Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Der Bundesrat

Bern, 15.05.2024

Gesundheit der Frauen. Bessere Berücksichtigung ihrer Eigenheiten

Bericht des Bundesrates

in Erfüllung des Postulates 19.3910 Fehlmann Rielle vom 21.06.2019

Inhaltsverzeichnis

Einleitung **3**

1 Politischer Auftrag **4**

1.1 Gesundheit der Frauen. Bessere Berücksichtigung ihrer Eigenheiten **4**
1.2 Definitionen und thematische Eingrenzung **5**

2 Nationale und internationale Grundlagen **7**

2.1 Nationale Grundlagen **7**
2.2 Internationale Grundlagen **7**

3 Methode **9**

4 Hauptproblembereiche und Massnahmenvorschläge **11**

4.1 Forschung, Medikamentenentwicklung und Behandlung **11**
4.1.1 Erkenntnisse aus der inter-/nationalen Forschung 11
4.1.2 Handlungsbedarf 14
4.1.3 Massnahmen in der Zuständigkeit der Bundesstellen 15

4.2 Gesundheitsförderung und Prävention **17**
4.2.1 Erkenntnisse aus der inter-/nationalen Forschung 17
4.2.2 Handlungsbedarf 17
4.2.3 Massnahme in der Zuständigkeit der Bundesstellen 18

4.3 Erkennung und Diagnostik **19**
4.3.1 Erkenntnisse aus der inter-/nationalen Forschung 19
4.3.2 Handlungsbedarf 20
4.3.3 Empfehlung an Dritte 20

4.4 Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung **21**
4.4.1 Erkenntnisse aus der inter-/nationalen Forschung 21
4.4.2 Handlungsbedarf 21
4.4.3 Massnahme in der Zuständigkeit der Bundesstellen 22

4.5 Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen **22**
4.5.1 Erkenntnisse aus der inter-/nationalen Forschung 22
4.5.2 Handlungsbedarf 23
4.5.3 Massnahmen in der Zuständigkeit der Bundesstellen 24

4.6 Arbeitswelt Gesundheitswesen (Gleichstellung und Diskriminierung) **25**
4.6.1 Erkenntnisse aus der inter-/nationalen Forschung 25
4.6.2 Handlungsbedarf 26
4.6.3 Massnahmen in der Zuständigkeit der Bundesstellen 26

4.7 Schlussfolgerungen **27**

5 Anhänge **32**

Einleitung

Die Qualität eines Gesundheitssystems misst sich daran, dass es allen Bevölkerungsgruppen einen chancengleichen Zugang zu angemessenen Leistungen gewähren kann und dass die Bevölkerung ihr Gesundheitspotenzial unabhängig von soziodemographischen Faktoren entwickeln kann. Die Bevölkerung der Schweiz ist sehr divers und verschiedene Gesundheitsdeterminanten beeinflussen ihre Gesundheit – wobei Geschlecht als eine der wichtigsten Determinanten der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung gilt. Neben dem Geschlecht beeinflussen weitere sozio-demographische Faktoren, wie beispielsweise Alter, sexuelle Orientierung, Migrationserfahrung oder sozio-ökonomischer Status die Gesundheit und den Zugang zum Gesundheitswesen. In der Realität überschneiden sich diese soziodemografischen Merkmale und es bestehen vielfältige Wechselwirkungen zwischen ihnen (Intersektionalität). Damit sind auch die Bedürfnisse von Frauen in ihren jeweiligen Lebenslagen und Lebensphasen sehr vielfältig. Auch wenn diese intersektionale Perspektive bei der Auseinandersetzung mit gesundheitlicher Vulnerabilität von zentraler Bedeutung ist, kann sie in diesem Bericht nur exemplarisch behandelt werden.

Frauen und Männer sind unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, zeigen oft ein anderes Gesundheitsverhalten, sind häufig unterschiedlich von Krankheiten betroffen und werden in Bezug auf Gesundheit und Krankheit in der Öffentlichkeit und im Gesundheitswesen unterschiedlich wahrgenommen, angesprochen und behandelt. So deklarierte 2002 auch die Weltgesundheitsorganisation: «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).[1]

Während die Schweiz über ein qualitativ sehr hochstehendes Gesundheitssystem verfügt, zeigt die Forschung, dass in der medizinischen Forschung, Gesundheitsversorgung und Prävention weiterhin gewisse geschlechterspezifische Ungleichheiten bestehen und reproduziert werden. Bezüglich Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand sind manchmal die Männer und manchmal die Frauen gesundheitlich bessergestellt. In der medizinischen Forschung, der Gesundheitsversorgung und der Prävention herrschte hingegen viele Jahre ein Androzentrismus (der Mann/männliche Zellen als Modell, an denen sich die Forschung und Gesundheitsversorgung ausgerichtet hat), der sich bis heute in einem männlichen Bias bemerkbar macht. Daher hat der Bundesrat sich in seiner Antwort auf das Postulat Fehlmann Rielle 19.3910 bereit gezeigt, mit einem Bericht die Diskriminierung von Frauen im Gesundheitswesen der Schweiz zu beleuchten. Der Bundesrat hält in seiner Antwort jedoch fest, dass die Bundesstellen grösstenteils nicht über die Kompetenzen zur Umsetzung von Massnahmen verfügen, da auf staatlicher Seite die Organisation der Gesundheitsversorgung in der Verantwortung der Kantone liegt. Zahlreiche weitere Akteure aus dem Gesundheitswesen und der Forschung spielen jedoch ebenfalls eine Rolle bei der besseren Berücksichtigung frauenspezifischer Bedürfnisse im Gesundheitswesen und sind daher aufgefordert, einen Beitrag zur Verbesserung der Situation zu leisten.

[1] «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. » Word Health Organisation WHO (2002). «Madrid Statement: Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward».

1 Politischer Auftrag

1.1 Gesundheit der Frauen. Bessere Berücksichtigung ihrer Eigenheiten

Am 21. Juni 2019 hat Nationalrätin Laurence Fehlmann Rielle das Postulat 19.3910 «Gesundheit der Frauen. Bessere Berücksichtigung ihrer Eigenheiten» eingereicht.

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird 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.

Begründung

Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass Frauen vom Gesundheitspersonal nicht genügend ernst genommen werden. Sie leiden unter dem alltäglichen Sexismus, der uns glauben lassen will, dass sie zu emotional sind und ihre Leiden übertreiben. Infolgedessen erhalten sie nicht immer eine angemessene Pflege. Beispielsweise werden bei Frauen Herzinfarkte und Schlaganfälle, die auch bei ihnen eine häufige Todesursache sind, oft übersehen. Grund hierfür ist, dass Frauen Opfer sind von geschlechtsspezifischen gesellschaftlichen Konstrukten, die im Gesundheitswesen vorhanden sind. Zudem werden Forschungsprojekte und klinische Versuche allzu oft ausschliesslich mit Männern durchgeführt. Dies führt zu Empfehlungen, die den Bedürfnissen von Frauen nicht entsprechen, und zur Verschreibung von Medikamenten, die für bestimmte Frauen ungeeignet sind.

Mit dem Anliegen, ein Gesundheitssystem zu fördern, das die Chancengleichheit respektiert und allen Bevölkerungsgruppen angemessene Leistungen bietet, hat sich der Bundesrat bereit erklärt, in einem Bericht darzulegen, inwiefern Frauen in der medizinischen Forschung, Prävention und Versorgung benachteiligt werden. Der Nationalrat überwies das Postulat am 18. Juni 2020. Mit dem vorliegenden Bericht kommt der Bundesrat seinem Auftrag nach.

Neben dem besagten Postulat wurden weitere parlamentarische Vorstösse zur Gleichstellung der Geschlechter im Gesundheitswesen eingereicht, so die Motion 19.3577 Heim «Homo mensura. Der Mann, das Mass in Forschung und Medizin?», die Motion 20.3092 Porchet «Geschlechterunterschiede als Thema in der medizinischen Lehre und Forschung», das Postulat 20.3093 Porchet «Gesundheitswesen durch die Gleichstellungsbrille betrachten» oder auch die Interpellation 21.4231 Feri «Fehlende geschlechterspezifische Daten im Gesundheitswesen». Diese Vorstösse verlangten namentlich die Einbeziehung des biologischen und des sozialen Geschlechts in die Forschung und Medizin, die medizinische Lehre und die gesundheitspolitischen Strategien. Sie wurden zurückgezogen, abgelehnt oder erledigt, da mit dem Bericht zur Beantwortung des vorliegenden Postulats Fehlmann Rielle zumindest teilweise auf ihre Forderungen eingegangen werden kann.

Seit der Annahme des Postulats 19.3910 Fehlmann Rielle wurden zwei weitere Vorstösse zur Frauengesundheit angenommen, bei deren Umsetzung Synergien mit Massnahmen des vorliegenden Berichts genutzt werden sollen. Die Motion 22.3869[2] der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates beauftragt den Bundesrat, die Erforschung und Therapierung frauenspezifischer Krankheiten zu fördern. Das Postulat 23.3009[3] der Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Ständerats ersucht den Bundesrat zudem, in

[2] «Förderung von Forschung und Therapie für spezifische Frauenkrankheiten»
[3] «Strategie für die frühzeitige Erkennung von Endometriose»

einem Bericht darzulegen, wie Endometriose in der Schweiz behandelt wird (Frühbehandlung, Sensibilisierung und Forschung). Der Bundesrat wird den verlangten Bericht zu gegebener Zeit vorlegen.

Schliesslich lancierte der Bundesrat am 2. Juni 2023 das Nationale Forschungsprogramm «Gendermedizin und -gesundheit» (NFP 83). Dieses Programm soll eine Wissensbasis für einen besseren Einbezug von biologischen und sozialen Geschlechteraspekten in die medizinische Forschung und die Gesundheitsversorgung schaffen. Die interdisziplinäre Perspektive des Programms und sein umfassender Ansatz, der sowohl das biologische als auch das soziale Geschlecht (das im Gesundheitsbereich äusserst bedeutsam ist, aber lange Zeit vernachlässigt wurde) einbezieht, sind zwei wesentliche Komponenten eines Gesundheitssystems, das sich an der Gleichstellung der Geschlechter orientiert.

1.2 Definitionen und thematische Eingrenzung

Bei der Untersuchung von Geschlechterunterschieden spielt die Unterscheidung zwischen dem biologischen Geschlecht und dem sozialen Geschlecht eine wichtige Rolle.

In der Gesundheitsforschung ist das ***biologische Geschlecht*** generell beschrieben als entweder weiblich oder männlich – wobei angeborene Variationen der Geschlechtermerkmale (Intergeschlechtlichkeit) unterschlagen werden. Ein Unterschied zwischen den biologischen Geschlechtern weiblich und männlich ist beispielsweise, dass Frauen Medikamente anders verstoffwechseln oder bei einem Herzinfarkt oft andere Symptome aufweisen als Männer.

Das ***soziale Geschlecht*** umfasst dagegen alle Aspekte von Geschlecht, die kulturell und gesellschaftlich verfasst sind, wie Geschlechterstereotype und -rollen oder geschlechterspezifische Arbeitsteilungen. Das soziale Geschlecht hat beispielsweise einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten. So sind sich Frauen ihres Gesundheitszustands stärker bewusst und nehmen mehr Gesundheitsdienste in Anspruch als Männer. Dafür gibt es mehrere Gründe: ihre reproduktive Rolle, ihre häufige Rolle als Betreuungsperson, ihr grösserer Anteil an der älteren Bevölkerung sowie Geschlechterstereotypen.

In diesem Bericht sollen sowohl das biologische, wie auch das soziale Geschlecht als Faktoren gesundheitlicher Ungleichheiten berücksichtigt werden.

Um den Bedarf nach der fachlichen Breite respektive nach Interdisziplinarität sowie Interprofessionalität zu unterstreichen, wird in diesem Bericht der Begriff «Gendermedizin und -gesundheit» verwendet, gemäss dem Titel des NFP 83. Damit ist die Berücksichtigung der biologischen und sozialen Geschlechteraspekte in der Forschung, der Gesundheitsversorgung und der öffentlichen Gesundheit gemeint. Der Begriff bezieht sich somit sowohl auf die Medizin als auch auf die Gesundheit im Allgemeinen.

Dabei werden jedoch folgende thematische Grenzen gezogen:

- **Der Bericht dokumentiert nur die Benachteiligungen und Diskriminierungen, die cisgeschlechtliche Frauen[4] erfahren.** Benachteiligungen im Gesundheitssystem betreffen spezifisch Frauen (cis und trans), Männer (cis und trans) und non-binäre Personen. Geschlechtergerechte Präventionsansätze und Angebote der Gesundheitsversorgung müssen sich folglich grundsätzlich mit den Benachteiligungen von Männern und Frauen sowie non-binären Personen befassen. Dieser Bericht beschränkt sich jedoch auf die Untersuchung der Benachteiligungen und Diskriminierungen von Frauen, wie es vom Postulat verlangt wird.

[4] Frauen, deren Geschlechteridentität dem Geschlecht entspricht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde.

- **Der Bericht dokumentiert die Benachteiligungen und Diskriminierungen von Frauen gegenüber Männern und nicht die frauenspezifischen Benachteiligungen.** Frauenspezifische Bereiche in der Gesundheitsversorgung, die das weibliche Geschlecht respektive frauenspezifische Gesundheitsproblematiken per Definition berücksichtigen (z. B. die gynäkologische Versorgung im Allgemeinen oder die reproduktive Gesundheit[5]), werden in diesem Bericht nur am Beispiel des Krankheitsbilds Endometriose thematisiert. Dieses Beispiel erlaubt es aufzuzeigen, dass frauenspezifische Gesundheitsanliegen oftmals vernachlässigt werden und namentlich bei frauenspezifischen Krankheiten (oder Krankheiten mit hohen Prävalenzen unter Frauen) oftmals Lücken in Forschung, Prävention und Versorgung bestehen.
- **Der Bericht dokumentiert nur Benachteiligungen und Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts.** Neben dem Geschlecht beeinflussen weitere sozio-demographische Faktoren wie beispielsweise Alter, sozio-ökonomischer Status, sexuelle Orientierung oder Migrationserfahrung die Gesundheit und den Zugang zum Gesundheitswesen (Intersektionalität). Die Gesundheit und das Gesundheitssystem müssen daher immer aus einer intersektionalen Perspektive betrachtet werden. Aufgrund der thematischen Eingrenzung kann in diesem Bericht jedoch nur exemplarisch eine intersektionale Perspektive eingenommen werden.

[5] So wurde auch das frauenspezifische Problemfeld der ungenügenden Berücksichtigung des Mutterschutzes bei der Arbeit und die medizinische (und soziale) Begleitung beim Wiedereinstieg in die Arbeit nach einer Geburt im vorliegenden Bericht ausgeklammert.

2 Nationale und internationale Grundlagen

2.1 Nationale Grundlagen

Das Postulat 19.3910 Fehlmann Rielle knüpft an verschiedene bedeutende nationale Strategien und Rechtsgrundlagen an, welche die Werte und Verpflichtungen der Schweiz abbilden.

Chancengleichheit wird von der Bundesverfassung (SR 101) gewährleistet. So wird Chancengleichheit explizit in Artikel 2 Absatz 3 der Bundesverfassung als Zweck der Eidgenossenschaft genannt und Artikel 8 Absatz 3 thematisiert explizit die Geschlechtergleichheit. Trotz der Annahme dieses Verfassungsartikels im Jahr 1981 und der im Gleichstellungsbereich erzielten Fortschritte der Schweiz sind jedoch noch weitere Anstrengungen erforderlich. Deshalb hat der Bundesrat beschlossen, eine nationale Strategie für die Gleichstellung der Geschlechter zu erarbeiten. Diese wurde am 28. April 2021 verabschiedet und soll die Gleichstellung im Erwerbsleben, eine verbesserte Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben sowie die Bekämpfung von Diskriminierung, Sexismus und Gewalt fördern.

Die Umsetzung des Postulats 19.3910 Fehlmann Rielle gehört somit zu den prioritären Massnahmen des Aktionsplans zur Gleichstellungsstrategie 2030. Sie ist Teil des Handlungsfelds «Diskriminierung», mit dem jede Form von Diskriminierung, Sexismus und Geschlechterstereotypen unterbunden werden soll, um sicherzustellen, dass Frauen und Männer während ihres gesamten Lebens die gleichen Chancen haben. Durch sein breites Spektrum knüpft der Postulatsbericht auch an andere Handlungsfelder der nationalen Gleichstellungsstrategie an, wie die Bekämpfung der geschlechterspezifischen Gewalt oder die Gleichstellung in der Arbeitswelt (zu beiden Feldern siehe Kapitel 4.6).

Auch das Gleichstellungsgesetz (SR 151.1), das für alle Bereiche des Erwerbslebens – von der Anstellung über die Weiterbildung, den Lohn und die sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz bis zur Entlassung– gilt, bildet eine solide Grundlage zur Abstützung verschiedener in diesem Bericht genannter Handlungserfordernisse.

Schliesslich sind manche der in diesem Bericht genannten Massnahmen gegen die Diskriminierung von Frauen im Gesundheitswesen indirekt auch in den Zielen der Strategie Gesundheit2030 enthalten: Bessere Nutzung der Gesundheitsdaten, Gewährleistung der Gesundheitsversorgung und der Versorgungsqualität oder auch Gesundheitsförderung bei älteren Menschen sind einige der Ziele von Gesundheit2030, die Synergien mit den in diesem Bericht aufgezeigten Problematiken aufweisen.

2.2 Internationale Grundlagen

Auch im Rahmen von internationalen Menschenrechtsabkommen anerkennt die Schweiz das Diskriminierungsverbot. Beispielsweise mit dem Artikel 14. der Europäischen Menschenrechtskonvention[6].

Mit seinen Forderungen entspricht das Postulat Fehlmann Rielle auch den internationalen Verpflichtungen der Schweiz in Bezug auf eine Gesundheitsversorgung, die sich an der Gleichstellung der Geschlechter orientiert. Bereits in der Erklärung von Alma-Ata der WHO aus dem Jahr 1978 wurde festgehalten, dass Regierungen für die Gesundheit der gesamten Bevölke-

[6] Der Genuss der in dieser Konvention anerkannten Rechte und Freiheiten ist ohne Diskriminierung insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen oder sozialen Herkunft, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt oder eines sonstigen Status zu gewährleisten.

rung verantwortlich sind und Bedingungen schaffen müssen, die es allen Menschen ermöglichen, gesund zu bleiben und ein gesundes Leben zu führen. Der International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights von 1966 hält zudem in Artikel 12 explizit fest, dass alle Menschen das Recht auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit haben.[7]

Das am 18. Dezember 1979 abgeschlossene Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW), das für die Schweiz am 26. April 1997 in Kraft trat, enthält einen Artikel 12 spezifisch zur Gesundheit, der die Vertragsstaaten dazu verpflichtet, «alle geeigneten Massnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Bereich des Gesundheitswesens» zu treffen, «um der Frau gleichberechtigt mit dem Mann Zugang zu den Gesundheitsdiensten, einschliesslich derjenigen im Zusammenhang mit der Familienplanung, zu gewährleisten».

Schliesslich hat der Bundesrat am 23. Juni 2021 eine Strategie Nachhaltige Entwicklung verabschiedet, deren *Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung* und ihre 17 globalen Ziele einen Orientierungsrahmen bilden. Das Ziel für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goal, SDG) 5 (SDG 5 - SDGital2030) umfasst die Erreichung der Geschlechtergleichstellung und die Befähigung aller Frauen und Mädchen zur Selbstbestimmung. Der Bundesrat hat sich verpflichtet, die Ziele und Unterziele der *Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung* bis 2030 umzusetzen. Für jedes SDG wurden konkrete Unterziele festgelegt. Die folgenden Unterziele gehören zum SDG 5 und knüpfen an bestimmte in diesem Bericht aufgezeigte Problematiken an: Unterbindung aller Formen der Diskriminierung von Frauen und Mädchen, Eliminierung aller Formen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Aufwertung unbezahlter Pflege- und Hausarbeit oder auch Gewährleistung des allgemeinen Zugangs zu sexueller und reproduktiver Gesundheit.

[7] «The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health»

3 Methode

Um wissenschaftliche Grundlage für die Beantwortung der im Postulat 19.3910 Fehlmann Rielle aufgeworfenen Fragen zu schaffen, wurde beim Interdisziplinären Zentrum für Geschlechterforschung (IZFG) der Universität Bern in Zusammenarbeit mit dem Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule (BFH) ein Forschungsbericht in Auftrag gegeben. Folgende drei Hauptfragestellungen standen im Zentrum des Mandats:

⇒ 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?

Das Forschungsteam wurde während der gesamten Erarbeitung des Forschungsberichts von einer Begleitgruppe aus der Bundesverwaltung unterstützt und angeleitet (Vertretungen Bundesamt für Gesundheit [BAG], Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation [SBFI], Schweizerische Zulassungs- und Aufsichtsbehörde für Arzneimittel und Medizinprodukte [Swissmedic]).

In der ersten Forschungsphase wurde eine Situationsanalyse für die Schweiz durchgeführt, die sich an den im Postulat genannten Themen Medizinische 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 Geschlecht sowie 2) ausführliche Interviews mit Experten und Expertinnen aus der Schweiz durchgeführt. Da das Themengebiet aus forschungspragmatischen Gründen eingegrenzt werden musste, wurde exemplarisch anhand der fünf Krankheitsbilder Lungenkarzinom, Myokardinfarkt, Depression, Demenz und Endometriose gearbeitet. Diese Krankheitsbilder zeichnen sich einerseits durch eine hohe Prävalenz unter Frauen aus. Andererseits eignen sie sich als Fallbeispiele besonders gut, weil sie als Fälle bezeichnet werden können, anhand derer sich besonders viele allgemeingültige Aussagen in Bezug auf das Thema Gesundheitsversorgung der Frauen in der Schweiz ableiten lassen.

Basierend auf den Ergebnissen dieser ersten Forschungsphase wurden in Zusammenarbeit mit Expertinnen und der Begleitgruppe sechs Hauptproblembereiche in Bezug auf die Gesundheitsversorgung von Frauen in der Schweiz identifiziert:

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

In der zweiten Forschungsphase wurde zu jedem dieser Hauptproblembereiche je ein halbtägiger Workshop mit relevanten Akteuren durchgeführt. Das Ziel der Workshops war es, Problematiken und bereits bestehende Massnahmen in den jeweiligen Themenbereichen zusammenzutragen sowie neue Massnahmenvorschläge zu diskutieren und zu erarbeiten. Dabei wurden Massnahmenvorschläge sowohl für die Bundesstellen als auch für weitere Akteure

formuliert. Der Forschungsbericht diente schliesslich als Grundlage für den vorliegenden bundesrätlichen Postulatsbericht. In diesem wird auf die bestehenden Problembereiche und Massnahmenvorschläge, die in die Kompetenzen der Bundestellen fallen, fokussiert. Um konkrete, relevante und umsetzbare Massnahmen für die Bundesstellen zu erhalten, wurden diejenigen Massnahmenvorschläge, die in die Zuständigkeit der Bundestellen fallen, anschliessend mit den betroffenen Ämtern der Bundesverwaltung ausführlich diskutiert und angepasst. Da die Bundesstellen selbst nur einen bescheidenen Beitrag zur Verbesserung der Situation leisten können, fordert der Bundesrat auch weitere Akteure auf, sich für eine bessere Berücksichtigung des sozialen und biologischen Geschlechts im Gesundheitsbereich einzusetzen. Er richtet daher für gewisse Themenbereiche allgemeinen Empfehlungen an weitere Akteure. Für weiteren Handlungsbedarf im Bereich der allgemeinen Geschlechtergleichstellung und Frauenförderung, der ausserhalb des Gesundheitsbereichs liegt, wurden keine Massnahmen oder Empfehlungen formuliert.

Eine ausführlichere Beschreibung der Situation in der Schweiz sowie die Zusammenstellung bereits bestehender Massnahmen können im Forschungsbericht[8] konsultiert werden.

[8] Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung (IZFG) der Universität Bern und Berner Fachhochschule (BFH), Departement Gesundheit, F&E Pflege, «Gesundheit der Frauen. Bessere Berücksichtigung ihrer Eigenheiten.», 2023.

4 Hauptproblembereiche und Massnahmenvorschläge

Dieses Kapitel behandelt sechs Hauptproblembereiche betreffend die bessere Berücksichtigung frauenspezifischer Bedürfnisse im Gesundheitswesen. Wie oben beschrieben wurden diese sechs Bereiche aus den Literaturrecherchen, Expertinnen- und Experteninterviews und Workshops mit den betroffenen Akteuren abgeleitet:

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

Für jeden Hauptproblembereich wird die Situation in der Schweiz und auf internationaler Ebene beschrieben. Die biologische und soziale Geschlechterproblematik wird manchmal anhand einer oder mehrerer der fünf ausgewählten Krankheitsbilder (Lungenkarzinom, Myokardinfarkt, Depression, Demenz und Endometriose) veranschaulicht.

4.1 Forschung, Medikamentenentwicklung und Behandlung

4.1.1 Erkenntnisse aus der inter-/nationalen Forschung

Forschung

Bis Ende des 20. Jahrhunderts wurden Unterschiede zwischen den biologischen Geschlechtern in der Grundlagenforschung und der klinischen Forschung weitgehend ignoriert. Der weibliche Körper wurde als miniaturisierte Version des männlichen Körpers betrachtet und der männliche Körper als Norm wahrgenommen. Damit wurden biologische Unterschiede ausserhalb der Sexualorgane in der Regel ignoriert oder unzureichend erforscht. Der Mythos der weiblichen Variabilität aufgrund des Reproduktionszyklus oder auch (berechtigte) Ängste vor einer möglicherweise bestehenden Schwangerschaft (oder den Auswirkungen der Forschung auf diese) lassen sich ebenfalls als Erklärung für den Ausschluss von Frauen aus der medizinischen Grundlagenforschung und klinischen Forschung heranziehen. Dieser Ausschluss hat die Forschung über den weiblichen Körper und die Wirkung von Medikamenten auf diesen stark behindert.

In den letzten Jahren hat die Anzahl Studien, die nach dem biologischen Geschlecht unterscheiden, zwar zugenommen, sie sind aber nach wie vor in der Minderheit, und nur wenige analysieren die geschlechterspezifischen Auswirkungen in Bezug auf die Sicherheit und Wirksamkeit. Die Benachteiligung von Frauen in der klinischen Forschung manifestiert sich dabei nicht nur in Form einer Unterrepräsentation in den Stichproben, sondern wird durch einen Mangel an Subgruppenanalysen und geschlechtersensiblen Interpretationen verstärkt. Diese Wissens- und Datenlücken wirken sich bis heute nachteilig auf die Gesundheitsversorgung, insbesondere auf die Qualität der Behandlung von Frauen aus.

Gleichzeitig sind viele frauenspezifische Krankheiten respektive Krankheiten mit überdurchschnittlichen Prävalenzen unter Frauen (z. B. Endometriose, Dysmenorrhö, Lipödem, *Chronic*

Fatigue Syndrome, Post-Covid-19-Erkrankung) ungenügend erforscht in Bezug auf deren Ursachen, Erkennung/Diagnostik und Behandlung.

In der Schweiz ist zwischen industrieller und akademischer klinischer Forschung zu unterscheiden. So ist in der industriellen klinischen Forschung bei den Stichproben ein ausgewogeneres Geschlechterverhältnis zu beobachten als in der akademischen klinischen Forschung. Die Gründe für diesen Unterschied sind multifaktoriell. Er 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, und damit auch Frauen in klinischen Studien inkludiert werden. Diese Richtlinien fordern zumindest für die späteren Phasen klinischer Studien eine angemessene demografische (einschliesslich geschlechterspezifische) Charakterisierung, Analyse und Bewertung der Patienten- und Patientinnenpopulation sowie die Untersuchung demografischer (einschliesslich geschlechterspezifischen) Unterschiede in der Dosis-Wirkungs-Beziehung ein. Die Vollzugsbehörde (z. B. Swissmedic) überprüft die Einhaltung dieser Richtlinien. Eine bessere Berücksichtigung von Geschlechteraspekten ergibt sich andererseits auch daraus, dass die Pharmaindustrie ein Interesse hat, die Studienpopulation (Geschlecht, Ethnie, Alter) so auszuwählen, dass der Einsatzbereich von Medikamenten möglichst breit ist.

Obwohl die ICH-Richtlinien genauso in der akademischen klinischen Forschung mit Medikamenten gelten, gibt es in der akademischen Forschung mutmasslich weniger Anreize, auf eine angemessene Geschlechterverteilung in den Stichproben zu achten. Und auch wenn es inter-/national immer mehr etablierte Leitlinien für eine bessere Berücksichtigung von biologischen und (seltener) sozialen Geschlechterunterschieden in der medizinischen und generell in der gesundheitsbezogenen Forschung gibt, werden diese gemäss dem Forschungsbericht in der Praxis oft nicht oder ungenügend umgesetzt.

Die industrielle klinische Forschung bleibt indes ebenfalls mit Geschlechterfragen konfrontiert, so fehlen in zugänglichen Publikationen oftmals wichtige Angaben zu geschlechtersensiblen Analysen. Aus diesem Grund sind publizierte klinische Studien für geschlechtersensible retrospektive Analysen oftmals ungeeignet. Die für die weiterführende Forschung zugänglichen Publikationen zu klinischen Studien unterscheiden oftmals entweder gar nicht nach Geschlecht, nehmen keine Geschlechteranalysen vor und/oder führen nicht alle für eine sinnvolle Geschlechteranalyse relevanten Faktoren auf. Ursachen dafür sind einerseits, dass diese Daten und Analysen dem Datenschutz unterliegen, und andererseits die wirtschaftlichen Interessen der Pharmaindustrie am Schutz ihrer Daten als geistiges Eigentum. Somit sind diese geschlechterspezifischen Daten kaum öffentlich zugänglich und stehen Forschenden und Praktizierenden für Analysen nicht zur Verfügung.[9] Die Komplexität der Antragsverfahren für den Zugang zu individualisierten (aber nicht personalisierbaren) Rohdaten der Pharmaindustrie zwingt Schweizer Forscherinnen und Forscher oft dazu, auf die Einreichung eines Antrags zu verzichten. Der Bundesrat hat infolge des Berichts in Erfüllung des Postulates 15.4225 Humbel den Bund (EDI) bereits beauftragt, die notwendigen Rahmenbedingungen für eine effiziente Datennutzung zum Zweck der gesundheitsbezogenen Forschung zu schaffen.

Für Forschende in der Schweiz ist auch der Zugang zu Daten der Krankenversicherer derzeit erschwert, unter anderem, da diese Daten trotz Aufschlüsselung nach Geschlecht nicht in der benötigten Detaillierung national gesammelt und somit nur stark aggregiert für die Forschung zur Verfügung gestellt werden können. Der Zugang hängt somit von einzelnen Krankenversicherern und Krankenversichererverbänden ab. Bemühungen um die grundsätzliche Verbesserung der Situation sind im Zuge der aktuellen Digitalisierungsbestrebungen im Schweizer

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

Gesundheitswesen (Strategie DigiSanté bzw. Datentransparenzstrategie des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung (KUV) des BAG) bereits erfolgt oder im Gange. Zudem wurden am 1. Januar 2023 das Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.10) sowie die entsprechenden Verordnungsänderungen in Kraft gesetzt.[10] Gestützt auf die neuen rechtlichen Grundlagen werden Forschende beim BAG Daten aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) neu auch auf Individualebene anfordern können.[11]

Im Rahmen der laufenden Revision des Verordnungsrechts zum Humanforschungsgesetz (HFG; SR 810.30) schlägt der Bundesrat zudem die Aufnahme eines neuen Artikels zum Einschluss relevanter Personengruppen in klinische Versuche (KlinV; SR 810.305, KlinV-Mep; SR 810.306) sowie in Forschungsprojekte mit Personen (HFV; SR 810.301) vor. Dieser soll eine angemessene Repräsentation relevanter Personengruppen und namentlich eine angemessene Geschlechterverteilung in der klinischen Forschung fördern. Die Vernehmlassung und das weitere Vorgehen zur Revision der Verordnung werden zeigen inwiefern der neue Artikel in die Verordnung Eingang finden wird (Entscheid Sommer 2024).

Behandlung

Dem oben erwähnten männlichen Bias in der Forschung ist entgegenzuwirken, da er einen direkten Einfluss auf die Qualität der Behandlung von Frauen hat. Wichtig ist jedoch anzumerken, dass als Erklärfaktoren für beobachtete ungleiche oder qualitativ schlechtere Behandlungen von Frauen neben biologischen Geschlechteraspekten auch soziale Geschlechteraspekte berücksichtigt werden müssen. Denn neben der fehlenden Berücksichtigung von biologischen Geschlechteraspekten bei der Entwicklung und Wirkung von Behandlungen bestehen in diesem Bereich noch zahlreiche weitere Problematiken. Aufgrund fehlender oder ungenügender Forschung sind Behandlungsmöglichkeiten bei frauenspezifischen Krankheiten oft eingeschränkt. Frauen erhalten aber auch bei anderen Erkrankungen grundsätzlich weniger angepasste und invasive Behandlungen als Männer, was sich unter anderem in mehr Nebenwirkungen und schlechteren Prognosen bei Frauen als bei Männern niederschlägt. Beispielsweise wurden bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit neuro- und kardiovaskulären Erkrankungen, die zwischen 2012 und 2016 in allen Spitälern der Schweiz aufgenommen wurden, Frauen unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung seltener auf der Intensivstation behandelt als Männer. Dabei war die Unterversorgung auf der Intensivstation bei jüngeren Frauen (< 45 Jahre) am ausgeprägtesten. Ein weiteres Beispiel zeigt, dass Frauen mit akuten Koronarsyndromen in Schweizer Spitälern seltener Behandlungen (z. B. Bypassoperationen) erhalten, schlechtere Prognosen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Komplikationen im Zusammenhang mit der Behandlung aufweisen und im Falle von Frauen unter 65 ein höheres Sterberisiko aufweisen als gleichaltrige Männer. Die Gründe für diese Unterschiede sind bisher ungenügend erforscht.

Schliesslich besteht das Problem, dass belegtes Wissen zu behandlungsrelevanten Geschlechterunterschieden sowie nachgewiesen erfolgreiche geschlechterspezifische Behandlungen aus der inter-/nationalen Forschung in der Schweiz nicht immer Eingang in die klinische Praxis finden. Über die Hindernisse in Bezug auf die Übersetzung existierenden Wissens in die Klinik ist bisher jedoch wenig bekannt. Als Querschnittsbereich spielt der Bildungsbereich eine zentrale Rolle. Ohne entsprechenden Wissenstransfer und somit ohne Sensibilisierung aller Akteure im Bildungsbereich ist die angestrebte bessere Berücksichtigung von sozialen

[10] Siehe: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aufsicht-ueber-die-krankenversicherung-persoenlichkeitsschutz-gewaehrleisten.html

[11] 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).

und biologischen Geschlechteraspekten im Gesundheitswesen nicht zu erreichen (siehe Kapitel 4.5).

Über die wirtschaftlichen Folgen des männlichen Bias in der Behandlung besteht wenig Wissen. Mit dem Health Technology Assessment (HTA) verfügt der Bund aber bereits über ein Instrument, mit dem die Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden, hinsichtlich der Berücksichtigung von Genderaspekten bzw. der Zweckmässigkeit von medizinischen Technologien und Verfahren für Frauen evaluiert werden können. Diese Bewertung ermöglicht es, die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer medizinischen Leistung transparent darzustellen. Auch ethische, rechtliche, soziale und organisatorische Aspekte werden bewertet. Damit dieses Instrument im Hinblick auf die Frauengesundheit die nötige Wirkung entfalten kann, müssen einerseits die notwendigen Daten und Studien vorhanden und verfügbar sein und andererseits vermehrt Anträge zur Evaluation speziell jener Behandlungen gestellt werden, bei denen geschlechterrelevante Unterschiede vermutet werden. Alle können übrigens eine Themeneingabe machen, indem sie ein Thema für die Bewertung vorschlagen.[12]

Mit der Lancierung des Nationales Forschungsprogramm (NFP) 83 «Gendermedizin und -gesundheit» hat der Bundesrat bereits eine bedeutende Massnahme initiiert, um geschlechtersensible Forschung im Gesundheitsbereich zu fördern. Damit werden Grundlagen geschaffen, um die Behandlung der Frauen zu verbessern und klinische Leitlinien weiterzuentwickeln. Die am 12. Dezember 2023 publizierte Ausschreibung des NFP 83 ist so formuliert, dass Forschungsvorhaben unterstützt werden können, zu denen der Forschungsbericht[13] sowie parlamentarische Vorstösse (Motionen 19.3577 Heim, 20.3092 Porchet und 22.3869 Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates) relevante Forschungslücken aufgezeigt haben.

Mit den Richtlinien des Bundesrates über die Berücksichtigung des Geschlechts in Studien und Statistiken des Bundes (BBl 2024 410) sind die Bundesstellen zudem ab dem 1. März 2024 verpflichtet, in ihren massgeblichen Studien und Statistiken das Geschlecht zu berücksichtigen und geschlechtsspezifische Auswirkungen zu analysieren sowie die Resultate in die Veröffentlichungen zu integrieren. Um die Verwaltungseinheiten bei der Überprüfung der Relevanz des Geschlechts bei Studien und Statistiken zu unterstützen, stellt das Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) ein Hilfsmittel und Leitfragen zur Verfügung[14].

4.1.2 Handlungsbedarf

Zwar wurden Geschlechteraspekte in den letzten Jahren in der Gesundheitsforschung und Behandlung stärker berücksichtigt. Es bestehen jedoch weiterhin zahlreiche Lücken und Handlungsbedarf im Bereich der Forschung und der praktischen Anwendung ihrer Erkenntnisse.

Um Wissens- und Datenlücken in der Gesundheitsforschung zu schliessen und den männlichen Bias in der Forschung zu reduzieren, muss in nationalen und internationalen Gremien und Forschungsinstitutionen dafür sensibilisiert werden, dass konsequenter geschlechtersensible Forschung und Datengenerierungen durchgeführt und zugänglich gemacht werden. Die mangelhafte Um- und Durchsetzung von Leitlinien sollte durch flankierende Massnahmen zur Durchsetzung bestehender Leitlinien gefördert werden. Besonders hervorzuheben ist die angemessene Inklusion von weiblichen Zellen und Tieren in der präklinischen Forschung und von Frauen in der klinischen Forschung. Dies leistet einen Beitrag zur Entwicklung von für

[12] HTA-Themeneingabe (admin.ch)
[13] Die vollständigen Empfehlungen zur Schliessung von Forschungslücken finden sich in der Tabelle im Anhang 1.
[14] Mit diesen Richtlinien wird die Motion 20.3588 Herzog Eva «Verbesserung der Datenlage zu den geschlechtsspezifischen Auswirkungen» umgesetzt, die auch eine Massnahme des Aktionsplans der Gleichstellungsstrategie 2030 darstellt.

Frauen geeignete Behandlungen. Für die Lösung der bestehenden Probleme sind neben naturwissenschaftlich-medizinischer Forschung aber 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 zu analysieren und somit die Ursachen von beobachteten Phänomenen wie etwa geschlechterspezifische Verzerrungen in der klinischen Behandlung besser zu verstehen. Aber auch, um Erkenntnisse zur Wirtschaftlichkeit von geschlechtersensiblen Behandlungsmethoden zu gewinnen.

Angesichts der Vernachlässigung von frauenspezifischen Krankheiten muss zudem die Forschung zu Ursachen, Erkennung/Diagnostik und Behandlung frauenspezifischer Krankheiten und von Krankheiten mit überdurchschnittlichen Prävalenzen unter Frauen gefördert werden.

Was schliesslich den erschwerten Zugang zu Daten betrifft, sollten internationale Verfahren für die Herausgabe von individualisierten Rohdaten aus der Pharmaindustrie an Schweizer Forschende überprüft und Verbesserungsvorschläge in Betracht gezogen werden.

Um den Handlungsbedarf zu decken, ist der Beitrag zahlreicher Akteure in der Schweiz und im Ausland gefragt. Die Bundesstellen können im Rahmen ihrer Zuständigkeiten nur einen limitierten Beitrag dazu leisten. Im Bereich der klinischen Forschung gibt der Bund mit dem Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (HFG; SR 810.30) den Rahmen vor. Via die Koordinationsstelle Forschung am Menschen (Kofam[15]) übernimmt er Koordinationsaufgaben und verbreitet Informationen. Die Bewilligungsbehörden[16] prüfen die Gesuche und bewilligen die Forschungsprojekte. Swissmedic ist ebenfalls für die Bewilligung und Überwachung der klinischen Versuche mit Arzneimitteln, Arzneimitteln mit neuartigen Therapien und Medizinprodukten, die in der Schweiz durchgeführt werden, zuständig. Ihre Arbeit stützt sich auf die Schweizer Gesetze sowie auf geltende internationale Richtlinien.

Der Bund trägt darüber hinaus die strategische Führungsverantwortung für die Qualitätsentwicklung im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Er sorgt für die Gestaltung der Rahmenbedingungen und legt alle vier Jahre die Ziele zur Qualitätsentwicklung fest. (Die Eidgenössische Qualitätskommission unterstützt ihn dabei massgeblich bei der Realisierung seiner Ziele.)

4.1.3 Massnahmen in der Zuständigkeit der Bundesstellen

Massnahme 1.1: Die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) wird beauftragt, bei der Durchführung von Programmen und der Unterstützung von Projekten zur Qualitätsentwicklung darauf zu achten, dass frauenspezifischen Bedürfnissen Rechnung getragen wird.

Diese Massnahme leistet einen Beitrag zur Umsetzung des dritten Punktes der Motion 22.3869 «Förderung von Forschung und Therapie für spezifische Frauenkrankheiten», mit dem die Festlegung eines entsprechenden Ziels für die Eidgenössische Qualitätskommission gefordert wird.

[15] Bei dieser Stelle können beispielsweise Forschende Auskünfte zu den Bewilligungsverfahren einholen oder alle interessierten Personen ein Verzeichnis der Forschungsprojekte einsehen.
[16] Mit Bewilligungsbehörden sind zum einen die kantonalen Ethikkommissionen und zum anderen das Schweizerische Heilmittelinstitut (Swissmedic) sowie in bestimmten Fällen auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Bundesamt für Umwelt (BAFU) gemeint.

Massnahme 1.2: Swissmedic wird beauftragt zu prüfen, ob Bedarf zur besseren Berücksichtigung geschlechtersensibler klinischer Forschung besteht. Gegebenenfalls reicht Swissmedic beim *International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use* (ICH) ein *new topic proposal* ein, um damit die Ausarbeitung eines diesbezüglich international/global gültigen Standards einzuleiten

Massnahme 1.3: Swissmedic wird beauftragt zu prüfen, ob eine Geschlechterspezialistin, ein Geschlechterspezialist als ausserordentliches Mitglied im Expertengremium, *Human Medicines Expert Committee* (HMEC), Einsitz nehmen sollte. Die Mitglieder des HMEC Gremiums beraten Swissmedic bei der wissenschaftlichen Bewertung der Dokumentationen im Rahmen der Begutachtung von Zulassungsgesuchen. So könnten in künftigen HMEC-Empfehlungen und Swissmedic Zulassungsentscheiden Aspekte des biologischen Geschlechts allenfalls besser berücksichtigt werden.

Massnahme 1.4: Swissmedic wird beauftragt zu prüfen, ob bei den internen Leitlinien konkrete Arbeitsanweisungen zur Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in der klinischen Beurteilung (*Clinical Assessment*) von Arzneimitteln ergänzt werden können.

Trotz der vom Bund geleisteten Beiträge ist der Handlungsbedarf so gross, dass der Bundesrat weitere Akteure ermutigt, sich in dieses Handlungsfeld einzubringen.

Empfehlung 1.1: Den für die Förderung von Forschung und Innovation zuständigen Institutionen wird empfohlen, Leitlinien zur Umsetzung von geschlechtersensibler Forschung zu erstellen oder zu überarbeiten und sich dabei an bereits bestehende gute Praxis anzulehnen (beispielsweise Leitbild des SNF für die Gleichstellung von Frau und Mann oder dessen Förderinstrument SPIRIT).

Empfehlung 1.2: Der Bundesrat empfiehlt die *Swiss clinical trial organisation* (SCTO), die Thematik der geschlechtersensiblen Forschung in den für klinischen Forschende obligatorischen *Good Clinical Practice*-Kurse (GCP) aufzunehmen.

Empfehlung 1.3: Innosuisse wird empfohlen, gegen den männlichen Bias bei medizinischen Produkten vorzugehen, zum Beispiel mit der Entwicklung von für Frauen geeignete Prothesen und Hilfsmittel.

Empfehlung 1.4: Allen medizinischen Fachgesellschaften wird empfohlen, bei der Erarbeitung von klinischen Leitlinien biologische und soziale Geschlechteraspekte zu berücksichtigen. Dies gilt einerseits für den Bereich der Behandlung, andererseits auch für die Bereiche Erkennung und Diagnostik sowie Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung.

4.2 Gesundheitsförderung und Prävention

4.2.1 Erkenntnisse aus der inter-/nationalen Forschung

Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sind bei Frauen und Männern nicht immer gleich wirksam, da es einerseits geschlechterspezifische biologische Unterschiede in der Entstehung und im Verlauf von Krankheiten gibt und sich andererseits soziale Unterschiede in den Geschlechterrollen auf den Lebensstil und das Gesundheitsverhalten auswirken.

Im Fokus der Gesundheitsförderung und Prävention stehen die Verringerung von veränderbaren Risikofaktoren und die Stärkung von Schutzfaktoren. Auch bei diesen finden sich Geschlechterunterschiede (z. B. Ernährungsverhalten in Bezug auf vorherrschende Körperideale, Suchtverhalten) wieder. Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen, welche das Geschlecht nicht berücksichtigen, können somit unterschiedliche Wirkungen bei Frauen und Männer zeigen – wobei je nach Ausgestaltung Männer oder Frauen schlechter von Angeboten profitieren können.

In der Prävention und Gesundheitsförderung sind somit Massnahmen zielführend, die geschlechterspezifische Verhaltensweisen und Lebensstile berücksichtigen. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass geschlechterspezifische Verhaltensweisen und Lebensstile selbst ebenfalls veränderbar sind und mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen (sog. gendertransformative Massnahmen) auch verändert werden sollen.

In der Schweiz sind sich die Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention bewusst, dass das Geschlecht Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und damit den Gesundheitszustand hat. Daten zu Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten werden nach Geschlecht ausgewertet und nationale Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien nehmen Bezug auf das Geschlecht. So beispielsweise die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) 2017-2024, die unter anderem das Ziel der «Verbesserung der Chancengerechtigkeit[17] beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention» verfolgt. Zudem bestehen Leitlinien und Beispiele guter Praxis für den Einbezug von Geschlechteraspekten.

Eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung und Prävention sieht sich jedoch vor der Herausforderung – neben Geschlechteraspekten – zahlreiche weitere sozio-demographische Einflussfaktoren berücksichtigen zu müssen (Lebensphasen, Herkunft, Bildung, Einkommen etc.). Gemäss Expertinnen und Experten ist dabei der Einbezug von Geschlechteraspekten in Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen in den letzten Jahren in den Hintergrund geraten, und Geschlechteraspekte werden gegenwärtig nicht genügend systematisch einbezogen.

Im Bereich der geschlechtersensiblen Gesundheitsförderung und Prävention bestehen zudem grosse Forschungslücken hinsichtlich der Wirksamkeit von Massnahmen. Mit der bereits erwähnten Lancierung des Nationalen Forschungsprogrammes (NFP) 83 «Gendermedizin und -gesundheit» hat der Bundesrat bereits eine Massnahme umgesetzt, die das Potenzial hat, geschlechtersensible Forschung auch in diesem Bereich zu fördern.

4.2.2 Handlungsbedarf

Das oben genannte NFP 83 wird voraussichtlich einen Beitrag leisten, um dem Forschungsbedarf in der geschlechtersensiblen Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung zu be-

[17] 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. (BAG, GDK, GFCH, 2016)

gegnen. Trotzdem braucht es weitere Bestrebungen zur Erweiterung der Wissensbasis bezüglich wirkungsvoller geschlechtersensibler Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen einerseits und andererseits bezüglich Massnahmen, die geschlechterspezifischen Verhaltensweisen und Lebensstile aktiv verändern sollen. Der Bundesrat ist sich zudem der Notwendigkeit bewusst, dass im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention geschlechterspezifische Unterschiede wieder systematischer in den Fokus genommen werden müssen. Er weist jedoch darauf hin, dass hier zahlreiche weitere Akteure mit in der Verantwortung stehen.

4.2.3 Massnahme in der Zuständigkeit der Bundesstellen

Massnahme 2.1: Um das soziale und biologische Geschlecht in den Präventionsstrategien und -massnahmen verstärkt zu berücksichtigen, wird das BAG beauftragt zu prüfen, wie Geschlechteraspekte in den Massnahmen der Strategie Prävention nicht-übertragbare Krankheiten sowie der Suchtstrategie besser berücksichtigt werden können.[18]

Trotz der vom Bund geleisteten Beiträge bleibt der Handlungsbedarf im Präventionsbereich gross. Der Bundesrat ermutigt daher weitere Akteure, sich in dieses Handlungsfeld einzubringen.

Empfehlung 2.1: Den Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung wird empfohlen, die Umsetzung von geschlechtersensiblen und/oder geschlechtertransformativen Kampagnen, Massnahmen, Angeboten oder Projekten zu fördern:

- durch die Einführung entsprechender Richtlinien (die z. B. für den Erhalt der Finanzierung eines Projekts/Programms eingehalten werden müssen);
- durch Sicherstellung der konsequenten Umsetzung bereits bestehender Richtlinien;
- durch die Priorisierung von Massnahmen und Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung, die geschlechterspezifische Risiken berücksichtigen (insbesondere intersektionale Angebote);
- durch Bereitstellung von Schulungen und Beratungsangeboten zur Umsetzung solcher Massnahmen.

[18] Der Bereich der übertragbaren Krankheiten wurde aus dem Forschungsbericht ausgeklammert, da die priorisierten Herausforderungen in den Bereich der nicht übertragbaren Krankheiten fallen (s. fünf ausgewählte exemplarische Krankheitsbilder). Eine Übertragung auf den Bereich der übertragbaren Krankheiten ist jedoch denkbar.

4.3 Erkennung und Diagnostik

4.3.1 Erkenntnisse aus der inter-/nationalen Forschung

Die Unterrepräsentation des weiblichen Geschlechts in der medizinischen Forschung und der mangelnde Übertrag gewonnenen Wissens in die Praxis hat zur Folge, dass bestimmte – selbst häufige – Krankheiten bei Frauen später als bei Männern oder gar nicht diagnostiziert werden. Am Beispiel des Myokardinfarkts und der Demenz kann die Auswirkung fehlender oder ungenügend angewendeter geschlechtersensitiver Diagnostikmethoden aufgezeigt werden. Die Diagnosemethoden (z. B. für Demenz) sind häufig auf Männer ausgerichtet, und gleichzeitig wird zu wenig über frauenspezifische Symptome von Erkrankungen (z. B. Myokardinfarkt) geforscht.

So existieren im Bereich der kardiovaskulären Gesundheit erhebliche Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern in Bezug auf die diagnostische Genauigkeit von Tests. Obwohl sich die Prognose von Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten durch grosse diagnostische und therapeutische Fortschritte deutlich verbessert hat, haben Frauen von diesen Entwicklungen weniger profitiert als Männer. Es vergeht immer noch mehr Zeit, um den Myokardinfarkt bei einer Frau als bei einem Mann zu diagnostizieren, und Frauen mit Schmerzen in der Brust werden 2,5-mal seltener an die Kardiologie überwiesen als Männer. Ein Faktor unter mehreren[19] ist dabei, dass Frauen häufiger eine grössere Variation von Symptomen und vermeintlich atypische Symptome aufweisen, weshalb nicht geschlechtersensitive Diagnostikmethoden an ihre Grenzen stossen. Hinzu kommt, dass der Myokardinfarkt bis heute fälschlicherweise als eine männlich konnotierte Krankheit darstellt wird, also als Männerkrankheit gilt. Dies obwohl diese Erkrankung auch bei Frauen die häufigste Todesursache darstellt. Eine ähnliche Situation ist bei der Diagnose Demenz zu beobachten. Im Allgemeinen schneiden Frauen über die ganze Lebesspanne gesehen bei Tests, die das verbale Gedächtnis (Memory Tests) messen, besser ab als Männer. Da die verbale Gedächtnisfähigkeit bei der Diagnosestellung von Demenz relevant ist, führen nicht geschlechtersensitive Test zu verspäteten Diagnosestellung oder Nichterkennung von Demenz bei Frauen. Hinzu kommt, dass Expertinnen und Experten berichten, dass subjektive Gedächtnisstörungen bei Frauen im Alter von Mitte bis Ende 50 oftmals voreilig als Burnout oder Menopause-Symptome abgetan werden, was ebenfalls zu einer verzögerten Diagnosestellung beitragen kann.

Viele frauenspezifische Krankheiten oder Krankheiten mit überdurchschnittlich hohen Prävalenzen unter Frauen sind sowohl beim Gesundheitspersonal als auch in der Öffentlichkeit bislang zu wenig bekannt und werden daher nicht genügend erkannt, was sich am Beispiel der Endometriose aufzeigen lässt. Endometriose wird in der Schweiz höchstwahrscheinlich unterdiagnostiziert, und ihre Prävalenz könnte daher viel höher sein als angenommen. Laut den befragten Spezialisten vergehen in der Schweiz durchschnittlich 6 bis 9 Jahre bis zur Diagnose, was sich natürlich negativ auf den Krankheitsverlauf und das Wohlbefinden der betroffenen Frauen auswirkt.

Mit der Lancierung des Nationalen Forschungsprogramms (NFP) 83 «Gendermedizin und -gesundheit» hat der Bundesrat bereits eine bedeutende Massnahme umgesetzt, um geschlechtersensible Forschung im Bereich Medizin und Gesundheit zu fördern. Die am 12. Dezember 2023 publizierte Ausschreibung des NFP 83 ist so formuliert, dass Forschungsvorhaben unterstützt werden können, zu denen der Forschungsbericht relevante Forschungslücken

[19] Diese Faktoren sind laut des Forschungsberichts ungenügend erforscht, insbesondere auch die Auswirkungen von geschlechterstereotypen Vorannahmen auf die Prozesse in Erkennung und Diagnostik.

aufgezeigt hat[20], namentlich Forschung zur Verbesserung der Diagnostik von «Frauenkrankheiten» sowie des Wissens über frauenspezifische Symptome bei bestimmten Krankheiten.

Es zeigt sich jedoch auch, dass das vorhandene Wissen oft nicht ausreichend in die klinische Praxis integriert wird. Dies gilt teilweise selbst für Wissen, das seit Langem bekannt ist, wie das Beispiel des Myokardinfarkts gut aufzeigt. Der Forschungsbericht weist darauf hin, dass die Früherkennung und die Versorgung von Frauen in denjenigen Ländern besser sind, wo das Gesundheitswesen so strukturiert ist, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse strukturell und systematisch implementiert werden. Dies ist in der Schweiz oft nicht genügend gewährleistet.

Befragte Expertinnen und Experten beschreiben die vorhandenen frauenspezifischen und/oder geschlechtersensiblen Angebote im Bereich Sensibilisierung und Früherkennung zudem als oftmals personenabhängig und daher nicht nachhaltig gesichert. So können wichtige Angebote mit dem Stellenwechsel medizinischer Fach- und Lehrpersonen verschwinden oder unterbrochen werden, wenn das freiwillige Engagement nicht weitergeführt werden kann.

4.3.2 Handlungsbedarf

Frauen sollten die gleichen Chancen auf korrekte Diagnose und frühzeitige Erkennung von Erkrankungen haben wie Männer. Um der doppelten Problematik der (im Vergleich zu Männern) späten Erkennung bestimmter Krankheiten bei Frauen und der unzureichenden Erkennung von frauenspezifischen Krankheiten entgegenzuwirken, ist es zum einen notwendig, die Forschung zur Erkennung und besseren Diagnose von frauenspezifischen Krankheiten zu fördern. Andererseits braucht es eine evidenzbasierte Implementierung der Erkenntnisse in die Praxis und Sensibilisierung zu frauenspezifischen Symptomen bei bestimmten häufigen Krankheiten (z. B. Myokardinfarkt, Demenz) sowie zu Symptomen und Diagnoseverfahren bei typischen Frauenkrankheiten (z. B. Endometriose).

Geschlechtersensible Angebote zur Diagnostik müssen bereit- und sichergestellt werden. Um die Personenabhängigkeit dieser Angebote zu verringern, ist auf deren strukturelle Verankerung zu achten.

4.3.3 Empfehlung an Dritte

In diesem Problembereich verfügen die Bundesstellen nicht über die Kompetenz, Massnahmen umzusetzen. Der Bundesrat gibt jedoch folgende Empfehlung ab.

Empfehlung 3.1: Den betroffenen Fachgesellschaften und Berufsverbänden[21] wird empfohlen, die frauenspezifischen Herausforderungen bei der Erkennung und Diagnostik[22] in ihre Weiter- und Fortbildungsprogramme aufzunehmen.
Diese Empfehlung entspricht den Forderungen der Motion 22.3869 «Förderung von Forschung und Therapie für spezifische Frauenkrankheiten».

[20] Die vollständigen Empfehlungen zur Schliessung von Forschungslücken finden sich in der Tabelle im Anhang 1.
[21] Es handelt sich dabei um die medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände, die von den Krankheitsbildern Lungenkarzinom, Myokardinfarkt, Depression, Demenz oder Endometriose betroffen sind.
[22] Insbesondere die Problematik der (im Vergleich zu Männern) späten Erkennung bestimmter Krankheiten bei Frauen und der unzureichenden Erkennung frauenspezifischer Krankheiten.

4.4 Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung

4.4.1 Erkenntnisse aus der inter-/nationalen Forschung

Auch für den Bereich Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung gilt es, die Wirkung des Geschlechts auf soziale Normen, Rollen und Strukturen und damit den Zugang zu Leistungen zu berücksichtigen. So werden Frauen zum Beispiel seltener zu kardiologischen Rehabilitationsmassnahmen überwiesen, nehmen seltener an solchen Massnahmen teil und brechen sie häufiger ab. Trotz klarer und langjähriger Erkenntnisse aus der Praxis fehlt es an geschlechtersensiblen Forschungsdaten zu den Ursachen dieser Unterschiede und damit an einer Grundlage für die Entwicklung von datengestützten Programmen, die sowohl für Frauen geeignet als auch zugänglich sind.

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. Die aktuellen Statistiken der Schweiz zeigen entsprechend der höheren Lebenserwartung von Frauen und deren höheren Demenzrate eine starke Geschlechterkomponente im Bereich der Langzeitversorgung. Die Langzeitpflege berücksichtigt jedoch die biologischen und sozialen Geschlechteraspekte bei älteren Menschen oft nicht ausreichend. So haben Männer und Frauen beispielsweise unterschiedliche Bedürfnisse hinsichtlich der gewünschten Form der Langzeitpflege. Frauen leben üblicherweise länger und sind zudem oft jünger als ihre Partner, die in der Regel vor ihnen sterben. Sie leiden daher mehr unter Einsamkeit, was mit einer erhöhten psychischen Belastung einhergeht, während Männer im Alter mehr begleitet werden und länger zu Hause betreut werden können.

Die Beispiele Myokardinfarkt oder Demenz (insbesondere Alzheimer) zeigen, dass ein Bedarf an geschlechtersensibler Forschung im Bereich der Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitpflege besteht. Die Erkenntnisse aus der internationalen Forschung liefern einige Ansatzpunkte. Eine systematische Literaturanalyse wurde durchgeführt, um geschlechterspezifische Hindernisse für die Teilnahme an kardialen Rehabilitationen zu identifizieren. Zu den Barrieren auf Ebene der Patientinnen gehörten ein niedriger Bildungsstand, mehrere Erkrankungen (Komorbidität), fehlende Sprachkenntnisse, fehlende soziale Unterstützung und eine hohe Belastung durch familiäre Verpflichtungen.

In Bezug auf gewisse frauenspezifische Krankheiten fehlt es generell 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 (z. B. bzgl. Schmerzen, psychischer Belastung) und allgemein an psychologischer Betreuung (z. B. 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.

Mit der Lancierung des NFP 83 «Gendermedizin und -gesundheit» hat der Bundesrat bereits eine Massnahme umgesetzt, die das Potenzial hat, die Wirkung des sozialen und biologischen Geschlechts auf die Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung zu erforschen.

4.4.2 Handlungsbedarf

Im Bereich geschlechtersensible Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung besteht ein grosser Forschungsbedarf, der voraussichtlich durch das NFP 83 nicht genügend gedeckt werden kann. So sollte insbesondere im Rahmen der Versorgungsforschung erforscht werden, warum Frauen weniger häufig an Rehabilitationsprogrammen teilnehmen oder diese früher

verlassen und wie Rehabilitations-, Nachsorge- und Langzeitversorgungsangebote aufgebaut sein müssen, um sie speziell für Frauen zugänglicher zu machen. Bestehende Angebote müssen basierend auf diese Evidenzen geschlechtersensibel gestaltet und wo nötig neue spezifische Angebote geschaffen werden, namentlich in Bezug auf gewisse frauenspezifische Krankheiten, wie zum Beispiel Endometriose, oder Krankheiten mit überdurchschnittlichen Prävalenzen unter Frauen wie zum Beispiel Demenz.

Um den Handlungsbedarf zu decken ist der Beitrag zahlreicher Akteure gefragt. Die Bundesstellen können im Rahmen ihrer Zuständigkeiten folgende Massnahme umsetzen.

4.4.3 Massnahme in der Zuständigkeit der Bundesstellen

Massnahme 4.1: Das BAG wird beauftragt, die spezifischen Bedürfnisse von Frauen im Rahmen der Arbeiten der Nationalen Plattform Demenz ab 2025 zu berücksichtigen.

Der Handlungsbedarf im Bereich der Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitpflege ist nach wie vor gross. Der Bundesrat wendet sich daher mit folgender Empfehlung an Drittakteure:

Empfehlung 4.1: Allen Versorgungsstrukturen und Behandlungsanbietern in den Bereichen Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitpflege wird empfohlen zu prüfen, ob sie den spezifischen Bedürfnissen der Frauen und ihren Lebensumständen gerecht werden.

4.5 Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen

4.5.1 Erkenntnisse aus der inter-/nationalen Forschung

Der Bildungsbereich ist zentral für die Umsetzung einer besseren Berücksichtigung von biologischen und sozialen Geschlechteraspekten im Gesundheitsbereich. Bildung stellt ein Transversalthema dar, das auch für alle anderen diskutierten Themenbereiche von zentraler Bedeutung ist: Ohne entsprechenden Wissenstransfer und somit ohne die Bereitschaft aller Akteure, die Bildungsangebote weiterzuentwickeln, ist die angestrebte verbesserte Berücksichtigung von sozialen und biologischen Geschlechteraspekten im Gesundheitswesen nicht zu erreichen. Eine Integration dieser Aspekte in Aus-, Weiter- und Fortbildungen trägt somit nachweislich zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten unter den Geschlechtern bei.

Die Bildungslandschaft der Berufe im Gesundheitswesen ist sehr komplex, und die Verantwortlichkeiten bei zahlreichen spezifischen Akteuren wie auch die erforderlichen Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen sind sehr unterschiedlich. Die gesetzlichen Grundlagen unterscheiden zwischen den universitären Medizinalberufen[23] (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11), den Psychologieberufen[24] (Psychologieberufegesetz PsyG; SR 935.81), den Gesundheitsberufen[25] (Gesundheitsberufegesetz GesBG; SR 811.21) und den Berufen der allgemeinen Berufsbildung (Berufsbildungsgesetz BBG, SR 412.10). Wobei das BBG vor allem im Bereich der Pflege von Bedeutung ist.

[23] Als universitäre Medizinalberufe gelten: Ärztin und Arzt; Zahnärztin und Zahnarzt; Chiropraktorin und Chiropraktor; Apothekerin und Apotheker; Tierärztin und Tierarzt.
[24] In folgenden Fachgebieten der Psychologie können eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden: Psychotherapie; Kinder- und Jugendpsychologie; klinische Psychologie; Neuropsychologie; Gesundheitspsychologie.
[25] Als Gesundheitsberufe nach diesem Gesetz (Gesundheitsberufe) gelten: Pflegefachfrau und Pflegefachmann; Physiotherapeutin und Physiotherapeut; Ergotherapeutin und Ergotherapeut; Hebamme; Ernährungsberaterin und Ernährungsberater; Optometristin und Optometrist; Osteopathin und Osteopath.

Ein Teil der in den oben genannten Gesetzen geregelten Berufe ist für die fünf ausgewählten exemplarischen Krankheitsbilder (Myokardinfarkt, Lungenkarzinom, Depression, Demenz, Endometriose) relevant. Aussagen darüber, welche konkreten Inhalte zur besseren Berücksichtigung der Geschlechteraspekte abgedeckt sein sollten, sind abhängig von den Kompetenzen der jeweiligen Berufe und können daher nur oberflächlich gemacht werden. Generell sollte die Relevanz von biologischem und sozialem Geschlecht in den Lehrplänen strukturell verankert sein, aber auch Massnahmen ergriffen werden, damit die Lehrpläne entsprechend umgesetzt werden können (Schulung/Sensibilisierung Lehrpersonen/Dozierende, Bereitstellen von Literatur/Lehrmaterial etc.).

Wissen über biologische und soziale Geschlechteraspekte wird heute im Schweizer Bildungswesen nur punktuell vermittelt. Zwar werden Anstrengungen unternommen[26], um diese Aspekte in den Richtlinien und Lehrplänen der Aus-, Weiter- und Fortbildungsgänge der medizinalen Bildung[27] und – in geringerem Masse – der Physiotherapie, Ergotherapie und Krankenpflege zu verankern. In vielen anderen im PsyG und GesBG geregelten Berufen sind hingegen nur wenige entsprechende Massnahmen zu beobachten, insbesondere im Bereich der Weiter- und Fortbildung. Es fehlt somit insbesondere eine Übersicht zur Situation in den Bildungslehrgängen für diejenigen Berufe, die im Rahmen des MedBG, des PsyG, des GesBG und des BBG geregelt sind. Ausserdem fehlt es derzeit an einer systematischen Übersicht zur Umsetzung dieser Lehrpläne und auch generell an Prozessen, mit denen die Umsetzung bestehender Richtlinien bewertet werden könnte.

In Bezug auf die Weiter- und Fortbildungen der universitären Medizinalberufe müsste der Handlungsbedarf genauer eruiert werden – im Rahmen der Erarbeitung des Forschungsberichtes war es nicht möglich, eine umfassende Bestandsaufnahme zu machen. Eine systematische Integration von Geschlechteraspekten in die Fort- und Weiterbildung liegt in der Verantwortung der einzelnen «verantwortlichen Organisationen» sowie der angeschlossenen Fachgesellschaften, welche über die inhaltliche Ausrichtung der Fort- und Weiterbildungen bestimmen. Zudem sind Angebote zur Berücksichtigung der Geschlechteraspekte im Bereich der Fortbildung nicht in ihrer Gesamtheit obligatorisch, bzw. nicht alle Angebote müssen obligatorisch besucht werden. Die Fortbildung ist insgesamt viel weniger geregelt als die Aus- und Weiterbildung und kann somit nie alle praktizierenden Ärztinnen und Ärzte erreichen. Die gesetzliche Grundlage für eine einheitliche Fortbildung fehlt und damit auch der Ort, an dem man solche Anliegen wie Geschlechteraspekte verankern könnte.

4.5.2 Handlungsbedarf

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass der Aufbau eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems nicht ohne die Bereitschaft aller Akteure, in der Berufsbildung im Gesundheitswesen (im Sinne der Gesetze MedBG, PsyG, GesBG und BBG) die Bildungsangebote weiterzuentwickeln, erfolgen kann.

Um fehlendes Wissen zum Stand der Integration von biologischen und sozialen Geschlechteraspekten in den Bildungslehrgängen der Psychologieberufen (PsyG) sowie der Gesund-

[26] Zum Beispiel befassen sich im Rahmen des nationalen, von swissuniversities geförderten, Integrationsprojekts «Sex and Gender Integration in the Swiss Medical Curriculum» 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. 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.

[27] Es ist anzumerken, dass dieses Kapitel einen medizinischen Bias aufweist. Es war nicht möglich eine umfassende Situationsanalyse zu allen existierenden Lehrangebote im Bereich Gendermedizin und Gesundheit vorzunehmen.

heitsberufe nach GesBG und BBG zu beheben, wäre ein Überblick zu existierenden Bestrebungen auf nationaler oder institutioneller Ebene (z. B. Leitlinien) für geschlechtersensible Lehre in Bildungslehrgängen der obengenannten Berufe nötig.

Das fehlende Wissen um die systematische Integration von biologischen und sozialen Geschlechteraspekten in die medizinische Bildung ist ebenfalls ein Problem. Deshalb wäre auch ein Überblick zu aktuellen geschlechtersensiblen Bildungsangeboten in den medizinischen Bildungslehrgängen notwendig.

Neben der Erarbeitung einer Strategie für die systematische Integration von biologischen und sozialen Geschlechteraspekten über den gesamten medizinischen Werdegang hinweg (Studium, Weiter- und Fortbildung) ist auch die Etablierung von Prozessen zur Überprüfung der Umsetzung bestehender Leitlinien im Bereich der Bildung notwendig.

Der Handlungsbedarf in diesem Bereich ist erheblich und liegt in der Verantwortung zahlreicher Akteure. Der Bund trägt im Rahmen seiner Kompetenzen dazu bei den Handlungsbedarf zu decken. Gemäss den drei oben erwähnten Gesetzen (MedBG, PsyG und GesBG) hat der Bund (BAG) Kompetenzen in Bezug auf die Qualitätsstandards der Aus- und/oder Weiterbildung für die in diesen Gesetzen geregelten Berufe. Nach dem Berufsbildungsgesetz (BBG) ist die Berufsbildung eine gemeinsame Aufgabe von Bund, Kantonen und Organisationen der Arbeitswelt. Die Inhalte der Lehrpläne für die berufliche Grundbildung und die höhere Berufsbildung werden von den nationalen Dachverbänden erarbeitet. Die Kantone sind für den Vollzug der Berufsbildung zuständig und der Bund (SBFI) für die Reglementierung. Der Bund handelt somit in diesem Bereich subsidiär, da die Branche die erforderlichen Qualifikationen ihrer zukünftigen Berufsleute definieren kann.

4.5.3 Massnahmen in der Zuständigkeit der Bundesstellen

Massnahme 5.1: Das BAG wird beauftragt, eine Bestandesaufnahme der Bildungsangebote zu biologischen und sozialen Geschlechteraspekten in der Bildung für die Berufe nach Medizinalberufegesetz (MedBG) und je nach Bedarf auch in der Bildung für die Berufe nach Psychologieberufegesetz (PsyG) und Gesundheitsberufegesetz (GesBG) vorzunehmen, um allfällige diesbezügliche Lücken zu identifizieren.

Je nach Ergebnis dieser Bestandesaufnahmen wird das BAG, die an der Bildung für die Berufe nach MedBG, PsyG und GesBG beteiligten Bildungsinstitutionen und Fachgesellschaften, für eine bessere Berücksichtigung von biologischen und sozialen Geschlechteraspekten in den jeweiligen Ausbildungen sensibilisieren.

Massnahme 5.2: Das SBFI wird beauftragt, die biologischen und sozialen Geschlechteraspekte in den Angeboten der beruflichen Grundbildung und der höheren Berufsbildung im Gesundheitsbereich zu evaluieren, um allfällige diesbezügliche Lücken zu identifizieren.

Je nach Ergebnis dieser Evaluation, wird das SBFI die für die Inhalte der beruflichen Grundbildung und höheren Berufsbildung zuständigen Stellen für eine bessere Berücksichtigung von biologischen und sozialen Geschlechteraspekten sensibilisieren.

Massnahme 5.3: Das BAG wird beauftragt zu prüfen, ob die Berücksichtigung von biologischen und sozialen Geschlechteraspekten im Rahmen der Evaluation des Medizinalberufegesetzes (MedBG) Betrachtung finden kann.

Massnahme 5.4: Im Rahmen einer zukünftigen Revision der Akkreditierungsverordnung zum Psychologieberufegesetz (PsyG) wird das BAG beauftrag, die Notwendigkeit und die Möglichkeit einer Ergänzung der Qualitätsstandards zu prüfen, damit soziale und biologische Geschlechteraspekte stärker in den Weiterbildungen nach PsyG berücksichtigt werden können.

4.6 Arbeitswelt Gesundheitswesen (Gleichstellung und Diskriminierung)

4.6.1 Erkenntnisse aus der inter-/nationalen Forschung

Die in diesem Postulatsbericht angesprochenen Probleme im Bereich Berücksichtigung von sozialen und biologischen Geschlechteraspekten können nicht unabhängig vom Arbeitsumfeld der Berufsgruppen im Gesundheitssektor betrachtet werden. Die Gleichstellung der Geschlechter hat einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt und damit auch auf die Gesundheit des Gesundheitspersonals. Umgekehrt beeinträchtigt das Fortbestehen von Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern im Gesundheitswesen die Motivation und Produktivität des Gesundheitspersonals und die Qualität der Gesundheitsversorgung. Zudem ist davon auszugehen, dass frauenspezifische Bedürfnisse in der medizinischen Forschung und Gesundheitsversorgung eher berücksichtigt und verankert werden, wenn Frauen in allen Arbeitsbereichen des Gesundheitswesens und Hierarchiestufen mitarbeiten und mitentscheiden.

Der Gesundheitssektor weist sowohl weltweit als auch in der Schweiz eine berufliche und hierarchische bzw. vertikale Geschlechtertrennung auf. Aufgrund der anhaltenden Wirkung traditioneller Geschlechterrollen herrscht immer noch die geschlechterspezifische Arbeitsteilung «Cure versus Care» vor. Die Pflege (*Care*) und somit die Pflegeberufe werden immer noch als Domäne der Frauen angesehen, während die Heilung (*Cure*) verstärkt den Männern und der Ärzteschaft zugeordnet wird, namentlich in medizinischen Bereichen mit hohem Prestige und in Leitungspositionen. Anzumerken ist, dass in der Schweiz das Pflegepersonal zwar überwiegend weiblich ist (2018 waren 83 % des Pflegepersonals in Krankenhäusern und 86 % in Pflegeheimen Frauen), dass aber seit 2005 eine Feminisierung im Bereich der Medizin zu beobachten ist. Im Jahr 2008 waren 59 % der Personen, die ein eidgenössisches Diplom in Humanmedizin erwarben, Frauen. Trotz dieser Feminisierungstendenz ist jedoch bei den Hauptfachgebieten der berufstätigen Ärzteschaft weiterhin eine *Care-and-Cure*-Geschlechterdifferenz auszumachen: In der Kinder- und Jugendmedizin war beispielsweise der Frauenanteil 2020 mit 65 Prozent deutlich höher als der Männeranteil. In der Kinderchirurgie war es jedoch genau umgekehrt: Hier waren 60 Prozent der praktizierenden Ärztinnen und Ärzten Männer und nur 40 Prozent Frauen. Auch im medizinischen Bereich wirken sich zudem Geschlechterstereotype auf den beruflichen Werdegang von Frauen aus. Weiter wird Männern eher Fachkompetenz oder Forschungstätigkeit zugeordnet, Frauen hingegen eher Attribute wie Fürsorglichkeit oder die Lehre. Frauen treten auch öfters aus dem Pflege- und Arztberuf aus und nennen neben einem gestiegenen Stresslevel durch den Fachkräftemangel und einer damit einhergehenden Verschlechterung der Gesundheit insbesondere die mangelhafte Vereinbarkeit von Beruf und Familienleben als wichtigen Grund. Der Gesundheitssektor ist diesbezüglich mit überdurchschnittlich hohen Arbeitspensen, unregelmässigen Arbeitszeiten, Schichtbetrieb und Notfallbereitschaften besonders gefordert, kompensierende Massnahmen beispielsweise im Bereich Arbeitsflexibilität zu ergreifen.

Im Rahmen der Umsetzung der 2. Etappe der von Volk und Ständen am 28. November 2023 angenommenen Pflegeinitiative (Art. 117*b* und Art. 197 Ziff. 13 BV) wird der Bundesrat 2025

dem Parlament verschiedene Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie der beruflichen Weiterentwicklung unterbreiten.

Ein weiteres, auch in der Schweiz beobachtetes Phänomen ist die sogenannte *Leaky Pipeline* oder die gläserne Decke: Obwohl Frauen ebenso Medizin studieren und Ärztinnen werden, ist der Anteil der Frauen umso kleiner, je höher die Hierarchieebene ist, insbesondere in den chirurgischen Disziplinen. Als Folge davon gibt es einen Mangel an weiblichen Vorbildern in Führungspositionen, was wiederum die *Leaky Pipeline* verstärkt. Das Phänomen der *Leaky Pipeline* ist in der Wissenschaft belegt, es fehlen jedoch detaillierte Daten dazu (z. B. Aufschlüsselung nach Fakultäten, Spitälern oder Abteilungen; Klärung der Ursachen etc.).

In der Schweiz haben mehrere Studien die sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz analysiert. Frauen sind im Gesundheits- und Sozialwesen im Vergleich zu anderen Branchen überdurchschnittlich von sexueller Belästigung betroffen. Die Übergriffe werden vor allem durch Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen sowie Patientinnen und Patienten verübt. Es wurden bereit Initiativen zur Bekämpfung der sexuellen Belästigung im Gesundheitswesen umgesetzt. In der Schweiz fehlt es jedoch an Daten und genaueren Untersuchungen zum Thema sexuelle Belästigung im Gesundheitswesen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit Betroffener.

4.6.2 Handlungsbedarf

Frauen in Gesundheitsberufen werden derzeit noch oft in mehrfacher Hinsicht gegenüber Männern benachteiligt: durch mangelnde Förderung, mangelnde Wertschätzung, tiefere Löhne und/oder durch sexuelle Belästigung und Gewalt.

Die Förderung der Geschlechtergleichstellung im Schweizer Gesundheitssystem, die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Frauen im Gesundheitswesen sind von zentraler Bedeutung. Die Massnahmen zur Verbesserung der beruflichen Situation von Frauen im Gesundheitssektor liegen jedoch weitgehend ausserhalb der Kompetenz der Bundesstellen. Um die Untervertretung von Frauen in Führungspositionen (*Leaky Pipeline*) zu bekämpfen, müssen auch Instrumente zur Frauenförderung unterstützt werden, was sowohl den Gesundheitsfachfrauen als auch den Patientinnen zugutekommen wird. Ausserdem muss das Phänomen der *Leaky Pipeline* besser untersucht werden, da es noch an Wissen und Daten zu diesem Thema mangelt.

Schliesslich muss die Problematik der sexuellen Belästigung im Gesundheitssektor vermehrt untersucht werden, da zu wenige Daten zu diesem Phänomen und seinen Folgen für die Gesundheit der Betroffenen vorliegen. Es braucht eine Sensibilisierung und Schulung des Gesundheitspersonals sowie Inspektionen am Arbeitsplatz.

Dieser Handlungsbedarf ist breit gefächert und liegt in der Verantwortung verschiedener Akteure. Der Bund ist bereit, sich im Rahmen seiner Kompetenzen mit den nachfolgend beschriebenen Massnahmen zu engagieren.

4.6.3 Massnahmen in der Zuständigkeit der Bundesstellen

Massnahme 6.1: Das EBG und das SECO werden beauftragt, die bestehenden Sensibilisierungsbroschüren für Arbeitnehmende und Arbeitgebende zur Bekämpfung von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz zu aktualisieren und zu ergänzen.

Massnahme 6.2: Das SECO wird beauftragt zu prüfen, ob auf Grund verfügbarer Daten spezifische Massnahmen gegen sexuelle Belästigung im Gesundheitswesen angezeigt sind und mit den Branchenlösungen umgesetzt werden sollen.

4.7 Schlussfolgerungen

Der vorliegende Bericht zeigt auf, dass in den Bereichen der Prävention, Erkennung und Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Langzeitversorgung sowie in den Querschnittsthemen Forschung, Bildung und Arbeitswelt Handlungsbedarf besteht, um der Benachteiligung von Frauen in der Gesundheitsversorgung und im Gesundheitswesen entgegen zu wirken.

Um die spezifischen Bedürfnisse von Frauen im Gesundheitswesen besser zu berücksichtigen, sind somit verschiedene Bundesstellen beauftragt, die in diesem Bericht beschriebenen Massnahmen umzusetzen (siehe auch untenstehende Tabelle für einen Überblick über die Massnahmen der Bundestellen). Ein Gesundheitssystem, das die Gleichstellung der Geschlechter fördert, benötigt das Engagement und den Beitrag zahlreicher und unterschiedlicher Akteure: neben den Bundesstellen beispielsweise Forschungs- und Bildungseinrichtungen, wissenschaftliche Akademien, Forschungsförderungsinstitutionen, medizinische Fachgesellschaften, Berufsverbände, Institutionen der Gesundheitsförderung und -prävention, Leistungserbringer oder kantonale Behörden.

Damit im Schweizer Gesundheitssystem künftig frauenspezifischen Bedürfnissen besser Rechnung getragen werden, muss Geschlechtergerechtigkeit als integraler Bestandteil des Gesundheitssystems verstanden werden. Damit verbunden ist eine Qualitätsverbesserung für alle, nicht nur für die Frauen. Dabei drängt sich eine den vorgängig aufgeführten Massnahmen zugrundeliegende Doppelstrategie auf: Erstens den Aufbau spezialisierter Kompetenzen zu «Gendermedizin und -gesundheit» in der Forschung und im Gesundheitswesen; und zweitens die vollumfängliche Integration und Normalisierung der Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in der Forschung, Versorgung und Prävention im Schweizer Gesundheitssystem und in allen Berufen der Gesundheit. Gleichzeitig wird in einigen Bereichen tatsächlich ein Aufbau frauenspezifischer Massnahmen und Angebote benötigt.

Neben einer konsequenteren Berücksichtigung von biologischem Geschlecht soll ein besonderes Augenmerk auch auf die bisher im Gesundheitsbereich zu wenig beachteten sozialen Aspekte von Geschlecht gerichtet werden. Um neben medizinisch-naturwissenschaftlichem Wissen vermehrt auch Erkenntnisse aus den Sozialwissenschaften, der Psychiatrie und Psychologie, der Philosophie, der Ökonomie sowie aus interdisziplinären Fachbereichen wie den Gender Studies oder Public Health einzubeziehen, sollten spezialisierte Kompetenzstellen (z. B. Professuren, Zentren, spezialisierte Angebote) explizit interdisziplinär und interprofessionell aufgestellt werden.

Auch der Mangel an systematisch erstellten geschlechtersensiblen Leitlinien oder zumindest die mangelnde Umsetzung bestehender Leitlinien wurde hervorgehoben. Deshalb kommt der Erarbeitung und Umsetzung von Prozessen zur regelmässigen Überprüfung und Durchsetzung existierender Leitlinien eine zentrale Rolle zu.

Darüber hinaus wurde festgestellt, dass belegtes Wissen im Bereich Gendermedizin und -gesundheit oftmals wenig Eingang in die Praxis findet, zum Beispiel in der Diagnostik und Behandlung. Hier besteht Forschungsbedarf zu den Hindernissen bei der Übersetzung existierenden Wissens in die Praxis, um Prozesse zu er- oder überarbeiten, um diese Lücke zwischen Wissen und Praxis zu schliessen.

Wie bereits mehrfach erwähnt, wurde in diesem Bericht nach Hauptproblembereichen priorisiert. Die Handlungsfelder, in denen die Bedürfnisse und Eigenheiten der Frauen in ihren spezifischen Lebenslagen und Lebensphasen besser berücksichtigt werden müssen, sind jedoch zahlreicher als die in diesem Bericht genannten. Ebenso bieten weitere bereichsspezifische Gesetzgebungen des BAG Regulierungsmöglichkeiten, die im Rahmen dieses Berichts nicht vertieft werden konnten. Schliesslich ist es notwendig, die Entwicklung der in diesem Bericht

getroffenen Massnahmen zu verfolgen. Deshalb werden folgende zwei übergeordnete Massnahmen formuliert:

Massnahme 7.1: Das BAG gewährleistet die Berücksichtigung von Geschlechteraspekten bei Revisionen von bereichsspezifischen Gesetzgebungen in seiner Zuständigkeit.

Die Bundesstellen sind beauftragt im Rahmen ihrer Zuständigkeiten die obenstehenden Massnahmen bis Ende 2029 umzusetzen, damit künftig frauenspezifischen Bedürfnissen im Gesundheitswesen besser Rechnung getragen werden.

Massnahme 7.2: Das BAG wird beauftragt, bis 2029 einen Bericht über die Fortschritte bei der Umsetzung der in diesem Bericht festgelegten Massnahmen zu erstellen.

Der Bundesrat wird zudem auf Basis der Ergebnisse des oben genannten Nationalen Forschungsprogramms NFP 83 «Gendermedizin und -gesundheit» zu gegebener Zeit weitere Massnahmen und Empfehlungen vorschlagen.

Folgende Tabelle bietet einen Überblick über die Gesamtheit der Massnahmen, die der Bundesrat den Bundesstellen in Auftrag gibt:

Forschung, Medikamentenentwicklung und Behandlung		**Zuständigkeit**
Männlicher Bias in der Forschung und dessen negativen Auswirkungen in der Behandlung der Frauen inkl. die Vernachlässigung von frauenspezifischen Krankheiten und fehlende Daten zur Wirtschaftlichkeit geschlechterspezifischer Behandlungen		
Handlungsbedarf: - Verbesserung der Behandlung von Frauen im Bereich der Gesundheitsversorgung in der Schweiz; - Schliessen von Wissens- und Datenlücken durch geschlechtersensible Forschung und Datengenerierung; - Förderung der Entwicklung von für Frauen geeignete Behandlungen.	**Massnahme 1.1**: Die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) wird beauftragt, bei der Durchführung von Programmen und der Unterstützung von Projekten zur Qualitätsentwicklung darauf zu achten, dass frauenspezifischen Bedürfnissen Rechnung getragen wird. Diese Massnahme leistet einen Beitrag zur Umsetzung des dritten Punktes der Motion 22.3869 «Förderung von Forschung und Therapie für spezifische Frauenkrankheiten» mit welchem die Festlegung eines entsprechenden Ziels für die Eidgenössische Qualitätskommission gefordert wird.	**EQK**
Männlicher Bias in der klinischen Forschung; mangelhafte Um- und Durchsetzung von Leitlinien		
Handlungsbedarf: - Schliessen der Datenlücken in internationalen Gremien; Schliessen der Forschungslücken in der nationalen Forschung; - Flankierende Massnahmen zur Erweiterung und Durchsetzung bestehender Leitlinien zu geschlechtersensibler klinischer Forschung.	**Massnahem 1.2**: Swissmedic wird beauftragt zu prüfen, ob Bedarf zur besseren Berücksichtigung geschlechtersensibler klinischer Forschung besteht. Gegebenenfalls reicht Swissmedic beim *International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use* (ICH) ein *new topic proposal* ein, um	**SMC**

	damit die Ausarbeitung eines diesbezüglich international/global gültigen Standards einzuleiten.	
	Massnahme 1.3: Swissmedic wird beauftragt zu prüfen, ob eine Geschlechtspezialistin, ein Geschlechtspezialist als ausserordentliches Mitglied im Expertengremium, *Human Medicines Expert Committee* (HMEC), Einsitz nehmen sollte. Die Mitglieder des HMEC Gremiums beraten Swissmedic bei der wissenschaftlichen Bewertung der Dokumentationen im Rahmen der Begutachtung von Zulassungsgesuchen. So könnten in künftigen HMEC-Empfehlungen und Swissmedic Zulassungsentscheiden Aspekte des biologischen Geschlechts allenfalls besser berücksichtigt werden.	**SMC**
	Massnahme 1.4: Swissmedic wird beauftragt zu prüfen, ob bei den internen Leitlinien konkrete Arbeitsanweisungen zur Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in der klinischen Beurteilung (*Clinical Assessment*) von Arzneimitteln ergänzt werden können.	**SMC**
Gesundheitsförderung und Prävention		
Mangel an geschlechtersensiblen Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen und Massnahmen, die geschlechterspezifische Verhaltensweisen und Lebensstile aktiv verändern sollen.		
Handlungsbedarf: Förderung der Integration und Normalisierung der Geschlechterperspektive in Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien und -massnahmen.	**Massnahme 2.1**: Um das soziale und biologische Geschlecht in den Präventionsstrategien und -massnahmen verstärkt zu berücksichtigen, wird das BAG beauftragt zu prüfen, wie Geschlechteraspekte in den Massnahmen der Strategie Prävention nichtübertragbare Krankheiten sowie der Suchtstrategie besser berücksichtigt werden können.	**BAG**
Erkennung und Diagnostik		
In diesem Problembereich verfügen die Bundestellen nicht über die Kompetenz, Massnahmen umzusetzen.		
Rehabilitation und Langzeitversorgung		
Mangel an geschlechtersensiblen Angeboten in den Bereichen Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung		

Handlungsbedarf: Evidenzbasierte Erarbeitung und Bereitstellung von für Frauen geeignete Rehabilitations-, Nachsorge- und Langezeitversorgungsangeboten.	**Massnahme 4.1**: Das BAG wird beauftragt, die spezifischen Bedürfnisse von Frauen im Rahmen der Arbeiten der Nationalen Plattform Demenz ab 2025 zu berücksichtigen.	**BAG**
Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachpersonen		
Fehlende Integration von Geschlechteraspekten in die medizinische Weiter- und Fortbildung (MedBG); fehlendes Wissen zum Stand der Integration von Geschlechteraspekten in den Ausbildungslehrgängen weiterer Gesundheitsberufe (PsyG und GesBG).		
Handlungsbedarf: - Schaffung eines Überblicks zu aktuellen geschlechtersensiblen Bildungsangeboten der Berufe im Gesundheitswesen (MedBG, PsyG, GesBG und BBG); - Stärkung der Integration von biologischen und sozialen Geschlechteraspekten über den gesamten Bildungsweg.	**Massnahme 5.1:** Das BAG wird beauftragt, eine Bestandesaufnahme des Bildungsangebots zu biologischen und sozialen Geschlechteraspekten in der Bildung für die Berufe nach Medizinalberufegesetz (MedBG) und je nach Bedarf auch in der Bildung für die Berufe nach Psychologieberufegesetz (PsyG) und Gesundheitsberufegesetz (GesBG) vorzunehmen, um allfällige diesbezügliche Lücken zu identifizieren. Je nach Ergebnis dieser Bestandesaufnahmen wird das BAG, die an der Bildung für die Berufe nach MedBG, PsyG und GesBG beteiligten Bildungsinstitutionen und Fachgesellschaften, für eine bessere Berücksichtigung von biologischen und sozialen Geschlechteraspekten in der jeweiligen Ausbildung sensibilisieren.	**BAG**
	Massnahme 5.2: Das SBFI wird beauftragt, die biologischen und sozialen Geschlechteraspekte in den Angeboten der beruflichen Grundbildung und der höheren Berufsbildung im Gesundheitsbereich zu evaluieren, um allfällige diesbezügliche Lücken zu identifizieren. Je nach Ergebnis dieser Evaluation, wird das SBFI die für die Inhalte der beruflichen Grundbildung und höheren Berufsbildung zuständigen Stellen für eine bessere Berücksichtigung von biologischen und sozialen Geschlechteraspekten sensibilisieren.	**SBFI**

	Massnahme 5.3: Das BAG wird beauftragt zu prüfen, ob die Berücksichtigung von biologischen und sozialen Geschlechteraspekten im Rahmen der Evaluation des Medizinalberufegesetzes (MedBG) Betrachtung finden kann.	**BAG**
	Massnahme 5.4: Im Rahmen einer zukünftigen Revision der Akkreditierungsverordnung zum Psychologieberufegesetz (PsyG) wird das BAG beauftragt, die Notwendigkeit und die Möglichkeit einer Ergänzung der Qualitätsstandards zu prüfen, damit biologische und soziale Geschlechteraspekte stärker in den Weiterbildungen nach PsyG berücksichtigt werden können.	**BAG**
Arbeitswelt Gesundheitswesen (Gleichstellung und Diskriminierung)		
Sexuelle Belästigung im Gesundheitsbereich		
Handlungsbedarf: Die sexuelle Belästigung im Gesundheitswesen muss bekämpft werden.	**Massnahme 6.1:** Das EBG und das SECO werden beauftragt, die bestehenden Sensibilisierungsbroschüren für Arbeitnehmende und Arbeitgebende zur Bekämpfung von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz zu aktualisieren und zu ergänzen.	**EBG/SECO**
	Massnahme 6.2: Das SECO wird beauftragt zu prüfen, ob auf Grund verfügbarer Daten spezifische Massnahmen gegen sexuelle Belästigung im Gesundheitswesen angezeigt sind und mit den Branchenlösungen umgesetzt werden sollen.	**SECO**
Übergeordnete Massnahmen		
Handlungsbedarf: - Stärken der Geschlechteraspekte in bereichspezifischen Gesetzgebungen; - Monitoring des Fortschritts im Bereich Gendermedizin und -gesundheit.	**Massnahme 7.1:** Das BAG gewährleistet die Berücksichtigung von Geschlechteraspekten bei Revisionen von bereichsspezifischen Gesetzgebungen in seiner Zuständigkeit.	**BAG**
	Massnahme 7.2: Das BAG wird beauftragt, bis 2029 einen Bericht über die Fortschritte bei der Umsetzung der in diesem Bericht festgelegten Massnahmen zu erstellen.	**BAG**

5 Anhänge

Anhang 1: Tabelle « Massnahmenvorschläge zur Schliessung von Forschungslücken»
Diese Massnahmenvorschläge stammen aus dem Forschungsbericht «Gesundheit der Frauen. Bessere Berücksichtigung ihrer Eigenheiten» des Interdisziplinären Zentrums für Geschlechterforschung (IZFG) der Universität Bern und der Berner Fachhochschule (BFH).

Handlungsfeld	Probleme	Massnahmevorschläge gemäss Grundlagebericht
Forschung, Medikamentenentwicklung und Behandlung	**Männlicher Bias in der Grundlagenforschung**	**1.1 Förderung geschlechtersensible Forschung im Bereich Gender Health/Medicine.** Dabei sind beide Geschlechterdimensionen, Sex und Gender, zu berücksichtigen.
		1.2 Systematische Untersuchung zur Frage, wo bereits Leitlinien für geschlechtersensible 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.
		1.8 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. (Interdisziplinäre Perspektive erforderlich.)
		1.9 Konkreter Forschungsbedarf in der biomedizinischen Grundlagenforschung und in der klinischen Forschung: Erforschung des tatsächlichen Einflusses des Zyklus/Östrus auf Forschungsresultate sowie der damit zu vergleichenden Variabilität bei männlichen Zellen/Tieren.
	Männlicher Bias in der klinischen Forschung	**2.4 Förderung von Forschung zu den Gründen, warum Frauen als beforschte Personen in der klinischen Forschung oftmals untervertreten sind.** (Interdisziplinäre Perspektive erforderlich.)
		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 Index versus Body Surface).
	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.**
	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. (Interdisziplinäre Perspektive erforderlich.)
	Fehlende Daten zur Wirtschaftlichkeit geschlechterspezifischer Behandlungen	**7.1 Forschung zur Wirtschaftlichkeit geschlechterspezifischer Behandlungen.**

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.
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 von 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.**
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	**2.7 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.**

Anhang 2: Tabelle « Massnahmenvorschläge an Bundesstellen und dritte Akteure»
Diese Massnahmenvorschläge stammen aus dem Forschungsbericht «Gesundheit der Frauen. Bessere Berücksichtigung ihrer Eigenheiten» des Interdisziplinären Zentrums für Geschlechterforschung (IZFG) der Universität Bern und der Berner Fachhochschule (BFH).

Handlungsfeld	Probleme	Massnahmevorschläge gemäss Grundlagebericht
Forschung, Medikamentenentwicklung und Behandlung	Männlicher Bias in der Grundlagenforschung	**1.1 Förderung geschlechtersensible Forschung im Bereich Gender Health/Medicine**
		1.2 Systematische Untersuchung zur Frage, wo bereits Leitlinien für geschlechtersensible Forschung (in Bezug auf die Forschungsinhalte) existieren.
		1.3 Basierend auf den Ergebnissen von 1.2 Er- oder Überarbeitung von Leitlinien für die Umsetzung geschlechtersensibler Forschung.
		1.4 Einführung der SAGER-Leitlinien (Sex and Gender Equity in Research) durch Stellen welche Publikationen finanzieren und publizieren.
		1.5 Evaluation der Berücksichtigung von Sex- und Genderaspekten in eingegebenen und/oder bewilligten Fördergesuchen im Bereich Gender Health/Medicine.
		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 Forschungsresultate 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 Expert Committee* (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; Eruierung von geeigneten Indikatoren für die Untersuchung von Geschlechterunterschieden.
		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.**

	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.**
		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.
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 von 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.

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 Langezeitpflegeangeboten** (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 nichtpflegerischen 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 Praktizierenden zum Thema von Geschlechteraspekten und somit auch der spezifischen Bedürfnisse von Frauen in den Bereichen Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitversorgung.
	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).
		3.1 Bestandesaufnahme existierender geschlechtersensiblen Lehrangebote in den medizinischen Weiter- und Fortbildungen.

	Fehlende Integration von Sex- und Genderaspekten in die medizinische Weiter- und Fortbildung	**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.
Arbeitswelt Gesundheitswesen (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 Care- und Cure-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).