

19/05/2025

Science Talk > Wie Gendern auch Leben retten kann. Über die Bedeutung von Geschlechtergerechtigkeit in Medizin, Forschung und Gesellschaft.

00:00:06

So, schönen guten Abend. Bereits zum 77. Mal hier in der Aula der Wissenschaften zu einem Science Talk. Schönen guten Abend ans Publikum, schönen guten Abend Frau Bundesministerin. Sie sehen mich erstmals mit einem Spickzettel in der Hand beim Grüß Gott sagen, das hat einen Grund, denn dieser hier ist der erste Science Talk in einem Ministerium, in dem Wissenschaft, Forschung und Frauen gebündelt sind. Sie als teilweise Stammbesucher, Besucherinnen und ich haben einiges erlebt, einige Kombis mit Verkehr, mit Kunst, Kultur, Unterricht, in jüngster Vergangenheit auch einmal Wirtschaft, aber weltweit wirklich einzigartig und neu ist die Kombination mit den Frauen. Frauen werden zwar gerne als Wissenschaftlerinnen und Erfinderinnen vor den Vorhang geholt, sie sind auch als Erfinderinnen nicht wirklich neu, aber politisch, also wirklich politisch erfunden hat diese Kombi weltweit niemand. Das muss man sich einmal auf der Zunge zergehen lassen und ich unterstelle mal denjenigen, die das erfunden

00:01:33

haben, eine gute Absicht dabei. Wir sind in Österreich, glaube ich, damit wirklich Vorreiter, um nicht zu sagen Avantgarde, auch wenn dieses Wort für ein Ministerium unüblich ist. Ich sehe darin eine Chance, vielleicht für alle drei Ressorts Schwerpunkte, nämlich Wissenschaft, Forschung und Frauen, denn diese Synthese, also die Synthese ist ja meistens etwas von Gegensätzlichem oder vermeintlich Gegensätzlichem, das dann zu einem neuen Ganzen wird. Diese Synthese birgt vielleicht einen Spirit, den man noch nicht kennt. Ja, wir hoffen genau darauf und wollen auch unser Tun und Streben in diesem Geist forttragen. Der heutige Science Talk ist ein kleines Steinchen schon in diese Richtung und ich freue mich vor allem, dass die Bundesministerin selbst die ersten Schritte mit uns geht. Ich darf auf die Bühne bitten, Frau Bundesministerin Eva-Maria Holzleitner.

00:02:44

Vielen herzlichen Dank, es freut mich wirklich sehr, dass ich den heutigen Science Talk auch eröffnen darf, mit nicht nur einem hochkarätigen Podium, sondern auch mit einem Thema, das nicht nur mir am Herzen liegt, sondern das unglaublich auch wichtig ist, nicht nur für den Wissenschafts-, für den Forschungsbereich, sondern der auch wichtig ist, um nachhaltig Leben zu retten. Vor einigen Jahren, Jahrzehnten war es noch üblich, dass Frauen als kleinere Männer medizinisch gesehen worden sind.

Gleiche Tabletten, vielleicht etwas weniger in der Dosis, weil Frauen ja vielleicht ein bisschen wiegen und wir sind so mehr oder weniger wie der durchschnittliche Mann nur etwas kleiner gesehen worden und das hat natürlich gravierende Auswirkungen entlang eines Frauenlebens. Einerseits, weil natürlich zum Beispiel Zyklusbeschwerden oder Frauenkrankheiten weniger betrachtet worden sind, aber weil auch bei gängigen Krankheiten die Symptome, die Frauen dabei haben, nicht erkannt worden sind. Ein klassisches

00:03:47

Beispiel ist oftmals der Herzinfarkt, der bei Frauen sich ganz anders äußert als bei Männern und viele Medizinerinnen, Mediziner, Gesundheitspersonal darauf geschult wurden, den Herzinfarkt bei Männern zu erkennen. Das hat dazu geführt, dass natürlich auch der Herzinfarkt später erkannt worden ist und in so einem wirklich großen Problem, da natürlich auch sich signifikant auf die Überlebenschance auswirkt. Aber dazu möchte ich gar nicht so viel sagen, weil die Expertinnen und Experten zu diesem Thema sitzen natürlich hier auf dem Podium und ich glaube, wir können als Österreich auch wirklich sehr stolz darauf sein, dass wir beispielsweise die erste Professur im Bereich der Gendermedizin auch etabliert haben mit Frau Kautzki-Willer, die hier international nicht nur anerkannt ist, sondern wirklich auch renommiert in diesem Bereich und neue Maßstäbe gesetzt hat und das ist, glaube ich, für Österreich wirklich nicht nur eine Auszeichnung, sondern wie gesagt, das kann auch tatsächlich Frauenleben

00:04:50

retten. Aber auch darüber hinaus sehen wir, dass wir auch heute noch große, große Herausforderungen haben. Erst kürzlich wurde in einer Studie bekannt, dass es nach wie vor einen Gender-Health -Gap gibt, dass Frauen zwar durchaus auch zufrieden sind mit dem österreichischen Gesundheitssystem, aber doch deutlich weniger als Männer. Sie fühlen sich weniger gehört, sie fühlen sich weniger gesehen und auch ihre Probleme, ihre Schmerzen, ihre Symptome werden weniger ernst genommen. Das heißt, wir haben auch 2025 noch wirklich großen, großen Aufholbedarf in diesem Bereich. Ich hoffe, ich darf in meiner Rolle als Bundesministerin für Frauenwissenschaft und Forschung hier einen kleinen Beitrag leisten, um nicht nur diese Forschung, diesen wissenschaftlichen Bereich auch präserter zu machen, um hier auch wirklich einen Schwerpunkt zu legen, gemeinsam auch mit der zuständigen Staatssekretärin Ulrike Königsberger - Ludwig, sondern dass wir hier auch wirklich in den kommenden Jahren maßgeblich Schritte

00:05:49

nach vorne machen, um Männer und Frauen auch gleichberechtigt im Gesundheitssystem zu sehen, zu unterstützen und auch letzten Endes Lebenschancen gleichermaßen auch tatsächlich zu verlängern und zu verbessern im Sinne einer gleichberechtigten Gesellschaft, im Sinne auch einer guten Lebensgrundlage für alle Menschen in unserem Land. Vielen herzlichen Dank.

00:06:21

So, wir gehen nur einen ganz kleinen Schritt weiter in Medias Res. Vorher muss ich noch Köxal Baltaci entschuldigen, der eigentlich dieses Podium heute moderieren wollte und ich bin vor allem ganz froh, dass Martin Stuhlpförer, dass du lieber Martin, ebenfalls Gesundheitsjournalist in der Presse eingesprungen bist und dieses Podium, das du jetzt gleich vorstellen wirst, moderieren wirst. Dankeschön.

00:06:51

Sehr geehrte Frau Bundesministerin, sehr geehrtes Publikum, ich darf Ihnen jetzt die hochkarätige Runde vorstellen, die heute bei uns zu Gast ist. Dr. Alexandra Kautzky-Willer, Sie wurden ja schon erwähnt als Pionierin im Bereich der Gendermedizin. Herzlich willkommen bei uns.

00:07:15

Als nächstes begrüße ich Dr. Vera Galistl, Soziologin, die einen Fokus hat auf die Altersforschung. Herzlich willkommen, schön, dass Sie Zeit gehabt haben, uns heute hier zu begleiten.

00:07:33

Als nächstes begrüße ich Herrn Dr. Thomas Cipianka, Gesundheitsökonom. Herzlich willkommen.

00:07:44

Und dann natürlich Lars-Bertner Lies, Dr. Nagme Kamala Schmidt, Vizepräsidentin der Ärztekammer Wien und auch allgemeine Medizinerin. Herzlich willkommen.

00:08:00

Ich würde jetzt gerne beginnen, die erste Runde mit den Basics, nämlich den Grundlagen und der Bedeutung der Gendermedizin. Ich würde gleich bei Ihnen beginnen, Frau Doktor. Sie sind ja federführend in der Forschung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Medizin. Jetzt mit welchen Fragen stellen, mit welchen Themen für jene, die vielleicht nicht so tief in der Materie sind, mit welchen Themen befasst sich die Gendermedizin? Wie definieren Sie persönlich Gendermedizin? Ja, also Gendermedizin im Prinzip, die Frau Ministerin hat es eigentlich schon sehr schön erklärt. Es geht einfach um die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Gesundheit, in allem, was

Gesundheit betrifft und in der Diagnose und Behandlung von Krankheiten. Wir bleiben jetzt heute, nehme ich an, beim Zweigeschlechtermodell, weil das ist auch der Großteil der Menschheit. Und bei Frauen ist eben besonders ein Nachholbedarf, weil ja eben die Forschung, wie auch schon dargestellt, primär vom Mann entwickelt wurde.

00:09:04

Also der Mann war der Prototyp in der Medizin, wie halt auch insgesamt das Weltbild männlich ausgerichtet war. Und im Prinzip kann man sagen, dass es alle Krankheiten betrifft. Es gibt natürlich geschlechtsspezifische Krankheiten, die eben nur Frauen bekommen. Die sind durch Gynäkologie und Geburtshilfe großteils abgedeckt, beziehungsweise Krankheiten, die nur Männer bekommen. Der Mann geht dann meist zum Urologen, wenn er geht. Das ist ja auch schon ein Problem. Aber es gibt eben alle anderen Krankheiten, die Männer und Frauen betreffen und wo es eben auch nicht gleich verläuft, wo eben Frauen bei vielen, wie wir wissen, später diagnostiziert werden, öfter BI - Behandlungen haben und wo eben Symptome sich unterscheiden können und dann auch Behandlungsergebnisse. Und ganz wesentlich ist halt nicht nur die Lebenserwartung, die ist, auf das werden wir ja auch noch zu sprechen kommen, ja unterschiedlich überall, sogar im Tierreich, auch bei den Menschen, dass die Frauen länger leben, also bei

00:10:01

uns und in allen westlichen Ländern. Aber es geht ja um die gesunden Lebensjahre und die Lebensqualität und da ist kaum ein Unterschied zwischen Männern und Frauen. In Österreich ist es insgesamt für beide Männer und Frauen sogar etwas schlechter als in anderen Ländern. Also das heißt, wir müssen viel mehr in die Prävention gehen und gerade bei den Frauen, weil die vorzeitige Sterblichkeit ist ja prinzipiell eher bei den Männern, nicht sehr viel auch durch Lebensstil, was man beeinflussen kann. Denn was macht die Unterschiede aus? Das habe ich jetzt noch nicht gesagt. Ich meine, im Prinzip sind die Unterschiede bedingt einerseits durch die Biologie, das sind die Geschlechtschromosomen, Frau -X -X -Mann -X -Y -Chromosomen und die Geschlechtshormone. Das heißt, sehr viel unterscheidet sich vor allem zwischen der Pubertät und der Menopause, weil dort sind die Unterschiede in den Geschlechtshormonen ja am stärksten. Während zum Beispiel im sehr hohen Lebensalter ist ja spannend, da sind wir

00:10:54

ja fast gleich, also da ist kaum ein Unterschied in den Sexualhormonen. Begleichen wir uns auch in vielen anderen Dingen dann zunehmend an. Aber wie gesagt, da eben in den reproduktiven Jahren, also wenn eben auch natürlich dann möglicher Kinderwunsch, Schwangerschaft, Stillphase,

Menstruation, die Zyklusschwankungen, das betrifft ja praktisch nur die Frauen und allein daraus ergibt sich eben schon viel an Krankheitsrisiken, aber auch Chancen, weil man daraus, wenn man das nämlich ordentlich erhebt und recherchiert, auch in der Medizin viel an Risiko abschätzen kann für spätere Leben. Also zum Beispiel Schwangerschaftskomplikationen sind früher eher vernachlässigt worden als Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes. Heute wissen wir, egal ob es Frühgeburt ist, Schwangerschaftsdiabetes, Schwangerschaftsbluthochdruck oder die Schwangerschaftsvergiftung, das sind alles Risikofaktoren, dass die Frauen im weiteren Lebensverlauf ein hohes Risiko haben, einen Schlaganfall, einen Herzinfarkt,

00:11:52

eine Herzschwäche, einen Diabetes zu bekommen. Man muss das wissen und beachten, dann kann ich auch speziell natürlich dann das Risiko besser abschätzen und auch Präventionsmaßnahmen machen. Also da gibt sich dann sehr viele Möglichkeiten, wie man auch spezifische Präventionsprogramme macht, aber auch Männer. Ich meine, den Herzinfarkt ist mir noch wichtig zu sagen, weil das Titel heißt ja auch Leben retten. Ja, Gendermedizin kann dann eben auch Leben retten. Ganz schön ist es beim Herzinfarkt zu sehen, warum Frauen ja die höhere Sterblichkeit haben, auch weil sie oft nicht so schnell erkannt werden und dadurch nicht so schnell reagiert wird. Aber es gibt auch umgekehrt das Beispiel. Zum Beispiel wissen wir, dass Männer ja wesentlich mehr Suizide begehen und obwohl Frauen viel mehr die Depression diagnostiziert bekommen. Das heißt, hier sind die Männer unterdiagnostiziert, nicht erkannt. Dort haben die Männer die Symptome, die wir nicht erkennen, weil es oft eben ist eher sogar Alkoholmissbrauch

00:12:46

und Aggression. Also ganz ein anderes Verhalten, als man vielleicht bei einer depressiven Frau eher vermutet und kennt. Und es kann also Gendermedizin nicht nur Frauenleben retten, sondern tatsächlich auch Männerleben. Sie haben das ja schon erwähnt, das Thema Herzinfarkt. Gibt es medizinische Bereiche, in denen die Unterschiede besonders gravierend sind? Soweit ich weiß, Herzinfarkt ist ein ganz klarer Bereich dazu. Gibt es noch andere, weil die Symptome bei Männern und Frauen beim Herzinfarkt sind sehr unterschiedlich? Ja, können sehr unterschiedlich sein. Es gibt natürlich auch Frauen, die haben auch die klassischen Symptome. Es gibt auch Männer, die können auch diese eher vegetativen Symptome mit Übelkeit erbrechen, der Frauen haben. Aber eben sehr oft ist es so, dass die Frauen eben, weil sie nicht so diese ganz klassisch -typischen Symptome haben, nicht erkannt werden. Aber es ist auch beim, wenn wir jetzt bei gefährlichen Situationen bleiben, eben auch beim Schlaganfall so, dass

00:13:43

Frauen oft nicht so gut erkannt werden, weil bei ihnen zum Beispiel eher Verwirrheitszustand, Desorientierung im Vordergrund steht, vielleicht auch Sprachschwierigkeiten und beim Mann eher dieses typische, dass eine motorische Störung ist. Es fällt plötzlich was aus der Hand, diese Lähmungserscheinungen. Also das ist zum Beispiel auch das Bewusstsein, dass Frauen, wenn sie einen Schlaganfall haben, oft dann schon in schlechterem Zustand erst in die Stroke -Units kommen und dann dort werden sie gleich gut behandelt. Also das ist super in Österreich, die Akutmedizin, wenn sie dann funktioniert, ist sehr, sehr gut. Da gibt es auch vom Stroke -Register tatsächlich die Daten, dass Frauen und Männer dann gleich gut behandelt werden. Problem ist nur, Frauen kommen oft später hin. Weil sie später diagnostiziert werden. Weil sie später diagnostiziert werden. Manchmal natürlich auch, weil sie dann oft alleine sind, weil sie älter sind, weil oft auch eine Depression dabei ist, vielleicht sogar schon

00:14:36

eine Demenz. Also das sind zusätzlich erschwerende Faktoren. Dann kommen sie auch schlechter in die Reha und kommen auch schlechter aus der Reha heraus. Und letztlich, das haben wir auch in einer Studie uns angeschaut, sind sie dann eben öfter pflegebedürftig und insgesamt im schlechteren Gesamtzustand und Schmerzen. Osteoporose ist dann oft noch zusätzlich auch ein Problem und Depressionen. Bei Männern sind es eher wieder Herzinfarkte und Diabetes, die beim Schlaganfall oft dabei sind. Aber das ist jetzt nur ein Beispiel. Ich meine, die ganzen Autoimmunerkrankungen, das betrifft jetzt aber die Jüngeren, sind bei den Frauen wesentlich häufiger. Und es sind einfach viele schmerzhaftes Erkrankungen. Es sind Probleme, die einfach das Leben erschweren. Ob das jetzt Menstruationsbeschwerden sind, das Prämenstruelles Syndrom, Endometriose ist jetzt zwar frauenspezifisch, wird aber auch oft über Jahre nicht erkannt. Und bei den ganzen rheumatischen Erkrankungen, Schilddrüsenfunktionsstörungen,

00:15:33

das sind eben diese typischen Autoimmunerkrankungen, die Frauen viel, viel häufiger haben. Ich hätte eine Frage an die Frau Dr. Galistl, nämlich auch wieder von den Basics her. Warum ist der Unterschied zwischen biologischem Geschlecht und sozialem Geschlecht in der Medizin so entscheidend? Wir haben jetzt schon ein paar Sachen gehört, aber mich würde interessieren, Ihre Sicht als Soziologin mit dem Schwerpunkt auf Altersmedizin. Können Sie uns da etwas erklären? Ja, gerne. Ich denke, es ist total zentral, weil diese doppelte Begrifflichkeit von Sex und Gender, jetzt vor allem auch aus der Soziologie gesprochen, immer darauf hinweist, dass Gesundheit immer beides ist. Gesundheit, wir haben es schon angesprochen, ist immer Biologie, aber sie ist auch Lebensstil und

sie ist auch ein Stück weit Sozialstruktur. Sie ist immer auch, wie gut bin ich abgesichert und kann mich darauf aufbauend gesund oder ungesund verhalten. Und diese Unterscheidung, die eben im Deutschen nur diese eine Übersetzung

00:16:30

hat, also Geschlecht, geschlechtsbezogene Ungleichheiten oder geschlechtsbezogene Medizin, lässt sich eben im Englischen, so ein bisschen aus der feministischen Theorie der 1970er Jahre kommen, übersetzen in einerseits das Sex und andererseits das Gender. Das Sex, das ein Stück weit bedeutet, die biologischen Unterschiede, wir haben es schon angesprochen, die Hormone, die Chromosomen, die meistens in einer Binarität bestimmt werden, auch nicht immer, aber allermeistens, das haben wir schon angesprochen. Und andererseits eben das Gender als der Gegenbegriff, der das soziale oder das kulturelle Geschlecht meint. Das viel variabler ist, also wir können unser Geschlecht immer auf irgendeine andere Art und Weise spielen. Ich kann mich manchmal weiblicher und manchmal männlicher geben im Alltag. Männer - und Frauenbilder verändern sich über die Kulturen hinweg und dadurch kann das Gender eigentlich auch viel besser noch gedacht werden außerhalb von einer Binarität. Also als Männerbilder, Frauenbilder,

00:17:23

aber auch alles dazwischen und außerhalb kann damit gedacht werden. Und ich denke, gerade als Soziologin gesprochen, in Bezug auf die Gesundheit, die Gesundheit im höheren Lebensalter, die mich hier ganz spezifisch beschäftigt, ist schon immer wichtig, diese Doppelköpfigkeit der Gesundheit ein Stück weit mitzudenken. Also Sex - und Gender -Aspekte zu unterscheiden, aber auch ein Stück weit gemeinsam zu denken. Wir haben ja schon gesprochen über die unterschiedliche Lebenserwartung von Männern und Frauen in Österreich. Das stimmt, die gesunde Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern ist fast gleich. Also wir haben es in der Vorbesprechung gerade gesagt, da sind nur 14 Monate Unterschied im Durchschnitt in der gesunden Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen. Trotzdem bei den Frauen ein bisschen höher als bei den Männern. Das hat einerseits natürlich mit biologischen Faktoren zu tun, da können die Medizinerinnen am Podium sicher noch mehr dazu sagen, hat aber viel auch mit sozialen

00:18:14

Aspekten zu tun. Also hat zum Beispiel damit zu tun, wie ist mein Gesundheitsverhalten über den gesamten Lebenslauf? Wer raucht? Wer konsumiert viel Alkohol? Also das ist ein Teil, ein sozialer Aspekt, der die Lebenserwartung ein Stück weit erklärt. Es kann aber auch mit Rollenbildern zu tun haben. Also wer kümmert sich eigentlich in welcher Art und Weise um seine Gesundheit? Wir haben

auch darüber gesprochen, wer geht zu den Vorsorgeuntersuchungen? Das machen alle wenig, haben wir schon gesagt, aber die Männer noch einmal weniger als die Frauen. Das heißt, Gesundheit und Krankheit bestimmt sich so in diesem Zusammenkommen von biologischen Faktoren und soziokulturellen Faktoren und die sind immer auch sozialstrukturell. Also immer auch die Frage, wer kann sich denn eine gute Gesundheit auch leisten? Das wäre mir auch als Soziologin ganz wichtig. Weil ich bin dann bei der Biologie hängen geblieben, aber die zweite Säule ist natürlich das soziokulturelle und psychosoziale, die ganzen Umweltfaktoren,

00:19:09

der Lebensstil und de facto kann man das, wenn wir eine Forschung betreiben, kaum trennen. Wir haben sogar eigene Projekte gehabt, wo wir versucht haben, Gender mit einem Score zu errechnen, dass man aus einer Kohorte irgendwelche Daten Gender herausrechnen kann. Geht natürlich, wenn man diese ganzen soziokulturellen Faktoren ermittelt hat, Einkommen auch, Bildung, all das. Ist aber sehr, sehr schwer, weil das meistens gar nicht erhoben wird. Aber das geht theoretisch und ist auch ein Teil eines großen Projekts bei uns gewesen. Also das war mir nur ganz wichtig, es ist immer verwoben und letztlich kann man es schwer voneinander trennen. Und das Ergebnis, ob ich krank bin oder nicht, ob ich gut auf Behandlung anspreche, ist immer eine Vermischung. Also man kann es ja letztlich nicht wirklich trennen. Ja und ich denke, also ich würde da vielleicht auch noch hinzufügen, ein Stück weit jetzt aus der Altersforschung gesprochen, wir denken, wenn wir gesundheitliche Ungleichheiten interpretieren,

00:20:02

sehr schnell an die Biologie. Wir sagen, das Demenzrisiko ist erhöht bei Frauen, weil die sind einfach älter. Es kann aber immer auch was mit dem sozialstrukturellen Hintergrund zu tun haben und das lässt sich bei bestimmten Phänomenen einfach schwer herausrechnen. Also wenn ich sage, Frauen haben im Alter ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung, dann kann das einerseits mit biologischen Dingen zu tun haben, aber kann natürlich auch mit Phänomenen der Altersarmut zum Beispiel zu tun haben. Also das lässt sich faktisch eigentlich, wie Sie sagen, kaum trennen, würde ich auch so sehen. Wie kann man eigentlich erklären, dass Frauen auf ihre Gesundheit deutlich besser achten als Männer? Eine Frage an die Soziologin. Naja, ich denke, das ist schon tief in unseren Geschlechterbildern verankert, würde ich jetzt ein Stück weit sagen. Wir haben sehr stark diese Idee, dass Weiblichkeit mit allen Formen von Sorgearbeit irgendwie verbunden ist. Das sehen wir ja ganz deutlich, wenn wir jetzt auf die

00:20:56

Zahlen schauen. Wer kümmert sich in Österreich um die Kinder? Wer kümmert sich in Österreich um die älteren Menschen? Das sind in allermeisten Fällen die Frauen, sowohl in der informellen Pflege als auch in der professionellen Pflege. Und da würde ich denken, damit geht auch einher ein Stück weit diese Idee von Selbstpflege. Wer kümmert sich eigentlich um sich selbst? Und so sehen wir auch so in heterosexuellen Partnerschaften, dass es dann häufig auch die Frauen sind, die dann noch den Mann mitnehmen zum Arzt. Also kommen doch bitte mit und machen die Vorsorgeuntersuchung. Ja, warum sich selbst kümmern sie sich nicht so? Ja, aber sie gehen doch häufiger zu den Vorsorgeuntersuchungen, würde ich schon sagen, dass sie häufiger gehen, zumindest leicht erhöht. Etwas häufiger, ja, aber das Ergebnis mit wenig gesunden Lebensjahren ist nicht sehr befruchtend. Ja, das stimmt. Und sie sind auch häufiger in Pflegebedarf. Ja, da bin ich ganz bei Ihnen. Aber ich würde denken, so eingeschrieben ist

00:21:42

schon ein bisschen das Bild oder in unsere Geschlechtervorstellungen, Geschlechterstereotype auch ein Stück weit. Frauen sind die, die sich kümmern. Das inkludiert ein Stück weit das Kümmern um die Gesundheit. Gibt es hier irgendwie eine Änderung, die in Sicht ist? Männer werden ja öfters, können wir sagen, moderne Männer sind eher mehr in der feministischen Richtung kümmernd. Wird sich da etwas ändern, dass zum Beispiel Männer öfters zu Vorsorgeuntersuchungen gehen? Gibt es da einen Trend? Bissl. Bissl, ne? Bissl, bissl mehr. Vielleicht kann ich das ein bisschen berichten. Bei Frauen ist es eher so, sie sind die Gesundheitsmanagerinnen im System. Sie kümmern sich um alles, um die Kindergesundheit. Darum hieß es ja auch Mutter -Kind -Pass. Jetzt heißt es Eltern -Kind -Pass, ist auch gut. Sie kümmern sich um die Gesundheit des Mannes, also verheiratete Männer leben meist länger. Die Frauen bringen ihre Männer und ihre Kinder zum Arzt. Sie sind der Gesundheitsmanager im System. Ich sehe es

00:22:39

auch so, dass sie auf der Prioritätenliste sich selber komplett unten einstufen. Das heißt, erst wenn der Mann gesund ist und die Kinder gesund sind und dann auch noch die Eltern gepflegt sind, dann schaue ich auf mich selber. Und daran müssen wir auch alle arbeiten. Ich sehe, es sind viele Frauen da. Vielleicht der Appell, setzen Sie sich etwas höher auf Ihrer Prioritätenliste, schauen Sie auf sich, gehen Sie zur Vorsorge. Aber dazu komme ich noch. Das war die Frage, jetzt habe ich so viel geredet. Dass auch Männer jetzt, die neue Generation, die jungen Männer, gehen schon noch ein bisschen mehr zum Beruf. Also der Trend geht vor allem bei der SVS dahin. Das ist die Sozialversicherung der Selbstständigen, die ein ganz tolles Programm in der Vorsorge haben. Die haben nämlich ein Nudging. Das heißt, sie zahlen jedem, der eine Vorsorgeuntersuchung macht, 100 Euro. Und ich

muss sagen, meine SVS -Patienten, die Männer, die gehen jetzt auch zur Vorsorgeuntersuchung. Vielleicht, weil die Frauen

00:23:30

sagen, du komm mit, jetzt kriegst du ein Hunderter. Aber ich sehe schon, dass SVS -Versicherte, auch Männer, jetzt häufiger gehen. Und das sind genau die Versicherten, die sind nämlich selbst und ständig. Und da ist der Arzt ganz weit hinten. Und die sehe ich jetzt doch öfter in der Ordination. Und das ist schon sehr erfreulich. Und da sollte man sich überlegen, ob man da nicht auch politisch diese Nudging -Systeme doch forciert, weil sie bringen was. Und die Zahlen von der SVS sind imposant. Die haben jetzt 44 Prozent mehr Vorsorgeuntersuchungen. Das ist toll, nicht? Was für eine Frage? Ich möchte noch kurz hinzufügen, weil das ist großartig, was Sie berichten. Die Zahlen zu der Anzahl von Männern, die Care -Arbeit übernehmen in der Familie, zeichnen jetzt eher nicht ein so positives Bild von der Zukunft, sondern eher, dass das stagniert auf einem sehr geringen Niveau, zum Beispiel das Engagement in der Kinderbetreuung. Also ich würde sagen, da gibt es wahrscheinlich unterschiedliche Trends.

00:24:20

Und gut, wenn wir in Bezug auf die Medizin sehr positiv sein können, in Bezug auf die Gesellschaft generell, wäre ich ein bisschen zurückgehaltener, glaube ich noch. Ein leichter Trend. Es ist eine sehr kleine Versicherung, die SVS. Also die ÖGK, das wäre löblich, wenn die das machen, da hätten wir deutlich bessere Zahlen. Aber die SVS ist einer unserer kleinen Kassen. Also es betrifft nicht viele Versicherte, aber es ist ja ein Vorzeigekonzept, das man umsetzen sollte, weil man einfach die Erfolge sieht. Und Väterkarenz sehe ich schon noch mehr, auch bei mir in der Abteilung. Also es nimmt schon zu, aber sicher, die gehen trotzdem kürzer natürlich und habilitieren sich dann in der Väterkarenz.

00:25:00

Es gibt nach wie vor gewisse Unterschiede, aber trotzdem, es ist schon so, dass ich sehe, dass auch die jungen Kollegen bei mir doch deutlich bewusster sind. Also ich sehe ein bisschen einen Trend. Auch bei meinem Sohn, muss ich sagen. Herr Dr. Cipianka. Ja, ich war auch in Väterkarenz. Erzählen Sie uns etwas davon. Ich bin auch in Elternteilzeit. Nächste Frage.

00:25:31

Ich werde Sie jetzt nicht fragen, was Sie genau in der Väterkarenz gemacht haben, dass ich mir vielleicht etwas abschau. Haben mich um meinen Sohn gekümmert. Da können Sie für mich ein

sehr, sehr gutes Programm schreiben, glaube ich. Sie sind ja auch Gesundheitsökonom. Jetzt interessiert mich natürlich auch die ökonomische Seite dieses Themas. Nämlich inwieweit beeinflusst die Gendermedizin die Kostenstruktur im Gesundheitswesen? Beispielsweise im Bereich bessere Prävention, effizientere Therapien, Vermeidung von Fehlbehandlungen. Wie beeinflusst das? Ja, also wir sehen ja auch, und das wundert mich immer ein bisschen, wenn man Wissenschaftler ist, sieht man ja, wie stark der Effekt des Geschlechts auf die Diversesten, also versorgungsforschungstechnisch, ökonomisch und so weiter ist. Und dass manchmal auch zu wenig gesehen wird oder lange Zeit auch zu wenig gesehen wurde. Das betrifft ja, fängt schon an bei den klinischen Studien. Das ist, glaube ich, eh schon bekannt, dass sozusagen

00:26:34

der Mann das Modell war. Das darf man nicht nur immer Bösartigkeit unterstellen. Das ist teilweise Blindheit vielleicht, aber teilweise auch praktischer Aspekt, dass es zum Beispiel riskanter ist, dass eine Frau evtl. schwanger ist und dann sozusagen, dass der Fötus eventuell geschädigt wird. Aber dadurch haben wir zu wenig Daten für Frauen. Und das führt eben dazu, dass mehr Nebenwirkungen, unerwünschte Wirkungen, aber auch die Wirkung selber dann vielleicht nicht so eintritt, wie man das möchte. Also die Behandlung wird dadurch schlechter und dadurch natürlich auch ineffizient. Aber das betrifft viele Bereiche, wie Sie schon gesagt haben. Das zieht sich quer durch, nicht? Wir haben von Beginn an die Wirkung der unterschiedlichen Genetik, die sich auf die ganze Entwicklung des Körpers auswirkt. Und dadurch reagieren Frauen anders auf viele Behandlungen, auf viele Krankheiten. Und dann kommt eben noch die Verhaltenskomponente, die soziale Komponente dazu. Und dadurch haben wir insgesamt

00:27:30

relativ große Unterschiede in vielen Bereichen. Und dann kommen natürlich noch Erkrankungen dazu, die nur Frauen betreffen. Also zum Beispiel, die dann auch unterbeforscht waren, wie zum Beispiel die Endometriose, wo man sozusagen einfach zu wenig wusste. Das war auch nicht das Thema für die Männer damals. Und da musste man auch viel aufholen letztlich. Und das führt eben immer auch zu einer ineffizienten, ineffektiven und damit ineffizienten Behandlung. Ein zweiter Aspekt ist aber auch, was die Kosten betrifft, dass eben die Präventionsbemühungen zum Beispiel bei den Männern eben schlechter sind. Wir haben Unterschiede auch in die umgekehrte Richtung, wie schon erwähnt worden ist. Wir haben jetzt eine Studie zu Kinder und Adipose gemacht. Da war ich sehr erstaunt, wie viel mehr adipöse Buben als Mädchen es gibt zum Beispiel. Beim Rauchen ist es ja auch leider Gottes so, wobei die Frauen ja aufgeholt haben, die Mädchen aufgeholt haben, aber lange Zeit haben die Männer sehr viel mehr geraucht.

00:28:30

Und die, wenn man natürlich dann verheiratet ist, hoffentlich hat man dann eine Gesundheitsmanagerin, aber da ist dann schon die Problematik, dass einfach das Bewusstsein, das Gesundheitsbewusstsein schlechter ist, das Vorsorgeverhalten schlechter, einfach auch aus dem Risikoverhalten. Und Männer zeigen ein höheres Risikoverhalten in der Regel. Und das alles führt eben dazu, dass man berücksichtigen muss, wen behandle ich, um die richtige Behandlung zu machen. Und das geht eben sehr weit. Sie haben eben schon erwähnt, Schlaganfall, Herzinfarkt, das sind ja auch keine seltenen Phänomene, die dann eben zu einer schlechteren Behandlung durch bei den Frauen führen oder dass eben dann bestimmte Krebsformen bei den Männern sehr viel mehr auftreten, weil sie zur Vorsorge eben nicht gehen oder sich auch schlechter ernähren usw. Und das braucht eben dann auch Ansatzpunkte, die eben geschlechtsspezifisch oder geschlechtssensibel sind, weil eben auch die Art und Weise, wie ich mit einem Mann, einer

00:29:29

Frau sozusagen mit seinem Gesundheitsproblem umgehen muss, unterschiedlich ist, bis hin zu den bei den Männern sogar wahrscheinlich stärker wirkenden monetären Anreizen usw. Also das muss alles berücksichtigt werden und momentan sind wir da offensichtlich, also in der Wissenschaft ist man da vielleicht ein bisschen weiter nicht, aber bis das sozusagen eindringt in die Realität, in die Behandlungsrealität, ist das noch sozusagen ein weiter Weg. Es ist ja auch speziell das Medizinsystem, das war ja auch ein Grund, warum ich dann nicht eben tätiger Arzt geworden bin, ein sehr patriarchalisches gewesen. Also ich habe das ja noch erlebt sozusagen, wo zuerst geht der Primar rein, dann geht der Oberarzt rein, dann gehen und so weiter und so fort. Also das war ein sehr, sehr hierarchisches System, wie man das erlebt und das führt natürlich auch dazu, dass das System manche besser und manche schlechter behandelt. Und das koinzidiert halt sehr oft auch mit dem Geschlecht. Und da, das muss man aufbrechen,

00:30:33

das ist ja schon oft, also die Kolleginnen und Kollegen, die ich habe, die sozusagen auch jetzt, die Jüngeren vor allem, die haben natürlich schon ein bisschen ein anderes Bild, ein anderes Wissen auch über Gendermedizin eben. Ja, das ist ja auch schon Teil im Curriculum, soweit ich weiß. Zu meiner Zeit hat es das klar an Anfänge gegeben und wir haben schon gelernt, Herzinfarkt usw. ist anders. Aber sozusagen, dass das wirklich in die Realität hineinkommt, das dauert halt eine gewisse Zeit. Aber ich bin da sozusagen schon etwas positiver, dass das sozusagen auch mit einem gewissen Generationswechsel sich einfach auch ergeben wird. Jetzt stelle ich eine Frage im Namen unseres

Finanzministers. Ist das Gendermedizin ein Luxusproblem oder kann man da viel Geld sparen, ein Budget sanieren, die Krankenkassen sanieren? Kurzfristig nicht, aber sozusagen langfristig ist es natürlich ein ziemlicher Faktor. Es gibt da allerdings relativ wenige Studien, weil natürlich das so viele Bereiche betrifft.

00:31:32

Aber Sie können einzelne Studien hernehmen, wie z .B. die Studien zu den Outcomes beim Herzinfarkt oder beim Schlaganfall und das monetär bewerten. Da sehen Sie, dass dann schon relativ große Beträge da sind, weil natürlich je mehr z .B. von der Hirnsubstanz geschädigt ist, wenn man später hinkommt, desto mehr Pflegebedarf ist und das wirkt ja über lange Jahre dann sich auch monetär negativ aus und natürlich auf die Lebensqualität. Das sind immer beide Faktoren. Also ich sage immer Ökonomie, es wird immer mit Kosten verbunden, aber es sind immer Kosten und Nutzen. Beides ist in dem Fall deutlich schlechter. Das heißt, da hat man einen eindeutigen Gewinn, wenn man dafür sorgt, dass die Leute, die eben in solchen Fällen reagieren, diagnostizieren und behandeln, die Unterschiede kennen und eben auch Frauen rechtzeitig z .B. in eine Stroke -Unit überweisen. Eine Frage an die Frau Vizepräsidentin, nämlich Medizin war ja bekanntermaßen in der Geschichte immer männlich dominiert. Jetzt, nachdem

00:32:32

Sie Vizepräsidentin der Ärztekammer sind, welche strukturellen Änderungen wären nötig, um die Gendermedizin flächendeckend bspw. im österreichischen Gesundheitssystem zu implementieren, für eine bessere Versorgung der Patienten, wenn Sie sich jetzt etwas wünschen dürfen? Es tut mir leid, ich halte mich sehr gern an irgendwas, aber mir liegt einiges auf der Zunge. Ich beantworte Ihnen die Frage sehr gerne, aber ich würde gern etwas sagen, weil das ist mir hier alles eingefallen und das ist, glaube ich, ganz ein wichtiger Ansatz. Hier haben alle von Behandlung gesprochen. Behandlung, Diagnose, Therapie. Eine gute Behandlung fängt an mit der Anamnese. Und Sie, Frau Ministerin, Sie haben ganz richtig gesagt, wir haben eine Evaluierung gemacht, wie zufrieden die Menschen sind und Frauen sind unzufriedener. Weil Frauen in unserem System mehr Zeit brauchen. Die brauchen mehr Zuwendung bei der Anamnese, bei der Fragestellung. Ich kann eine Frau nicht in zwei Minuten abhandeln und sagen, Sie haben

00:33:27

Bauchweh, ja okay. Ich muss fragen, wie ist der Zyklus? Haben Sie einen Kinderwunsch? Ich muss auf diese Frau viel mehr eingehen als einen Mann, der eh, wenn er reinkommt, schon sich wünscht, dass er wieder draußen ist. In einem System, wo ich eine Drei -Minuten -Medizin auf Kassa habe, fühlen

sich Frauen einfach schlechter behandelt. Ja, weil die Anamnese so kurz ist. Ich habe in einer Kassenordination zwei bis drei Minuten Zeit. Wenn ich Glück habe, fünf bis zehn Minuten im Sommer. Im Winter schaut es schon wieder anders aus. Wir brauchen diese Zeit und vielleicht ist das auch ein Denkansatz für Sie alle. Die Behandlung fängt nicht an mit der Therapie, die fängt an mit der Anamnese. Ich brauche ein gutes Gespräch, ich muss empathisch auf diese Person zugehen. Männer und Frauen, jeder reagiert anders, da gibt es kulturelle Unterschiede. Aber solange diese Zuwendungsmedizin und diese Zeit am Patienten fehlt, bringt mir die beste Therapie und die Gendermedizin gar nichts. Das ist mein Ansatz

00:34:21

und ich glaube, da braucht es wirklich ein politisches Umdenken. Wir brauchen wieder Zeit für unsere Patientinnen und Patienten, sonst ist die beste Therapie für die Fisch.

00:34:37

Ich komme jetzt zu Ihrer Frage. Ich hoffe, ich habe sie noch halbwegs im Kopf. Was kann man tun? Ja, ich bin Vizepräsidentin in der Ärztekammer, eine von wenigen oder jetzt im Moment die einzige. Ich tue mein Bestes, um Frauen sichtbar zu machen. Ich glaube, das ist so ein bisschen der Ansatz. Es ist nicht immer leicht, als Frau in einer Führungsposition zu sein und ich glaube, es ist wichtig, dass wir Frauen auch fördern, dass sie in Führungspositionen kommen. Wie man sieht, ist das möglich. Wir sind alle Role Models, wir geben unser Bestes, damit auch viele Frauen nachkommen. Die Medizin wird immer weiblicher, das wissen wir. Weibliche Ärztinnen sind empathischer, die nehmen sich auch gerne Zeit für Patientinnen und Patienten. Das wissen wir aus vielen Studien. Die Frage ist, ob unser Kassensystem im Moment diese Ressourcezeit hergibt oder nicht. Jeder, der beim Kassenarzt war, hat die Antwort dazu. Ich möchte da gar nicht vorgreifen. Was man auch sagen muss, es ist kurz gefallen. Armut

00:35:32

macht krank und Krankheit macht arm. Wir müssen auch hier ein Thema besprechen, nämlich den Gender Pay Gap. Frauen verdienen einfach für die gleiche Arbeit weniger Geld. Und wenn ich eh schon wenig verdiene und dann noch weniger verdiene als mein Mann, dann ist das vielleicht der Grund, warum der Mann nicht zu Hause bleibt bei den Kindern und die Frau zu Hause bleibt. Und wenn der Mann stirbt und die Pension rar ist und sie sich das Leben nicht mehr finanzieren kann, dann spart sie an der Gesundheit. Also es sind schon ein paar Themen, wo wir auch politisch einen Auftrag haben, glaube ich, dieses Ungleichgewicht der Bezahlung wieder in den Griff zu bekommen, dass auch Frauen im Alter mit guten finanziellen Rücklagen altern können und sich um ihre

Gesundheit kümmern können. Was wichtig ist, und da haben wir Sie als Vorreiterin, Gendermedizin gehört, gelehrt. Wir haben vorhin kurz gesprochen. Ich habe es in der Uni de facto fast gar nicht gelernt. Gut, ist auch schon viele Jahre her. Es gibt

00:36:27

einen Trend, das ist gut so. Man redet über Sachen, viele frauenspezifische Themen sind Tabuthemen. Wer redet über seine Regelblutung? Wer redet über seine Kopfschmerzen? Wer redet darüber, dass er ein Kind verloren hat? Das sind alles Sachen, die will man gesellschaftlich gar nicht mal antasten, weil, oh mein Gott, das ist ja beschämend teilweise. Ich glaube, es ist ganz, ganz wichtig, dass man das auch wahrnimmt und sagt, ja, lasst uns darüber reden. Lasst uns alle darüber reden. Ja, es ist keine Tragödie, dass man eine Kampagne Meine Brust Athen nennt. Darüber musste ich diskutieren. Weil Brust, oh mein Gott, kann man denn Brust sagen? Ja, man kann Brust sagen. Man soll Brust sagen. Man soll Mammografie sagen. Man soll zur Brustkrebsvorsorge gehen. Liebe Damen, mein Appell, gehen Sie zu Ihren Freundinnen, fragen Sie, ob Sie bei der Brustkrebsvorsorge waren. Bitte tun Sie was. Es ist Frauen Empowerment. Nehmen Sie Ihre Männer zur Vorsorge. Schauen wir auf die Vorsorge. Ich glaube, wenn

00:37:24

man darüber redet, kann man was verändern. Und ich glaube, das ist so unser ganz großer Auftrag. Vielleicht für jeden. Ich weiß nicht, ich kann nicht so gut zählen, aber es sind sicher über 100 Leute da. Ich freue mich, wenn Sie alle zur Vorsorgeuntersuchung gehen die nächste Woche. Ja, ich glaube, man kann sich dann gleich bei der Frau Doktor anmelden, für jene, die sofort zuschlagen wollen oder Druck von ihrer Frau bekommen. Sie wollten noch etwas dazu sagen? Danke. Ich wollte ganz viele tolle Punkte und ich wollte nur zwei Dinge erweitern, noch einmal mit dem spezifischen Blick auf ältere Menschen in Österreich, die ja zu einem großen Anteil Frau sind. Also wir sprechen ja von der Feminisierung des Alters. Also wir haben da vor allem mit Frauen zu tun. Zwei Dinge. Das eine ist, ich habe eine ganz tolle Studie aus den USA gefunden, die zeigt, dass so Altersdiskriminierung und geschlechterbezogene Diskriminierung im Gesundheitssystem oft gemeinsam auftritt. Also gerade ältere Frauen geben

00:38:17

an, dass sie oft nicht ernst genommen werden. Und da wurde auch nachgerechnet, dass ein Abbau von Ages und Sexes im Gesundheitssystem auch einen positiven Kostenfaktor bewirkt, weil es eben zu einer nicht negativen Überversorgung kommt. Also die Frauen kriegen dann auch weniger verschrieben und es wird mehr in die Prävention investiert. Und das hat langfristig positive Effekte

auf die Gesundheit. Also ich glaube, zu sensibilisieren für Altersdiskriminierung und auch für geschlechterbezogene Diskriminierung kann, um auf den Kostenaspekt zurückzukommen, langfristig, wie Sie auch gesagt haben, einen sehr positiven Wert eigentlich haben für ein Gesundheitssystem. Das andere, was mir noch ganz wichtig war, weil Sie das Thema Altersarmut angesprochen haben. Ich finde das auch als Soziologin ein ganz, ganz wichtiges Thema. Der Gender -Pay -Gap in Österreich. Wir wissen alle, dass der da ist und dass der ein Problem ist. In Bezug auf die Pensionen ist der noch viel höher als bei den Erwerbseinkommen.

00:39:09

Also wir haben in Österreich immer noch einen Gender -Pension -Gap von ungefähr 40%. Da sind wir in Österreich, ist das einer der größten in der Europäischen Union. Und ich denke, das muss man sich wirklich einerseits bewusst machen. Altersarmut ist auch so ein Frauenthema, über das wir zu wenig reden. Das ist in Österreich einfach auch ein Problem. Und das ist auch ein Gesundheits - und auch ein Kostenfaktor für das Gesundheitssystem. Weil wie Sie gesagt haben, Armut macht krank, Krankheit macht arm. Das betrifft ganz, ganz besonders ältere Frauen. Also wenn Sie alt sind und wenig Geld haben, dann ist es sehr wahrscheinlich, dass Sie unter größeren gesundheitlichen Einschränkungen leiden. Gleichzeitig ist es so, wenn Sie viele gesundheitliche Einschränkungen haben, Sie zum Beispiel pflegebedürftig sind, dann ist das ein riesen Kostenfaktor. Also ich beziehe mich jetzt auf die österreichische Altersstudie, die hat gezeigt, 50 % der hochaltrigen Menschen nehmen fünf oder mehr Medikamente

00:40:03

gleichzeitig. Da sind nicht nur die Rezeptgebühren zu bezahlen, sondern auch Medikamente, die vielleicht nicht von der Kasse gedeckt sind. Also irgendwelche Cremes und da rede ich noch gar nicht von den Hörgeräten und was man halt sonst noch braucht. Also Krankheit ist auch eine finanzielle Belastung und das trifft natürlich Menschen, die in Altersarmut leben, ganz besonders. Und vielleicht noch zwei Punkte, weil es mir wichtig ist. Diese Altersarmut ist zu einem Teil natürlich die Herausforderung, dass sich das österreichische Pensionssystem an so einer männlichen Normalbiografie ein Stück weit orientiert. Also wir gehen davon aus, wenn ich 40 Jahre arbeite, habe ich eine gute Alterssicherung. Liegt aber auch damit, dass die österreichische Alterssicherung einen Teil der Personen einfach nicht ausreichend erreicht oder absichert. Also ich habe es mir gerade in der Vorbereitung nochmal angeschaut. Sie wissen das sicher noch viel besser als ich, aber die Durchschnittspensionen letztes Jahr

00:40:50

bei Frauen lagen bei 1.400 Euro. Das liegt ca. 250 Euro unter der Armutgefährdungsschwelle. Also das ist einfach eine Schiefelage, wo ich denke, das hat auch einen Gesundheitseffekt. Das war mir noch wichtig, das zu betonen, dieses Thema Altersarmut. Ja, also ich möchte da auch noch etwas ergänzen. Erstens kann ich mich nur allem anschließen. Also das ist natürlich auch alles, kann ich 100 Prozent bestätigen. Aber ich wollte nur sagen, es ist nicht nur Zeit natürlich, was beim Arztgespräch wichtig ist. Es geht natürlich auch ums Wissen, weil man muss ja auch wissen, welche Fragen man stellen soll. Das heißt, es ist natürlich auch ganz wichtig, dass hier dieses Wissen der Gendermedizin verbreitet wird und die postgraduelle, also sowohl im Medizinstudium als auch dann postgraduell nach der Ausbildung dann für die Praxis dieses ständig wachsende und es wächst wahnsinnig. Also es sind fast täglich tolle Forschungsergebnisse und man muss da Schritt halten. Also dieses Wissen zu verbreiten ist

00:41:45

ganz wichtig, dann kann ich die richtigen Fragen stellen. Aber es ist natürlich ganz richtig, wir haben gerade mit der Allianz auch eine Umfrage gemacht und da haben Frauen ganz klar gesagt, dass sie sich nicht gut aufgehoben fühlen, also weniger als die Männer, dass vor allem ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden, dass sie verharmlost werden, ihre Beschwerden. Und sie sind deswegen scheinbar auch eher bereit, zu Wahlärztinnen zu gehen, obwohl sie ja weniger finanzielle Ressourcen prinzipiell haben. Und das ist wirklich der Hauptgrund, dass sie das Gefühl haben, dann mehr und bessere Behandlungsqualität zu bekommen. Bei den Männern war es interessanterweise eher das lange Warten auf einen Termin, das war für die eher entscheidend, gar nicht so das Gespräch oder so. Aber für die Frauen ist es wirklich das, dass jemand eingeht auf die Beschwerden, sie ernst nimmt und sie wirklich gründlich auch untersucht und behandelt. Ich glaube, einfach gehört werden ist wichtig für die Frauen,

00:42:37

gehört zu werden. Und dann halt auch richtig abgeklärt zu werden. Man darf natürlich auch nicht übertreiben. Es muss jetzt nicht jede Frau 100.000 Untersuchungen haben, um ja nichts zu übersehen. Es muss natürlich schon so eine Abschätzung sein, was jetzt wirklich differenzialdiagnostisch wichtig ist oder was muss ich ausschließen. Es kann auch ja wirklich die Depression sein oder ein psychisches Problem. Das haben Frauen eben auch häufiger. Es muss jetzt auch nicht alles immer irgendeinen körperlichen Grund haben, aber man muss das vorher eben das Wichtigste ausschließen. Und da eben dieses richtige Maß zu finden, ist sicher etwas, was wir auch mehr noch lernen müssen. Eine Frage an Dr. Gipionka, nämlich die moderne Medizin wird ja immer mehr bekanntermaßen digitalisiert. Könnte gendersensible Telemedizin in der

Präventionsversorgung, wir wissen, dass es da ein Problem gibt, eine kostengünstige und niederschwellige Lösung sein?

00:43:39

Das ist eine sehr präzise Frage, worauf beziehen Sie sich konkret? Also wir haben in der Digitalisierung natürlich auch... Wir wollten erst sagen, billiger ist, glaube ich, Telemedizin nie. Das ist, glaube ich, ein Fehlglauben. Ja, also wir haben in vielen Bereichen das Problem, dass der Glaube ist, dass solche Sachen wie integrierte Versorgung, Telemedizin usw. das alles billiger machen. Das ist meistens nicht der Fall, sie macht aber die Versorgung manchmal besser. Das ist ein großer Unterschied, weil es ja nicht nur die Kosten sind, sondern auch der Nutzen. Wo sozusagen ein Genderproblem besteht in der Digitalisierung, ist, dass natürlich auch in der Digitalisierung gerade die AI zum Beispiel, die Artificial Intelligence, die Daten, die vorhanden sind, verwendet. Und dadurch, dass viel mehr Daten von Männern vorhanden sind, kann eine AI zum Beispiel auch sehr stark in Richtung der männlichen Physiologie und Verhalten irren. Noch mehr Verzerrung. Genau, also dass es eine Verzerrung erzeugt,

00:44:42

die man eigentlich vermeiden sollte. Weil es ist ja das bekannte Problem, dass die AI und diese Dinge meistens von Männern programmiert werden und daher es eine entsprechende Verzerrung gibt. Haben Sie diese Erfahrung auch gemacht? Naja, das kann jeder machen, der sozusagen AI auch im wissenschaftlichen Bereich verwendet. Ich weiß jetzt gar nicht, ob es die Programmierung ist. Es ist vor allem natürlich das Lernen an den Daten, die existieren. Und wenn sozusagen vorwiegend Daten, wenn die Lehrbücher, die im Internet zur Verfügung sind, ja von Männern geschrieben worden sind, ohne das jetzt bösen Willen zu unterstellen, aber sozusagen das ist sehr stark aus männlicher Sicht gedacht und geschrieben, dann lernen die KIs ja auch, diese Sichtweise zu übernehmen. Das ist das entscheidende Problem dabei. Und dann spucken sie natürlich auch das wieder aus, was dort drinnen steht. Und man weiß es ja auch nicht. Wenn ich ein Buch lese und ein bisschen aufmerksam bin, dann verstehe ich, dass wie gesagt

00:45:44

Endometriose, Klimakterium usw. aus männlicher Sicht teilweise halt zu wenig beachtet wird. Weil Medizin, muss man ehrlicherweise sagen, entsteht oft auch aus Betroffenheit, nicht? Lorenzos Öl, also der Vater von dem Kind, das eben die X-ALD gehabt hat. Und der hat dann geforscht. Und auch viele Mediziner sind natürlich motiviert, weil sie irgendwie einen Fall kennen oder sonst irgendwas. Und das fällt natürlich dann nicht statt, wenn es Männer sind, die diese Problematik nur aus zweiter

Hand kennen. Und bei der AI ist eben das Problem, dass sie das dann übernimmt, weil natürlich sehr viele Werke nach wie vor und auch viele Literatur, wissenschaftliche Literatur ja darauf beruht. Und die Stärke der KI da ein bisschen zur Schwäche wird, weil die KI eben so viele Informationen verarbeiten kann, aber sehr viel von den Informationen sind eben noch aus einer anderen Perspektive, oder aus einer anderen Zeit geschrieben. Ich möchte jetzt wieder von der KI zurückkommen zu deinem Kernpunkt, an

00:46:47

die Frau Vizepräsidentin. Nämlich, wie ist das, die Bedeutung in der Gendermedizin des Klimakteriums? Beschäftigt man sich hauptsächlich mit Jungen oder Frauen? Oder wie sehen Sie diese Bedeutung? Naja, wir haben, wie gesagt, unser Problem ist die Zeit. Wir haben, das Leben gliedert sich in verschiedene Zeitabschnitte. Also wir haben gehört, in der Kindheit sind die Unterschiede nicht besonders groß. Dann in dem Zeitpunkt, wo die Sexualhormone quasi ausgeschüttet werden, ändert sich das. Am Ende des Klimakteriums gehen die Sexualhormone wieder runter und dann wird es quasi wieder ähnlicher zu den Männern. In dieser Zeit gibt es wenig Studien, wenig Zeit, wenig Gynäkologen. Es gibt aber im Leben einer Frau immer wieder Episoden, wo man einen Gynäkologen braucht. Das braucht man bei der ersten Pillenverschreibung, bei der ersten Untersuchung, während der Schwangerschaft. Das sind alles Bereiche in der Medizin, wo wir einen Mangel haben. Wir haben einen Mangel dort, wo gesprochen wird, wo

00:47:49

es Zuwendung gibt. Das sind zum Beispiel bei den Kinderärzten, bei den Allgemeinmedizinerinnen und bei den Gynäkologinnen. Wir finden in Wien schon bald keine Gynäkologinnen mehr auf Kassa. Die Leute müssen Tausende von Ärzten durchklappern, bevor sie einen Termin kriegen. Die wandern in die Privatmedizin aus. Wir haben gehört, das Geld ist bei den Damen auch nicht so im Übermaß vorhanden. Und vor allem, wenn man dann quasi in Planung für Kinder ist. Wir müssen schauen, dass wir diese Fächer, die sich mit Frauen beschäftigen, die sich mit Zuwendung und Zeit beschäftigen, einfach aufwerten politisch. Da ist einfach viel zu tun, was in den letzten Jahren, Jahrzehnten nicht gemacht worden ist. Und ich glaube, das ist so ein bisschen das Anliegen, dass man auf diese Frauen auch schaut. Wir brauchen die Zeit, gerade in dieser sensiblen Phase des Klimakteriums, wo einem alles zu viel werden kann, wo durch diesen Überfluss an Hormonen auf einmal oder den Abfall der Hormone, das ist ja immer dieser Anstieg

00:48:46

und der Abfall sehr, ich sage immer, erschwerend oder belastend, dass man da auch die Zeit hat, sich dessen anzunehmen. Und in einer Zeit, wo die Osteoporose kommt, wir haben eine knochendichte Messung ab 63. Das muss man sich echt überdenken. Ich meine, eine Frau mit 63 hat dann schon die Osteoporose, dann muss man viel früher anfangen damit. Wir sind auf dieses Alter nicht vorbereitet in der Ordination, weil es einfach nicht gesehen wird. Man hat auch lange das Klimakterium als Tabuthema gesehen, weil, oh mein Gott, jetzt hat sie Wallungen, na furchtbar, wird schon vergehen, haben wir ja alles gehört. Das ist ja nicht so schlimm, aber dass das das Leben einfach beeinträchtigt, das spüren viele nicht. Dass eine Managerin in Führungspositionen plötzlich keine Luft mehr kriegt, weil sie eine Wallung hat, das kann ja auch ihr Leben und ihren Job beeinflussen. Und das sind Sachen, die man besprechen muss, wo man einfach mit Rat und Tat zur Verfügung stehen muss. Und das ist meistens der Gynäkologe,

00:49:44

die Gynäkologin und die ist Mangelware. Also da muss man auch aufpassen, ein großes Thema, auch die Osteoporose. Auch ein Thema, das man auch besprechen muss, auch da die Gendermedizin, ganz, ganz wichtig. Auch da sind wir viel zu spät. Knochendichte -Messung habe ich schon berichtet. Wir haben das letzte Mal das Lipoprotein A besprochen. Das ist auch eine Sache, da gehört man, sollte man einmal im Leben und als Frau im Klimakterium noch einmal ein Lipoprotein A bestimmen lassen, scheint nirgends auf. Das medizinische Ersparen wäre eine sinnvolle Sache, die man eventuell in den Mutter -Kind -Pass einfügen könnte. Da heißt es jetzt Eltern -Kind -Pass, aber dass mit 18 Jahren jeder ein Lipoprotein A bestimmen lässt und Frauen halt im Klimakterium noch einmal. Das muss man nämlich nur einmal machen. Das wäre, glaube ich, ganz sinnvoll und wenn man sich da zusammentut und kluge Köpfe gibt es ja genug, kann man auch ein Konzept aufbauen, dass man die Leute einfach gut durch das Alter bringt

00:50:40

und auch gut durch die sensiblen Phasen, also Schwangerschaften, Klimakterium, Altersarmut. Also da gibt es wirklich extrem viel Bedarf. Ja, also das ist ganz wichtig. Man wird sowieso die sprechende Medizin aufwerten müssen, weil einfach alle Studien dafür sprechen. Das hat jetzt auch natürlich mit Frauen zu tun, aber nicht nur. Und was die Vorsorge betrifft, da gibt es auch wieder sehr viele Gender -Aspekte, die zu wenig noch berücksichtigt werden. Also das ist bei den Männern zum Beispiel das Baucharten -Aneurysma. Das wäre ja auch eine wichtige Vorsorgeuntersuchung, die man machen sollte. Lipoprotein A ist schon genannt worden und das sind eben auch Dinge, die relativ günstig sind, weil sie eben nur einmal gemacht werden müssen und wenn man einen Basis, sonst fehlen auch oft die Basiswerte. Man nimmt dann sozusagen eine Vergleichsbevölkerung, aber

weiß nicht, wie das Individuum das hat und deswegen wäre eben zum Beispiel die Bestimmung auch der Knochendichte zu einem früheren Zeitpunkt

00:51:42

wichtig, dass man eben einen Vergleichswert auch individuell hat, den man hier heranziehen kann. Also das macht alles auch ökonomisch Sinn, ist aber sozusagen, weil wir Prävention traditionellerweise einfach zu wenig leben, einfach unterbelichtet momentan. Aber das ist ja noch ein ganz wichtiger Punkt, die Datenlücke, die ja auch gerade in der Gender -Medizin ganz wesentlich ist. Also ganz wichtig ist, dass wir in Zukunft wirklich die Daten, die es ja gibt, es gibt ja viele Daten, wirklich auch wissenschaftlich verwenden können und auswerten können. Also das ist ja bisher in Österreich auch ein Riesenproblem, dass man auf diese Daten nicht zugreifen kann und die Daten sind die Grundlage. Wir können keine Forschung machen ohne Daten und gerade für die Gender -Medizin sind Big Data wichtig, weil wir haben Frauen und Männer und dann wollen wir noch viele Untergruppen finden, Cluster bilden, die eben bestimmte Charakteristika haben, weil letztlich geht es ja trotzdem in die personalisierte

00:52:37

Medizin, auch unter Frauen und Männern. Gibt es natürlich viele Unterschiede, vor allem eben diese ganzen sozialen Unterschiede, aber auch biologische, unterschiedliche Risikogruppen. Je größer der Datensatz ist, desto besser kann ich wirklich Präzisionsmedizin machen und dann auch in die Prävention gehen. Aber die Daten brauchen wir. Von der Geburt an, so wie in den nordischen Ländern, von der Geburt an verfolgbar bis ins hohe Alter, dann haben wir wirklich gute Daten. Dann haben wir auch endlich mal Kostenwahrheit. Wir wissen ja nichts in Wirklichkeit. Und ich würde da vielleicht noch hinzufügen wollen, dass es auch so intersektionale Analysen so wichtig wären. Also mein Eindruck ist jetzt aus der Altersforschung zu kommen, wir analysieren dann das Alter und vergessen in dem Moment total auf das Geschlecht als Differenzkriterium. Also es möglich zu machen, dass man sich auch die Verschnidungen zwischen Alter und Geschlecht nochmal viel stärker anschaut und nicht immer eine Tabelle zu

00:53:29

Geschlecht und eine zu Alter. Wäre auch ganz wichtig, um mehr zu wissen und auch ein Stück weit, um von dieser sehr homogenisierenden Kategorie der Frauen ein Stück weit wegzukommen. Es gibt innerhalb natürlich von der Gruppe der Frauen riesengroße sozioökonomische Unterschiede, riesengroße Bildungsunterschiede. Wir haben schon über die Lebenserwartung nach Geschlechtern geredet. Die Lebenserwartung nach Bildung ist deutlich höher in Österreich als die nach Geschlecht.

Also da auch nochmal genauer hinzuschauen, welche Frauen trifft das denn besonders und welche Frauen brauchen auch spezifisch nochmal Förderung, das würde uns auch sehr helfen, wenn wir da nochmal genauer in die Daten reingehen können. Und es würde auch den Männern nützen. Wir sind jetzt wie Frauen, aber letztlich alles, was Frauen nützt, nützt sowieso auch den Männern. Aber allein wenn wir an Schwangerschaft denken, das sind dann Buben und Mädchen, die da entstehen und auch da sind dann schon Unterschiede, wie wir wissen,

00:54:22

wie es sich später im Leben auswirkt. Also es nützt immer beiden. Aber wie gesagt, eben diese Daten würden ja auch für die Männer viele spannende Details hergeben. Aber damit sich die Männer nicht ungleichberechtigt fühlen, es gibt für die Männer auch die Prostata -Vorsorge zum Urologen. Also nachdem ich den Appell für die Damen gerichtet habe, bitte die Männer auch die Prostata nicht vergessen. PSA ist nicht dabei, ne? PSA ist nicht dabei bei der Vorsorge. Und Kolonoskopie auch bitte nicht vergessen, also ganz wichtig. Die Männer ab 45? Naja, laut ÖGK 50. Nein, alle sagen 45. Männer haben ein höheres Risiko. Wir kämpfen das gerade durch. Nein, die ÖGK ist der Meinung 50. Aber 45 ist super. Wir sind einer Meinung. Männer, Frauen dürfen ein bisschen später.

00:55:19

Also ich glaube, da sind wir uns einig. Gehen Sie alle zur Vorsorgeuntersuchung.

00:55:26

Jetzt haben wir ja sehr viel schon geredet über die Vorteile der Gendermedizin. Jetzt möchte ich ein bisschen provokant fragen, gibt es da Bereiche oder Situationen in der Medizin, wo die Betonung der Geschlechterunterschiede weniger relevant ist oder vielleicht sogar kontraproduktiv sein könnte? Also kontraproduktiv kann ich mir jetzt nicht vorstellen. Weniger relevant, natürlich sind die Unterschiede nicht immer gleich groß. Das ist ein Ergebnis von Studien, von Forschung, dass ich sage, da in dem Bereich sind keine so großen Unterschiede. Bei diesem Medikament, Gott sei Dank, neue Medikamente, die wir jetzt auch in unserem Bereich haben, zum Beispiel diese Abnehmspritzen, wie es die Volksmannheit, die wirken sogar besser bei Frauen zum Beispiel als bei Männern. Weiß man aber bisher nicht genau, warum. Obwohl es Vermutungen gibt, aber das ist was anderes wieder. Und prinzipiell ist es natürlich so, dass das nicht überall gleich große Effekte sind. Aber prinzipiell spielt es überall eine

00:56:23

Rolle, weil allein schon eben diese soziokulturelle, gesellschaftliche Bildung, Einkommen, die ganze Gender -Schiene ist immer da und die Biologie ist halt manchmal hat sie einen größeren Effekt, manchmal einen kleineren. Aber prinzipiell immer. Und einen Nachteil wüsste ich überhaupt nicht. Wo soll ein Nachteil sein? Das kann kein Nachteil sein. Besten Fall kommt wo heraus, dass es wo keinen Unterschied gibt. Und das ist ja gut so. Man will ja gar nicht, dass alles immer anders ist. Ich wäre sehr froh, wenn jedem Medikament ein Beipacktext ist und da steht, da ist kein Unterschied. Das kann man völlig gleich dosieren. Schwangerschaft ist wurscht, Bille ist wurscht. Glaube ich alles nicht, aber es soll drinstehen. Wenn es so ist, es wird alles bisher nicht untersucht. Aber es kann durchaus sein, dass kleine Effekte oft sind, die wahrscheinlich wirklich nicht so ins Gewicht fallen. Aber es kann es erst sagen, wenn die Forschung da ist, wo ich das bestätigt habe. Und dann soll es auch drin

00:57:19

sein im Beipacktext und dann sind keine Unterschiede wunderbar. Dann könnten wir, wenn wir irgendwann einmal eine Diskussionsrunde mit Pharmafirmen haben, das ja einbringen. Ja, die wissen das eher. Aber das Problem ist, dass das halt dann wirklich noch mühsamer, noch teurer, noch schwieriger ist. Ich meine, wir machen ja auch viele klinische Studien. Also es ist tatsächlich ja nicht so leicht. Aber andererseits hätte Pharma wahrscheinlich auch wieder Vorteile, weil es auch neue Nischen gäbe für bestimmte Medikamente, wo es vielleicht noch besser wirksam ist, noch präzisere Einsatz möglich ist. Und was man auch sagen muss, Frauen machen natürlich auch weniger gern mit bei Studien. Also das ist auch so, weil sie eben weniger risikoreich sind. Und Studie heißt neues Medikament, neues Medikament heißt ich weiß noch nicht alles. Und die Frauen sind da tatsächlich viel kritischer und vorsichtiger. Also das kommt auch noch dazu, dass es gar nicht so leicht ist. Aber trotzdem müssen wir schauen

00:58:14

und auch Frauen, die schwanger werden. Wir haben mittlerweile so viele ältere Schwangere, die haben schon chronische Krankheiten. Wir müssen wissen, welche Medikamente hier auch in der Schwangerschaft gut verträglich sind. Also wir brauchen diese Studien, aber natürlich ist das auch sehr schwierig. Und auch vom ethischen Aspekt natürlich muss man da alle möglichen Vorkehrungen, Tests vorher machen. Es hat halt natürlich immer alles zwei Seiten. Man muss immer Nutzen und Risiko halt abwägen. Eine Frage an die Frau Dr. Galistl. Wie kann Gendermedizin eigentlich vermeiden, dass man Geschlechterstereotype produziert oder reproduziert oder verstärkt? Während sie gleichzeitig auf den relevanten biologischen und sozialen Unterschied aufmerksam macht. Wo liegt da die ethische Balance? Ja, ich denke, Sie sprechen da ein ganz

wichtiges Thema an, dass natürlich die Gendermedizin ein Stück weit, gerade wenn wir es jetzt stark als biologische Unterschiede weiter sehen, ein Stück weit eine Idee von einer

00:59:18

Binartität verstärkt. Das könnte man, glaube ich, so leicht zeitkritisch... Ja, aber die gibt es biologisch auch hauptsächlich. Genau, biologisch hauptsächlich. Sozialkulturell weniger. Ja, aber es ist was anderes. Genau. Und ich spreche jetzt nicht von der Medizin, sondern ich spreche von dem Bereich der Pflege. Und da sehen wir zum Beispiel schon, dass der Pflegebereich ist ein Bereich, wo hauptsächlich Frauen gepflegt werden von Frauen. Also das ist ein Bereich, der weiblich dominiert ist. Aber wo wir zum Beispiel wirklich viele Wissenslücken haben, ist bei der geriatrischen Pflege von LGBTQ -Plus -Personen. Und weil wir wissen, das ist eine Gruppe, die über den Lebenslauf schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem vielleicht gemacht hat, da eine Zurückhaltung hat und das im Alter auch zu Versorgungsproblemen führen kann. Weil wir vielleicht auch wissen, da fehlen mitunter die familiären Unterstützungsstrukturen, auch Grund - und Diskriminierungen. Wie wirkt sich das dann im sehr hohen

01:00:11

Alter aus? Und da fehlt mir ein bisschen die Forschung dazu. Das hat jetzt mit der Gendermedizin noch nicht unbedingt etwas zu tun, aber ich denke, man kann immer diese Binartität, natürlich ist wichtig und ist auch nicht ohne Grund das zentrale Thema dieser Veranstaltung heute. Aber es gibt darüber hinaus natürlich auch noch viele Gruppen, die wir jetzt, wenn wir nur an Männern und Frauen denken, wenig abbilden. Schon, aber sexuelle Orientierung hat ja jetzt nichts mit biologisch Mann oder Frau zu tun. Also das sind auch wieder unterschiedliche Gruppen. Ja, genau. Transgender ist wieder was anderes. Aber sexuelle Orientierung ist ja trotzdem binär. Weil die sexuelle Orientierung hat jetzt nichts, trotzdem habe ich einen Mann oder eine Frau nicht, egal wie jetzt die sexuelle Orientierung ist. Ja, genau. Also ich meine, in Bezug auf die Biologie ist es natürlich eine Binartität, da bin ich ganz bei Ihnen. Aber wenn es jetzt um meine Versorgung als Aushalt des Körpers und Pflege geht, dann

01:01:04

haben wir natürlich noch mehr Zielgruppen. Das ist in der Medizin ja durch die Transmedizin nochmal anders abgebildet. In Bezug auf die Pflege, die ja nicht so differenziert ist wie die Medizin, sehe ich da einen blinden Fleck in der Forschung. Weil diese Gruppen eigentlich anders als die Frauen, die in der Altersforschung häufig mitbedacht werden, eigentlich zu wenig abgebildet werden. Das finde ich wichtig. Das stimmt sicher. Ich habe jetzt noch eine Frage an Dr. Ciprianka.

Nämlich das Thema, das wir vorhin gestreift haben, nämlich Frauen im Alter, die haben meistens eine geringere Alterspension. Können sich Frauen in ihrer Einschätzung gute Gesundheit im Alter leisten, um das einmal provokant zu formulieren?

01:01:55

Das ist jetzt auch keine Ja - und Nein -Frage. Also wir haben eine Studie, die wir mehrfach schon gemacht haben mit der WHO, wo es darum geht, aus der Konsumerhebung eben die Gesundheitsausgaben nach Einkommen sich anzuschauen. Und da gibt es natürlich auch Geschlechterunterschiede. Da fällt aber auf, dass wir sozusagen eine gewisse Lücke haben. Wir haben eben ein sehr eigenartiges, zum Beispiel Selbstbehaltssystem, wo es Personen gibt, die sind generell eigentlich von Selbstbehalten ausgenommen. Aber es gibt Leute, die dann sozusagen ein bisschen mehr verdienen und bei denen kann es Konstellationen geben, wo sie sehr viele Selbstbehalte haben. Und das nimmt eher zu. Das ist eher das Besorgniserregende. Wie kommt es dazu? Sie können zum Beispiel keine automatische Befreiung bei Mindestpensionen haben. Dann fallen zahlreiche Kostenzuschüsse, also Selbstbehalte de facto an. Und wenn sie zum Beispiel MS haben, dann brauchen sie einen Rollstuhl, dann brauchen sie vielleicht Inkontenenzmaterial,

01:02:59

dann brauchen sie einen Treppenlift, dann brauchen sie ein spezielles Bett vielleicht irgendwann. Und das sind überall dann Selbstbehalte da und vor denen sind sie nicht vollständig geschützt. Und das betrifft natürlich Frauen noch stärker, weil sie eben im Alter oft weniger verdienen und auch zum Beispiel durch Scheidung dann gar nicht sozusagen vom Partner profitieren, der sozusagen in seiner Karriere profitiert hat. Also da sehen wir schon Probleme, dass sozusagen die Selbstbehalte stärker bei Frauen sich auswirken und deswegen sind wir bei den Selbstbehalten auch eher zurückhaltend. Jetzt eine Frage noch an die Frau Vizepräsidentin in ihrer Funktion als Allgemeinärztin. Welche Rolle können und sollen informierte Patienten spielen und Patientinnen, um eine geschlechtssensible Behandlung einzufordern oder zu fördern? Was kann der Patient die Patientin machen? Ich habe ehrlicherweise nie Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Ich glaube, wir sind in einem System, wo Patienten mitreden

01:04:07

sollen, wo sie mit Entscheidungen treffen sollen und wo sie Partner sind von mir als Allgemeinmedizinerin. Und ich habe die Erfahrung gemacht, wenn man den Patienten erklärt, was sein Problem ist, zum Beispiel warum müssen sie jetzt aufpassen auf ihre LDL -Werte, warum ist das so wichtig, warum müssen sie zum Ultraschall der Halsgefäße gehen, warum bringt es was, wenn sie

sich mehr bewegen und sie verstehen das Problem, dann arbeiten sie mit. Und da hat jeder einen anderen Zugang, jeder braucht andere Worte. Das hat jetzt gar nicht so sehr mit Frau und Mann zu tun, sondern auch mit der Bildung natürlich und mit dem Alter. Also ich kann jetzt nicht Hochdeutsch reden mit einem Menschen, der keine drei Wörter Deutsch spricht. Ich kann mit einem Jugendlichen nicht so sprechen wie mit Ihnen, da muss ich halt ein bisschen Gestik und Worte verwenden, die meine Teenager verwenden. Weil in dem Moment, die beste Information bringt nichts, wenn das Gegenüber sie nicht versteht. Man braucht ein bisschen

01:05:04

das Gefühl, um mit den Leuten zu reden und die Zeit zum Reden braucht man natürlich auch und die fehlt halt auch. Weil Sie jetzt gesagt haben, Selbstbehalte. Ich glaube, wir sollten uns alle committen, wir brauchen ein solidarisches Gesundheitssystem. Egal ob weiblich oder männlich, wir haben schwächere Patientinnen und Patienten und Bürger in diesem Land und um die müssen wir uns kümmern. Und wenn die bei der Gesundheitsversorgung zu kurz kommen, dann haben wir als Gesellschaft ein Problem und da haben wir als Gesellschaft etwas falsch gemacht. Und ich glaube, wenn wir da rausgehen, sollten wir dankbar sein, dass wir in einem relativ guten Gesundheitssystem leben. Ich meine, wir haben ein gutes Gesundheitssystem, es ist vielleicht ein bisschen in die Jahre gekommen. Wir haben jetzt auch eine marode ÖGK, aber ich glaube, man kann dieses in die Jahre gekommene System schön ausmalen und da rein investieren und wieder ein modernes, tolles Gebäude, das Gesundheitssystem heißt, aufbauen. Mit

01:05:57

allen tollen Sachen, die es jetzt gibt, weil die Medizin wächst, die Medizin wird immer spannender, wir lernen so viel dazu. Darum die Frage auch, natürlich, Wissen ist Macht, Wissen ist eine Chance. Alles, was wir wissen, können wir unseren Patientinnen und Patienten weitergeben. Und ich glaube, das ist vielleicht die Lösung von all dem. Gesprächszeit, Aufwertung und ein Commitment, ein solidarisches Gesundheitssystem aufrechtzuerhalten.

01:06:29

Ich würde sagen, wir kommen jetzt nach dieser äußerst interessanten Diskussion zu den Publikumsfragen. Jetzt würde ich Sie bitten, wenn jemand eine Frage hat, Handzeichen, damit wir dieser Person dort hinten das Mikrofon geben können. Und ich würde auch bitten, zu sagen, an wen Sie die Frage richten.

01:06:59

Ich stelle die Frage an Frau Prof. Kautzke -Willer. Und zwar Transgender -Medizin, eigentlich ist ja jetzt noch einmal eine Herausforderung, eine spezielle. Was sind da jetzt die größten Herausforderungen? Weil ich stelle mir auch schon noch vor, wenn ich jetzt konkret vor Augen habe, vielleicht einen Transmann mit einem Herzinfarkt, in der Behandlung, wo aber dann schon in der Medikamentenverabreichung ein Unterschied gemacht werden soll. Wie ist da Ihr Zugang? Wie sind dann die Richtlinien zum Beispiel? Das würde mich interessieren. Welche Fehler soll man in der Transgender -Medizin unbedingt vermeiden? Danke. Das ist schwierig, weil es dazu eben sehr wenig Forschung gibt. Also wir haben selber im AKH an unserer Abteilung Innere Medizin eben eine kleine Transgender -Ambulanz, wo wir eben vor allem internistisch Transfrauen, Transmänner begleiten und eben verhindern wollen, dass sie frühzeitig Herz -Kreislauf -Probleme, Stoffwechseleränderungen kriegen, wo eben ein höheres Risiko besteht.

01:08:12

Nämlich egal, ob man jetzt Mann zu Frau oder Frau zu Mann interessanterweise. Tatsächlich ist da aber noch nicht so viel an Wissen vorhanden. Wie gesagt, wir selber haben hier so Langzeitbeobachtungen auch und das Problem ist, dass sie überhaupt kommen. Weil das ein Kollektiv ist, das sehr behutsam auch behandelt werden muss und das ist nicht so einfach, sozusagen in einer normalen AKH -Ambulanz eine kleine Transgender -Ambulanz zu haben. Und auf der Gynäkologie, wo eine größere war, ist es momentan auch ein bisschen eine Versorgungslücke. Also tatsächlich gibt es da nicht so viele Stellen, nicht so viele Anlaufstellen. Also das ist sicher auch ein Bereich, den man besser unterstützen muss. Wobei da sehr viele ja schon an der Kinderklinik praktisch behandelt werden. Also meist sind die schon in jüngeren Jahren und bei uns ist ja die Erwachsenenambulanz. Das ist insgesamt ein sehr schwieriges Thema. Es nimmt zu, es nimmt sehr stark zu und man muss sicher hier auch vorsichtig sein und genau

01:09:27

abklären, wer hier wirklich welche Behandlung auch braucht. Da gibt es ja auch psychologische Tests vorher, ob das tatsächlich sozusagen ein bleibender Wunsch ist, weil vieles kann man dann natürlich nicht mehr rückgängig machen und sehr viele sind nachher aber auch nicht glücklich. Also das ist wirklich schwierig und nicht so einfach zu beantworten. Aber da besteht Forschungsbehaftung, da besteht sicher auch ein Behandlungsbedarf. Da gibt es Daten, dass diese Gruppe auch nicht sehr glücklich ist im Gesundheitssystem und oft gar nicht zu Untersuchungen geht, weil sie sich eben ausgegrenzt fühlen und dann einfach gar nicht gehen und dann natürlich noch kränker werden. Also es ist ein schwieriges Thema. Die nächste Frage.

01:10:19

Hallo, ich wüsste jetzt ehrlich gesagt nicht an wen ich diese Frage genau richten kann. Es ist eine sehr allgemeine Frage. Wir haben jetzt davon gesprochen, dass KI in den Daten, die gesammelt werden, sehr männlich behaftet ist. Wie kann man das ändern? Weil es wird jetzt nicht so sein, dass wir 1.000 Frauen finden, die jetzt medizinische Bücher schreiben, die das anpassen können oder dass wir ganz, ganz viele Studien zusammenkriegen. In kürzester Zeit, KI wächst extrem schnell. Wie kann man dem jetzt entgegenwirken? Was sind Lösungen, die betrachtet werden könnten? Darf ich vielleicht ganz kurz dazu antworten? Also für mich einerseits, dass wir Zugriff auf die Daten der Gesamtbevölkerung haben, denn da haben wir 50 % Frauen, also die können dann gar nicht unterrepräsentiert sein. Zweitens, dass in den klinischen Studien, in Medikamentenentwicklung eben mehr Frauen eingeschlossen sind. Das nimmt ja eh zu, aber eben noch nicht so weit, wie es sein sollte. Und drittens, dass halt auch in

01:11:28

den Designerteams, die die ganze Software dann entwickeln oder auch Produkte entwickeln, dass da auch mehr Frauen dabei sind in diesen Programmerteams, weil die natürlich auch auf die Benutzerfreundlichkeit vielleicht oder auf die Anwendungen, die Frauen wichtiger sind, mehr schauen. Also ich glaube, auf all diesen Ebenen. Ich weiß nicht, wie ihr das seht. Also ich glaube, es ist einmal wichtig zu wissen, dass bei Frauen die KI, die wir derzeit haben, einfach nicht so gut funktioniert. Ich kann es nur aus der Ordi, wir haben ja KI -Terminsystem gehabt, ganz eine kleine Software und sind draufgekommen, dass die Frauen sehr schnell aufgelegt haben, die wollten mit einem Menschen reden, die wollten nicht mit einem KI -Assistenten reden. Die Männer haben das eigentlich durchgemacht, die fanden das total super, haben dann auch ein Feedback gegeben, sie haben nur gesagt, geht das nicht schneller.

01:12:16

Aber ich glaube, das Wissen, einfach zu wissen, wie der Patient reagiert. Und ich glaube, der Trend im Moment ist, alles KI und alles online und alles, davon profitieren die Leute nicht. Und das haben wir, glaube ich, während Covid ganz gut gemerkt, dass diese Kontakte, die menschlichen Kontakte, die einfach gefehlt haben, ein ganz großes Defizit erzeugt haben, psychisch. Bei den Kindern, bei den Erwachsenen und bei den Älteren. Und ich glaube, dieses Wissen sollten wir auch nutzen. Also eine Medizin nur mit KI ist meiner Meinung nach komplett falsch. Und dieser Trend, es ist gut zu haben in vielen Belangen, aber es ist nicht die Lösung all unserer Probleme. Du weißt, bei Bildgebung oder so, die KI ist ja teilweise besser als die Menschen in der Auswertung. Aber auch da brauche ich eben die Daten der Frauen finden. Aber wir müssen für die KI auch wissen, wo die Schwächen sind. Ich

glaube, das ist eine super Ergänzung für all unsere Tätigkeiten, die wir jetzt haben. Es wird in vielen Fachgebieten

01:13:07

vieles ersetzen und vieles verbessern. Wir sehen das, wie du sagst, in der Radiologie. Menschlichkeit kann es nicht ersetzen. Aber Menschlichkeit kannst du derzeit noch nicht ersetzen. Vielleicht kommt das in 20 Jahren. Aber ich glaube, man muss einfach wissen, wo die Schwächen dieses Systems sind. Und das ist gut, dass wir das wissen, weil sonst würden wir die KI morgen umsetzen und wir hätten eine total hohe Frauensterblichkeit und wüssten nicht, warum. Genau, also die Bias -Korrektur ist de facto einmal zuerst der Mensch. Das Problem ist ein bisschen bei einem Gender -Data -Gap. Haben wir ja die Daten nicht. Also Sie können ja nicht die klinischen Studien vom Aspirin jetzt noch einmal replizieren alles. Also das heißt, es wird eine Zeit brauchen, bis die Daten überhaupt genderspezifisch da sind. Und das muss sozusagen der Mensch dann auch in gewissem Maße korrigieren. Kann man sicherlich auch vielleicht programmtechnisch ein bisschen korrigieren. Aber man muss natürlich wissen, auch

01:13:59

wenn man das als Anwender, als Arzt, als Ärztin anwendet, dass es eben so einen Bias gibt überhaupt. Und das kann ich dann natürlich schon selber auch ein bisschen korrigieren. Und die KI vielleicht auch darauf hinweisen. Die lernen ja auch aus der Interaktion mit den Leuten. Ich würde da vielleicht noch einen Punkt hinzufügen, dass natürlich Gender -Bias in KI ist ein Thema. Es gibt natürlich auch einen Racial -Bias und es gibt auch einen Ageist -Bias. Das ist auch mittlerweile ganz gut dokumentiert. Also dass zum Beispiel Gesichtserkennungs -KI hauptsächlich von Personen zwischen 30 und 40 trainiert ist. Das heißt, es erkennt ältere Gesichter einfach deutlich schwerer. Wir haben eine Studie gemacht zu Sturzsensoren. Da haben wir gemerkt zum Beispiel, es wird hauptsächlich trainiert mit Stürzen von jüngeren Menschen. Junge Menschen stürzen sehr schnell. Also wenn sie als junger Mensch fallen, dann dauert das ein paar Sekunden. Wenn sie als älterer Mensch stürzen, dann kann das bis zu drei

01:14:47

Minuten dauern, weil sie zum Beispiel eher von einem Sitz runtergleiten oder sich noch irgendwo festhalten versuchen. Also da haben wir auch gesehen, KI funktioniert dann manchmal für die Zielgruppen, für die es entwickelt wird, gar nicht so gut. Und ich würde denken, wir brauchen mehr Daten und ausgewogenere Daten ist sicher eine wichtige Antwort auf die Frage. Das andere ist, dass wir aktuell keine gute Meldestelle haben für algorithmusbasierte Diskriminierung. Also wir wissen

eigentlich noch gar nicht genau, wo kann ich mich hinwenden, wenn ich merke, ich werde von einer KI unfair behandelt. Da gibt es Algorithm Watch in Deutschland zum Beispiel schon. Für Österreich bin ich mir nicht sicher, aber ich kenne zumindest keine Stelle, die etwas Ähnliches macht. Und ich denke, Transparenzregeln, also der EU -Ereigte machte da jetzt auch ein Stück weit was, aber wir müssen irgendwie wissen, auf Basis von welchen Daten wird überhaupt trainiert. Das ist auch eine große Blackbox, die natürlich

01:15:36

bei KI -Unternehmen besteht. Und da ein bisschen reinzuschauen ist jetzt für die Medizin, aber ich denke vor allem für die Langzeitpflege, was ja mein Bereich ist, ganz, ganz wichtig. Weitere Fragen? Dort hinten im mittenroten Jackett.

01:15:59

Danke sehr. Ich bin Vertreterin des Landes Kärnten. Ich habe die Freude, in Kärnten Gendermedizin aufzubauen. Wir sind die erste Modellregion in Österreich. Wir versuchen durch Information der Bevölkerung, durch Information der Gesundheitsberufe, das Bewusstsein für Gendermedizin zu stärken. Und wir haben auch den ersten Lehrgang für Gendermedizin, also das österreichische Diplom der Ärztekammer veranstaltet. Wir schließen, also die ersten 17 Ärztinnen und Ärzte werden heuer im Herbst das Diplom abschließen und wir starten nächstes Jahr im März 26 mit dem nächsten Diplom. Und ich lade, wenn Ärztinnen oder Ärzte hier auch im Publikum sind, natürlich dazu ein, werde mich da auch mit der Ärztekammer noch kurz schließen, bitte, mit der Bitte um Unterstützung. Und es ist ein wirkliches Herzensprojekt des Landes Kärntens und meiner Person. Das wollte ich nur als Information weitergeben. Super, ja.

01:17:18

Dankeschön. Ich habe eher einen Kommentar und möchte gerne etwas aufgreifen, was die Frau Kamalean Schmidt vorher schon gesagt hat. Ich bin die Direktorin des Freien WAVE, Women Against Violence Europe. Wir arbeiten in 46 Ländern in Europa gegen Gewalt an Frauen und ihren Kindern und haben in einigen Ländern beobachtet, weil Sie haben angesprochen, die Wichtigkeit nachzufragen, also Frauen aktiv zu fragen und da geht es um Gesundheitsthemen. Und was noch schwieriger ist, ist über Gewalterfahrungen zu sprechen. Wir wissen von mehreren unserer Mitgliedsländern in mehreren Regionen Europas, dass es sehr, sehr wichtig ist, auch oft nachzufragen, woher Verletzungen kommen. Weil viele der Frauen sagen, wenn mich nur jemand gefragt hätte. Und dann auch einen Referral Pathway, also einen, Entschuldigen Sie, wir arbeiten

nicht mehr auf Englisch, also einen Kontakt zu frauenspezifischen Antigewaltdiensten herzustellen. Also wir haben auch, wir arbeiten immer wieder auch mit dem Gesundheitsbereich

01:18:17

zusammen, weil dadurch die Frau dann in diesen Bedürfnissen auch betreut werden kann und in Erweiterung ihre Kinder. Also einfach nur, das ist ein weiterer Aspekt, der sehr wichtig ist, wo das Gesundheitssystem eine zentrale Rolle hat, weitere Gewalt zu bekämpfen und dorthin vorzubeugen. Total wichtig, ein echt wichtiges Thema, gar nicht so selten muss man auch sagen. Da sehe ich die Aufgabe wirklich bei der Familienmedizin und in der Allgemeinmedizin, weil wir sehen unsere Patienten doch öfter. Und wie gesagt, einmal einen blauen Fleck kann man erklären, aber mehrfach hintereinander, da schaut man dann schon hin. Wie gesagt, auch da fehlt uns fast die Zeit, diese Patienten dann aufzufangen. Also wie gesagt, es fängt die Behandlung an, ich brauche ein Gespräch, das ist sehr zeitintensiv. Und es braucht eine Vertrauensbasis. Und diese Vertrauensbasis, glaube ich, gibt es nur in der Allgemeinmedizin, wo man wirklich die Zeit hat und die Leute auch von klein auf kennt und sie auch längere

01:19:13

Zeit betreut und begleitet und auch zum Beispiel die anderen Akteure im System kennt, wo man sich auch Hilfe holen kann, wo man dann die Mutter ins Boot holen kann und sagt, du, ich glaube, da gibt es ein Problem und vielleicht schaust du einmal auf die Tochter und vielleicht redest du. Man kann das ja auch in der Familie gut delegieren, das ist auch sehr spannend, aber dafür muss man die Familie kennen. Und all das ist ja ein total schöner Aspekt der Allgemeinmedizin, das den Beruf auch sehr lebenswert macht und einem auch sehr nahe geht, wenn man da helfen kann. Nur wie gesagt, das Limitierende ist die Zeit.

01:19:54

Gibt es noch weitere Fragen?

01:19:58

Dort hinten.

01:20:06

Ich habe eine Frage eigentlich ans ganze Podium. Ich arbeite im Sport und viel mit Sportlern und wir wissen, gerade der Zyklus bei den Frauen ist im Sport, wird uns immer wieder berichtet, ein Faktor bei der Verletzungsgefahr. Das eine ist, wie weit ist die Forschung da schon? Was kann man den Sportlerinnen mitgeben, weil die zu ihren männlichen Trainern auch oft nicht hingehen, muss man

auch sagen, die suchen weibliche Vertrauenspersonen, die im Sport, im Management oft auch nicht da sind. Und das Zweite ist, wie ist da der Wissenstransfer eigentlich im Präventivbereich, weil viele Frauen gehen, laufen, wissen nicht, dass sie zu gewissen Zeiten im Zyklus Verletzungsgefahr haben etc. Da fehlt es viel an Informationsschienen. Welche Kanäle gibt es da schon und wo sehen Sie noch Aufholbedarf?

01:21:05

Wir wissen, dass die Hormone im Zyklus einer Frau natürlich sehr viel Eingriff nehmen auf den Bewegungsapparat, auf den Stützapparat, auf die Sehnen und Bänder. Ich bin jetzt keine Expertin, aber ich glaube, dass Sportmediziner da sicher ein bisschen mehr Erfahrung haben. Was ich Ihnen sagen kann, ich habe Erfahrung damit, dass Frauen, die fangen dann in der Stillperiode an, viel Sport zu machen, weil sie viel abnehmen wollen. Und da kommt es sehr häufig zu Verletzungen, weil durch den Hormon, das Progesteron einfach die Bänder überdehnt werden und sie den Schmerz später spüren und öfter Bänderzerrungen und Verletzungen einfach haben. Da kann man schon auch beraten, dass man sagt, warten Sie noch, bis die Stillperiode vorbei ist und eher sanfte Bewegungen nicht überdehnen. Aber wie gesagt, ich bin jetzt keine Sportmedizinerin, aber da gibt es sicher Experten. Man muss auch unterscheiden, ob es Spitzensport ist, Leistungssport oder Freizeitsport. Also im Freizeitsport, glaube ich, es gibt

01:22:04

Daten, dass es einen Unterschied macht, natürlich vor allem rund um die Menstruation, höheres Schmerzempfinden auch da ist und dass man teilweise andere sportliche Betätigungen eher in der ersten oder zweiten Zyklusphase machen soll. Aber die Daten sind nicht so eindeutig. Also wie groß da der Effekt wirklich ist, ist die Frage. Und in der Sport, also beim Leistungssport ist das natürlich ein Thema, wenn man Spitzenleistung bringen muss, gerade wenn man die Menstruation hat zum Beispiel. Aber dort ist das jetzt eh kein Tabuthema mehr. Das ist ja in den letzten Jahren jetzt aufgekommen und wird auch jetzt vermehrt bearbeitet und versucht man halt ein bisschen anzupassen. Aber es ist halt schwierig, wenn ein Sportevent in eine bestimmte Zeit fällt.

01:22:52

Dort hinten.

01:23:02

Ich möchte eigentlich ansprechen, warum Ärztinnen oder Ärzte eigentlich sich erst seit kurzem oder weiß nicht, vielleicht erst in den letzten Jahren mit der Gendermedizin auseinandersetzen, aber es

vernachlässigen bei der Medikation auf das Alter der Patienten einzugehen. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass man Medikation bekommt und dann im Beipacktext liest, dass eigentlich das gar nicht für einen entspricht und bin eigentlich von der Ärzteschaft eher enttäuscht.

01:23:47

Frage an die Ärzte. Also es gibt in den Beipacktexten nicht besonders viel Information, wer was nehmen kann. Es stehen die Nebenwirkungen drinnen, die halt nicht bei jedem auch auftreten müssen. Es ist jedes Medikament auch eine Risikoabwägung. Das heißt, ich kann ihnen zum Beispiel ein Blutverdünnungsmedikament oder muss ihnen ein Blutverdünnungsmedikament aufschreiben, wenn sie ein Vorhofflimmern haben und muss aber die Risiken in Kauf nehmen, weil einfach das Risiko, dass sie einen Schlaganfall bekommen, für mich viel höher in der Wertigkeit ist, dass sie zum Beispiel eine Magenblutung bekommen. Sie haben vielleicht recht, dass man mehr darüber reden muss. Nur wie gesagt, in einer Kassenordination ist das sehr, sehr schwierig. Kann ich aus meinem tagelichen Leben berichten. Aber es gibt viele Risikoabwägungen, die man einfach nehmen muss. Bei einem Lipidsenker muss ich in Kauf nehmen, dass ich vielleicht zwei Medikamente tauschen muss, bis ich das Richtige für sie finde. Aber wir arbeiten

01:24:50

nach Richtlinien und wie gesagt, wir haben auch wenig Daten in Bezug auf die Gendermedizin. Es ist vielleicht, wie alle Themen, das ist meine persönliche Meinung, die Frauen betreffen in Österreich sehr verwaist, wie die Schilddrüsentherapien, Klimakterium, also Wechseljahrbeschwerden, Endometriose, Osteoporose. Das sind alles Themen, die in Österreich sehr stiefmütterlich behandelt werden. Also es gibt dazu ja Forschung, das heißt potenziell inadäquate Medikation im Alter. Darauf haben Sie sich sozusagen bezogen, dass eben aufgrund der Veränderungen im Alter die zum Beispiel Elimination von Medikamenten anders verläuft, dass die Wirkung vielleicht gesteigert oder verringert sein kann im Alter. Und da ist die Forschung noch nicht so weit, weil die Real-World - Data, da sind wir wieder bei den Daten, dafür brauche ich dann auch sehr viel Real -World -Data, weil die klinischen Studien ja nur zum Teil diese Altersgruppe auch einschließen. Sollen sie natürlich, müssen sie ja auch. Aber da kann

01:25:50

ich natürlich sehr viel dann aus dem konkreten Anwendungsfeld lernen, weil natürlich Medikamente sehr viel im Alter eingesetzt werden. Und da braucht man eben diese sozusagen aus der realen Welt stammenden Daten, um so etwas auch besser zu verstehen. Und es gibt schon Ansätze, dass man zum Beispiel eben bei so komplizierteren Fällen auch vermehrt klinische Pharmakologie zum Beispiel

den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern zur Verfügung stellt, um eben komplexere Situationen bei älteren Menschen. In England zum Beispiel ist das in einem Projekt erfolgreich getestet worden, aber ist am Anfang noch nicht allgemein verbreitet. Das stimmt. Ich glaube, man kann so allgemein schwer darauf eingehen, weil man jetzt den genauen Fall nicht kennt, ob es eine Wechselwirkung war, eine Interaktion, die nicht bekannt oder nicht beachtet wurde. Aber in jedem Fall war zu wenig Gespräch offensichtlich da, damit man das Problem einmal ausdiskutiert und dann vielleicht aufklären kann. Und da sind

01:26:48

wir wieder bei dem Thema der mangelnden Behandlungsqualität beziehungsweise zu wenig Eingehen, zu wenig Zeit. Ja, herzlichen Dank für diese Wortmeldungen. Wir sind am Ende dieser Veranstaltung angekommen. Ich sage herzlichen Dank, dass Sie hier waren. Ich hoffe, Sie haben etwas mitgenommen. Herzlichen Dank an die Frau Bundesministerin. Herzlichen Dank an das Podium.

01:27:29

Zumindest eines haben Sie sicherlich mitgenommen. Gehen Sie zur Vorsorgeuntersuchung. Danke.