

Geschlechterperspektive in der Medizin als Chance für die Gesundheitsversorgung

Johanna Zebisch
Fachreferentin Gender in Medizin und Pflege
johanna.zebisch@klinikum-muenchen.de

Geschlechterperspektive in der Medizin als Chance für die Gesundheitsversorgung

Warum kann die Beachtung von Geschlechtsaspekten das Gesundheitssystem verbessern?

- Brennpunkte im Gesundheitssystem und ihr Zusammenhang mit Geschlechtsaspekten
- Was ist zu tun?
- Zentrale Fragen an Politik, Selbstverwaltung, Wirtschaft, Forschung

Anforderungen an die Genderperspektive

- Nicht auf die eine Leitdifferenz Mann-Frau beschränken!
- Komplexe Betrachtung → auch Unterschiede innerhalb der Gruppen!
- Genderperspektive ist nur eine von mehreren möglichen „Brillen“
- Es müssen auch die andere „Brillen“ benutzt werden (Alter, soziale Lage etc)
- Gender ist ein vieldimensionales, komplexes Phänomen

→ Gendermedizin ist ein anspruchsvolles Konzept!

Brennpunkte

- Arzt-Patientenkommunikation, sprechende Medizin
- Zunahme der Volkskrankheiten
- Gesundheitsberichterstattung und Versorgungsforschung
- Gesundheitsökonomie – falsche Anreizsysteme
- Überwindung der Gesundheitssektoren
- Prävention und Gesundheitsförderung

Sprechende Medizin

Kommunikation und Versorgungsqualität

Gelingende Kommunikation: Basis für Diagnose und Therapie

- Richtige Diagnose kommt zu 75 % allein durch das Gespräch mit Patienten/Patientin zustande ¹⁾
- Etwa 30% medizinischer Fehler gehen auf Diagnosefehler zurück, erst danach folgen OP-Fehler und Medikationsfehler ²⁾
- Kommunikation ist ein wichtiger Faktor für Qualität in der medizinischen Versorgung (siehe z.B. „Das Arzt-Patient-Gespräch als Instrument der Qualitätssicherung“ ³⁾)
- Misslungene Kommunikation ist oft **Ursache für Fehldiagnosen, therapeutische Fehlentscheidungen, geringe Therapietreue**

¹⁾ Lown, B. (2002): Die verlorene Kunst des Heilens. Stuttgart: Schattauer; 117 ff.

²⁾ Gruppe um David Newman-Toker (Johns Hopkins University in Baltimore) wertete alle Entschädigungszahlungen für Behandlungsfehler in USA seit 1986 aus (BMJ Quality and Safety, online, zitiert nach SZ 23.04.13)

³⁾ Geisler, L.S. (2004): Das Arzt-Patient-Gespräch ..., Vortrag beim 2. Kongress „Qualitätssicherung in der ärztlichen Hand zum Wohle der Patienten“ am 26.Juni 2004 in Düsseldorf. Institut für Qualität im Gesundheitswesen NRW (IQN), www.linus-geisler.de/vortraege/0406arzt-patient-gespraeche_qualitaetssicherung.html

Sprechende Medizin

Risikofaktor Arzt-Patienten-Kommunikation

Schätzungen zu den Kosten von Missverständnissen zwischen Patienten-/innen und Ärzten/-innen für die Gesundheitssysteme:

- USA: 73 Milliarden Dollar jährlich
- Schweiz: etwa drei Prozent der Versichertenbeiträge

(Süddeutsche Zeitung, 26.08.2010)

Für Deutschland liegen keine entsprechenden Zahlen vor,
(geringe Therapietreue dürfte aber ein wichtiger Kostenfaktor sein)

→ Zeit in die Kommunikation zu investieren hilft Kosten sparen!

Sprechende Medizin

Ursachen der Missverständnisse – Genderrelevanz

Zuschreibungen

Eigen- und Fremdzuschreibungen

Geschlechterstereotype

Geschlechtsrollenkonzepte

Äußerungen und Verhalten werden durch Erwartungen anderer gelenkt

Geschlechtsassoziierte Kommunikationsstile

→ Einflüsse auf das Arzt-Patienten-Gespräch

Sprechende Medizin

Ärztinnen verordnen weniger Antibiotika

„Change-Studie“: *)

Ärzte/-innen interpretieren z.B. einen Arztbesuch bei Bronchitis als Wunsch nach einem Antibiotikum

Patient/-innen wollen nur abklären, ob der Husten etwas Ernsthaftes ist

*) Altiner, Attila u.a. (2007): Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 7/2007, 638-644.

Umfrage durch Robert-Koch-Institut (2010),
Häufigkeit von Antibiotikabehandlungen

Allgemeinmediziner und Fachärzte fast aller Fachrichtungen (je zur Hälfte Kliniker und Niedergelassene)

- 90% verordnen mindestens einmal pro Woche ein Antibiotikum
- 66% verschreiben diese täglich (69% Kliniker, 63% ambulant Tätige)
- **72% der männlichen Ärzte, aber nur 56% der Ärztinnen verordnen täglich ein Antibiotikum**

(*Infection* 2011; 39:289-297, zitiert nach *Ärzte-Zeitung* vom 10.10.2011)

Sprechende Medizin

Information und Kommunikation durch Ärztinnen

Studie Universitätsklinikum Basel*)

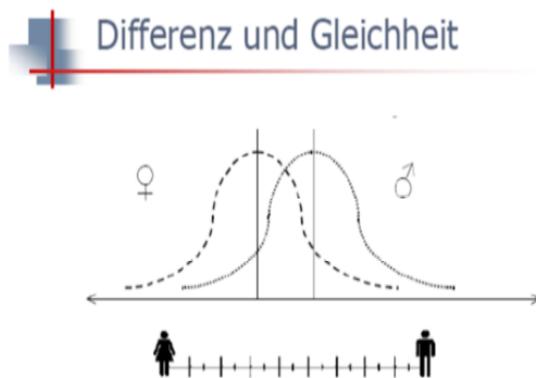
200 Video-Mitschnitte von Patientinnen-Gesprächen weiblicher und männlicher Gynäkologen:

- Ärztinnen fragten genauer als männliche Kollegen nach der Krankengeschichte
- gingen eher auf Ängste der Patientinnen ein
- besprachen die Diagnose genauer
- gingen ausführlicher auf das weitere Vorgehen ein

Folge: Patientinnen waren mit einer Gynäkologin zufriedener als mit männlichem Gynäkologen

Ausschlaggebend war aber nur **die Art der Gesprächsführung**
→ war bei Ärztinnen häufiger empathisch und dialogisch

*) Christen u.a. (2008): Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations. *Social Science & Medicine*, Vol. 66, Issue 7, April 2008, P. 1474-1483.



Volkskrankheiten

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Beachtung von Geschlechtsaspekten führte bereits zu Fortschritten bei der Diagnostik und Therapie koronarer Erkrankungen und kann die Rehabilitation verbessern und nachhaltiger gestalten
- Die nachfolgenden drei Referentinnen werden Sie darüber informieren

Volkskrankheiten

Zusammenhang Diabetes und Depression*)

Diabetes erhöht das Depressionsrisiko,
Depression erhöht das Diabetesrisiko

- Unter Depression schlechtere Stoffwechseleinstellung, Komplikationen, höhere Mortalität.
- Könnte besser beeinflusst werden, wenn Depression häufiger erkannt und behandelt würde.
- Genderrelevanz: Depression ist bei Männern häufiger unterdiagnostiziert.

Zusätzliches Risiko: Beide Erkrankungen begünstigen Demenz.

- Psychotherapeutische Begleitbehandlung könnte diesen Teufelskreis aufbrechen

*) Kristin Plack, Psychologin an der Universität Mainz, Vortrag beim Kongress Diabetologie grenzenlos, Feb. 2011 in München)

Versorgungsforschung - Gesundheitsberichterstattung

- Unter-/Über-/Fehlversorgung im Gesundheitswesen kann nur durch belastbare Versorgungsdaten festgestellt werden
- Zur Feststellung von Unterschieden in der Gesundheitsversorgung von Frauen und Männern sind geschlechtsdifferenzierte Daten erforderlich
- Qualitätsindikatoren entwickeln! Erst dann können
 - unterschiedliche Behandlungserfolge bei verschiedenen Patientengruppen festgestellt werden (Geschlecht, Alter, Versichertenstatus, soziale Lage etc.)
 - unterschiedliche Zufriedenheit von Patienten, Patientinnen, jungen oder alten Menschen festgestellt werden

Gesundheitsökonomie – Anreizsysteme

Diskussion: Kliniken operieren zu viel

Durch falsche Anreizsysteme werden Morbidität und Menge belohnt. Zunehmende Forderung, bei der Krankenhausfinanzierung die Qualität stärker zu berücksichtigen.

- Qualitätsorientierte Vergütung erfordert messbare Qualitätsindikatoren!
- Geschlechtsaspekte müssen in Qualitätsindikatoren einbezogen werden
- Patientenpräferenzen müssen geschlechtsdifferenziert in die Kosten-/Nutzenbewertung einbezogen werden, denn Frauen und Männer unterscheiden sich in ihren Präferenzen

Gesundheitssektoren

Blick auf geschlechtsspezifische Betroffenheit zeigt Sektorenprobleme noch deutlicher:

- Frauen geraten besonders oft zwischen fachliche Sektoren (gyn. Tumoren, Schilddrüsenerkrankungen, Autoimmunerkrankungen),
- Übergang Krankenhaus – ambulante Behandlung insbesondere für ältere Frauen sehr problematisch:
 - knapp 60% der über 80-jährigen Männer leben mit Partnerin zusammen
 - nur 10 % der über 80-jährigen Frauen leben mit Partner zusammen
- Männer sind in anderer Weise spezifisch betroffen (z.B. wird die Notwendigkeit psychotherapeutische Begleitbehandlung besonders häufig übersehen)

Prävention und Gesundheitsförderung

2 kategoriale Ebenen des Geschlechts beachten:

- Geschlecht als **analytische Kategorie** (erfordert geschlechtsdifferenzierte empirische Daten, z.B. Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen bei älteren Frauen schlechter als bei Männern gleichen Alters, ältere Frauen sind auch „Vorsorgemuffel“!)
- Geschlecht als **normative Kategorie** (Verhaltenserwartungen, Rollenzuschreibungen, Männer sind....., Frauen sollen....)

Präventionsansätze

Jüngere Männer, aber auch ältere Frauen sind für Prävention und Gesundheitsförderung schwerer erreichbar (analytische Ebene)

- Alters- und geschlechtsdifferenzierende Zugangswege und Methoden von Prävention erhöhen deren Akzeptanz → Lebensweltbezug (Verhältnisorientierung)

Männer müssen sich als „starker Mann“ beweisen → riskanter Lebensstil

- Rollenmuster infrage stellen → Multiples Rollenverständnis verbessert das Gesundheitsverhalten (Verhaltensorientierung)

Ziel: angemessene Medizin für alle

Es ist im Interesse aller zu sehen, wie und womit Frauen und Männer versorgt werden.

Gendermedizin orientiert sich ganz klar an beiden Geschlechtern.

Damit kann auch Benachteiligung von Männern aufgezeigt werden:

- Männern wird weniger präventive Aufmerksamkeit gewidmet,
- einige Krankheiten werden häufiger fehldiagnostiziert (z.B. Depression, Osteoporose, Multiple Sklerose),
- von einigen Krankheiten sind sie seltener betroffen, aber der Verlauf ist aggressiver (z.B. Lupus Erythemathodes oder Gallenblasenerkrankung)

Das diagnostische Instrumentarium wie auch das Spektrum der therapeutischen Optionen müssen

- den ***Unterschieden zwischen den Geschlechtern***
- und gleichzeitig der ***Vielfalt innerhalb der Geschlechter*** gerecht werden

→ **Eine anspruchsvolle, aber lohnende Aufgabe**

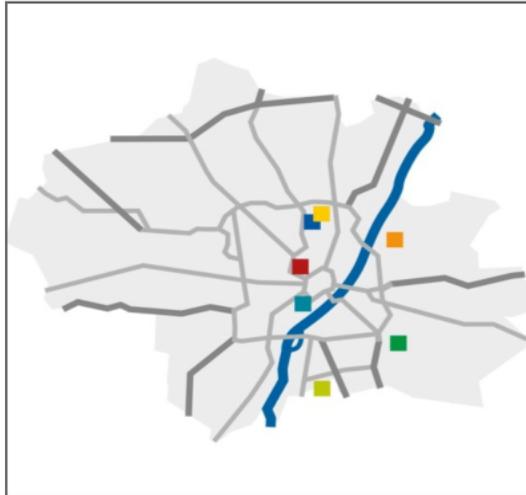
Was ist zu tun?

- Fallpauschalen-System behindert sprechende Medizin, → Anreizsysteme schaffen → Qualitätsorientierte Vergütung → Qualitätskriterien entwickeln
- Versorgungsforschung: unbedingt Geschlecht und Alter gemeinsam berücksichtigen, (geschlechtsdifferenzierte Altersgruppen!)
- Medizinische Forschung muss nach Geschlecht differenziert erfolgen
- Aufnahme von Geschlechtsaspekten in Behandlungsleitlinien
- Aufnahme der Gendermedizin in die Curricula der medizinischen Aus- und Weiterbildung, aus präventiven, prognostischen, diagnostischen und therapeutischen Gründen
- Teilweise differenzierte therapeutische Angebote schaffen
 - Frauenherz-Sprechstunde
 - Osteoporose-Sprechstunde für Männer (Osteoporose ist nicht nur eine Frauenkrankheit, wird deshalb bei Männern häufiger übersehen)
 - Niedrigschwellige Angebote für psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen, die sich ausdrücklich an Männer richten
 - Schmerz-Sprechstunden für Männer und Frauen anbieten
- Bei Reha-Maßnahmen mehr unterschiedliche Angebote für Frauen und Männer bereitstellen

Zentrale Fragen an Politik, Forschung und Versorgung

- Welche Aufgaben kommen auf Politik und Verwaltung zu, um differenzierende Prävention und Versorgung umzusetzen?
- Wie lässt sich die Versorgungsforschung verbessern, um geschlechtsdifferenzierte Daten zu erhalten?
- Wie kann Gendermedizin in die Aus- und Weiterbildung eingehen?
- Wie könnte eine geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung aussehen?
- Könnte es geschlechterspezifische Versorgungsmodelle durch Krankenkassen geben?
- Inwieweit ist der Geschlechtsaspekt in den Disease-Management-Programmen enthalten?
- Wie kann die Leitlinienentwicklung beeinflusst werden, um geschlechtsdifferenzierende Empfehlungen durchzusetzen?
- Wie kann eine geschlechts- (und alters-)adaptierte Arzneimitteldosierung vorangetrieben werden?
- Wie können Sektorengrenzen überwunden werden?

- > Klinikum Bogenhausen
- > Klinikum Harlaching
- > Klinikum Neuperlach
- > Klinikum Schwabing
- > Klinik Thalkirchner Straße
- > Akademie
- > Facility Management
- > Blutspendedienst
- > Medizet



Geschlechterperspektive in der Medizin – anspruchsvoll, aber lohnend!

Johanna Zebisch
Fachreferentin Gender in Medizin und Pflege
johanna.zebisch@klinikum-muenchen.de