häufigkeit von Sportübungen). Bittner (2018) weist ausserdem darauf hin, dass weitere Untersuchungen erforderlich sind, unter anderem um herauszufinden, ob Frauen und Männer unterschiedlich auf verbale Beschreibungen eines kardialen Rehabilitationsprogramms und die Ermutigung zur Teilnahme an einer kardialen Rehabilitation reagieren.

Handlungsbedarf im Bereich Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung besteht auch bei frauenspezifischen Krankheiten wie der Endometriose und bei Krankheiten mit überdurchschnittlich hohen Prävalenzen bei Frauen wie der Demenz (Langzeitversorgung).

Bei der Endometriose konzentrieren sich die medizinischen und chirurgischen Therapien derzeit primär auf die Behandlung der Läsionen, gehen aber oft nicht auf die längerfristigen negativen Auswirkungen ein. Dafür wären unter anderem interdisziplinäre Ansätze in der Nachsorge und Langzeitversorgung sowie mehr Forschung zu Ursachen und neuen Therapien erforderlich. Als Good Practices wurden an den im Rahmen dieser Studie durchgeführten Workshops etwa Rehabilitationsangebote für Endometriose-Betroffene in Deutschland genannt, welche Betroffene unter anderem im Umgang mit ihren oft chronischen Schmerzen unterstützen. In spezifischen und zertifizierten Endometriose-Rehabilitationen erhalten Frauen psychologische und soziale Beratungen und Angebote zu Themen wie zum Beispiel Ernährung, Entspannung, Schmerzbewältigung, Arbeitssituation, Beziehung, Sexualität und Kinderwunsch.

Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Form der Demenz. In den USA sind zwei Drittel der an Alzheimer erkrankten Menschen weiblich (Mauvais-Jarvis et al. 2020). Alter ist der grösste Risikofaktor für die Alzheimer-Krankheit (late-life Alzheimer's disease). Die höhere Lebenserwartung von Frauen sowie der frühere Ausbruch der Krankheit während der Menopause tragen dazu bei, dass sie überproportional häufig von der Krankheit betroffen sind (Mauvais-Jarvis et al. 2020). Zudem tragen Frauen in der Rolle als *caregiver* eine grössere Last bei der Pflege von Alzheimer-Patient:innen, was eigene Risiken für die kognitive und körperliche Gesundheit mit sich bringt. Zwei Drittel der *caregiver* sind Frauen, und diese verbringen im Durchschnitt mehr Zeit mit der Pflege als die männlichen Pflegenden. Die Pflege von Alzheimer-Patient:innen ist mit einer erheblichen körperlichen, wirtschaftlichen sowie geistigen Belastung verbunden (Mauvais-Jarvis et al. 2020).

Anhand der Beispiele Myokardinfarkt, Endometriose und Demenz (insbesondere bei der Alzheimer-Erkrankung) lässt sich zusammenfassend aufzeigen, dass im Bereich Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung Forschungsbedarf besteht. Zudem bleibt genauer zu untersuchen, wo dringlicher Handlungsbedarf besteht in Bezug auf die Bereitstellung von geschlechtersensiblen Nachsorge- und Langzeitversorgungsangeboten wie am Beispiel der Endometriose aufgezeigt. Basierend auf dieser Evidenz sind bestehende Rehabilitationsprogramme sowie Nachsorge- und Langzeitversorgungsangebote geschlechtersensibel und somit für Frauen zugänglicher und wirksamer zu gestalten. Ausserdem sind neue Angebote aufzubauen im Bereich frauenspezifischer Krankheiten.

Situation in der Schweiz

Die oben diskutierten Ergebnisse aus der internationalen Forschung besitzen auch für die Schweiz Gültigkeit. Jellestad et al. (2023) zum Beispiel haben in ihrer Analyse von Daten von sechs Schweizer Kardio-Rehabilitations-Kliniken aus den Jahren 2012-2018 festgestellt, dass die kardiale Rehabilitation insbesondere von Frauen und älteren Patient:innen zu wenig genutzt wird, und dass daher geschlechter- und altersspezifische Bedürfnisse von Patientinnen bei diesen Angeboten berücksichtigt werden müssen (Jellestad et al. 2023). Auch in Bezug auf Endometriose besteht Handlungsbedarf. Während die zwölf Schweizer Endometriosezentren von befragten Expert:innen und Stakeholdern (darunter auch Betroffene) in Bezug auf die dort erbrachten Leistungen sehr positiv bewertet wurden, wurde bemängelt, dass es dort an spezifischen und systematischen Rehabilitations- und/oder Nachsorgeangeboten für Betroffene fehlt, wie sie zum Beispiel in Deutschland existieren. Einen Hinweis auf den diesbezüglichen Handlungsbedarf liefern die zahlreichen Anfragen an freiwillige Patientinnen-Organisationen (bspw. Endo-Help), welche ihrer Anzahl wegen kaum bewältigt werden können.

Im Zusammenhang mit Endometriose, aber auch mit weiteren Krankheiten und mit Schwangerschaft, wurde von befragten Expert:innen und Stakeholdern zudem in der Schweiz ein dringender Bedarf an Ausbau und Stärkung der Arbeitsmedizin formuliert, namentlich im Bereich der Wiederaufnahme und -eingliederung in die Arbeit nach Arbeitsausfällen und im Zusammenhang Einschränkungen, die durch eine Erkrankung (insbesondere auch eine chronische Erkrankung) oder durch eine Schwangerschaft bedingt sind.⁶⁵

Bezüglich chronischer Erkrankungen ist das interdisziplinäre Projekt «Migrant Women's Health Care Needs for Chronic Illness Services in Switzerland; Aus den Erfahrungen von Frauen mit chronischen Krankheiten lernen und die Gesundheitsversorgung verbessern» im Rahmen des NFP 74 zu erwähnen. Ziel des Projekts war es aufzuzeigen, wie chronisch kranke Frauen die Gesundheitsversorgung in der Schweiz erleben, verstehen und nutzen. Praktische Erfahrungen betroffener Frauen wurden in die Problembeschreibung integriert und Betroffene wurden bei der Erarbeitung von Lösungsansätzen einbezogen. Die Autor:innen haben zehn Aufgabenbereiche in sechs Handlungsfeldern identifiziert, um bestehende Mängel und Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit chronischen Erkrankungen – unter besonderer Berücksichtigung von Patientinnen mit Migrationserfahrung – zu adressieren: A) Abbau von Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdienstleistungen, B) Förderung von Vertrauensbeziehungen zwischen Gesundheitsprofessionen und Patientinnen, C) verbesserter Einbezug von Patientinnen und ihren Ressourcen in Entscheidungen über die Behandlung, D) Verbesserung der Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen, E) Förderung des nicht-medizinischen unterstützenden Umfelds sowie F) verbesserte Aus- und Weiterbildungsangebote (Frahsa et al. 2020).

Handlungsbedarf im Bereich Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung besteht in der Schweiz insbesondere auch im Altersbereich. Ältere Menschen – und in höherem Masse Frauen – sind immer häufiger multimorbid. Im hohen Alter nehmen ausserdem schwere Krankheiten wie etwa die Demenz zu (BAG 2019c). Die aktuellen Statistiken der Schweiz zeigen entsprechend der höheren Lebenserwartung von Frauen und deren höheren Demenzrate eine starke Geschlechterkomponente im Bereich der Langzeitversorgung. Im Jahr 2021 waren von insgesamt 440'747 Klient:innen, welche Spitex-Dienstleistungen in Anspruch nahmen, 190'257 (43%) Männer und 250'490 (57%) Frauen.⁶⁶ Noch markanter zeigt sich der Geschlechterunterschied bei den Zahlen zu den sozialmedizinischen Institutionen (Alters- und Pflegeheime), dort waren es im Jahr 2021 53'784 (34%) Männer und 105'787 (66%) Frauen.⁶⁷

Ein weiteres NFP 74-Projekt, «Die ältere Bevölkerung soll bei der Planung der Langzeitpflege gehört werden»⁶⁸, untersuchte in diesem Zusammenhang, welche Form der Langzeitversorgung die ältere Bevölkerung bevorzugt, wobei Unterschiede zwischen Frauen und Männern festgestellt wurden. Weil Frauen älter werden und zusätzlich oft jünger sind als ihre Partner, sterben ihre Partner häufig vor ihnen. Das heisst, die Männer sind im Alter häufiger partnerschaftlich begleitet als Frauen und können deshalb auf ihren Wunsch oftmals länger zu Hause betreut werden. Dem gegenüber steht bei Frauen eine Einsamkeit im Alter, die mit einer erhöhten psychischen Belastung einhergeht. Im Jahr 2021 berichten unter älteren Frauen rund 40 Prozent von Einsamkeitsgefühlen, unter älteren Männern 21 Prozent (Schuler 2016).

Im Zusammenhang mit der Frage nach der Betreuung wurde von befragten Expert:innen und Stakeholdern ausserdem vermerkt, dass sich die aktuelle Verlagerung von stationärer auf ambulante Versorgung potenziell zum Nachteil der Frauen auswirkt, da sie zu Hause oft Care-Arbeiten erwarten

⁶⁵ Wie einleitend festgehalten wurde (S. 18), kann dieser Bericht mit der expliziten Ausnahme der Endometriose nicht näher auf frauenspezifische Gesundheitsbereiche wie die gynäkologische Versorgung und die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen eingehen. Dies betrifft auch den hier erwähnten Bereich der Schwangerschaft respektive des Schwangerschaftsschutzes, wo mehrere befragte Stakeholder einen hohen Handlungsbedarf diagnostizieren.

⁶⁶ https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-hause.html#par_text (Zugriff 11. April 2023).

⁶⁷ Siehe: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.assetdetail.24307672.html>. (Zugriff 11. April 2023).

⁶⁸ <https://www.nfp74.ch/de/FolpflQic0cftgjN/projekt/projekt-santos-eggimann> (Zugriff 11. April 2023).

und/oder sie wie oben erwähnt seltener als Männer auf partnerschaftliche Unterstützung zurückgreifen können. Die Geschlechterdimension dieser Verlagerung gilt es wissenschaftlich zu untersuchen. Zusammenfassend besteht in der Schweiz derselbe Handlungsbedarf in Bezug auf geschlechtersensible Rehabilitations-, Nachsorge- und Langzeitversorgungsangebote wie international. Es besteht Forschungsbedarf hinsichtlich der Frage, warum Frauen auch in der Schweiz seltener an Rehabilitationsprogrammen teilnehmen oder früher austreten (Resultat aus den Expert:inneninterviews und Stakeholder-Workshops) sowie hinsichtlich der Frage, wie die Ergebnisse von Rehabilitationsprogrammen spezifisch bei Frauen verbessert werden können. Bestehende Nachsorge- und Langzeitversorgungsangebote müssen evidenzbasiert geschlechtersensibel gestaltet und wo nötig neue spezifische Angebote geschaffen werden, namentlich in Bezug auf gewisse frauenspezifische Krankheiten oder Krankheiten mit überdurchschnittlichen Prävalenzen unter Frauen wie zum Beispiel Endometriose oder Demenz.

Problem 1: Hoher Forschungsbedarf im Bereich geschlechtersensible Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung

In den Bereichen Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung fehlt es an geschlechtersensibler Forschung.

Genereller Handlungsbedarf: Bedarf an geschlechtersensibler Forschung zu Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung.

Massnahme:

- 1.1. Geschlechtersensible Forschung zu Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung. Besondere Aufmerksamkeit sollte dabei auf folgende strukturelle Einflüsse gerichtet werden: 1) Auswirkungen der derzeitigen Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung auf die Gesundheit von Frauen; 2) Frauen im Alter; 3) Kommunikation und Verhaltensmuster von Patientinnen und Gesundheitspersonal (Welche Angebote werden von wem (nicht) angeboten/wahrgenommen? Gründe?); 4) geschlechtersensible Anforderungen an diese Angebote. Namentlich ist hier zu untersuchen, wie sich weibliche Care-Arbeit respektive die in der Schweiz stark geschlechtersegregierte Arbeitsteilung sowie weitere Manifestationen von Geschlechterstereotypen auf den Zugang zu und die Teilnahme an Rehabilitations-, Nachsorge- und Langzeitversorgungsangeboten auswirken. Die Forschung sollte das nötige Grundlagenwissen bereitstellen, um diese Programme in der Schweiz geschlechtersensibel zu gestalten.

Mögliche Akteur:innen: Siehe Anmerkung S. 22.

Problem 2: Grundsätzlicher Mangel an geschlechtersensiblen Angeboten in den Bereichen Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung

In den Bereichen Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung besteht ein grundsätzlicher Mangel an geschlechtersensiblen Angeboten.

Genereller Handlungsbedarf: Evidenzbasierte Erarbeitung und Bereitstellung von für Frauen geeignete Rehabilitations-, Nachsorge- und Langzeitversorgungsangeboten.

Massnahmen:

- 2.1. Evidenzbasierte und geschlechtersensible Ausrichtung von Rehabilitations-, Nachsorge- und Langzeitpflegeangeboten (bspw. frauenspezifische Kardio-Rehabilitationsprogramme). Good Practice: Die interdisziplinäre und professionelle *Migraine Action* stellt spezifisch auch für Frauen mit Migräne Informationsmaterial und Videos bereit.
- 2.2. Massnahmen zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Rehabilitations- und Nachsorgeangeboten durch weibliche Patientinnen, insbesondere durch die Berücksichtigung des Einflusses

von Care-Aufgaben (Kinderbetreuung/Pflege von alten Menschen) auf das Verhalten von Patientinnen (bspw. Finanzierung von Care-Angeboten während der Behandlungsphase; systematische Bereitstellung von wohnortnahen und den zeitlichen Bedürfnissen von Frauen angepasste Angebote; Abklärungen und gegebenenfalls Massnahmen bzgl. systematischen und automatischen Rehabilitationsüberweisungen in Kombination mit Patient:innengesprächen).

- 2.3. Ausbau und Stärkung der Arbeitsmedizin bezüglich Wiedereingliederung in die Arbeitswelt (bspw. bei einer Endometriose-Erkrankung): Beratungsstellen, Abklärungen und Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebenden, Betroffenen und Arbeitsmedizin.
- 2.4. Frauen sind im Alter deutlich häufiger von Demenz betroffen. Bestehende Angebote sollten geschlechtersensibel weiterentwickelt und angepasst und Programme wie die Nationale Plattform Demenz explizit geschlechtersensibel ausgerichtet werden. Zudem ist abzuklären, inwiefern ein Bedarf an zusätzlichen spezifischen Langzeitversorgungsangeboten besteht.
- 2.5. Frauen sind im Alter überdurchschnittlich auf Langzeitversorgung angewiesen und häufig von Einsamkeit betroffen. Hier bedarf es einer verstärkten ambulanten Versorgung, insbesondere auch im Bereich der nicht-pflegerischen Handlungen (bspw. Modelle zur Ausbildung und Entschädigung von pflegenden Angehörigen und zur Finanzierung von professionellen nicht-pflegerischen Leistungen).
- 2.6. Ältere Menschen, wovon Frauen prozentual den höheren Anteil ausmachen (BFS 2017), sind immer häufiger multimorbid. Rehabilitation, Nachsorge- und Langzeitversorgungsangebote müssen daher interdisziplinär und interprofessionell ausgestaltet sein.
- 2.7. Sensibilisierung mit dem Ziel der Bewusstseinsbildung von Patientinnen, Lehrenden, Auszubildenden und Praktizierenden zum Thema von Geschlechteraspekten und somit auch der spezifischen Bedürfnisse von Frauen in den Bereichen Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung (s. auch Kapitel 3.5.).

Mögliche Akteur:innen: Bund; Kantone; Gemeinden; Angehörige; Institutionen mit Rehabilitations-, Nachsorge- und Langzeitversorgungsangeboten (bspw. Spitäler, Rehabilitationskliniken und -zentren, Spitex, Pflegeheime); SUVA; SECO; Arbeitgebende.

Problem 3: Fehlende Nachsorgeangebote bei frauenspezifischen Krankheiten

Bei gewissen frauenspezifischen Krankheiten fehlt es an systematischen, geeigneten Rehabilitations-, Nachsorge- und/oder Langzeitversorgungsangeboten. Bei Endometriose mangelt es zum Beispiel an Unterstützung bei der Arbeitsintegration nach operativen Eingriffen, an Beratungen zur Arbeitsplatzsituation (bspw. bzgl. Schmerzen, psychischer Belastung) und allgemein an psychologischer Betreuung (bspw. bzgl. Veränderungen der Sexualität). Auch gibt es in der Schweiz (im Gegensatz etwa zu Deutschland) nach operativen Eingriffen, endokrinen Therapien oder begleitend zu medikamentösen Massnahmen kaum spezialisierte Rehabilitations- und/oder Nachsorgeangebote.

Genereller Handlungsbedarf: Spezialisierte Rehabilitations- und Nachsorgeangebote für bisher vernachlässigte frauenspezifische Krankheiten.

Massnahmen:

- 3.1. Institutionalisierung von Rehabilitations-, Nachsorge- und Langzeitversorgungsangeboten für Endometriose-Betroffene an Endometriosezentren (Good Practice: Deutschland⁶⁹).

Mögliche Akteur:innen: Endometriosezentren; Institutionen mit Rehabilitations-, Nachsorge- und Langzeitversorgungsangeboten (bspw. Spitäler, Rehabilitationskliniken und -zentren)

⁶⁹ <https://www.endometriose-sef.de/patienteninformationen/rehabilitation/> (Zugriff 14. April 2023).

3.5. Themenbereich 5: Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitspersonal

Der Ruf nach einer geschlechtersensibleren Bildung im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren auch in der Schweiz zugenommen. Die Dimensionen Sex und Gender seien systematisch in das medizinische Curriculum (Studium Medizin sowie Fort- und Weiterbildung FMH/SIWF⁷⁰) und in die Ausbildungslehrgänge und Weiterbildungen weiterer Gesundheitsberufen zu integrieren (Risberg et al. 2009). Der Bildungsbereich ist zentral für die Umsetzung einer besseren Berücksichtigung von Sex- und Genderaspekten im Gesundheitsbereich – während umgekehrt die Integration dieser Aspekte in Aus-, Weiter- und Fortbildungen nachweislich zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten unter den Geschlechtern beiträgt (Rrustemi 2020). In diesem Sinne stellt Bildung ein Transversalthema dar, welches auch für alle anderen hier diskutierten Themenbereiche von zentraler Bedeutung ist: Ohne entsprechenden Wissenstransfer und somit ohne Sensibilisierung von Studierenden, Lehrenden, Praktizierenden, Vorgesetzten und Angestellten ist das angestrebte Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen nicht zu erreichen.

Einführend ist anzumerken, dass dieses Kapitel einen medizinischen Bias aufweist. Dies ist einerseits dem engen zeitlichen Rahmen des Mandats geschuldet, welcher es zum Beispiel nicht erlaubte, eine Situationsanalyse mehrerer Berufsaus- und Weiterbildungen in Bezug auf bereits existierender Lehrangebote im Bereich Gender Health/Medicine vorzunehmen. Um sinnvolle Massnahmen formulieren zu können, hätten zudem die jeweiligen Prozesse und Verantwortlichkeiten für die Entwicklung der jeweiligen Curricula in Erfahrung gebracht werden müssen. Dies konnte aufgrund der Komplexität dieser Prozesse nicht geleistet werden. Ein weiterer wichtiger Grund für den medizinischen Bias ist schliesslich die Datenlage, welche wegen laufender Projekte (s. unten) im medizinischen Ausbildungsbereich besser ist und die Daten zugänglicher sind als jene von anderen Berufsbildungslehrgängen. Gleichzeitig kann das Beispiel der Medizin in mancherlei Hinsicht als Good Practice für andere Gesundheitsberufe dienen (s. Massnahmen unten).

Erkenntnisse aus der internationalen Forschung

Gemäss Verdonk et al. (2007) trägt ein Bewusstsein für Sex- und Genderaspekte bei Ärzt:innen zu einer besseren Gesundheit aller Patient:innen bei und fördert gleichzeitig die Gleichstellung der Geschlechter im medizinischen Arbeitsumfeld. Dieser Nutzen legitimiert und erfordert die Integration von Geschlechteraspekten als qualitative Investition in die medizinische Ausbildung und weitere gesundheitsbezogene Berufslehrgänge (Verdonk et al. 2007).

Angetrieben von der Erkenntnis, dass die uniforme Behandlung von Männern und Frauen dem Anspruch auf eine bestmögliche Gesundheitsversorgung nicht mehr gerecht wird, begannen medizinische Fakultäten zum Beispiel in Deutschland bereits in den 2000er-Jahren, Wahlfachveranstaltungen zu Gendermedizin anzubieten. Dabei wurde erkannt, dass nahezu jede medizinische Disziplin von einer Geschlechterperspektive profitieren kann (Schrader 2014). Dennoch blieb der Fortschritt in der medizinischen Lehre in den letzten fünfzehn Jahren insgesamt moderat. So kritisieren etwa Regitz-Zagrosek und Schmid-Altringer (2021), dass die Gendermedizin in Deutschland heute lediglich an der Charité in Berlin systematisch als Pflichtlehre integriert ist, während an anderen deutschen Universitäten höchstens entsprechende Wahlveranstaltungen angeboten werden.

Die Aufnahme von Geschlechterfragen in die medizinische Ausbildung bringt verschiedene Herausforderungen mit sich. Es besteht Klärungsbedarf, welche Themen in welche Bereiche integriert werden sollen. Auch rufen in medizinischen Fakultäten stigmatisierende Konnotationen von Geschlechterforschung teilweise Widerstand gegen Massnahmen im Ausbildungsbereich hervor. Zusätzlich stellt der in der Gendermedizin pointierte Ruf nach vermehrt interdisziplinärem und interprofessionel-

⁷⁰ Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH); Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF).

lem Vorgehen bisherige Arbeitsweisen und Prozesse auf den Prüfstand (Verdonk et al. 2009). Verdonk et al. (2009) halten fest, dass Bildungsinstitutionen deshalb Unterstützung bei der Umsetzung gendermedizinischer Lehrinhalte einholen sollten.

Als entscheidende Faktoren für eine erfolgreiche geschlechtersensible Medizinausbildung nennen Verdonk et al. (2009) die Integration psychosozialer und biomedizinischer Aspekte in klinische Fälle; die Verbreitung von einschlägiger Literatur und Bildungsmaterial; die Schulung der Dozierenden; sowie Bemühungen um eine strukturelle Verankerung von Sex- und Genderaspekten in den Lehrplänen. Hier befragte Expert:innen und Stakeholder wiesen ausserdem darauf hin, dass die Vermittlung von Wissen zur Wirkmächtigkeit von Geschlechterstereotypen und -rollen in der Gesundheitsversorgung («Gender») sowie die Vermittlung von Wissen zu den Themen Sexismus, sexuelle Belästigung und sexuelle Gewalt als integraler Bestandteil einer geschlechtersensiblen Ausbildung zu betrachten sind (s. Kapitel 3.6.).

Situation in der Schweiz

Derzeit sind in der Schweiz in Bezug auf die Integration der Dimensionen Sex und Gender in Aus-, Weiter- und Fortbildungen von Gesundheitspersonal einige Bestrebungen im Gange:

1. Integrationsprojekt «Sex and Gender Integration in the Swiss Medical Curriculum»

Im Rahmen des nationalen, von swissuniversities geförderten Integrationsprojekts «Sex and Gender Integration in the Swiss Medical Curriculum» befassen sich derzeit mehrere medizinische Fakultäten mit den Studiengängen Medizin sowie die Fachhochschule der italienischen Schweiz (SUPSI), Fachhochschule Westschweiz (HES-SO) und Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) mit der Ausbildung der Gesundheitsberufe Physiotherapie, Ergotherapie und Pflege.⁷¹ Das Projekt hat nationalen Pioniercharakter und soll den späteren Einbezug weiterer Gesundheitsberufe ermöglichen.

Ziel des Projekts der medizinischen Fakultäten ist die Erarbeitung einer gemeinsamen Vision und Strategie für eine erfolgreiche Integration der Dimensionen Sex und Gender in das medizinische Curriculum. Wichtige Themen sind dabei die Entwicklung und das Teilen von Lehrmaterialien, die Sensibilisierung von Lehr-, Fach- und Führungskräften, der verbesserte Einbezug aktueller Forschungsergebnisse und Innovationen aus dem Bereich Gender Health/Medicine in der Lehre, die stärkere Integration von Masterstudierenden in Forschungsteams sowie die Förderung eines nachhaltigen Kulturwandels hin zu einer geschlechtergerechten Lehre, Forschung und Versorgung in allen medizinischen Institutionen.

Eine der beiden Hauptaktivitäten des Teilprojekts der medizinischen Fakultäten ist die – bereits erfolgte – Erarbeitung eines nationalen «Core Curriculums»/ Referenzlehrplans⁷². Ziel des Core Curriculums ist die Schaffung einer gemeinsamen Referenz für die Integration von Sex- und Genderaspekten in den verschiedenen Fakultäten. Es definiert die nötigen Kompetenzen, um diese Aspekte in der Praxis und in der Forschung zu berücksichtigen. Das Curriculum beinhaltet Themen wie die Rolle von Sex und Gender bei der Diagnosestellung und Behandlung, die Auswirkungen von Geschlechterstereotypen auf die Gesundheitsversorgung, die Prävention und Behandlung geschlechterspezifischer Erkrankungen, oder die Förderung der Gleichstellung in der Gesundheitsversorgung. Zudem sieht das Curriculum einen Evaluationsprozess zu geschlechterspezifischen Inhalten an den Fakultäten vor. Die Empfehlungen im Curriculum wurden auf der Basis der national verbindlichen «Principal

⁷¹ Das Projekt wird im Rahmen der P-7 Ausschreibung 2021-2024 von swissuniversities zu «Diversität, Inklusion und Chancengleichheit in der Hochschulentwicklung» umgesetzt, siehe <https://www.med.uzh.ch/de/news/gendermedizincurriculumprojekt.html> (Zugriff am 7. April 2023). Am Projekt der medizinischen Fakultäten waren ursprünglich die Universitäten Lausanne, Zürich, Genf, Fribourg, Bern und Basel beteiligt. Später stiess die Universität Luzern dazu, im Rahmen eines weiteren P-7 Projekts, «Gender Health and Medicine (GeHeMed)» (s. auch Punkt 5 unten).

⁷² Siehe: <https://www.gems-platform.ch/de/reference-documents> (Zugriff 14. April 2023).

Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland» (PROFILES) ausgearbeitet (s. nachfolgend Punkt 2).

Die zweite Hauptaktivität des Teilprojekts der medizinischen Fakultäten ist die Entwicklung einer vier-sprachigen digitalen Plattform «Gender Education in Medicine for Switzerland (GEMS)» für den Austausch von Lehrmaterialien und für die Förderung von Kommunikation und Innovationen unter Lehrenden, Lernenden, Forschenden und weiteren Interessensgruppen.⁷³

Im Rahmen des Teilprojekts der medizinischen Fakultäten wurde ausserdem versucht, eine Übersicht über die aktuellen gendermedizinischen Lehrangebote in den medizinischen Curricula (Bachelor (BMed)/Master (MMed)) aller Schweizer Universitäten zu schaffen. Die vorläufigen Resultate zeigen: Grundsätzlich gibt es an allen medizinischen Fakultäten zumindest einzelne Veranstaltungen zu Sex- und Genderaspekten, Anzahl und Angebot variieren jedoch trotz national verbindlicher Richtlinien (PROFILES, s. unten) je nach Universität/Fakultät stark und hängen teilweise stark vom Engagement einzelner Lehrpersonen ab. An der Universität Genf gibt es zum Beispiel folgende vier Pflichtmodule: *Genre et santé (2h) B1 (Bachelor Jahr 1)*; *Pour une histoire des organes génitaux féminins (2h) B2*; *Prévention du harcèlement sexuel et sexiste (2h) M1 (Master Jahr 1)*; *Diversité sexuelle et de genre (2h) B3*; *Stéréotypes, préjugés et discrimination en médecine (2h) M2*; und ein Wahlpflichtmodul *Histoire de la médecine: perspectives de genre (24 h)*. Laut den erhobenen Daten werden an Schweizer Universitäten mit Medizinstudium (inkl. Luzern) im Pflichtbereich im ersten Jahr des Bachelorstudiums im Durchschnitt 1,75 Stunden zu Sex- und Genderaspekten unterrichtet; im 2. Jahr Bachelor 1 Stunde, im dritten Jahr Bachelor 1,3 Stunden, im ersten Jahr des Masterstudiums 2,6 Stunden und im zweiten Jahr Masters 0,8 Stunden.⁷⁴ Nicht erhoben werden konnte im Rahmen des swissuniversities-Projekts, inwiefern Sex- und Genderaspekte in einzelnen Fächern bereits integriert, also «gemainstreamt» werden – dies müssten eingehendere Untersuchungen an einzelnen Fakultäten aufzeigen.

Im swissuniversities-Teilprojekt der Fachhochschulen zu den Gesundheitsberufen Physiotherapie, Ergotherapie und Pflege geht es in einem ersten Schritt darum, unter den Fachhochschulen einen Konsens in Bezug auf die für die fraglichen Ausbildungslehrgänge zentralen Aspekte von Sex und Gender zu schaffen und ein Netzwerk zu bilden. Darauf aufbauend soll ähnlich dem Teilprojekt der medizinischen Fakultäten die Integration der Dimensionen Sex und Gender in die Lehrpläne national koordiniert sowie entsprechende Fachkompetenzen vermittelt werden. Während für die medizinischen Curricula nationale Leitlinien existieren, welche gewisse Sex- und Genderaspekte berücksichtigen (s. nachfolgend Punkt 2), scheint dies bei anderen Gesundheitsberufen bisher nicht der Fall zu sein.⁷⁵ Allerdings wird in den Berufskompetenzprofilen gemäss Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz betont, dass präventive, diagnostische, therapeutische, palliative und rehabilitative Massnahmen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen zu beruhen haben. Nach heutigen Erkenntnissen steht ausser Zweifel, dass die Dimensionen Sex und Gender alle diese Massnahmenbereiche relevant beeinflussen (swissuniversities 2023).

Auch im Teilprojekt der Fachhochschulen soll zudem eine Übersicht über aktuelle Lehrveranstaltungen im Bereich Gender Health/Medicine in den Lehrgängen für die ausgewählten Gesundheitsberufe geschaffen werden, diese liegt jedoch noch nicht vor.

⁷³ Siehe <https://www.gems-platform.ch/de> (Zugriff 7. April 2023).

⁷⁴ Die Zahlen basieren auf einer laufenden Erhebung des swissuniversities-Projekts unter den medizinischen Fakultäten. Aufgrund der teilweise uneinheitlichen Daten (teilweise unklar, ob die angegebene Einheit als volle Stunden oder 45min-Lektionen zu berechnen sind; teilweise keine Angaben zur Zeitdauer einer Veranstaltung) sind die oben angegebenen Durchschnittswerte nicht allzu belastbar und sollten deshalb lediglich als Annäherung verstanden werden.

⁷⁵ Das universitäre Projekt wird hier in grösserer Ausführlichkeit beschrieben als Projekt der Fachhochschulen zu anderen Gesundheitsberufen, da sich letzteres im Gegensatz zum bereits fortgeschrittenen universitären Projekt derzeit erst in der Startphase befindet.

2. Sex- und Genderaspekte in den «Principal Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland» (PROFILES)

Bei der jüngsten Überarbeitung der national verbindlichen Leitlinien für das medizinische Curriculum Bachelor/Master, «PROFILES», wurden gewisse Sex- und Genderaspekte integriert. Diese können auf der PROFILES-Website eingesehen werden.⁷⁶

3. CAS-Studiengang «Sex- and Gender-Specific Medicine»

Die Universitäten Bern und Zürich bieten seit 2021 einen CAS «Sex- and Gender-Specific Medicine» an.

4. Lehrstühle für Gendermedizin

Im Jahr 2019 hat die Fakultät für Biologie und Medizin an der *Universität Lausanne* eine neue Professur mit dem Titel «Professeur-e associé-e en recherche clinique en médecine communautaire avec une orientation sur les différences dans la prise en charge clinique induites par le genre des patient-e-s» eingerichtet. An der *Universität Zürich* wird derzeit ein neuer Lehrstuhl für Gendermedizin eingerichtet, welcher voraussichtlich bis Anfang 2024 besetzt sein wird. Der Lehrstuhl ist mit der Gendermedizin der Universität Zürich⁷⁷ und dem Universitätsspital Zürich verbunden.

5. Aktivitäten an einzelnen medizinischen Fakultäten⁷⁸

Weiter tragen verschiedene Forschungsgruppen und medizinische Fakultäten, welche sich mit Aspekten der Gender Health/Medicine befassen, entsprechende Inhalte in die Lehre. Einige Beispiele:

- ⇒ An der *Unité Santé et Genre* am *Unisanté der Universität Lausanne* forscht und lehrt ein Team zu Sex- und Genderaspekten in der Medizin. Um Forschung und Lehre enger zu verbinden, werden unter anderem Masterstudierende in das interdisziplinäre und interprofessionelle Forschungsteam eingebunden. Die medizinische Fakultät der Universität Lausanne hat ausserdem eine Kommission für Gender-Medizin eingerichtet, welche die Aktivitäten zur Integration von Sex- und Genderaspekten in das medizinische Curriculum steuert.⁷⁹ Solche Kommissionen können die institutionelle Sichtbarkeit des Themas erheblich fördern.
- ⇒ Die medizinische Fakultät der *Universität Zürich* engagiert sich mit verschiedenen Projekten für eine ganzheitliche Etablierung der Gendermedizin in der Lehre, bspw. durch die Integration von Sex- und Genderaspekten im regulären Curriculum.
- ⇒ An der *Universität Luzern* wurde im Rahmen des swissuniversities- Projekts «Gender Health and Medicine» (GeHeMed)⁸⁰ ein Wahlpflichtmodul zur Sex- und Genderaspekten mit einem Umfang von 18 Stunden für Medizinstudierende und 28 Stunden für andere Gesundheitsberufe aufgebaut. Da neben diesem Modul nur gerade ein anderes Modul zur Auswahl steht, ist dieses Modul gut besucht.
- ⇒ Weitere im Bereich Gender Health/Medicine aktive Forschungsgruppen gibt es bspw. in der Kardiologie oder in der Medizinischen Onkologie an der *Universität Bern*. An der medizinischen Fakultät der Universität Bern wurde zudem den Dozierenden aller relevanten Vorlesungen eine Folie zu Gender Health/Medicine zugestellt, damit diese in die Lehrveranstaltung einbezogen werden kann. Im Rahmen einer Masterarbeit läuft ausserdem zur Sensibilisierung für die Dimensionen Sex und Gender eine Umfrage unter allen Dozierenden und Medizinstudierenden.

⁷⁶ PROFILES wurde 2017 von einer Expert:innengruppe aus sechs medizinischen Fakultäten der Schweiz, der Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission (SMIFK) sowie Vertreter:innen anderer beteiligter Institutionen entwickelt (Michaud und Jucker-Kupper 2017). Siehe <https://www.profilesmed.ch/> (Zugriff 6. April 2023).

⁷⁷ Siehe: <https://www.med.uzh.ch/de/gendermedizin.html> (Zugriff 11. April 2023).

⁷⁸ Dieser Abschnitt erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

⁷⁹ Siehe: <https://www.unil.ch/ecoledemedecine/CommissionMedecine&Genre> (Zugriff 17. April 2023).

⁸⁰ Siehe: <https://www.unilu.ch/news/gesundheit-fokus-auf-alle-geschlechter-7193/> (Zugriff 19. April 2023).

Medizinische Weiter- und Fortbildungen

In Bezug auf die medizinischen Weiter- und Fortbildungen konnten im Rahmen dieses Mandats keine systematischen Bestrebungen etwa der Fachgesellschaften und/oder des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) in Erfahrung gebracht werden, sex- und genderbezogene Aspekte zu integrieren, zum Beispiel in Form von Leitlinien. Hier müssen weitere Untersuchungen den Handlungsbedarf eruieren. Gemäss befragten Expert:innen und Stakeholdern dürfte dieser Handlungsbedarf im Bereich der medizinischen Weiter- und Fortbildungen besonders gross sein. Gerade dem Fortbildungsbereich kommt jedoch auf dem Weg zu einer geschlechtersensiblen Medizin eine zentrale Rolle zu, da ältere forschende und praktizierende Ärzt:innen oftmals Führungspositionen innehaben oder eigene Praxen betreiben und dort häufig noch über viele Jahre massgeblichen Einfluss auf die Forschungsinhalte, die klinische Praxis, die Ausbildung des Nachwuchses und die medizinische Arbeitskultur nehmen werden.

Problem 1: Fehlende Überprüfung der Umsetzung von Leitlinien zu geschlechtersensibler Lehre im Medizinstudium

Es fehlt ein Prozess zur Überprüfung der Umsetzung bestehender Leitlinien zu geschlechtersensibler Lehre im Medizinstudium.

Genereller Handlungsbedarf: Erarbeitung von Prozessen zur Überprüfung der Umsetzung bestehender Leitlinien betreffend geschlechtersensible Lehre in der medizinischen Ausbildung und Erarbeitung von Prozessen zur Durchsetzung dieser Leitlinien.

Massnahme:

- 1.1. Anstrengungen und Kooperationen der medizinischen Fakultäten, damit die nationalen Vorgaben gemäss dem Core Curriculum implementiert werden.
- 1.2. Erarbeitung von Instrumenten zum systematischen Monitoring und zur Durchsetzung von Vorgaben zu geschlechtersensibler Lehre im medizinischen Curriculum (BMed/MMed). Ein Vorschlag besteht darin, dass sich Institutionen im Rahmen des Qualitätsbereichs Entwicklung/Weiterentwicklung (MedBG) für eine Akkreditierungsphase dem Themenbereich Gender Health/Medicine widmen könnten (allerdings bleibt die Flughöhe bei den Akkreditierungen sehr hoch, sodass bei dieser Massnahme eher von einer Begleitung / Förderung des Themas anstatt von einem Durchsetzungsinstrument gesprochen werden kann). Als weitere mögliche Instrumente wurden (externe existierende oder allenfalls intern zu etablierende) Qualitätsstandards sowie entsprechende Vorgaben in den Prüfungsreglementen genannt. Mögliche Akteur:innen für die Ideenentwicklung, Initiierung, Federführung und Umsetzung solcher Massnahmen sind zum Beispiel die Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission (SMIFK); die Universitäten/Fakultäten; swissuniversities; und Akkreditierungsstellen.

Problem 2: Fehlendes Wissen zum Stand der Integration von Sex- und Genderaspekten in den Ausbildungslehrgängen weiterer Gesundheitsberufe

Im Rahmen dieses Mandats konnten in Bezug auf das Medizinstudium systematische nationale Bemühungen für geschlechtersensible Lehre in Erfahrung gebracht werden (PROFILES, swissuniversities Integrationsprojekt der medizinischen Fakultäten). In den Bachelor- und Masterstudiengängen anderer Gesundheitsberufe wurden nur bedingt vergleichbare Bestrebungen bekannt. Ausnahmen bildeten das oben genannte Wahlpflichtangebot in Luzern, welches dort im Rahmen mehrerer Berufsbildungen angeboten wird sowie das oben eingeführte swissuniversities-Integrationsprojekt der Fachhochschulen. Es fehlt somit eine Übersicht zur Situation in den Ausbildungslehrgängen im Gesundheitsbereich (bspw. Pflege HF/FH, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährung & Diätetik, Optometrie & Osteopathie, Hebamme/Geburtshilfe, Pharmazie, Chiropraktik, Gesundheitswissenschaften, Ausbildungen im Bereich Prävention & Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Langzeitversorgung, Public Health).

Genereller Handlungsbedarf: Schaffung eines Überblicks zu existierenden Bestrebungen auf nationaler oder institutioneller Ebene (bspw. Leitlinien) für geschlechtersensible Lehre in Ausbildungslehrgängen von Gesundheitsberufen; Schaffung eines Überblicks zu aktuellen geschlechtersensiblen Lehrangeboten und -inhalten in diesen Programmen.

Massnahmen:

- 2.1. Bestandesaufnahme existierender geschlechtersensibler Lehrangebote und -inhalte in Ausbildungslehrgängen von Gesundheitsberufen (bspw. über Forschungsmandate im Auftrag einzelner Fakultäten oder Bildungsinstitutionen (bspw. HF/FH), Berufskonferenzen, Fachgesellschaften oder -verbänden, überinstitutioneller/nationaler Ausbildungsgremien, oder des BAG; oder Förderung solcher Untersuchungen durch die swissuniversities.)
- 2.2. Falls nach der Bestandesaufnahme (siehe Punkt 2.1.) geschlechtersensible Lehrangebote und -inhalte in den jeweiligen Ausbildungslehrgängen von Gesundheitsberufen nicht oder unzureichend vorhanden sind: Erarbeitung von Instrumenten zur systematischen Integration von Sex- und Genderaspekten in den Ausbildungsprogrammen zu den genannten Gesundheitsberufen, zum Beispiel in Anlehnung an PROFILES und das medizinische Core Curriculum. Dabei sollten die Dimensionen Sex und Gender explizit als eigenständige wie auch als Transversalthemen in die Curricula aufgenommen werden. Dabei ist namentlich die Dimension Gender angemessen zu berücksichtigen. Somit ist neben naturwissenschaftlichem auch etwa sozialwissenschaftliches, psychologisches oder philosophisches Wissen sowie Wissen aus interdisziplinären Fachbereichen wie Gender Studies oder Public Health zu integrieren. Mögliche Akteur:innen sind überinstitutionelle/nationale Ausbildungsgremien oder Fachgesellschaften oder -verbände und Fachhochschulen.
- 2.3. Erarbeitung von Instrumenten zum systematischen Monitoring und zur Durchsetzung existierender Vorgaben/Leitlinien zu geschlechtersensibler Lehre (analog Massnahme 1.2.).

Problem 3: Fehlende Integration von Sex- und Genderaspekten in die medizinische Weiter- und Fortbildung

Im Rahmen dieses Mandates konnten keine systematischen Bestrebungen für geschlechtersensible Lehre im medizinischen Weiter- und Fortbildungsbereich SIWF in Erfahrung gebracht werden. Erschwerend für eine systematische Integration von Sex- und Genderaspekten ist hier der Umstand, dass die Fort- und Weiterbildungen von den einzelnen Fachgesellschaften organisiert werden, was zu einer Fragmentierung führt und ein «Mainstreaming» der Sex- und Genderaspekte erschwert. Zudem sind die Angebote im Bereich der Fortbildung meist nicht obligatorisch und wenig reglementiert und können somit nie alle praktizierenden Ärzt:innen erreichen.

Genereller Handlungsbedarf: Schaffung eines Überblicks zu aktuellen geschlechtersensiblen Bildungsangeboten in den medizinischen Weiter- und Fortbildungen; Erarbeitung einer Strategie für die systematische Integration von Sex- und Genderaspekten über den gesamten medizinischen Werdegang hinweg (Studium; Weiterbildung; Fortbildung).

Massnahmen:

- 3.1. Bestandesaufnahme existierender geschlechtersensiblen Lehrangebote in den medizinischen Weiter- und Fortbildungen, zum Beispiel durch oder im Auftrag der Fachgesellschaften oder der SIWF, oder im Rahmen eines swissuniversities-Projekts.
- 3.2. Erarbeitung von Instrumenten zur systematischen Integration von Sex- und Genderaspekten in medizinischen Weiter- und Fortbildungen (bspw. gewisse obligatorische Kurse; Anerkennung des CAS «Sex- and Gender-Specific Medicine» in allen Weiter- und Fortbildungsprogrammen) – mit dem Ziel, dass sich Ärzt:innen auf allen beruflichen Etappen mit diesen Aspekten auseinandersetzen. Es wird empfohlen, dass im Rahmen der Weiter- und Fortbildungen SIWF eine

gewisse Mindestanzahl Stunden jährlich (bspw. zwei Stunden) zum Thema Gender Health/Medicine für alle Ärzt:innen verpflichtend sein sollten. Mögliche federführende und umsetzende Akteur:innen sind Fachgesellschaften; SWIF; Berufskonferenzen; überinstitutioneller/nationaler Ausbildungsgremien und Lehrende.

- 3.3. Implementierung eines verpflichtenden Kurses zu sexueller Belästigung in der medizinischen Fort- und Weiterbildung auf der Grundlage des Arbeitsrechts und des Gleichstellungsartikels (s. Themenbereich 6: Arbeitswelt; mögliche Akteur:innen siehe Massnahme 3.2. sowie das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG)).

3.6. Themenbereich 6: Arbeitswelt Gesundheitswesen (Gleichstellung und Diskriminierung)

Die in diesem Bericht diskutierten Problematiken im Bereich Gender Health/Medicine können nicht unabhängig von den Arbeitskontexten in Gesundheitsberufen besprochen werden. Von Geschlechterstereotypen geprägte Wertevorstellungen und Arbeitskulturen sowie die Machtverhältnisse in diesen Arbeitswelten tragen wesentlich dazu bei, dass Frauen in der Schweizer Gesundheitsversorgung benachteiligt werden. Persistierende Geschlechterstereotypen und die anhaltende Diskriminierung von Frauen insbesondere in leitenden Positionen in Medizinalberufen benachteiligen nicht nur das weibliche Personal, sondern der fehlenden Diversität an Perspektiven wegen letztlich auch die Patient:innen (Nielsen et al. 2017a). So zeigen etwa Regitz-Zagrosek und Gebhard (2023) auf, wie die mehrheitlich männlichen Leitungen und Ärzt:innenschaften in der kardiologischen Chirurgie die Versorgung von Patientinnen beeinträchtigen: Wenn Frauen von Männern behandelt werden, erreichen sie schlechtere Versorgungsergebnisse; dies ist zudem umso mehr der Fall, je weniger weibliche Ärzt:innen in den entsprechenden Abteilungen arbeiten (Regitz-Zagrosek und Schmid-Altringer 2021). Umgekehrt führt Perspektivenvielfalt in wissenschaftlichen Teams – dazu gehört namentlich eine Geschlechtervielfalt – nachweislich zu besserer Wissenschaft (Nielsen et al. 2017a). Ein von Gleichstellung geprägtes Arbeitsumfeld ist deshalb als zentraler Faktor auf dem Weg zu einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung zu betrachten.

Im Themenbereich «Arbeitswelt Gesundheitswesen» stehen dabei die Problematiken «Cure vs Care», «Leaky Pipeline» und sexuelle Belästigung und Gewalt im Zentrum:

Erkenntnisse aus der internationalen Forschung – Cure versus Care

Die Gleichstellung der Geschlechter wirkt sich positiv auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung und somit auch auf die Gesundheit des Gesundheitspersonals aus. Die global persistierenden Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen im Gesundheitssystem (King et al. 2020) schaden hingegen der Motivation und der Produktivität des Gesundheitspersonals sowie der Qualität der Gesundheitsversorgung (Shannon et al. 2019; High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth 2016; Schnyder-Walser et al. 2015). Damit spiegelt und bekräftigt der Gesundheitssektor soziale Ungleichheiten in der Gesellschaft (Hay et al. 2019; Weber 2020; Gupta et al. 2019).

Das Gesundheitswesen ist insgesamt stark feminisiert und der Anteil von Frauen an bezahlten Arbeitskräften nimmt global stetig zu. Ausserdem weist das Gesundheitswesen sowohl global als auch in der Schweiz eine berufliche und hierarchische bzw. vertikale Segregation auf. Durch die anhaltende Wirkmächtigkeit traditioneller Geschlechterrollen herrscht immer noch die geschlechterspezifische Arbeitsteilung «Cure versus Care» vor. Die Pflege («Care») und somit der Beruf der Pflegenden wird immer noch als Domäne der Frauen angesehen, während die Heilung («Cure») verstärkt den Männern und der Ärzt:innenschaft zugeordnet wird, namentlich in medizinischen Bereichen mit hohem Prestige und in Leitungspositionen. Diese Stereotypen halten sich bis heute und haben grosse Auswirkungen auf die Anerkennung und Lohnniveaus der jeweiligen Berufe (Hay et al. 2019).

Global sind 70 bis 75 Prozent der Arbeitnehmenden im Gesundheits- und Sozialwesen Frauen, bei der grössten Berufsgruppe der Pflegenden sogar 85 Prozent (Langer et al. 2015; Gupta et al. 2019; Shannon et al. 2019; WHO 2020). Die Verantwortlichkeiten von Pflegenden sind streng definiert, sie haben wenig Autonomie in ihrem Arbeitsfeld und ihr sozialer Status ist niedriger als derjenige der Ärzt:innenschaft. Heilen oder «Cure» bleibt trotz des jüngsten Zustroms von Frauen in die Medizin von Männern dominiert (Langer et al. 2015; Gupta et al. 2019; Shannon et al. 2019; WHO 2020; Thieme et al. 2022). Hay et al. (2019) weisen darauf hin, dass bei einer Feminisierung eines Berufes die Löhne stagnieren oder sogar sinken.

Erkenntnisse aus der internationalen Forschung – «Leaky Pipeline»

Obwohl Frauen ebenso Medizin studieren und Ärztinnen werden, arbeiten sie zum Beispiel seltener in chirurgischen Fachgebieten und ist es für sie grundsätzlich schwieriger, höhere Hierarchiestufen zu erreichen (Shannon et al. 2019). Im europäischen Kontext sind mehr als die Hälfte der Studierenden der Medizin Frauen, aber dieser Prozentsatz nimmt auf höheren Hierarchiestufen stark ab. Dies wird als «Leaky Pipeline» bezeichnet (Weigel 2019). Im Gegensatz zur Pflege geht der Beruf der Ärzt:innen mit höherer Autonomie, höherem Lohn, Status und Prestige einher (Wingfield 2017; Hay et al. 2019). Frauen machen weltweit den grössten Teil der Belegschaft im Gesundheitswesen aus, sind aber nur in einem Viertel der Führungspositionen vertreten. Nur zwei gesundheitsbezogene UN-Organisationen werden von Frauen geführt. Die meisten Frauen, die im Gesundheitssektor arbeiten, haben einen niedrigeren sozialen Status und niedrigere Gehälter als Männer und haben nicht dieselben Möglichkeiten, das System oder die Organisation, in welcher sie tätig sind, aktiv zu verändern (Gupta et al. 2019; Hay et al. 2019; Shannon et al. 2019).

Zudem sind Frauen, die im Gesundheitssektor arbeiten, mit einem – grösstenteils unerklärbaren – geschlechterspezifischen Lohngefälle konfrontiert. Das unbereinigte Lohngefälle im Gesundheits- und Sozialwesen beträgt in Ländern mit hohem Einkommen 26 Prozent. Im Vergleich zu anderen Wirtschaftssektoren ist damit das geschlechterspezifische Lohngefälle im Gesundheitssektor grösser (WHO 2019). Global gesehen gibt es im Gesundheitswesen also eine asymmetrische Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern, was Berufe, Disziplinen und Führungspositionen betrifft. Dies ist auch in der Schweiz der Fall.

Die geringe Präsenz von Frauen in Führungspositionen im Gesundheitswesen und in den «Cure»-Fachrichtungen trägt zusammen mit der frühzeitigen Vermittlung von geschlechterspezifischen Erwartungen an Mädchen, Care-Aufgaben zu übernehmen, zu ungünstigen Machtverhältnissen bei, in denen Frauen häufig in untergeordneten und benachteiligten Positionen bleiben. Wenn es gelingt, diese Strukturen aufzubrechen, kann das Gesundheitswesen einen wichtigen Beitrag zur Gleichstellung der Geschlechter leisten (Hay 2019).

Erkenntnisse aus der internationalen Forschung – Hierarchien im Gesundheitswesen und Sexuelle Belästigung

Die Medizin ist eine Disziplin mit klaren Hierarchien (Peadon et al. 2020). Medizinstudent:innen und Assistenzärzt:innen stehen in der Medizinhierarchie ganz unten. Sie sind von ihren klinischen Betreuer:innen abhängig, was Patient:innenbetreuung und den eigenen Lernprozess betrifft. Ihr Aufstieg in der Hierarchie hängt von positiven Berichten der Vorgesetzten über ihre Kompetenz, Leistung und berufliche Entwicklung ab. Dies führt zu einem Abhängigkeitsverhältnis (Walton 2006). Forschungen zur medizinischen Kultur weisen darauf hin, dass es immer wieder zu verbalen Beschimpfungen, Demütigungen und Herabsetzungen von Medizinstudent:innen kommt. Zudem wird auf ein «Hidden Curriculum» hingewiesen (Crowe et al. 2017). Dieses bezieht sich darauf, dass es sich bei der medizinischen Ausbildung über die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten hinaus insbesondere auch um einen Sozialisationsprozess handelt. Laut Lempp und Seal (2004) ist das Akzeptieren von Hierarchien ein zentraler Teil des «Hidden Curriculums». Diese gelernten und gelebten Werte und Normen legen jedoch gleichzeitig den Grundstein für sexuelle Belästigung im Medizinbereich und werden durch die

vertikale Geschlechtersegregation verstärkt (Lempp und Seale 2004). Sowohl Mediziner:innen als auch Pflegende sind von sexueller Belästigung betroffen, wobei Frauen und Menschen in Ausbildung öfters betroffen sind. Die Übergriffe werden vor allem durch Vorgesetzte, Kolleg:innen und Patient:innen verübt. Der Anteil der Gewalt am Arbeitsplatz variiert stark je nach Land, Praxisumfeld, Arbeitszeiten und Beruf (Liu et al. 2019; Trysnes et al. 2022). Laut der WHO fehlen auf globaler Ebene verlässliche Zahlen zu sexueller Belästigung von Gesundheitsfachpersonen, sie geht aber von einem hohen Prozentsatz aus (WHO 2019).

Situation in der Schweiz – Cure versus Care

Die Spitäler in der Schweiz beschäftigten im Jahr 2020 rund 228'800 Personen, verteilt auf 174'593 vollzeitäquivalente Stellen. Wie auf internationaler Ebene ist auch in der Schweiz der Gesundheitssektor in der letzten Dekade gewachsen, auch hier ist er feminisiert und segregiert. So sind im Jahr 2020 25 Prozent mehr vollzeitäquivalente Stellen besetzt als im Jahr 2010. Dabei waren rund ein Viertel (26%) der Beschäftigten in den Spitälern Männer und rund drei Viertel (74%) Frauen, wobei die Pflege und die Sozialdienste mit 42 Prozent die grösste Berufsgruppe in den Spitälern darstellten. 15 Prozent der Angestellten in Spitälern waren Ärzt:innen.⁸¹

Auch in der Schweiz ist der Pflegeberuf feminisiert: In Spitälern waren im Jahr 2018 83 Prozent und in Pflegeheimen 86 Prozent der Pflegenden Frauen (Bundesamt für Statistik 2020a). Eine Abkehr von dieser Geschlechtersegregation ist in den nächsten Jahren nicht zu erwarten. Im Jahr 2021 haben 4782 Personen im Ausbildungsfeld ISCED Krankenpflege und Geburtshilfe eine berufliche Grundausbildung in der Schweiz abgeschlossen. Davon waren 86,5 Prozent Frauen und 13,5 Prozent Männer.⁸² Die Nachfrage nach Pflegenden steigt kontinuierlich an. Gleichzeitig gibt es einen immer grösser werdenden Fachkräftemangel in der Pflege (Golz et al. 2022). Daten der gepoolten Strukturhebungen des Bundesamtes für Statistik der Jahre 2016–2018 zeigen, dass der Fachkräftemangel in der Pflege mit hohen Berufsaustritten von Pflegenden einhergeht. Frauen treten dabei öfters als Männer aus dem Pflegeberuf aus, vor allem junge Frauen unter 35 Jahren (Lobsiger und Liechti 2021). Gründe dafür sind einerseits die wachsende Ökonomisierung des Gesundheitswesens und der Care-Arbeit, welche zu einer Verdichtung der Arbeit im Pflegebereich führt. Als Folge davon können Pflegendе ihre Vorstellung von guter Pflege oftmals nicht mehr realisieren. Zudem führt der gestiegene Stresslevel am Arbeitsplatz zu einer Verschlechterung der Gesundheit der Beschäftigten und schliesslich zu verfrühten Berufsaustritten (Golz et al. 2022; Madörin 2015; Winker 2015; Maurer 2015). Resultate der hier durchgeführten Expert:inneninterviews und der Stakeholder-Workshops zeigen, dass für eine Verbesserung der Situation der Beruf der Pflege in der Gesellschaft besser anerkannt werden muss und dieser auch aktiver bei Männern beworben werden sollte.

In der Medizin ist hingegen eine Veränderung der Geschlechterverhältnisse zu beobachten – es findet eine Feminisierung statt (Wille und Schlup 2020; Thieme et al. 2022). Im Jahr 2018 schlossen 1118 Studierende ihr Studium mit einem eidgenössischen Diplom in Humanmedizin ab, davon waren 59 Prozent Frauen (Bundesamt für Gesundheit 2022). Der steigende Frauenanteil an Diplomen in Humanmedizin ist ein Trend, der sich seit 2005 abzeichnet; dennoch waren im Jahr 2020 56 Prozent der praktizierenden Mediziner:innen Männer (Moor 2022).

Eine «Care and Cure» Geschlechterdifferenz ist auch bei Hauptfachgebietenden der berufstätigen Ärzt:innenschaft auszumachen: In der Kinder- und Jugendmedizin war der Frauenanteil 2020 mit 65 Prozent deutlich höher als der Männeranteil mit 35 Prozent. In der Kinderchirurgie war es jedoch genau umgekehrt: Hier waren 60 Prozent der Ärzt:innen Männer und nur 40 Prozent Frauen. Chirurgi-

⁸¹ Siehe: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/technologie/indikatorsystem/zugang-indikatoren/w-t-input/frauen-und-wissenschaft.html> (Zugriff 11. April 2023).

⁸² Siehe: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsabschluesse/sekundarstufe-II/berufliche-grundbildung.assetdetail.22224807.html> (Zugriff 11. April 2023).

sche Fachgebiete weisen oftmals einen kleinen Frauenanteil aus; so lag der Frauenanteil in der Orthopädischen Chirurgie bei 10,6 Prozent. Die höchsten Frauenanteile wiesen neben der Kinder- und Jugendmedizin, die Kinder- und Jugendpsychiatrie (64,7 Prozent) und die Gynäkologie und Geburtshilfe (65 Prozent) auf (FMH-Generalsekretariat 2020). Auch erwarben im Jahr 2020 mehr Frauen als Männer (56,7 Prozent zu 43,3 Prozent) einen Weiterbildungsabschluss in der Medizin, und auch hier spiegelte sich dasselbe vergeschlechtlichte «Care and Cure»-Bild (FMH-Generalsekretariat 2021). Wie bei den Pflegenden verlassen mehr Ärztinnen als Ärzte den Beruf, und der Berufsaustritt erfolgt ebenso meist in den ersten Berufsjahren (Lobsiger und Liechti 2021). Ein wichtiger Grund für den Berufsaustritt ist im Falle der Ärztinnen die meist mangelhafte Vereinbarkeit des Ärzt:innenberufs mit dem Familienleben. Allerdings erleben Ärztinnen diese Konflikte im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen vermehrt. Auch im medizinischen Bereich wirken sich zudem Geschlechterstereotype negativ auf den beruflichen Werdegang von Frauen aus. So wird Männern eher Fachkompetenz oder Forschungstätigkeit zugeordnet, Frauen hingegen eher Attribute wie Fürsorglichkeit oder die Lehre (Moor 2022).

Die Resultate der Expert:inneninterviews und Stakeholder-Workshops weisen darauf hin, dass es im Gesundheitsbereich grundlegende Massnahmen zur Gleichstellung der Geschlechter braucht (bspw. längerer Vaterschaftsurlaub und Elternurlaub, Teilzeitarbeit auf Führungsebene und generell für Männer, gendertransformative Rollenvorbilder für Frauen und Männer), um die Ungleichheit der Geschlechter in Gesundheitsbereich zu verringern und somit auch die Abgänge des weiblichen Personals zu verhindern.

In den Stakeholder-Workshops wurden auch bestehende Massnahmen diskutiert: Zum Beispiel sind in der Schweiz bereits Gesetzesgrundlagen für die Gleichstellung der Geschlechter vorhanden, insbesondere das Gleichstellungsgesetz und das Arbeitsgesetz. Die Praxis zeigt, dass das Gleichstellungsgesetz den Akteur:innen im Justizwesen oftmals zu wenig bekannt ist. Zudem hat der Bundesrat im Jahr 2021 die nationale Gleichstellungsstrategie verabschiedet. Diese zielt unter anderem auf die Gleichstellung im Erwerbsleben ab. Weiter sieht das Gleichstellungsgesetz die Möglichkeit von Finanzhilfen für Projekte zur Förderung der tatsächlichen Gleichstellung von Frau und Mann im Erwerbsleben vor – auch diese Förderung ist laut dem EBG zu wenig bekannt und wird entsprechend nicht vollständig ausgeschöpft.

Situation Schweiz – «Leaky Pipeline»

Die «Leaky Pipeline» ist auch in der Schweiz sichtbar: Mit steigender Hierarchiestufe nimmt der Frauenanteil in der Medizin ab. In jeder Altersgruppe sind Frauen seltener in den höheren Hierarchiestufen vertreten als aufgrund ihres Anteils in der jeweiligen Altersgruppe zu erwarten wäre (Wille und Schlup 2020; FMH-Generalsekretariat 2020). Gemäss Hostettler und Kraft (2019) waren die Frauen unter den Assistenzärzt:innen im Jahr 2018 in der Mehrheit (58,6 Prozent), aber auf Oberarztstufe war der Frauenanteil nur 47,9 Prozent, bei den leitenden Ärzt:innen 24,5 Prozent und auf Chefärzt:innen-Ebene nur 12,4 Prozent (Hostettler 2019). Das gleiche Bild dieser gläsernen Decke zeigt sich auch auf Spitalebene, zum Beispiel im Universitätsspital Waadt (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois 2023). Zudem sind Frauen in den grössten medizinischen Fachgesellschaften zum Teil stark unterrepräsentiert (Wille und Schlup 2020). Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Expert:inneninterviews und den Resultaten der Stakeholder-Workshops: Hier wurde die Medizin als stark hierarchischer Sektor mit einer sexistischen Kultur, einem «Hidden Curriculum» und einer gläsernen Decke beschrieben. Auch wenn Frauen gleich qualifiziert sind, ist es aufgrund der starken Hierarchien schwer für sie, Führungspositionen zu erreichen, vor allem in den chirurgischen Fächern. Frauen werden oftmals weniger gefördert, leiten seltener grosse klinische Studien und müssen sich mehr durchsetzen, um an Sponsor:innengelder zu kommen. Ausserdem wurde spezifisch hervorgehoben, dass Frauen, welche zur Vorantreibung ihrer Karriere einen längeren Auslandsaufenthalt absolviert haben (gemäss den Kriterien für die Erlangung akademischer Exzellenz), oftmals nach ihrer Rückkehr in die Schweiz

Mühe bekunden, eine ihrer Qualifikation angemessene Stelle zu erhalten. Dieser Zustand des «Nicht-Weiterkommens» wird als sehr belastend beschrieben.

Als Folge dieser Mechanismen fehlt es an weiblichen Führungspersonen und somit auch an weiblichen Vorbildern, was die «Leaky Pipeline» wiederum verstärkt.

Zudem wurde ausgeführt, dass weibliche Führungspersonen vermehrt geschlechtersensible Medizin betreiben und eine «frauenfördernde» Atmosphäre schaffen. Frauenförderung und das Vorantreiben von Frauenthemen in der Medizin ist oftmals personenabhängig, und somit geschlechtsabhängig, weil es mehr Männer in medizinischen Führungspositionen gibt. Diese Personenabhängigkeit wird kritisch hinterfragt. Laut den befragten Expert:innen und Stakeholdern sollten diese Personenabhängigkeiten bezüglich der Förderung der geschlechtersensiblen Medizin und der Förderung von Medizinerinnen vermieden werden. Stattdessen sollten Strukturen geschaffen werden, in welchen alle Geschlechter die gleichen Möglichkeiten und Chancen haben.

In Bezug auf Frauenförderungsinstrumente sprachen sich mehrere Expert:innen und Stakeholder für eine Quotenregelung auf Führungsebene in Gesundheitsinstitutionen aus. In Bezug auf Professuren wurde im Workshop folgendes frauenfördernde Berufungsverfahren an der Universität Lausanne diskutiert, welches auch in anderen Fachbereichen mit wenigen Frauen als «Good Practice» zum Einsatz kommt: Eine Berufungskommission für eine Professur an der Fakultät für Biologie und Medizin (FBM-UNIL) hatte zwei getrennte Listen erstellt, eine Frauen- und eine Männerliste. Die besten Bewerbungen für jede Kategorie wurden getrennt bewertet (also ohne Vergleich der Profile von Frauen und Männern), und anschliessend wurden die Shortlist-Personen für jede Kategorie gemeinsam interviewt. Die Kommission wurde von der Vizedekanin für akademischen Nachwuchs und Gleichstellung geleitet.^{83,84}

Situation Schweiz – Sexuelle Belästigung

Im Auftrag des EBG und des SECO wurde im Jahr 2009 eine Studie zu sexueller Belästigung am Arbeitsplatz durchgeführt. Rund die Hälfte (51,3%) der erwerbstätigen Bevölkerung in der Schweiz wird im Laufe ihrer Karriere mit Situationen konfrontiert, die das Risiko sexueller Belästigung bergen (Strub und Moser 2008). Auch im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Gleichstellung der Geschlechter» (NFP 60) wurde ein Forschungsprojekt «Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz» durchgeführt. Die Resultate dieser Untersuchung zeigen, dass Frauen im Vergleich zu anderen Branchen im Gesundheits- und Sozialwesen überdurchschnittlich von sexueller Belästigung betroffen sind (Krings et al. 2013). Im Jahr 2019 führte die Forschungsanstalt gfs.bern für Amnesty International ausserdem eine Studie zur sexueller Belästigung und sexueller Gewalt an Frauen in der Schweiz durch. Die Resultate weisen darauf hin, dass viele Formen sexueller Belästigung und sexueller Gewalt in der Schweiz, zum Beispiel in Form von unerwünschten Küssen, Umarmungen und Berührungen, weit verbreitet sind: 59 Prozent der Frauen gaben an, bereits entsprechende Erfahrungen gemacht zu haben. Ein Drittel der Befragten erlebten diese Übergriffe am Arbeitsplatz. Zudem wurden 22 Prozent der Frauen Opfer von ungewollten sexuellen Handlungen (Jans et al. 2019).

Das Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) in Lausanne untersuchte das Ausmass der sexuellen Belästigung von Medizinstudierenden. 16 Prozent aller befragten Medizinstudierenden sind von Sexismus oder sexueller Belästigung betroffen, wovon 96 Prozent Frauen waren. Die Häufigkeit nimmt im Verlauf des Studiums zu: Im sechsten Studienjahr sind bereits 37 Prozent der Medizinstu-

⁸³ Siehe: <https://www.unil.ch/egalite/home/menuinst/egalite-femmes-hommes/recrutement-egalitaire.html> (Zugriff 14. April 2023).

⁸⁴ Gewisse Berufsverbände in Gesundheitsberufen haben die Herausforderungen von Frauen in ihren Berufen erkannt und setzen Massnahmen um. Zum Beispiel setzt sich der Verband der Schweizerischen Assistenz- und Oberärzte/-innen (VSAO) für verschiedene Themen wie Vereinbarkeit, Frauenförderung (bspw. Workshops und Karriereberatungen) und Diskriminierung ein und bietet Rechtsberatungen an (bspw. im Zusammenhang mit Schwangerschaft). Aussagen von hier befragten Stakeholdern weisen jedoch darauf hin, dass in diesen Bereichen engagierte Berufsverbände immer noch als selten einzustufen sind.

dent:innen von Sexismus oder sexueller Belästigung betroffen, und 45 bis 50 Prozent der Studierenden des fünften und sechsten Jahres waren entweder Ziel oder Zeuge von sexueller Belästigung. Die Vorfälle fanden meist im Rahmen der klinischen Praktika statt (Barbier et al.2023).

Mit Expert:innen und Stakeholdern wurden bereits bestehende Massnahmen in diesem Bereich diskutiert. Es wurde darauf hingewiesen, dass sich die Schweiz mit der Unterzeichnung der Istanbul-Konvention⁸⁵ auch international dazu verpflichtet hat, gegen geschlechterbasierte Gewalt vorzugehen. Entsprechende Massnahmen sind im Nationalen Aktionsplans (EBG 2022) unter der Federführung des BAG vorgesehen, namentlich zum Beispiel «Sensibilisierungsmassnahmen zur Verstärkung der Aus-, Weiter- und Fortbildung des Gesundheitspersonals zu den Themen der häuslichen Gewalt und Gewalt an Frauen».⁸⁶ Hier befragte Expert:innen und Stakeholder bekräftigten den Handlungsbedarf im Themenbereich sexuelle Belästigung und Gewalt und wiesen gleichzeitig auf die grosse Wissens- und Datenlücke und Handlungslücke in diesem Bereich hin, welche ein evidenzbasiertes Vorgehen erschwert.

Zu den bestehenden Aktivitäten zur Bekämpfung von sexueller Belästigung und Gewalt im Gesundheitsbereich gehört der Verein CLASH «Collectif de Lutte contre les Attitudes Sexistes en Milieu Hospitalier» an der Universität Lausanne. Mit Unterstützung der Lausanner Gruppe haben sich seither an mehreren Universitäten in der Romandie weitere unabhängige CLASH-Gruppen gebildet. Der Verein hat auf freiwilliger Basis unter anderem eine «Helpline» für Opfer von sexueller Belästigung eingerichtet. Weiter gibt es Aktivitäten an medizinischen Fakultäten, welche auf die Sensibilisierung zu den Themen sexuelle Belästigung und Gewalt zielen. An den Universitäten Lausanne und Fribourg sind etwa Kurse zu den Themen sexuelle Belästigung und Sexismus für Medizinstudierende fest im Curriculum verankert. Diese obligatorischen Kurse wurden von befragten Expert:innen und Stakeholdern als zielführend evaluiert, wobei jedoch kritisiert wurde, dass solche obligatorischen Schulungen nur einmal und nur während des Studiums stattfinden, anstatt in regelmässigen Abständen während der ganzen medizinischen Berufslaufbahn (Guggenbühl et al. 2020).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass weibliche Studierende und Mitarbeitende im Gesundheitswesen nachweislich vielfach benachteiligt werden, sei es durch einen Mangel an Förderung, durch Nichtberücksichtigung oder Geringschätzung. Durch sexuelle Belästigung werden führt man ihnen sogar massgeblich Schaden zu.

Problem 1: Fehlende Gleichstellung der Geschlechter im Gesundheitswesen

Die Gleichstellung der Geschlechter wirkt sich nachweislich positiv auf die Gesundheit des Gesundheitspersonals und der Gesamtbevölkerung aus. Im Schweizer Gesundheitssystem sind jedoch bis heute Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern auszumachen (King et al. 2020).

Genereller Handlungsbedarf: Bessere Förderung der Gleichstellung der Geschlechter im Schweizer Gesundheitssystem. Dabei hängt die Qualität der Arbeitssituation von Frauen im Gesundheitswesen wesentlich davon ab, ob und welche Massnahmen von der Politik ergriffen werden, um die grundsätzlichen Problematiken im Gesundheitswesen anzugehen, wie insbesondere den Personalmangel in der Pflege, den Mangel an Hausärzt:innen oder die Überlastung von Assistenzärzt:innen. Es ist kein Zufall, dass in diesen besonders unter Druck stehenden Personalgruppen Frauen übervertreten sind. In der Folge werden spezifischere Massnahmenvorschläge zur Verbesserung der Situation aufgeführt, welche von hier befragten Expert:innen und Stakeholdern als besonders relevant hervorgehoben wurden. Nicht erwähnt werden generelle Massnahmen wie Personalausbau in der Pflege oder bei den Assistenzen oder die verstärkte Förderung der Hausärzt:innenmedizin.

⁸⁵ Siehe: https://www.ebg.admin.ch/dam/ebg/de/dokumente/haeusliche_gewalt/istanbul-konvention/nationaler_aktionsplan_ik.pdf.download.pdf/Nationaler%20Aktionsplan%20Istanbulkonvention_DE.pdf (Zugriff 12. April 2023).

⁸⁶ Siehe Massnahmebereich C / Fachpersonen Gesundheit, Massnahmen 18, 19 und 20.

Massnahmen:

- 1.1. Aufwertung der Care-Berufe und Aufnahme der Care-Berufe in die oberste Führungsebene von Gesundheitsinstitutionen. Mögliche Akteur:innen sind hier das EBG/BAG; Kantone; Gesundheitsinstitutionen.
- 1.2. Förderung von Frauen in Führungspositionen in den Cure- und Care-Berufen (auch im Care-Bereich besetzen oftmals Männer die Führungspositionen). Gleichzeitig Förderung von Männern in den Care-Berufen, um alternative Rollenbilder zu schaffen und Geschlechterstereotype aufzuweichen. Mögliche Akteur:innen siehe Massnahme 1.1.
- 1.3. Arbeitsflexibilität in allen Bereichen des Gesundheitswesens. So bieten respektive akzeptieren einige medizinische Disziplinen etwa keine Teilzeitarbeit, sondern erwarten vielmehr volle Verfügbarkeit und Flexibilität bei unregelmässigen Arbeitszeiten. Als Resultat davon wählen Frauen diese Disziplinen seltener (weil sie zusätzlich zu ihrer beruflichen Karriere meistens mehrheitlich für die Care-Arbeit in der Familie zuständig sind). Somit behindert der Anspruch auf volle Verfügbarkeit und Flexibilität die Chancengleichheit in diesen Disziplinen. Eine erste Massnahme sollte ein Monitoring der Arbeitsbedingungen in den verschiedenen Disziplinen sein, um den Handlungsbedarf zu eruieren. Weiter kann zum Beispiel die Einführung eines Labels/Scores geprüft werden für Gesundheitsinstitutionen, welche eine Arbeitskultur etabliert haben, die es ermöglicht, Berufs- und Privatleben besser miteinander zu vereinbaren (bspw. Möglichkeit der Teilzeitarbeit, regelmässige Arbeitszeiten, Zugang zu Kinderbetreuung, Krankheitsurlaub für Kinderbetreuende, etc.). Mögliche Akteur:innen sind wieder obenstehende und zusätzlich das BAG in der Erarbeitung eines Labels/Scores.
- 1.4. Teilzeitarbeit auf Führungsebene. Durch Teilzeitarbeit auf Führungsebene ist die Vereinbarkeit von bezahlter und unbezahlter Arbeit besser möglich. Dies ist eine Möglichkeit den Frauenanteil auf Führungsebene zu erhöhen und ist ein Mittel, um die Gleichstellung von Frauen und Männer im Gesundheitswesen zu fördern (siehe auch Problem 2 «Leaky Pipeline»). Mögliche Akteur:innen siehe Massnahme 1.1.
- 1.5. Einführung einer umfassenden Elternzeit auf nationaler Ebene, namentlich auch längerer Urlaub des anderen Elternteils, welcher verfällt, wenn er nicht in Anspruch genommen wird. Dies soll verhindern, dass Elternzeit allein von Frauen in Anspruch genommen wird, was ihnen unter anderem auf dem Arbeitsmarkt und in Bezug auf ihre Karrierechancen («Leaky Pipeline» im Gesundheitswesen) und ihre Altersvorsorge zu ihrem Nachteil gereicht. Diese Massnahme ist geeignet für alle Arbeitssektoren, aber insbesondere wichtig für den Gesundheitsbereich, da dieser feminisiert ist. Mögliche Akteur:innen: Kantone; Gesundheitsinstitutionen; Politik.
- 1.6. Bessere Bekanntmachung und Durchsetzung der vorhandenen Gesetze (Gleichstellungsgesetz, Arbeitsgesetz, Strafgesetz). Namentlich auch Sensibilisierung von Institutionen, dass bei Verletzung des Gleichstellungsgesetzes Kompensationszahlungen geleistet werden müssen.⁸⁷ Mögliche Akteur:innen siehe Massnahme 1.1.
- 1.7. Prüfen, welche Synergien sich für die Umsetzung der Massnahmen 1.1-1.6 mit der Umsetzung der Pflegeinitiative ergeben (BAG).

⁸⁷ Dazu gehört bspw. die Sensibilisierung von Institutionen, dass Arbeitgebende bei Belästigung am Arbeitsplatz gemäss Art. 5 Abs. 3 GIG zur Zahlung einer Entschädigung an Arbeitnehmende verurteilt werden können, sofern sie nicht beweisen können, dass sie alle Massnahmen getroffen haben, die zur Verhinderung sexueller Belästigung nach der Erfahrung notwendig und angemessen sind und ihnen billigerweise zugemutet werden können.

Problem 2: Unterrepräsentation der Frauen in Führungspositionen oder die «Leaky Pipeline»

Frauen im Gesundheitswesen haben seltener Führungspositionen inne als Männer. Dies liegt unter anderem an der sogenannten «Gläsernen Decke» oder «Leaky Pipeline». In der Schweiz ist das Phänomen der «Leaky Pipeline» in der Wissenschaft belegt⁸⁸, es fehlt jedoch an Daten und Wissen dazu (bspw. Aufschlüsselung nach Fakultäten, Spitälern oder Abteilungen; Klärung der Ursachen, etc.).

Genereller Handlungsbedarf: Die «Leaky Pipeline» muss geschlossen bzw. müssen Frauen im Gesundheitswesen besser gefördert werden.

Massnahmen:

- 2.1. Forschung im Bereich «Leaky Pipeline» im Gesundheitswesen und detailliertere Datenerhebung durch das BFS (nach Vorgaben des BAG).
- 2.2. Quotenregelungen und/oder frauenfördernde Bewerbungsverfahren auf Führungsebene in Gesundheitsinstitutionen (s. das oben beschriebene Beispiel an der Universität Lausanne) zur Förderung von diversen Teams. Mögliche Akteur:innen: EBG; Kantone; Gesundheitsinstitutionen.
- 2.3. Einführung eines Labels / Scores für Gesundheitsinstitutionen, welche eine Arbeitskultur etabliert haben, die es ermöglicht, Erwerbsarbeit und Privatleben besser miteinander zu vereinbaren (s. Massnahme 1.3.) (Federführung BAG und EBG).

Problem 3: Sexuelle Belästigung im Gesundheitsbereich

Gesundheitspersonal ist von sexueller Belästigung betroffen, wobei Frauen und Auszubildende öfter betroffen sind. Die Übergriffe werden vor allem durch Vorgesetzte, Kolleg:innen und Patient:innen verübt. In der Schweiz fehlt es an Daten zum Thema sexuelle Belästigung im Gesundheitswesen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit Betroffener.

Genereller Handlungsbedarf: Die sexuelle Belästigung im Gesundheitswesen muss bekämpft werden.

Massnahmen:

- 3.1. Förderung von Forschung zu sexueller Belästigung im Gesundheitswesen und Einschluss des Themas sexuelle Belästigung im FMH-Abschlussfragebogen (durch die FMH) und beim Abschluss von Medizinpraktika (durch die Universitäten).
- 3.2. Flächendeckende Einführung von unabhängigen Anlaufstellen bei sexueller Belästigung (Ombudsstellen) mit Sanktionsmöglichkeiten. Mögliche Akteur:innen: Kantone; Gemeinden; Gesundheitsinstitutionen.
- 3.3. Sensibilisierung der Arbeitsinspektorate: Ermutigung und Unterstützung der Inspektor:innen, psychosoziale Risiken (inkl. sexuelle Belästigung) bei Kontrollen in Unternehmen zu berücksichtigen. (Federführung SECO).
- 3.4. Schweizweiter Ausbau von Kursen für Gesundheitsfachpersonen (Studierende, Lehrende, Gesundheitspersonal mit und ohne Führungspositionen) zu sexueller Belästigung. Good Practices: Ecole de médecine / Medizinische Hochschule Lausanne (Kurse für Medizinstudierende); Ecole de médecine / Medizinische Hochschule Fribourg (Kurse für Medizinstudierende); CHUV/Unisanté (Kurse für Medizinlehrende und Mitarbeiter:innen); und HUG Genf (Kurse für Medizinstudierende und Lehrende. Mögliche Akteur:innen: Universitäten; Fakultäten; Gesundheitsinstitutionen.
- 3.5. Finanzielle Unterstützung bestehender Organisationen, welche sich im Bereich sexuelle Belästigung im Gesundheitswesen engagieren (bspw. CLASH). Mögliche Akteur:innen: EBG; Kantone; Gemeinden).

⁸⁸ Siehe: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/technologie/indikatorsystem/zugang-indikatoren/w-t-input/frauen-und-wissenschaft.html> (Zugriff 14. April 2023).

3.7. Übergeordnete Massnahmen

Aufbauend auf den in den einzelnen Themenbereichen herausgearbeiteten Massnahmen ergeben sich folgende übergeordnete Massnahmen:

Gender Health/Medicine als integraler Bestandteil des Gesundheitssystems

Die Einführung von Geschlechtergerechtigkeit im Schweizer Gesundheitssystem ist laut befragten Expert:innen und Stakeholdern nicht als Addendum, sondern vielmehr als integraler Bestandteil des Gesundheitssystems zu verstehen – zum Wohle nicht nur der Frauen, sondern aller Geschlechter. Insbesondere bildet Gender Health/Medicine auch einen zentralen Baustein der sich aktuell international entwickelnden personalized medicine oder precision medicine.

Doppelstrategie für eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik

Die Etablierung eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems erfordert eine *Doppelstrategie*: Erstens den Aufbau einer *spezialisierten Kompetenz Gender Health/Medicine* in der Forschung und im Gesundheitswesen (bspw. Förderung von spezialisierten Professuren, Zentren, Forschungen und Angeboten); und zweitens ein flächendeckendes *Mainstreaming* – also die vollumfängliche Integration und Normalisierung – geschlechterspezifischen Arbeitens in der Forschung, Versorgung und Prävention im Schweizer Gesundheitssystem und in allen Gesundheitsberufen. Die beiden Strategien gehen eng zusammen, da ein erfolgreiches und evidenzbasiertes Mainstreaming vom Vorhandensein des dafür erforderlichen spezialisierten Wissens abhängt.

Einbettung in und Aufbau von Massnahmen und Angeboten

Wo möglich soll der Fokus der Massnahmen auf die Einbettung (Mainstreaming) von Sex- und Genderaspekten in bestehende Strategien oder Massnahmen gelegt werden. So bedeutet etwa die Forderung nach für Frauen geeignete Rehabilitationsangeboten nicht, dass zusätzlich zu den bestehenden, in der Tendenz aber männerzentrierten, Angeboten gleich viele zusätzliche Angebote spezifisch für Frauen geschaffen werden sollen; sondern dass Rehabilitationsangebote grundsätzlich geschlechtergerecht ausgestaltet werden müssen. Gleichzeitig wird in einigen Bereichen tatsächlich ein Aufbau benötigt, zum Beispiel der oben genannte Kompetenzaufbau Gender Health/Medicine in der Forschung, oder Nachsorgeangebote für Betroffene gewisser frauenspezifischer Krankheiten.

Interdisziplinäre, interprofessionelle und diverse Teams

Spezialisierte Kompetenzstellen (bspw. Professuren, Zentren, spezialisierte Angebote) sollten explizit *interdisziplinär* und *interprofessionell* aufgestellt sein, und die Teams sollten bewusst *divers* zusammengesetzt werden. Bestehende Good Practices in Bezug auf Instrumente zur Durchsetzung von Anforderungen an die Zusammensetzung von Forschungsteams sind etwa die Leitlinien des EU-Forschungsprogramms Horizon oder das Fördergefäss SPIRIT des SNF.⁸⁹

Berücksichtigung des sozialen Geschlechts (Gender)

Besonderes Augenmerk ist auf die äusserst wirkmächtigen, aber bisher im Gesundheitsbereich zu wenig beachteten, *sozialen Aspekte von Geschlecht* (Gender) zu richten. Das bedeutet konkret, dass im Bereich Gender Health/Medicine neben medizinisch-naturwissenschaftlichen Erkenntnissen auch vermehrt Erkenntnisse etwa aus den Sozialwissenschaften, der Psychiatrie und Psychologie, der Ökonomie, der Philosophie sowie aus interdisziplinären Fachbereichen wie den Gender Studies oder Public Health einzubeziehen sind. Dabei müssen die verschiedenen Perspektiven dynamischer als bisher integriert werden und verstärkt miteinander in Dialog treten – anstatt entkoppelt disziplinäres Wissen anzuhäufen.

⁸⁹ Leitlinien EU/Horizon siehe: <https://grants.nih.gov/policy/inclusion/women-and-minorities/guidelines.htm> (Zugriff 13. April 2023). Vorgaben SNF/Spirit siehe: <https://www.snf.ch/de/nlghrhyzbD90TM9D/foerderung/programme/spirit> (Zugriff 13. April 2023).

Einführung, Weiterentwicklung, Monitoring und Durchsetzung von Leitlinien

Auch wenn es vielerorts noch an geschlechtersensiblen Leitlinien fehlt, zum Beispiel für die Grundlagenforschung oder für Präventionsmassnahmen (siehe entsprechende Kapitel), existieren inter/national bereits etliche solche Leitlinien. Jedoch werden diese häufig nicht oder ungenügend umgesetzt. Entsprechend wurde in den Interviews und Workshops die Relevanz einer nachhaltigen *Überprüfung* und *Durchsetzung* existierender Leitlinien, ggf. mit Anreizen oder Sanktionen, besonders insistent betont.

Gender Health/Medicine als Qualitätsziel des Bundes

Als übergeordnete Massnahme wurde zudem vorgeschlagen, mit einem entsprechenden Mandat an die EQK die Förderung von Gender Health/Medicine zu einem Qualitätsziel des Bundes zu erklären.⁹⁰ Die Förderung der personengerechten Medizin, insbesondere von Gender Health/Medicine, könnte in den nächsten Jahren durch den Bundesrat berücksichtigt werden. Dabei könnte ein wesentliches Augenmerk auf medizinische Register⁹¹ fallen. Diese könnten bspw. bei der Datenerhebung neben Geschlecht auch all jene Angaben zur Auswahl der Behandlung beinhalten (bspw. Grösse, Gewicht, Trainingsstand, Alter, etc. als mögliche Herzklappenparameter), welche es unabhängigen Fachleuten erlauben, zu beurteilen, ob die Behandlung chancengleich/korrekt erfolgte. Weiter könnten für die Register die entsprechenden Leitlinien geschlechtersensitiv angepasst werden. Wo diese Anpassung nicht evidenzbasiert erfolgen kann, könnte ein geschlechtersensitives Gremium Grundlagen erarbeiten, die später evaluiert und für die Anpassung der Leitlinien (einschliesslich der zu verwendenden Produkte) dienen könnten.

Good Practice-Beispiele bekannt machen

Dieser Bericht enthält zahlreiche inter/nationale Beispiele zu Good Practices für die Umsetzung einer geschlechtergerechten Medizin und Gesundheitsversorgung.⁹² Konkrete vorbildliche Beispiele zum Thema Gender Health/Medicine aus dem In- und Ausland sollten systematisch und regelmässig aktiv gesucht und relevanten Zielgruppen über geeignete Kanäle bekannt gemacht werden. Dies könnte zum Beispiel unter dem neuen Thema «(Berücksichtigung von) Frauen-/Geschlechterspezifität» auf der Blueprint-Website des BAG (Inspiration für Gesundheitsprojekte)⁹³ geschehen, sowie auf weiteren (eventuell auch besser geeigneten) Kanälen.

Bessere Umsetzung bestehenden Wissens in die Praxis

Für diesen Bericht befragte Expert:innen und Stakeholder weisen auf das Problem hin, dass in der Schweiz belegtes Wissen im Bereich Gender Health/Medicine oftmals keinen Eingang in die klinische Praxis findet, zum Beispiel in der Diagnostik und Behandlung. Hier besteht Forschungsbedarf zu den Hindernissen bei der Übersetzung existierenden Wissens in die Klinik; basierend auf diesen Erkenntnissen müssen Prozesse er- oder überarbeitet werden, um diese Lücken zwischen Wissen und Praxis zu schliessen.

Monitoring des Fortschritts im Bereich Gender Health/Medicine

Es wird empfohlen, einer Stelle in der Bundesverwaltung (bspw. im BAG oder EBG) die Themenhüter:innenschaft für das Thema Gender Health/Medicine zuzuweisen. Die Stelle sollte in regelmässigen

⁹⁰ Siehe auch die dritte Forderung der angenommenen Motion 22.3869 «Förderung von Forschung und Therapie für spezifische Frauenkrankheiten» der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit zu frauenspezifischen Krankheiten, die verlangt, «dass die Förderung der Qualität der Behandlung frauenspezifischer Krankheiten als Ziel der Eidgenössischen Qualitätskommission definiert wird».

⁹¹ Siehe: <https://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm#i113069> (Zugriff 12. April 2023).

⁹² Damit entspricht der Bericht dem Postulat Fehlmann Rielle (s. Kapitel 1 und 2), welches den Bundesrat beauftragt aufzuzeigen, «welche Massnahmen *bereits getroffen wurden* oder anzustossen wären, damit die Wissenschaft und das Gesundheitspersonal in den Bereichen Forschung, Prävention und Pflege die spezifischen Bedürfnisse der Frauen besser berücksichtigen» (Betonung hinzugefügt).

⁹³ Siehe: <https://www.bag-blueprint.ch/projekt-finden?f%5B0%5D=departments%3A60> (Zugriff 12. April 2023).

Abständen den Fortschritt der Umsetzung der diesbezüglich empfohlenen und beschlossenen Massnahmen überprüfen und darüber berichten.

4. Fazit

Dieser Bericht zeigt auf, dass und auf welche Weise Frauen im Schweizer Gesundheitssystem benachteiligt werden. Benachteiligungen wurden in allen Bereichen des Gesundheitssystems festgestellt: In der Forschung, in der Prävention, in der Erkennung und Diagnostik, in der Behandlung, in der Rehabilitation, im Bildungsbereich und in der Arbeitswelt Gesundheitswesen. Zwar gibt es in der Schweiz eine wachsende Anzahl an Aktivitäten und Angeboten, welche sich dieser Problematik annehmen. Diese sind bisher jedoch eher punktuell und oftmals auch wenig nachhaltig geblieben – von einer systematischen und flächendeckenden Integration der Geschlechterperspektive und somit von einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung ist das Schweizer Gesundheitssystem noch weit entfernt. Wie in diesem Bericht ebenfalls festgehalten wird, existieren aber sowohl in der Schweiz als auch international zahlreiche vielversprechende Ansatzpunkte und Beispiele für Massnahmen, welche eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Frauen herbeiführen können.

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen, dass es in Bezug auf minorisierte Bevölkerungsgruppen manchmal auch einer ungleichen Behandlung bedarf, um Gerechtigkeit herzustellen. Frauen benötigen in vielerlei Hinsicht eine andere Forschung, Prävention und Versorgung als Männer, um für sie das von der WHO eingeforderte «erreichbare Höchstmass an Gesundheit» zu erreichen. Die bessere Berücksichtigung von Frauen respektive grundsätzlich von Sex- und Genderaspekten ist somit nicht als Addendum, sondern als integraler Bestandteil des Gesundheitssystems zu verstehen.

Ein geschlechtersensitives Gesundheitssystem bringt nicht nur Verbesserungen für Frauen, sondern für *alle* Geschlechter – so auch für Männer, welche in gewissen Bereichen der Gesundheitsversorgung zum Beispiel durch vorherrschende Vorstellungen von Männlichkeit ebenfalls benachteiligt werden können, sowie für trans/non-binäre Personen und Personen mit nicht-heterosexuellen Identitäten und/oder diversen Geschlechteridentitäten. Insofern ist die Inklusion der Perspektive Gender Health/Medicine auch als zentraler Baustein – und möglicherweise als ideales Exempel – einer zunehmend personalisierten Medizin respektive Gesundheitsversorgung zu betrachten. Dieser Nutzen legitimiert und erfordert die Integration von Geschlechteraspekten als Investition in die Qualität unseres Gesundheitssystems.

Literaturverzeichnis

- Al-Dujaili, Zeena; Henry, Michelle; Dorizas, Andrew. S; Sadick, Neil S (2017): Skin cancer concerns particular to women. In: *International journal of women's dermatology* 3 (1 Suppl), S. 49–51. DOI: 10.1016/j.ijwd.2017.02.009.
- Allen, Alina M; Heimbach, Julie K; Larson, Joseph J; Mara, Kristin C; Kim, W Ray; Kamath, Patrick S.; Therneau, Terry M. (2018): Reduced Access to Liver Transplantation in Women: Role of Height, MELD Exception Scores, and Renal Function Underestimation. In: *Transplantation* 102(10), S. 1710–1716. DOI: 10.1097/TP.0000000000002196.
- Arnegard, Matthew E; Whitten, Lori A; Hunter, Chyren; Clayton, Janine Austin (2020): Sex as a Biological Variable: A 5-Year Progress Report and Call to Action. In: *Journal of women's health* 29(6), S. 858–864. DOI: 10.1089/jwh.2019.8247.
- As-Sanie, Sawsan; Black, Rebecca; Giudice, Linda C; Gray Valbrun, Tanika; Gupta, Jhumka; Jones, Brittany et al. (2019): Assessing research gaps and unmet needs in endometriosis. In: *American journal of obstetrics and gynecology* 221(2), S. 86–94. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.02.033.
- Barbier, Jeanne M; Carrard, Valerie; Schwarz, Joelle; Berney, Sylvie; Clair, Carole; Berney, Alexandre (2023): Exposure of medical students to sexism and sexual harassment and their association with mental health: a cross-sectional study at a Swiss medical school. In: *BMJ open* 13(4), e069001. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-069001.
- Becker, Christian M; Gattrell, William T; Gude, Kerstin; Singh, Sukhbir S (2017): Reevaluating response and failure of medical treatment of endometriosis: a systematic review. In: *Fertility and sterility* 108(1), S. 125–136. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2017.05.004.
- Becker, Jill B; Prendergast, Brian J; Liang, Jing W (2016): Female rats are not more variable than male rats: a meta-analysis of neuroscience studies. In: *Biology of sex differences* 7(34). DOI: 10.1186/s13293-016-0087-5.
- Bittner Vera (2018): Cardiac Rehabilitation for Women. In: Kerkhof, Peter L M Kerkhof; Miller Virginia M (hrsg.) Sex-Specific Analysis of Cardiovascular Function. Advances in Experimental Medicine and Biology 1065, S. 565–577, Cham: Springer. DOI: 10.1007/978-3-319-77932-4_34.
- Brenna, Connor T A (2021): Limits of mice and men: Underrepresenting female and intersex patients in anaesthesia research. In: *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 37(4), S. 2–5. DOI: 10.1016/j.tacc.2021.01.001.
- Brückner, Bettina; Muheim, Flavio; Berger, Pascal; Riecher-Rössler, Anita (2011): Charakteristika von Suizidversuchen türkischer Migranten im Kanton Basel-Stadt. Resultate der WHO/EURO Multizenterstudie. In: *Nervenheilkunde* 30(7), S. 517–522. DOI: 10.1055/s-0038-1628389.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2015): Nationale Strategie Sucht 2017–2024. Vom Bundesrat verabschiedete Version, November 2015, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2016): Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Motion 11.3973, Maja Ingold, 30.09.2011, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2019): Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020-2030, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2020): Massnahmenplan 2021-2024 zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2022): Ärztinnen und Ärzte 2021, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2023): Faktenblatt. Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) im Bereich Demenz, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). (2016): Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG); Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK); Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (2015): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, Bern.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2017): Die Bevölkerung der Schweiz 2016, Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2020a): Pflegepersonal 2018. Korrigierte Version 01.07.2020. BFS Aktuell, Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2020b): Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017, Gesundheit und Geschlecht. BFS Aktuell, Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2022a): Behandlung von psychischen Störungen bei jungen Menschen, 2020 und 2021. BFS Aktuell, Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2022b): Gesundheit. Taschenstatistik 2022, Neuchâtel.
- Bundesrat (2022): Gesundheit von LGBT-Personen in der Schweiz. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 19.3064 Marti Samira vom 07.03.2019, Bern.

- Burla, Laurin; Kalaitzopoulos, Dimitrios Rafail; Metzler, Julian Matthias; Scheiner, David; Imesch, Patrick (2021): Popularity of endocrine endometriosis drugs and limited alternatives in the present and foreseeable future: A survey among 1420 affected women. In: *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 262, S. 232–238. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2021.05.040.
- Cavalcanti, Tiago; Tavares, José (2016): The Output Cost of Gender Discrimination: A Model-based Macroeconomics Estimate. In: *The Economic Journal* 126(590), S. 109–134. DOI: 10.1111/econj.12303.
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) (2023): Rapport D' Activité. 4.5 Effectifs et démographie. Online verfügbar unter: <https://rapportsannuels.chuv.ch/activite/2020/4-5-effectifs-et-demographie>.
- Chen, Esther H; Shofer, Frances S; Dean, Anthony J; Hollander, Judd E; Baxt, William G; Robey, Jennifer L et al. (2008): Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain. In: *Academic emergency medicine* 15(5), S. 414–418. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2008.00100.x.
- Chen, Innie; Veth, Veerle B; Choudhry, Abdul J; Murji, Ally; Zakhari, Andrew; Black, Amanda Y et al. (2020): Pre- and postsurgical medical therapy for endometriosis surgery. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 11(11), CD003678. DOI: 10.1002/14651858.CD003678.pub3.
- Chen, Jen-Ting; Gershengorn, Hayley Beth (2022): A Tale of Two ICUs: One for Women and One for Men? In: *Critical care medicine* 50(6), S. 1012–1015. DOI: 10.1097/CCM.0000000000005538.
- Chiapparino, Francesca; Cipriani, Sonia; Ricci, Elena; Mauri, Paola Agnese; Esposito, Giovanna; Barretta, Marta et al. (2021): Endometriosis and irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. In: *Archives of gynecology and obstetrics* 303(1), S. 17–25. DOI: 10.1007/s00404-020-05797-8.
- Clerc Liaudat, Christelle; Vaucher, Paul; De Francesco, Tommaso; Jaunin-Stalder, Nicole; Herzig, Lilli ; Verdon François et al. (2018): Sex/gender bias in the management of chest pain in ambulatory care. In: *Women's health* 14, 1745506518805641. DOI: 10.1177/1745506518805641.
- Colbert, Jillian D; Martin, Billie-Jean; Haykowsky, Mark J; Hauer, Trina L; Austford, Leslie D; Arena, Ross A et al. (2014): Cardiac rehabilitation referral, attendance and mortality in women. *European journal of preventive cardiology* 22(8), S. 979–986. DOI: 10.1177/2047487314545279.
- Dekker, Marieke JHJ; de Vries, Sieta T; Versantvoort Carolien HM; Drost-van Velze, Ellen GE; Bhatt, Mansi; van Meer Peter JK et al. (2021): Sex Proportionality in Pre-clinical and Clinical Trials: An Evaluation of 22 Marketing Authorization Application Dossiers Submitted to the European Medicines Agency. In: *Frontiers in medicine* 8, 643028. DOI: 10.3389/fmed.2021.643028.
- Delco, Alessia; Portmann, Angela; Mikkail, Nidaa; Rossi, Alexia; Haider, Ahmed Bengs, Susan; Gebhard, Catherine (2023): Impact of Sex and Gender on Heart Failure with Preserved, Mildly Reduced, and Reduced Ejection Fraction. In: *Cardiovascular Medicine* (accepted manuscript).
- DiMarco, Marina; Zhao, Helen; Boulicault, Marion; Richardson, Sarah S. (2022): Why “sex as a biological variable” conflicts with precision medicine initiatives. In: *Cell Reports Medicine* 3(4), 100550, S. 2666–3791. DOI: 10.1016/j.xcrm.2022.100550.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) (2022): Nationaler Aktionsplan der Schweiz zur Umsetzung der Istanbul-Konvention 2022–2026, Bern.
- Eliot, Lise; Richardson, Sarah S. (2016): Sex in Context: Limitations of Animal Studies for Addressing Human Sex/Gender Neurobehavioral Health Disparities. In: *Journal of Neuroscience* 36(47), S. 11823–11830. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.1391-16.2016.
- Epstein, Steven (2007): *Inclusion. The Politics of Difference in Medical Research*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ertanir, Beyhan; Kassis, Wassilis; Garrote, Ariana (2021): Longitudinal Changes in Swiss Adolescent's Mental Health Outcomes from before and during the COVID-19 Pandemic. In: *International journal of environmental research and public health* 18(23), 12734. DOI: 10.3390/ijerph182312734.
- European Commission, Directorate-General for Research and Innovation (2020): *Gendered Innovations 2. How Inclusive Analysis Contributes to Research and Innovation: Policy Review*, Brüssel.
- European Commission, Directorate-General for Research and Innovation (2021): *She figures 2021*. Online verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/research-and-innovation/en/knowledge-publications-tools-and-data/interactive-reports/she-figures-2021>.
- European Institute for Gender Equality (2016). *Gender in Health*.
- Fakhoury, Julien; Burton-Jeangros, Claudine; Consoli, Laila; Duvoisin, Aline; Courvoisier, Delphine; Jackson, Yves (2021): Mental health of undocumented migrants and migrants undergoing regularization in Switzerland: a cross-sectional study. In: *BMC Psychiatry* 21(1), 175. DOI: 10.1186/s12888-021-03149-7.

Farkouh, André; Riedl, Thomas; Gottardi, Roman; Czejka, Martin; Kautzky-Willer, Alexandra (2020): Sex-Related Differences in Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Frequently Prescribed Drugs: A Review of the Literature. In: *Advances in therapy* 37(2), S. 644–655. DOI: 10.1007/s12325-019-01201-3.

Ferretti, Maria Teresa; Lulita, Maria Florencia; Cavedo, Enrica; Chiesa, Patrizia Andrea; Schumacher Dimech, Annemarie et al. (2018): Sex differences in Alzheimer disease - the gateway to precision medicine. In: *Nature reviews. Neurology* 14(8), S. 457–469. DOI: 10.1038/s41582-018-0032-9.

Fisher, Jane; Makleff, Shelly (2022): Advances in Gender-Transformative Approaches to Health Promotion. In: *Annual review of public health* 43, S. 1–17. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-121019-053834.

FMH-Generalsekretariat (2020): Berufstätige Ärzteschaft nach Hauptfachgebiet und Geschlecht. 2020. Online verfügbar unter: <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#i145526>.

FMH-Generalsekretariat (2021): Verleihung Weiterbildungstiteln; 2020. Online verfügbar unter: <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#i145526>.

Frahsa, Annika; Fraquet, Romaine, Meyer, Sophie; Cattacin, Sandro; Sakaraya, Sibel; Abel, Thomas (2020): MIWOCA Policy Brief: Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit chronischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von Patientinnen mit Migrationserfahrung. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern.

Frisone, Daniele; Sandoval, Jose; Friedlaender, Alex; Olivier, Timothée, Addeo, Alfredo (2022): Trends in incidence and mortality of lung cancer in Switzerland: Possible explanations and open questions. In: *Cancer Epidemiology* 80, 102232. DOI: 10.1016/j.canep.2022.102232.

Poya, Frohar (2021): Migrant Women's Mental Health & Wellbeing. Hrsg. European Network of Migrant Women. Online verfügbar unter: <https://www.migrantwomennetwork.org/2021/10/06/report-mental-health/>.

Gadebusch Bondio, Mariacarla; Katsari, Elpiniki (2014): Gender-Medizin: Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin. Bielefeld: transcript Verlag. DOI: 10.1515/transcript.9783839421314.

Gasperino, James (2010): Gender is a risk factor for lung cancer. In: *Medical hypotheses* 76(3), S. 328–331. DOI: 10.1016/j.mehy.2010.10.030.

Gendered Innovations (2023): Prescription Drugs: Analyzing Sex and Gender. Online verfügbar unter: <https://genderedinnovations.stanford.edu/case-studies/drugs.html#tabs-2>.

Gesundheitsförderung Schweiz (2016): Positives Körperbild. Grundbegriffe, Einflussfaktoren und Auswirkungen. Online verfügbar unter: https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Themenblatt_Positives_Koerperbild.pdf.

Ghare, M Imran; Chandrasekhar, Jaya; Mehran, Roxana; Ng, Vivian; Grines, Cindy; Lansky, Alexandra (2019): Sex Disparities in Cardiovascular Device Evaluations: Strategies for Recruitment and Retention of Female Patients in Clinical Device Trials. In: *JACC. Cardiovascular interventions* 12(3), S. 301–308. DOI: 10.1016/j.jcin.2018.10.048.

Gibson-Helm, Melanie; Teede, Helena; Dunaif, Andrea; Dokras, Anuja (2017): Delayed Diagnosis and a Lack of Information Associated With Dissatisfaction in Women With Polycystic Ovary Syndrome. In: *The Journal of clinical endocrinology and metabolism* 102(2), S. 604–612. DOI: 10.1210/je.2016-2963.

Golz, Christoph; Renggli, Fabienne Josefine; Gurtner, Caroline; Peter, Karin Anne (2022): Measures to reduce stress in the workplace - results from focus group interviews with health professionals / Massnahmen zur Reduktion von Stress am Arbeitsplatz - Resultate aus Fokusgruppeninterviews mit Gesundheitsfachpersonen. In: *International Journal of Health Professions* 9(1), S. 13–24. DOI: 10.2478/ijhp-2022-0002.

Göttgens, Irene; Van Halteren, Angelika D; De Vries, Nienke M; Meinders, Marjan J; Ben-Shlomo, Yoav; Bloem, Bastian R et al. (2020): The Impact of Sex and Gender on the Multidisciplinary Management of Care for Persons With Parkinson's Disease. In: *Frontiers in neurology*, 11, 576121. DOI: 10.3389/fneur.2020.576121.

Grande, Giulia; Qiu, Chengxuan; Fratiglioni, Laura (2020): Prevention of dementia in an ageing world: Evidence and biological rationale. In: *Ageing research reviews* 64, 101045. DOI: 10.1016/j.arr.2020.101045.

Green, Renée M; Travers, Alyssa M; Howe, Yamini; McDougale, Christopher J (2019): Women and Autism Spectrum Disorder: Diagnosis and Implications for Treatment of Adolescents and Adults. In: *Current psychiatry reports* 21(4), 22. DOI: 10.1007/s11920-019-1006-3.

Guggenbühl, Tanja; Bonvin, Blaise; Egger, Theres; Pichonnaz, Lauriane (2020): Evaluation des enseignements de prévention du sexisme et du harcèlement sexuel en milieu de soins à l'Université de Lausanne et à l'Université de Fribourg. Hrsg. von Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG, Bern.

Gupta, Geeta Rao; Oomman, Nandini; Grown, Caren; Conn, Kathryn; Hawkes, Sarah; Shawar, Yusra R et al. (2019): Gender equality and gender norms: framing the opportunities for health. In: *The Lancet* 393(10190), S. 2550–2562. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30651-8.

- Haider, Ahmed; Bengs, Susan; Luu, Judy; Osto, Elena; Siller-Matula, Jolanta M; Muka, Taulant et al. (2020): Sex and gender in cardiovascular medicine: presentation and outcomes of acute coronary syndrome. In: *European heart journal* 41(13), S. 1328–1336. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz898.
- Hamberg, Katarina (2008): Gender bias in medicine. In: *Womens Health* 4(3), S. 237–243. DOI: 10.2217/17455057.4.3.237.
- Hankivsky, Olena; Springer, Kristen W; Hunting, Gemma (2018): Beyond sex and gender difference in funding and reporting of health research. In: *Research integrity and peer review* 3, 6. DOI: 10.1186/s41073-018-0050-6.
- Hay, Katherine; McDougal, Lotus; Percival, Valerie; Henry, Sarah; Klugman, Jeni; Wurie, Haja et al. (2019): Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. In: *The Lancet* 393(10190), S. 2535–2549. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30648-8.
- Heidari, Shirin; Babor, Thomas F; De Castro, Paola; Tort, Sera; Curno, Mirjam (2016): Sex and Gender Equity in Research: Rationale for the SAGER guidelines and recommended use. In: *Research Integrity and Peer Review* 1(2). DOI: 10.1186/s41073-016-0007-6.
- Heise, Lori; Greene, Margaret E.; Opper, Neisha; Stavropoulou, Maria; Harper, Caroline; Nascimento, Marcos et al. (2019): Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. In: *The Lancet* 393(10189), S. 2440–2454. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30652-X.
- Hemmeter, Uli; Strnad, Jindrich; Decrey-Wick, Hedi; Affentranger, Christina; Bättig, Esther; Becker, Stephanie et al. (2018): Weiterentwicklung von Empfehlungen in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik und Behandlung für die Grundversorgung. Nationale Demenzstrategie (NDS) 2014-2019, Bern.
- Heymann, Jody; Levy, Jessica K.; Bose, Bijetri; Ríos-Salas, Vanessa; Mekonen, Yehualashet; Swaminathan, Hema et al. (2019): Improving health with programmatic, legal, and policy approaches to reduce gender inequality and change restrictive gender norms. In: *The Lancet* 393(10190), S. 2522–2534. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30656-7.
- Horne, Andrew W; Missmer, Stacey A (2022): Pathophysiology, diagnosis, and management of endometriosis. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 379, e070750. DOI: 10.1136/bmj-2022-070750.
- Hostettler, Stefanie; Kraft, Esther (2019): FMH-Ärzttestatistik 2018. Wenig Frauen in Kaderpositionen. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 100(12), S. 411–416. DOI: 10.4414/saez.2019.17687.
- Huber, Elodie; Le Pogam, Marie-Annick; Clair, Carole (2022): Sex related inequalities in the management and prognosis of acute coronary syndrome in Switzerland: cross sectional study. In: *BMJ medicine* 1(1), e000300. DOI: 10.1136/bmjmed-2022-000300.
- Hyun, Karice; Negrone, Ashlee; Redfern, Julie; Atkins, Emily; Chow, Clara; Kilian, Jen et al. (2021): Gender Difference in Secondary Prevention of Cardiovascular Disease and Outcomes Following the Survival of Acute Coronary Syndrome. In: *Heart, lung & circulation* 30(1), S. 121–127. DOI: 10.1016/j.hlc.2020.06.026.
- International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use (ICH) (2009): Sex-Related Considerations in the Conduct of Clinical Trials. Online verfügbar unter: https://admin.ich.org/sites/default/files/2019-04/ICH_Women_Revised_2009.pdf.
- Jans, Cloé; Golder, Lukas; Venetz, Aaron; Bohn, Daniel; Herzog, Noah (2019): Sexuelle Belästigung und sexuelle Gewalt an Frauen sind in der Schweiz verbreitet. Hohe Dunkelziffer im Vergleich zu strafrechtlich verfolgten Vergewaltigungen. Hrsg. von gfs.bern. ag, Bern.
- Jellestad, Lena; Auschra, Bianca; Zuccarella-Hackl, Claudia; Princip, Mary; von Känel, Roland; Euler, Sebastian et al. (2023): Sex and age as predictors of health-related quality of life change in Phase II cardiac rehabilitation. In: *European journal of preventive cardiology* 30(2), S. 128–136. DOI: 10.1093/eurjpc/zwac199.
- Jenei, Kristina; Meyers, Daniel E; Prasad, Vinay (2021): The Inclusion of Women in Global Oncology Drug Trials Over the Past 20 Years. In: *JAMA Oncology* 7(10), S. 1569–1570. DOI: 10.1001/jamaoncol.2021.3686.
- Jin, Xurui; Chandramouli, Chanchal; Allocco, Brooke; Gong, Enying; Lam, Carolyn SP; Yan, Lijing L (2020): Women's Participation in Cardiovascular Clinical Trials From 2010 to 2017. In: *Circulation* 141(7), S. 540–548. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.119.043594.
- Joel, Daphna; Fausto-Sterling, Anne (2016): Beyond sex differences: new approaches for thinking about variation in brain structure and function. In: *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences* 371(1688), 20150451. DOI: 10.1098/rstb.2015.0451.
- Joossens, Luk; Olefir, Lilia; Feliu, Ariadna; Fernandez, Esteve (2022): The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. Smoke Free Partnership, Catalan Institute of Oncology, Brüssel. Online verfügbar unter: <https://www.tobaccocontrolscale.org>.
- Kiesel, Ludwig; Sourouni, Marina (2019): Diagnosis of endometriosis in the 21st century. In: *Climacteric* 22(3), S. 296–302. DOI: 10.1080/13697137.2019.1578743.
- King, Tania L; Kavanagh, Anne; Scovelle, Anna J; Milner, Allison (2020): Associations between gender equality and health: a systematic review. In: *Health promotion international* 35(1), S. 27–41. DOI: 10.1093/heapro/day093.

- Kolip, Petra (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 51(1), S. 28–35. DOI: 10.1007/s00103-008-0416-x.
- Krieger, Nancy (2003): Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? In: *International journal of epidemiology* 32(4), S. 652–657. DOI: 10.1093/ije/dyg156.
- Krings, Franciska; Schär Moser, Marinanne; Mouton, Audrey (2013): Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz - wer belästigt wen, wie und warum? Besseres Verständnis heisst wirksamere Prävention. Nationales Forschungsprogramm Gleichstellung der Geschlechter NFP 60, Lausanne.
- Legato, Marianne J (2006): Perspective: Rethinking Gender-Specific Medicine. In: *Women's Health* 2 (5), S. 699–703. DOI: 10.2217/17455057.2.5.699.
- Lempp, Heidi; Seale, Clive (2004): The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 329(7469), S. 770–773. DOI: 10.1136/bmj.329.7469.770.
- Levy, Dana Rubi; Hunter, Nigel; Lin, Sherry; Robinson, Emma Marie; Gillis, Winthrop et al. (2023): Mouse spontaneous behavior reflects individual variation rather than estrous state. In: *Current Biology* 33(7), S. 1358–1364. DOI: /10.1016/j.cub.2023.02.035.
- Liberale, Luca; Carbone, Federico; Montecucco, Fabrizio; Gebhard, Cathérine; Lüscher, Thomas F. et al. (2018): Ischemic stroke across sexes: What is the status quo? In: *Frontiers in neuroendocrinology* 50, S. 3–17. DOI: 10.1016/j.yfrne.2018.05.001.
- Liu, Jianxin; Gan, Yong; Jiang, Heng; Li, Liqing; Dwyer, Robyn; Lu, Kai et al. (2019): Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. In: *Occupational and environmental medicine* 76(12), S. 927–937. DOI: 10.1136/oemed-2019-105849.
- Lobsiger, Michael; Liechti, Davis (2021): Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz. Eine Analyse auf Basis der Strukturhebungen 2016–2018. Obsan Bericht 01/2021. Hrsg. von Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel.
- Madörin, Martha (2015): Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege. Hrsg. von ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit, Winterthur.
- Maurer, Alfons (2015): Dominanz von Markt, Wettbewerb und Kostenoptimierung: Ökonomisierung, In: Hermann Brandenburg; Helen Güther (Hrsg.) *Lehrbuch der Gerontologische Pflege*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Mauvais-Jarvis, Franck; Bairey Merz, Noel; Barnes, Peter J; Brinton, Roberta D; Carrero, Juan-Jesus; DeMeo, Dawn L et al. (2020): Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. In: *The Lancet (London, England)* 396(10250), S. 565–582. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31561-0.
- Mazure, Carolyn M; Jones, Daniel P (2015): Twenty years and still counting: including women as participants and studying sex and gender in biomedical research. In: *BMC women's health* 15, 94. DOI: 10.1186/s12905-015-0251-9.
- Mederos, Nuria; Friedlaender, Alex; Peters, Solange; Addeo, Alfredo (2020): Gender-specific aspects of epidemiology, molecular genetics and outcome: lung cancer. In: *ESMO Oppen* 5 (Suppl 4), e000796. DOI: 10.1136/esmooopen-2020-000796.
- Merone, Lea; Tsey, Komla; Russell, Darren; Nagle, Cate (2021): Sex and gender gaps in medicine and the androcentric history of medical research. In: *Australian and New Zealand journal of public health* 45(5), S. 424–426. DOI: 10.1111/1753-6405.13139.
- Michaud, P; Jucker-Kupper, P et al. (2017): PROFILES Principal Relevant Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland. Hrsg. von Wschweizerische Medizinische Interfakultätskommission (SMIFK), Bern.
- Mikail, Nidaa; Rossi, Alexia; Bengs, Susan; Haider, Ahmed; Stähli, Barbara E; Portmann, Angela et al. (2022): Imaging of heart disease in women: review and case presentation. In: *European journal of nuclear medicine and molecular imaging* 50 (1), S. 130–159. DOI: 10.1007/s00259-022-05914-6.
- Miller, Margaret A (2001): Gender-Based Differences in the Toxicity of Pharmaceuticals - The Food and Drug Administration's Perspective. In: *International Journal of Toxicology*, 20(3), S. 149–152. DOI: 10.1080/109158101317097728.
- Modra, Lucy J; Higgins, Alisa M; Abeygunawardana, Vihangi S; Vithanage, Ruvini N; Bailey, Michael J; Bellomo, Rinaldo (2022): Sex Differences in Treatment of Adult Intensive Care Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Critical care medicine* 50(6), S. 913–923. DOI: 10.1097/CCM.0000000000005469.
- Mogil, Jeffrey S. (2016): Perspective: Equality need not be painful. In: *Nature* 535, 7611, S. 7. DOI: 10.1038/535S7a.
- MonAM (2022): Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention nach Leistungen. Kooperationsprojekt von BAG und Obsan, zuletzt aktualisiert am 08.03.2022, Bern. Online verfügbar über: https://ind.obsan.admin.ch/de/indikator/monam/_270.
- Moor, Jeanne (2022): Frauen und Karriere in der Medizin. In: *Primary and Hospital Care* 22(7), S. 215-216. DOI: 10.4414/phc-d.2022.10541.

- Mousavi, Seyed M; Schmid, Sabine; Cerny, Thomas; Früh, Martin (2018): Lung cancer and smoking trends in the young in Switzerland: a study based on data of the National Institute for Cancer Epidemiology and Registration and of the Swiss Health Surveys. In: *Swiss Medical Weekly* 148, w14708. DOI: 10.4414/smw.2018.14708.
- Nature Editorial (2010): Putting gender on the agenda. In: *Nature* 465, 665. DOI: 10.1038/465665a.
- Nielsen, Mathias Wullum; Alegria, Sharla; Börjeson, Love; Etzkowitz, Henry; Falk-Krzesinski, Holly J; Joshi, Aparna et al. (2017a): Opinion: Gender diversity leads to better science. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 114(8), S. 1740–1742. DOI: 10.1073/pnas.1700616114.
- Nielsen, Mathias Wullum; Andersen, Jens Peter; Schiebinger, Londa; Schneider, Jesper W (2017b): One and a half million medical papers reveal a link between author gender and attention to gender and sex analysis. In: *Nature human behaviour* 1(11), S. 791–796. DOI: 10.1038/s41562-017-0235-x.
- Nirgianakis, Konstantinos; Egger, Katharina; Kalaitzopoulos, Dimitrios R; Lanz, Susanne; Bally, Lia; Mueller, Michael D (2022): Effectiveness of Dietary Interventions in the Treatment of Endometriosis: a Systematic Review. In: *Reproductive Sciences* 29(1), S. 26–42. DOI: 10.1007/s43032-020-00418-w.
- Oertelt-Prigione, Sabine (2023): Der Einfluss von Geschlecht auf Gesundheit, Krankheit und Prävention. In: Baumeister, Annika; Schwelger, Carolin; Woen Christiane. (Hrsg.) Facetten von Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt, S. 97–110. Wiesbaden: Springer.
- Ott, Jessica; Champagne, Sarah N; Bachani, Abdulgafoor M; Morgan, Rosemary (2022): Scoping 'sex' and 'gender' in rehabilitation: (mis)representations and effects. In: *International journal for equity in health*, 21(1), 179. DOI: 10.1186/s12939-022-01787-1.
- Özdemir, Berna C; Csajka, Chantal; Dotto, Gian-Paolo; Wagner, Anna, Dorothea (2018): Sex Differences in Efficacy and Toxicity of Systemic Treatments: An Undervalued Issue in the Era of Precision Oncology. In: *Journal of Clinical Oncology* 36(26), S. 2680–2683. DOI: 10.1200/JCO.2018.78.3290.
- Özdemir, Berna C; Wagner, Anna D (2022): Consideration of sex and gender aspects in oncology: Rationale, current status, and perspectives. In: *Italian Journal of Sex- and Gender-Specific Medicine* 8(1), S. 55–58. DOI: 10.1723/3769.37567.
- Özdemir, Berna C; Gerard, Camille L; Espinosa da Silva, Cristina (2022): Sex and Gender Differences in Anticancer Treatment Toxicity: A Call for Revisiting Drug Dosing in Oncology. In: *Endocrinology*, 163(6), bqac058. DOI: 10.1210/endo/bqac058.
- Pederson, Ann; Greaves, Lorraine; Poole, Nancy (2015): Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. In: *Health Promotion International* 30(1), S. 140–150. DOI: 10.1093/heapro/dau083.
- Peters, Sanne AE; Babor, Thomas F; Norton, Robyn N; Clayton, Janine A; Ovseiko, Pavel V et al. (2021): Fifth anniversary of the Sex And Gender Equity in Research (SAGER) guidelines: taking stock and looking ahead. In: *BMJ Global Health* 6(11), e007853. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-007853.
- Phillips, Susan P; Hamberg, Katarina (2016): Doubly blind: a systematic review of gender in randomised controlled trials. In: *Global health action* 9, 29597. DOI: 10.3402/gha.v9.29597.
- Pinn, Vivian W (2017): A View of the History of Sex/Gender Medicine in the United States. In: Legato, Marianne J; Glezerman, Marek (Hrsg.). *The International Society for Gender Medicine*, S. 17–21. London: Academic Press.
- Regitz-Zagrosek, Vera (2012): Sex and gender differences in health. Science & Society Series on Sex and Science. In: *EMBO reports* 13(7), S. 596–603. DOI: 10.1038/embor.2012.87.
- Regitz-Zagrosek, Vera; Schmid-Altringer, Stefanie (2021): *Die XX-Medizin. Das Gesundheitsbuch für Frauen, Neue Erkenntnisse aus der Gendermedizin.* München: Scorpio.
- Regitz-Zagrosek, Vera; Gebhard, Catherine (2023): Gender medicine: effects of sex and gender on cardiovascular disease manifestation and outcomes. In: *Nature reviews. Cardiology* 20(4), S. 236–247. DOI: 10.1038/s41569-022-00797-4.
- Riecher-Rössler, Anita (2004): Geschlechtersensible Betreuungsansätze. In: Rössler, Wulf (Hrsg): *Psychiatrische Rehabilitation*, S. 467–477. Berlin: Springer.
- Risberg, Gunilla; Johansson, Eva E; Hamberg, Katarina (2009): A theoretical model for analysing gender bias in medicine. In: *International journal for equity in health* 8(28). DOI: 10.1186/1475-9276-8-28.
- Rrustemi, Ilire; Locatelli, Isabella; Schwarz, Joëlle; Lagro-Janssen, Toine; Fauvel, Aude; Clair, Carole (2020): Gender awareness among medical students in a Swiss University. In: *BMC Medical Education* 20, 156. DOI: 10.1186/s12909-020-02037-0.
- Schnyder-Walser, Katja; Ruffin, Regula; Grunde, Mirjam; Widmer, Priska (2015): Literaturanalyse „Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts“. Schlussbericht. Hrsg. von Bundesamt für Gesundheit, Bern.

- Schrader, Marianne (2014): Einblick. Für ein gendersensibles Medizinstudium Das Lübecker Modell. In: Gadebusch Bondio, Mariacarla; Katsari, Elpiniki (Hrsg.) »Gender-Medizin«. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin, S. 197-202 Bielefeld: transcript Verlag. DOI: 10.1515/transcript.9783839421314.197.
- Schuch, Felipe B; Stubbs, Brendon (2019): The Role of Exercise in Preventing and Treating Depression. In: *Current Sports Medicine Reports*. 18(8), S. 299–204. DOI: 10.1249/JSR.0000000000000620.
- Schuler, Daniela; Tuch, Alexandre Nicolas; Buscher, Nathalie; Camenzind, Paul (2016): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel. DOI: 10.13140/RG.2.2.11951.53920.
- Schwarz, Joelle; Arminjon, Mathieu; Zemp Stutz, Elisabeth; Merten, Sonja; Bodenmann, Patrick; Clair, Carole (2019): Déterminants sociaux de la santé en Suisse – comment le genre s’est perdu en chemin. In: *Revue Médicale Suisse* 15(640) S. 485–489. DOI: 10.53738/REVMED.2019.15.640.0485.
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG); Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG); Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2018): Leitlinienprogramm. Diagnostik und Therapie der Endometriose. Hrsg. von Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) 015/045.
- Seeman, Mary V. (2021): The Pharmacodynamics of Antipsychotic Drugs in Women and Men. In: *Frontiers in psychiatry* 12, 650904. DOI: 10.3389/fpsy.2021.650904.
- Shai, Ayelet; Koffler, Shahar; Hashiloni-Dolev, Yael (2021): Feminism, gender medicine and beyond: a feminist analysis of "gender medicine". In: *International journal for equity in health* 20(1), 177. DOI: 10.1186/s12939-021-01511-5.
- Shannon, Geordan; Jansen, Melanie; Williams, Kate; Cáceres, Carlos; Motta, Angelica; Odhiambo, Aloyce et al. (2019): Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? In: *The Lancet* 393, 10171, S. 560–569. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)33135-0.
- Shattuck-Heidorn, Heather; Richardson, Sarah S (2019): Sex/Gender and the Biosocial Turn. In: *Scholar & Feminist Online* 15(2). Online verfügbar unter: <http://sfonline.barnard.edu/neurogenderings/sex-gender-and-the-biosocial-turn/>.
- Shields, Kristine E; Lyerly, Anne Drapkin (2013): Exclusion of pregnant women from industry-sponsored clinical trials. In: *Obstetrics and gynecology* 122(5), S. 1077–1081. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182a9ca67.
- Shorey, Shafaly; Ng, Esperanza Debby; Wong, Celine HJ (2022): Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. In: *The British journal of clinical psychology* 61(2), S. 287–305. DOI: 10.1111/bjc.12333.
- Simpson, Cassandra N; Lomiguen, Christine M; Chin, Justin (2021): Combating Diagnostic Delay of Endometriosis in Adolescents via Educational Awareness: A Systematic Review. In: *Cureus* 13(5), e15143. DOI: 10.7759/cureus.15143.
- Sucht Schweiz (2013). Theoretische Grundlagen der Suchtprävention. Lausanne. Online verfügbar unter: https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf.
- Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte (SKMR) (2019): Postulat Feri 16.3407. Analyse der Situation von Flüchtlingsfrauen. Zur Situation in den Kantonen. Bericht zu Händen des Staatssekretariats für Migration (SEM) und der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK), Bern.
- Smith, Joshua R; Thomas, Randal J; Bonikowske, Amanda R; Hammer, Shane M; Olson, Thomas P (2022): Sex Differences in Cardiac Rehabilitation Outcomes. In: *Circulation research* 130(4), S. 552–565. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.121.319894.
- Soldin, Offie P; Mattison, Donald R (2009): Sex differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics. In: *Clinical pharmacokinetics* 48(3), S. 143–157. DOI: 10.2165/00003088-200948030-00001.
- Sperschneider, Marita Lina; Hengartner, Michael P; Kohl-Schwartz, Alexandra; Geraedts, Kirsten; Rauchfuss, Martina; Woelfler, Monika Martina et al. (2019): Does endometriosis affect professional life? A matched case-control study in Switzerland, Germany and Austria. In: *BMJ open* 9(1), e019570. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019570.
- Schweizer Radio und Fernsehen (SRF) (2022): Bericht der Krebsligen Europas. Schweiz hat Defizite bei der Tabakprävention. Online verfügbar unter: <https://www.srf.ch/news/gesellschaft/bericht-der-krebsligen-europas-schweiz-hat-defizite-bei-der-tabakpraevention>.
- Stern, Erin; Heise, Lori; McLean, Lyndsay (2018): The doing and undoing of male household decision-making and economic authority in Rwanda and its implications for gender transformative programming. In: *Culture, health & sexuality* 20(9), S. 976–991. DOI: 10.1080/13691058.2017.1404642.
- Strub, Silvia; Schär Moser, Marianne (2008): Risiko und Verbreitung sexueller Belästigung am Arbeitsplatz. Eine repräsentative Erhebung in der Deutschschweiz und in der Romandie. Hrsg. von Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) und Staatssekretariat für die Wirtschaft (SECO), Bern.
- Sugimoto, Cassidy R; Ahn, Yong-Yeol; Smith, Elise; Macaluso, Benoit; Larivière, Vincent (2019): Factors affecting sex-related reporting in medical research: a cross-disciplinary bibliometric analysis. In: *The Lancet* 393, 10171, S. 550–559. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32995-7.

- Sundermann, Erin E; Biegon, Anat; Rubin, Leah H; Lipton, Richard B; Landau, Susan; Maki, Pauline M (2017): Does the Female Advantage in Verbal Memory Contribute to Underestimating Alzheimer's Disease Pathology in Women versus Men? In: *Journal of Alzheimer's disease* 56(3), S. 947–957. DOI: 10.3233/JAD-160716.
- Supervía, Marta; Medina-Inojosa, Jose R; Yeung, Colin; Lopez-Jimenez, Francisco; Squires, Ray W; Pérez-Terzic, Carmen M et al. (2017): Cardiac Rehabilitation for Women: A Systematic Review of Barriers and Solutions. In: *Mayo Clinic Proceedings* 92(4), S. 565–577. DOI: 10.1016/j.mayocp.2017.01.002.
- Swissuniversities (2023): Projektgebundene Beiträge (PgB) P-7 «Diversität, Inklusion und Chancengerechtigkeit in der Hochschulentwicklung» 2021-24. Zusammenfassungen in Deutsch, Französisch oder Englisch, Bern. Online verfügbar unter: https://www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Forschung/Chancengleichheit/P-7_Chancengleichheit_2021-2024/P7_Zusammenfassungen_2-Call_2021-2024.pdf
- Thakkar, Aarti; Agarwala, Anandita; Michos, Erin D (2021): Secondary Prevention of Cardiovascular Disease in Women: Closing the Gap. In: *European cardiology* 16, e41. DOI: 10.15420/ecr.2021.24.
- Thieme, Susan; Richter, Marina; Ammann, Carole (2022): Economic Rationalities and Notions of 'Good Cure and Care'. In: *Medical anthropology* 41(4), S. 460–473. DOI: 10.1080/01459740.2022.2037082.
- Tobb, Kardie; Kocher, Madison; Bullock-Palmer, Renée P(2022): Underrepresentation of women in cardiovascular trials- it is time to shatter this glass ceiling. In: *American Heart Journal Plus: Cardiology Research and Practice* 13, 100109. DOI: 10.1016/j.ahjo.2022.100109.
- Todorov, Atanas; Kaufmann, Fabian; Arslani, Ketina; Haider, Ahmed; Bengs, Susan; Goliash, Georg et al. (2021): Gender differences in the provision of intensive care: a Bayesian approach. In: *Intensive Care Medicine* 47(5), S. 577–587. DOI: 10.1007/s00134-021-06393-3.
- Trevisan, Amina (2019). Depression und Biographie. Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in der Schweiz. Bielefeld: transcript Verlag.
- Trysnes, Irene; Furrebøe Frølich, Elise; Nordstrand Berg, Laila; Håverstad Einstabland, Åsta Lovise; Klostergaard, Claudia; Drangsholt, Hanne (2022): “Hot Case-workers and Squint-eyed Whores” - Sexual Harassment of Norwegian Social- and Health Care Students in Practical Training. In: *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research* 30(2), S. 124–139. DOI: 10.1080/08038740.2022.2030403.
- Unger, Joseph M; Vaidya, Riha; Albain, Kathy S; LeBlanc, Michael; Minasian, Lori M; Gotay, Carolyn C et al. (2022): Sex Differences in Risk of Severe Adverse Events in Patients Receiving Immunotherapy, Targeted Therapy, or Chemotherapy in Cancer Clinical Trials. *Journal of Clinical Oncology*, 40(13), S. 1474–1486. DOI: 10.1200/JCO.21.02377.
- United Nations (UN) (2015): Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Online verfügbar unter: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>.
- Vassallo, Amy; Shajahan, Sultana; Harris, Katie; Hallam, Laura; Hockham, Carinna; Womersley, Kate et al. (2021): Sex and Gender in COVID-19 Vaccine Research: Substantial Evidence Gaps Remain. In: *Frontiers in global women's health* 2, 761511. DOI: 10.3389/fgwh.2021.761511.
- Verdonk, Petra; Benschop, Yvonne WM; de Haes, Hanneke CM; Lagro-Janssen, Toine LM (2009): From gender bias to gender awareness in medical education. In: *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice* 14(1), S.135–152. DOI: 10.1007/s10459-008-9100-z.
- Wagner, Anna D; Oertelt-Prigione, Sabine; Adjei, Alex A; Buclin, Thierry; Cristina, Valérie; Csajka, Chantal et al. (2019): Gender medicine and oncology: Report and consensus of an ESMO workshop. In: *Annals of Oncology*, 30(12), S. 1914–1924. DOI: 10.1093/annonc/mdz414.
- Walton, Merrilyn M (2006): Hierarchies: the Berlin Wall of patient safety. In: *Quality & safety in health care* 15(4), S. 229–230. DOI: 10.1136/qshc.2006.019240.
- Weber, Ann M; Cislighi, Beniamino; Meausoone, Valerie; Abdalla, Safa; Mejía-Guevara, Iván; Loftus, Pooja et al. (2019): Gender norms and health: insights from global survey data. In: *Lancet*. 393, 10189, S. 2455–2468. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30765-2.
- Weber, Daniel (2020): Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht. Hrsg. von Gesundheitsförderung Schweiz; Bundesamt für Gesundheit; Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, Bern.
- Weigel, Katharina S; Kubik-Huch, Rahel A; Gebhard, Catherine (2019): Women in radiology: why is the pipeline still leaking and how can we plug it? In: *Acta Radiologica* 61(6), S. 743–748. DOI: 10.1177/0284185119881723.
- Wille, Nora; Schlup, Jürg (2020): Die Medizin auf dem Weg zum Frauenberuf. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 101(114), S. 485–489. DOI: 10.4414/saez.2020.18764.
- Wingfield, Adia Harvey (2017): Nurses Care, Doctors Cure: the Racial Construction of Work for Black Men in Gendered Occupations. In: *Medicina nei secoli: Journal of history of medicine and medical humanities* 29(4s), S. 133–149.
- Winker, Gabriele (2015): Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft. Bielefeld: Transcript.

- Woodward, Mark (2019): Cardiovascular Disease and the Female Disadvantage. In: *International journal of environmental research and public health* 16(7), 1165. DOI: 10.3390/ijerph16071165.
- World Economic Forum (WEF) (2022): Global Gender Gap Report 2022. Insight Report. Genf.
- World Health Organization (WHO) (1978). Declaration of Alma-Ata. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Online verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i-item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>.
- World Health Organization (WHO) (2002). Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward: Madrid Statement. World Health Organization. Regional Office for Europe. Online verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348338>.
- World Health Organization (2019): Delivered by women, led by men. A gender and equity analysis of the global health and social workforce. Human Resources for Health Observer Series No. 24, Geneva.
- World Health Organization (2020): State of the World's Nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership, Geneva.
- Zafar, Ali; Baessler, Franziska; Ihrig, Andreas; Mayer, Gwendolyn; Bugaj, Till Johannes; Maatouk, Imad et al. (2022): Barriers to access cancer-related services for men in high-income countries: A narrative review looking beyond socio-economic disadvantages. In: *Aging and Cancer* 3(3-4), S. 147–160. DOI: 10.1002/aac2.12059.
- Zeiter, Tamara (2022): Heilmittelsicherheit in der Schweiz: Aus der Perspektive des «Medical Sex and Gender Bias» in der Arzneimittelbranche. Bern: Magister, Editions Weblaw.
- Zucker, Irving; Prendergast, Brian J (2020): Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women. In: *Biology of Sex Differences*, 11(1), 32. DOI: 10.1186/s13293-020-00308-5.
- Zulueta, M Angeles; Cantos-Mateos, Gisela; Vargas-Quesada, Benjamín; Sánchez, Carmen (2011): Research involving women and health in the Medline database, 1965–2005: co-term analysis and visualization of main lines of research. In: *Scientometrics* 88(3), S. 679–706. DOI: 10.1007/s11192-011-0455-1.
- Zusterzeel, Robbert; Selzman, Kimberly A; Sanders, William E; Caños, Daniel A; O'Callaghan, Kathryn M; Carpenter, Jamie L et al. (2014): Cardiac resynchronization therapy in women: US Food and Drug Administration meta-analysis of patient-level data. In: *JAMA internal medicine* 174(8), S. 1340–1348. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.2717.

Anhänge

Anhang 1: Interviewte Expert:innen

Krankheitsbild	Interviewte Person	Affiliation
Myokardinfarkt	Cathérine Gebhard 25.10.2022	Ph.D. Prof. Dr. med., USZ, Oberärztin Klinik für Nuklearmedizin, Kardiovasku- läre Gender Medizin
	Hugo Saner 21.11.2022	Prof. emeritus Universität Bern, Direktor für kardiovaskuläre Prävention and Re- habilitation, Strong Age
Lungenkarzinom	Berna Özdemir 19.10.2022	Dr. med. et phil. Berna Özdemir, Ober- ärztin, Universitätsklinik für Medizinische Onkologie, Inselspital Bern
	Nicole Steck 21.11.2022	PhD, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, unter anderem Krebsliga
	Luciano Ruggia 28.11.2022	Geschäftsführer, Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz
Demenz	Stefanie Becker 8.11.2022	PhD, Direktorin Alzheimer Schweiz
	Annemarie Schumacher Dimech & Maria Teresa Ferretti 15.11.2022	Wissenschaftliche Leiterin & Mitbegrün- derin vom Women's Brain Project
Depression	Anita Riecher-Rössler 3.11.2022	Prof. em. für Psychiatrie an der Universi- tät Basel
	Amina Trevisan 24.11.2022	Dr. phil.,Präsidentin Prosalute, Soziolo- gin und Medizinethnologin, Expertin für Migration und Gesundheit
Endometriose	Patrick Imesch 28.10.2022	PD Dr. med., Praxisinhaber Gynäkologie Bethanien, ehem. leitender Arzt USZ, Klinik für Gynäkologie
	Sara Zanetti 21.11.2022	Endo-Help
Ausbildung	Virginie Schlüter 18.10.2022	MD, Unisanté Lausanne, Projektleitung, Abteilung Gesundheit und Geschlecht
Forschungsförderung	Carole Clair 22.11.2022	Assoziierte Professorin, Assoziierte Ärztin, Unisanté Lausanne, Sektor Klinische und Gemeinschaftsforschung, Abteilung Gesundheit und Geschlecht
Forschung	Matthias Rinderknecht 24.3.2023	Bundesamt für Gesundheit, stv. Sekti- onsleiter Sektion Forschung am Men- schen

Anhang 2: Stakeholder-Workshops: Übersicht Teilnehmende

Anmerkung: Den Workshop-Teilnehmenden kommt keine Verantwortung für die Inhalte des Berichts zu.

Stakeholder-Workshop zu Forschung und Medikamentenentwicklung

2. Februar 2023

Dolt	Claudine	Staatssekretariat für Bildung Forschung und Innovation SBFI
Kaiser Trujillo	Anelis	Gender Studies in MINT, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.
Glaettli	Melanie	Swiss Clinical Trial Organisation SCTO
Wolfer	Anita	Swissmedic
Schläpfer	Jörg	Swissmedic
Schwarz	Joëlle	Unité Santé et genre, Département des policliniques, Département médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté) Lausanne
Berardi Vilei	Simona	Schweizerischer Nationalfonds SNF
Zeiter	Tamara	Walder Wyss AG
Regitz-Zagrosek	Vera	Charité, University medicine Berlin, Germany & Department of Cardiology, University Hospital Zürich, University of Zürich, Switzerland

Stakeholder-Workshop zu Prävention

7. Februar 2023

Iff	Samuel	Staatssekretariat für Wirtschaft SECO
Schumacher	Annemarie	Women's Brain Project & Universität Luzern
Wilhelm	Christian	Carrefour addictions/FEGPAC
Clair	Carole	Centre universitaire de médecine générale et santé publique: Unisanté, Université de Lausanne UNIL
Hitz	Annette	Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz
Gutzwiller	Isabelle	Schweizerische Herzstiftung
Pecoraro	Nadia	Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Abteilung Prävention
Nowacki	Anja	Gesundheitsförderung Schweiz
Zehnder	Stefanie	Public Health Schweiz
Luciano	Ruggia	Association Suisse pour la prévention du tabagisme

Stakeholder-Workshop zu Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung

9. Februar 2023

Zinggeler Fuhrer	Heidi	mfe - Haus- und Kinderärzte Schweiz
Zürcher	Yvonne	Schweizerischer Physiotherapieverband Physioswiss
Schmid	Jana	Endo-Help Schweizerische Endometriose-Vereinigung
Breitenmoser	Binja	Senioren-Info Stettlen
Zanetti	Sara	Endo-Help Schweizerische Endometriose-Vereinigung
Krief	Peggy	Unisanté, Lausanne Département de santé, travail et environnement (DSTE)
Bättig	Esther	Spitex Schweiz
Kubat	Heike	Berner Fachhochschule Gesundheit
Fompeyrine	Cécile	National Plattform Demenz

Stakeholder-Workshop zu Erkennung, Diagnostik und Behandlung

14. Februar 2023

Grolimund	Therese	BAG
Burnand	Bernard	Eidgenössische Qualitätskommission EQK
Mesnil	Marcel	pharmaSuisse
Riecher-Rössler	Anita	Universität Basel (ehem.)
Buclin	Thierry	Service de Pharmacologie clinique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et Université de Lausanne
Schläpfer	Jörg	Swissmedic
Wolfer	Anita	Swissmedic
Özdemir	Berna	Inselspital, Medizinische Onkologie
Dingeldein	Irène	Frauenpraxis Dingeldein, Gynäkologie und Geburtshilfe
Vaineau	Cloé	Inselspital, Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Glasø de Lange	Ann-Marie	CHUV - Université de Lausanne UNIL, Centre for Research in Neuroscience - Department of Clinical Neurosciences
Todorov	Atanas	Universitätsspital Zürich

Stakeholder-Workshop zu Arbeitswelt im Gesundheitswesen

15. Februar 2023

Dominicé Dao	Melissa	Hôpitaux Universitaires Genève HUG & Université de Genève UNIGE
Graf	Mirjam	Ombudsstelle der Stadt Bern
Annovazzi	Timea-Chiara	CLASH Lausanne
Bieri	Jennifer	Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG
Schär Moser	Marianne	Marianne Schär Moser Forschung und Beratung
Schwarz	Joelle	Unisanté, Université de Lausanne UNIL, Unité Santé et Genre
Potarca	Gina	Unisanté Lausanne (Visiting Senior Sociologist), University of Liverpool, UK
Bauer	Camille	CLASH Lausanne

Stakeholder-Workshop zu Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachpersonen

21. Februar 2023

Dalle Grave	Lena	Berner Fachhochschule BFH, Departement Gesundheit
Volm	Tanja	Universität Luzern, Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin
Grylka	Susanne	ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Bianchi	Monica	University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland SUPSI
Cengiz	Rasan	Office fédéral de la santé publique
Gayet-Ageron	Angèle	Université de Genève & Hôpitaux Universitaires Genève HUG
Serban	Lara	swimsa
Scheiwiller	Valeria	swimsa
Sala Defilippis	Tiziana	University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland SUPSI
Schlueter	Virginie	Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique Lausanne
Zimmermann	Frank	Medizinische Fakultät Basel
Bonvin	Raphael	Universität Freiburg
Meuwly	Nathalie	Vertretung der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP und Universität Freiburg

Anhang 3: Politische Vorstösse (Auswahl)

Postulate, Anträge und Interpellationen zu Gender Health/Medicine 2019-2022

Postulat 19.3910 Fehlmann Rielle Gesundheit der Frauen. Bessere Berücksichtigung ihrer Eigenheiten / Santé des femmes. Pour une meilleure prise en compte de leurs spécificités
Motion 19.3577 Heim Bea Homo mensura. Der Mann, das Mass in Forschung und Medizin? / Homo mensura. La recherche et la médecine sont-elles androcentrées?
Postulat 20.3093 Porchet Domaine de la santé. Mettre les lunettes de l'égalité / Gesundheitswesen durch die Gleichstellungsbrille betrachten
Interpellation 21.4231 Feri Yvonne Manque de données différenciées selon les sexes dans le domaine de la santé / Fehlende geschlechtsspezifische Daten im Gesundheitswesen
Motion 20.3092 Porchet Intégrer le genre dans la formation et la recherche médicales / Geschlechterunterschiede als Thema in der medizinischen Lehre und Forschung
22.3868 Motion Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR Gender-Medizin. Schluss mit Frauen als Ausnahme in der Medizin / Approche genre en médecine. Les femmes ne doivent plus être une exception

Postulate, Anträge und Petitionen zu frauenspezifischen Krankheiten 2022/3

22.3869 Motion Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR / CN Förderung von Forschung und Therapie für spezifische Frauenkrankheiten (Endometriose, Lipödem,...)
23.3009 Postulat Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur SR /CE Strategie für die frühzeitige Erkennung von Endometriose / Stratégie de détection précoce de l'endométriose
22.3223 Motion Gabriela Suter Endometriose. Nationale Sensibilisierungs- und Aufklärungskampagne / Endométriose. Campagne nationale d'information et de sensibilisation
22.2012 Petition EndoHelp Endometriose – Geben Sie Betroffenen eine Stimme! / Endométriose – Donnez la parole aux patientes !
22.3223 Motion Gabriela Suter Endometriose. Nationale Sensibilisierungs- und Aufklärungskampagne / Endométriose. Campagne nationale d'information et de sensibilisation
22.3224 Motion Benjamin Roduit Endometriose. Schluss mit den medizinischen Irrungen und Wirrungen / L'endométriose. En finir avec l'errance médicale

Petitionen Parlamentarische Frauensession 2021 (Auswahl)

21.2035 Petition Equal opportunity for women's holistic sexual health
21.2036 Petition Establish a national program on discrimination and implicit bias in health care
21.2043 Petition 0.1% of GDP for protection from gender-based violence
21.2045 Petition Raise awareness of and prevent gender-based violence and violence in social settings - National campaigns
21.2050 Petition Gender equality policy standards for university funding and external funding allocation
21.2052 Petition Promotion of gender research at universities and colleges

Anhang 4: Übersicht über die vorgeschlagenen Massnahmen

Handlungs- feld	Probleme	Massnahmevorschläge gemäss Grundlagebericht
Forschung, Medikamentenentwicklung und Behandlung	Männlicher Bias in der Grundlagenforschung	1.1 Förderung geschlechtersensibler Forschung im Bereich Gender Health/Medicine
		1.2 Systematische Untersuchung zur Frage, wo bereits Leitlinien für geschlechtersensibler Forschung (in Bezug auf die Forschungsinhalte) existieren. Dabei sollte insbesondere beachtet werden, 1) inwiefern bestehende Leitlinien die Ebenen Forschungsdesign, Sampling, Analyse und Interpretation berücksichtigen; 2) ob/wie existierende Leitlinien umgesetzt (Gesuchsformulare, Beratungsangebote, etc.), überprüft/evaluiert (Monitoring Prozesse) und allenfalls mittels Anreizen oder Sanktionen durchgesetzt werden.
		1.3 Basierend auf den Ergebnissen von 1.2 Er- oder Überarbeitung von Leitlinien für die Umsetzung geschlechtersensibler Forschung (Inklusion von Geschlechtsaspekten auf allen Ebenen + Diversität des Teams + Autonomie der Forschung).
		1.4 Einführung der SAGER-Leitlinien (Sex and Gender Equity in Research) für die von ihnen finanzierte Publikationen sowie durch wissenschaftliche Verlage in der Schweiz.
		1.5 Evaluation der Berücksichtigung von Sex- und Genderaspekten in eingegebenen und/oder bewilligten Fördergesuchen im Bereich Gender Health/Medicine. Dabei ist auf die Berücksichtigung von Sex- und Genderaspekten auf den Ebenen Themenwahl, Forschungsdesign, Sampling, Analyse und Interpretation zu achten.
		1.6 Gesetzgebung: Erwägung eines Artikels im Heilmittelgesetz (HMG) zu Sex/Gender analog zum Artikel 54a zu Pädiatrie («Sex and Gender Prüfkonzept»).
		1.7 Förderung, finanzielle Unterstützung und inhaltlicher Einbezug von Forschungsnetzwerken im Bereich Gender Health/Medicine
		1.8 Konkreter Forschungsbedarf in der klinischen Forschung: Förderung von Forschung zu den Gründen, warum Frauen respektive weibliche Zellen und Tiere in der Grundlagenforschung oftmals untervertreten sind
		1.9 Konkreter Forschungsbedarf in der biomedizinischen Grundlagenforschung und in der klinischen Forschung: Erforschung des tatsächlichen Einflusses des Zyklus/Östrus auf Forschungsergebnisse sowie der damit zu vergleichenden Variabilität bei männlichen Zellen/Tieren.
	Männlicher Bias in der klinischen Forschung	2.1 Industrielle klinische Forschung: Vorstösse der Schweiz/Swissmedic im ICH für eine geschlechtersensiblere klinische Forschung auf den Ebenen Sampling, Analyse und Interpretation.
		2.2 Sensibilisierungsmassnahmen in Swissmedic für das Thema (bspw. Inklusion von Expert:innen zu Gender Medicine im Human Medicines ExpertCommittee (HMEC) von Swissmedic (als ordentliche Komitee-Mitglieder)).
		2.3 Bundesfinanzierte Forschung: Analog Massnahmen im Bereich der klinischen Forschung wie Massnahmen 1.1-1.5.
		2.4 Förderung von Forschung zu den Gründen, warum Frauen als beforschte Personen in der klinischen Forschung oftmals untervertreten sind.
		2.5 Konkreter Forschungsbedarf in der klinischen Forschung: Forschung zur Entwicklung von geeigneten Methoden zur Erfassung von Geschlechterunterschieden in der Medikamenten- und Behandlungsentwicklung; Eruiierung von geeigneten Indikatoren für die Untersuchung von Geschlechterunterschieden (bspw. Lean Body Mass Index versus Body Surface).
2.6 Einführung eines Moduls spezifisch zu geschlechtersensibler Forschung in den für klinisch Forschende obligatorischen Good Clinical Practice-Kurse (GCP).		

	2.7 Förderung von weiblichen Forschenden (robuste positive Korrelation zwischen der Autorinnenschaft von Frauen und der Wahrscheinlichkeit, dass eine Studie eine Analyse von Geschlecht beinhaltet.)
Toxizität und weitere negative Auswirkungen des männlichen Bias in der Behandlung	3.1 Durchführung von geschlechtersensiblen Behandlungs- und Dosierungsfindungsstudien sowie Entwicklung von für Frauen geeignete Prothesen und Hilfsmittel (bspw. durch Innosuisse-Projekte; IICT-Projekte).
Vernachlässigung von frauenspezifischen Krankheiten	4.1 Forschung zu frauenspezifischen oder hauptsächlich Frauen betreffende Krankheiten, mit Fokus auf Krankheiten mit hohen Prävalenzen und grossen Wissenslücken.
	4.2 Forschung zu den Gründen, warum gewisse frauenspezifische Krankheiten in Bezug auf ihre Ursachen, Erkennung und/oder Behandlung wenig erforscht werden, unter explizitem Einbezug der Dimension Gender
Mangelhafte Um- und Durchsetzung von Leitlinien	5.1 Sensibilisierungs- (obligatorisch) und Beratungsangebote für antragstellende Forschende, um sicherzustellen, dass diese die Anforderungen für eine angemessene Inklusion von Sex- und Genderaspekten in ihren Forschungsvorhaben erfüllen können.
	5.2 Sensibilisierung von Bewilligungs- (bspw. swissethics; kantonale Ethikkommissionen; Swissmedic) und Beratungsorganen (bspw. CTUs).
	5.3 Monitoring der Umsetzung bestehender Leitlinien und Gesetzesgrundlagen durch Institutionen oder Organisationen entsprechend deren Auftrag und Verantwortlichkeiten.
	5.4 Finanzielle oder andere wirksame Anreize oder Sanktionen zur Durchsetzung von Leitlinien.
Erschwerter Zugang zu Daten	6.1 Erarbeitung einer Übersicht über die relevanten internationalen Antragsverfahren für die Herausgabe von individualisierten Daten aus der Pharmaforschung an Schweizer Forschende sowie Analyse der Funktionsweise dieser Verfahren. Ausserdem Erhebung der spezifischen Herausforderungen Schweizer Forschender im Rahmen dieser Verfahren – namentlich auch spezifische Hindernisse im Hinblick auf die gewünschte Forschung zu Geschlechteraspekten.
	6.2 Prüfung und ggf. Erarbeitung von Anpassungsvorschlägen für diese Antragsprozesse , insbesondere in Bezug auf bestehende ethische Kriterien. Ausserdem Prüfung, ob zusätzlich Anpassungen in der Schweizer Gesetzgebung notwendig wären.
Fehlende Daten zur Wirtschaftlichkeit geschlechterspezifischer Behandlungen	7.1 Forschung zur Wirtschaftlichkeit geschlechterspezifischer Behandlungen
	7.2 Prüfung einer gesetzlichen Pflicht oder eines Anreizsystems, um die Krankenkassen zur (Mit)Finanzierung klinischer Kosten-Nutzen-Studien zur Gewinnung von Erkenntnissen zur Wirtschaftlichkeit geschlechterspezifischer Behandlungen zu animieren.
Geschlechterunterschiede in der Behandlung	8.1 Forschung zu Geschlechterunterschieden im Zugang zu Behandlungen in den verschiedenen Bereichen der medizinischen Versorgung (s. auch Kapitel 3.2. Erkennung und Diagnostik).
	8.2 Forschung zu den Gründen, warum Frauen oftmals weniger Behandlung erhalten und häufiger an negativen Auswirkungen von Behandlungen leiden.
	8.3 Wo behandlungsrelevante Geschlechterunterschiede bereits wissenschaftlich belegt sind und nachweislich erfolgreiche geschlechterspezifische Behandlungen existieren, sollten diese auch in der Schweiz in die Praxis übersetzt werden.
	8.4 Verankerung der Thematik «Geschlechterunterschiede in der Behandlung» in der Qualitätsstrategie des Bundes (s. dazu auch Kapitel 3.7. «Übergeordnete Massnahmen»).

Erkennung und Diagnostik	Späte Erkennung von häufigen Krankheiten bei Frauen im Vergleich zu Männern & Ungenügende Erkennung von frauenspezifischen Krankheiten	1.1 Forschung zu geschlechterspezifischen Symptomen bei bestimmten häufigen Erkrankungen (bspw. Myokardinfarkt, Demenz) und Förderung der Entwicklung geschlechterspezifischer Diagnoseverfahren.
		1.2 Forschung zur Erkennung und verbesserten Diagnostik frauenspezifischer Krankheiten.
		1.3 Forschung zu Prozessen und natürlichen Übergängen im Frauenkörper (v.a. Menstruation, Menopause, peripartale Phase) und deren Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit von Frauen.
		1.4 Massnahmen zur Enttabuisierung des weiblichen Körpers in der Gesellschaft und insbesondere in den Gesundheitsberufen, mit Fokus auf gendertransformative Massnahmen.
		1.5 Interdisziplinäres und interprofessionelles Arbeiten (insbesondere angemessener Einbezug der Psychologie und der Geistes- und Sozialwissenschaften in der Medizin).
		1.6 Evidenzbasierte Schulung insbesondere in der Hausarztmedizin und weiteren krankheitsrelevanten Disziplinen (bspw. Psychiatrie/Psychologie bei Demenz; Gynäkologie bei Endometriose).
		1.7 Evidenzbasierte Schulung von Apotheker:innen und Pharma-Assistent:innen zu diesen Krankheiten.
		1.8 Sensibilisierung in Bildungsinstitutionen und in der Öffentlichkeit (bspw. nationale Sensibilisierungskampagne Endometriose).
		1.9 Gewährleistung von niederschwellig zugänglichen spezialisierten Angeboten für frauentypische Krankheiten.
		1.10 Förderung der Erkennung durch Einbezug und finanzielle Unterstützung von Patient:innenorganisationen und Peer-Programmen.
		1.11 Förderung von Spezialisierungen für Pflegende (bspw. Endo-Nurses) oder Pharma-Assistent:innen. Um solche Spezialisierung wirksam zu fördern, sollten sie längerfristig lohnrelevant werden.
Personenabhängigkeit von Angeboten, welche die Erkennung verbessern	3.1 Evidenzbasierte Institutionalisierung geschlechtersensibler Angebote oder bei Bedarf Institutionalisierung frauenspezifischer Angebote zur Verbesserung der Erkennung von bestimmten Krankheiten bei Frauen (bspw. Endometriose, psychische Erkrankungen, Demenz)	
	3.2 Insbesondere auch Prüfung der Institutionalisierung von intersektional auf relevante Zielgruppen ausgerichtete Angebote.	
	3.3 Institutionalisierung bestehender wichtiger Angebote, welche aktuell durch das Engagement einzelner Personen bestehen und deshalb nicht nachhaltig gesichert sind.	
Prävention	Forschungsbedarf im Bereich Prävention	1.1 Forschung zu geschlechtersensibler, interdisziplinärer und interprofessioneller, methodenvielfältiger (quantitativ und qualitativ) und intersektionaler Prävention (bspw. in den Bereichen Sucht/Drogen, psychische Gesundheit, Demenz, Myokardinfarkt, Depression, Krebserkrankungen).
		1.2 Kosten-Nutzen-Forschung von geschlechtersensiblen Präventionsangeboten (besonders auch auf Unternehmensebene; bspw. ob geschlechtersensible Präventionsangebote eine bessere Kosten-Nutzen-Effizienz haben).
		1.3 Forschung zu gesundheitlichen Auswirkungen von Lebensphasen und kritischen Lebensereignissen sowie zu Lebensphasenübergängen mit Fokus auf Frauen (bspw. Frauen im Alter, während der Schwangerschaft und nach der Geburt, in der Menopause).
		1.4 Geschlechtersensible Forschung zu Stress: Strukturelle Faktoren und geschlechterspezifische Bewältigungsstrategien.

		1.5 Erarbeitung und Bereitstellung von Wissen für eine evidenzbasierte Implementierung von gendertransformativen Präventionskampagnen.
	Mangel an geschlechtersensiblen und gendertransformativen Präventionsmassnahmen	2.1 Einführung von geschlechtersensiblen Leitlinien oder konsequente Umsetzung bereits existierender Leitlinien bei von Bund, Kantonen oder Gemeinden lancierten oder unterstützten Kampagnen, Massnahmen, Projekten oder Mandaten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention.
		2.2 Prioritäre Berücksichtigung frauenspezifischer Gesundheitsrisiken bei der Konzeption, Auswahl und/oder Finanzierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen.
		2.3 Zielgruppengenaue, d.h. intersektionale, Präventionsmassnahmen für relevante Personengruppen.
		2.4 Schulungen und Beratungsangebote für die Implementierung geschlechtersensibler/gendertransformativer Präventionsmassnahmen.
		2.5 Aufbau von Koordinationsstellen "Chancengleichheit" im Gesundheitsbereich.
		2.6 Institutionalisierung und finanzielle Unterstützung von wichtigen geschlechtersensiblen Angeboten (s. Themenbereich Erkennung/Diagnostik).
Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung	Hoher Forschungsbedarf im Bereich geschlechtersensible Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung	1.1 Geschlechtersensible Forschung zu Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung
	Grundsätzlicher Mangel an geschlechtersensiblen Angeboten in den Bereichen Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung	2.1 Evidenzbasierte und geschlechtersensible Ausrichtung von Rehabilitations-, Nachsorge- und Langzeitpflegeangeboten (bspw. frauenspezifische Kardio-Rehabilitationsprogramme).
		2.2 Massnahmen zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Rehabilitations- und Nachsorgeangeboten durch weibliche Patientinnen, insbesondere durch die Berücksichtigung des Einflusses von Care-Aufgaben auf das Verhalten von Patientinnen.
		2.3 Ausbau und Stärkung der Arbeitsmedizin bezüglich Wiedereingliederung in die Arbeitswelt
		2.4 Frauen sind im Alter deutlich häufiger von Demenz betroffen. Bestehende Angebote sollten geschlechtersensibel weiterentwickelt und angepasst und Programme wie die Nationale Plattform Demenz explizit geschlechtersensibel ausgerichtet werden. Zudem ist abzuklären, inwiefern ein Bedarf an zusätzlichen spezifischen Langzeitversorgungsangeboten besteht.
		2.5 Frauen sind im Alter überdurchschnittlich auf Langzeitversorgung angewiesen und häufig von Einsamkeit betroffen. Hier bedarf es einer verstärkten ambulanten Versorgung, insbesondere auch im Bereich der nicht-pflegerischen Handlungen.
		2.6 Ältere Menschen, wovon Frauen prozentual den höheren Anteil ausmachen (BFS 2017), sind immer häufiger multimorbid. Rehabilitation, Nachsorge- und Langzeitversorgungsangebote müssen daher interdisziplinär und interprofessionell ausgestaltet sein.
		2.7 Sensibilisierung mit dem Ziel der Bewusstseinsbildung von Patientinnen, Lehrenden, Auszubildenden und Praktikierenden zum Thema von Geschlechteraspekten und somit auch der spezifischen Bedürfnisse von Frauen in den Bereichen Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung (s. auch Kapitel 3.5.).

	Fehlende Nachsorgeangebote bei frauenspezifischen Krankheiten	3.1 Institutionalisierung von Rehabilitations-, Nachsorge- und Langzeitversorgungsangeboten für Endometriose-Betroffene an Endometriosezentren.	
Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitspersonal	Fehlende Überprüfung der Umsetzung von Leitlinien zu geschlechtersensibler Lehre im Medizinstudium	1.1 Anstrengungen und Kooperationen der medizinischen Fakultäten, damit die nationalen Vorgaben gemäss dem Core Curriculum implementiert werden. 1.2 Erarbeitung von Instrumenten zum systematischen Monitoring und zur Durchsetzung von Vorgaben zu geschlechtersensibler Lehre im medizinischen Curriculum (BMed/MMed).	
	Fehlendes Wissen zum Stand der Integration von Sex- und Genderaspekten in den Ausbildungslehrgängen weiterer Gesundheitsberufe	2.1 Bestandesaufnahme existierender geschlechtersensibler Lehrangebote und -inhalte in Ausbildungslehrgängen von Gesundheitsberufen. 2.2 Falls nach der Bestandesaufnahme (siehe Punkt 2.1.) geschlechtersensible Lehrangebote und -inhalte in den jeweiligen Ausbildungslehrgängen von Gesundheitsberufen nicht oder unzureichend vorhanden sind: Erarbeitung von Instrumenten zur systematischen Integration von Sex- und Genderaspekten in den Ausbildungsprogrammen zu den genannten Gesundheitsberufen 2.3 Erarbeitung von Instrumenten zum systematischen Monitoring und zur Durchsetzung existierender Vorgaben/Leitlinien zu geschlechtersensibler Lehre (analog Massnahme 1.2)	
	Fehlende Integration von Sex- und Genderaspekten in die medizinische Weiter- und Fortbildung	3.1 Bestandesaufnahme existierender geschlechtersensiblen Lehrangebote in den medizinischen Weiter- und Fortbildungen. 3.2 Erarbeitung von Instrumenten zur systematischen Integration von Sex- und Genderaspekten in medizinischen Weiter- und Fortbildungen mit dem Ziel, dass sich Ärzt:innen auf allen beruflichen Etappen mit diesen Aspekten auseinandersetzen. 3.3 Implementierung eines verpflichtenden Kurses zu sexueller Belästigung in der medizinischen Fort- und Weiterbildung auf der Grundlage des Arbeitsrechts und des Gleichstellungsartikels (s. Themenbereich 6: Arbeitswelt)	
	Arbeitswelt Gesundheitswesens (Gleichstellung und Diskriminierung)	Fehlende Gleichstellung der Geschlechter im Gesundheitswesen	1.1 Aufwertung der Care-Berufe und Aufnahme der Care-Berufe in die oberste Führungsebene von Gesundheitsinstitutionen.
			1.2 Förderung von Frauen in Führungspositionen in den Cure- und Care-Berufen. Gleichzeitig Förderung von Männern in den Care-Berufen, um alternative Rollenbilder zu schaffen und Geschlechterstereotype aufzuweichen.
			1.3 Arbeitsflexibilität in allen Bereichen des Gesundheitswesens (Erstens Monitoring der Arbeitsbedingungen und dann, z. B. Einführung eines Labels/Scores)
1.4 Teilzeitarbeit auf Führungsebene. Die Vereinbarkeit von bezahlter und unbezahlter Arbeit ist besser möglich.			
1.5 Einführung einer umfassenden Elternzeit auf nationaler Ebene, namentlich auch längerer Urlaub des anderen Elternteils, welcher verfällt, wenn er nicht in Anspruch genommen wird.			
1.6 Bessere Bekanntmachung und Durchsetzung der vorhandenen Gesetze (Gleichstellungsgesetz, Arbeitsgesetz, Strafgesetz). Namentlich auch Sensibilisierung von Institutionen, dass bei Verletzung des Gleichstellungsgesetzes Kompensationszahlungen geleistet werden müssen.			
Unterrepräsentation der Frauen in Führungspositionen		2.1 Forschung im Bereich «Leaky Pipeline» im Gesundheitswesen und detailliertere Datenerhebung. 2.2 Quotenregelungen und/oder frauenfördernde Bewerbungsverfahren auf Führungsebene in Gesundheitsinstitutionen zur Förderung von diversen Teams.	

		2.3 Einführung eines Labels / Scores für Gesundheitsinstitutionen, welche eine Arbeitskultur etabliert haben, die es ermöglicht, Erwerbsarbeit und Privatleben besser miteinander zu vereinbaren (s. Massnahme 1.3.)
	Sexuelle Belästigung im Gesundheitsbereich	3.1 Förderung von Forschung zu sexueller Belästigung im Gesundheitswesen und Einschluss des Themas sexuelle Belästigung im FMH-Abschlussfragebogen (durch die FHM) und beim Abschluss von Medizinpraktika (durch die Universitäten).
		3.2 Flächendeckende Einführung von unabhängigen Anlaufstellen bei sexueller Belästigung (Ombudsstellen) mit Sanktionsmöglichkeiten.
		3.3 Sensibilisierung der Arbeitsinspektorate: Ermutigung und Unterstützung der Inspektor:innen, psychosoziale Risiken (inkl. sexuelle Belästigung) bei Kontrollen in Unternehmen zu berücksichtigen.
		3.4 Schweizweiter Ausbau von Kursen für Gesundheitsfachpersonen (Studierende, Lehrende, Gesundheitspersonal mit und ohne Führungspositionen) zu sexueller Belästigung.
		3.5 Finanzielle Unterstützung bestehender Organisationen, welche sich im Bereich sexuelle Belästigung im Gesundheitswesen engagieren (bspw. CLASH).