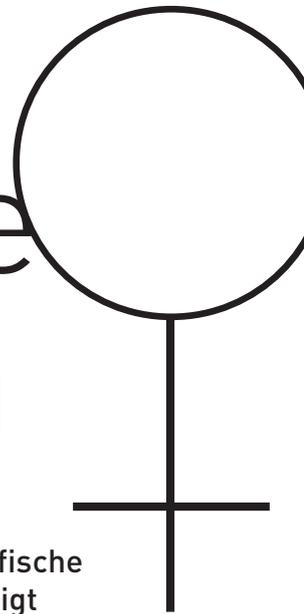


Die Unterschiede sichtbar machen



Das biologische Geschlecht (in der Fachliteratur meist als „Sex“ bezeichnet) und das soziale Geschlecht („Gender“) als wichtige Determinanten für die Gesundheit anzuerkennen und in Forschung und Praxis zu berücksichtigen, ist grundlegend, um sowohl Patientinnen wie auch Patienten angemessen und qualitativ hochwertig zu behandeln. Es nicht zu tun, kommt außerdem teuer. Doch diese Tatsache ist längst noch nicht überall angekommen. Selbst die Tagung des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin in Berlin im März 2015 bot dem Thema kaum Raum. „Wir haben noch so viele methodische Probleme zu lösen, Gender kommt danach dran“, hieß es dort.

Wenn man das biologische und das soziale Geschlecht in der Forschung berücksichtigt, bezieht man bei jeder Fragestellung systematisch und durchgängig die Geschlechterzugehörigkeit ein: in den Zielen, in den Methoden und Analysen, den Limitationen einer Studie sowie in der Diskussion. Um dies tun zu können, müssen geschlechtsbezogene Daten gesammelt und für beide Geschlechter getrennt ausgewertet werden. Damit ist nicht gemeint, lediglich die Anzahl der untersuchten Frauen und Männer anzugeben. Es ist auch nicht ausreichend, nur zu „gendern“, also Frauen und Männer sprachlich einzubeziehen. Vielmehr müssen die biologischen und sozialen geschlechtsspezifischen Merkmale, Unterschiede, aber auch Gleichheiten zwischen Frauen und Männern systematisch erfasst, analysiert und die Ergebnisse kommuniziert werden.

Bedeutung der Frauengesundheitsbewegung

Auf Geschlechterunterschiede in Gesundheit, Krankheit, im Gesundheits- und Krankheitsverhalten und in der Krankenversorgung hatte erstmals und schon vor Jahrzehnten die Frauengesundheitsbewegung aufmerksam gemacht. Aktivistinnen haben politische Forderungen gestellt und mit Kampagnen und Initiativen Veränderungen angeregt. Der Nachweis vorhandener Ungleichheiten vor allem im Bereich Kardiologie führte 1990 zur Einrichtung eines Office for Women's Health Research in den National Insti-

Evidenzbasierte Versorgung von Frauen und Männern ist erst möglich, wenn geschlechtsspezifische Unterschiede schon in der Forschung berücksichtigt werden. Die Gesundheit von Frauen und Männern wird damit verbessert, das Gesundheitswesen effizienter.

Sylvia Groth, Felice Gallé

tutes of Health (NIH) durch die US-amerikanische Regierung. In der klinischen Forschung stellen Frauen durch eine Vorgabe der NIH aus dem Jahr 1994 mittlerweile fast die Hälfte der Studienpopulationen. 2015 legten die NIH in ihrer strategischen Planung zu Frauengesundheit fest, dass das Geschlecht als eine biologische Variable in der biomedizinischen Forschung berücksichtigt werden muss.

Das biologische Geschlecht

Jede Körperzelle enthält unterschiedliche Information, je nachdem, ob es die Zelle einer Frau, eines Mannes oder einer Intersex-Person ist. Dieser fundamentale Unterschied blieb lange weitgehend unbeachtet. Forscherinnen und Forscher gingen davon aus, das Genom in den Zellen sei mit Ausnahme der Zellen in Reproduktionsorganen gleich. Mittlerweile wird zunehmend gefordert, die Resultate präklinischer Studien, auch solcher an Zellkulturen, geschlechtsspezifisch auszuwerten. Es ist seit Langem bekannt, dass Frauen mehr unerwünschte Wirkungen durch Medikamente erfahren als Männer. Dies wurde auf unterschiedliche Faktoren wie hormonelle Einflüsse, psychosozial-

Geschlecht und weitere Determinanten

„Die Frau“ gibt es nicht, „den Mann“ auch nicht. Die Gruppe der Frauen und die der Männer sind in sich sehr heterogen. Bildung, Einkommen, Alter, Herkunft, soziale und ethnische Zugehörigkeit und Lebensweise haben Einfluss auf den Gesundheitszustand jedes einzelnen Menschen. Gut erkennbar wird das bei der Lebenserwartung. Für Männer in Österreich liegt die Lebenserwartung derzeit bei 78,0 Jahren, für Frauen bei 83,3 Jahren. Die männliche Lebenserwartung nahm gegenüber 2002 um 2,4 Jahre zu, jene der Frauen um 1,8 Jahre – die Lebenserwartung der Geschlechter gleicht sich also an. Sie hängt außerdem bei Frauen wie bei Männern direkt proportional mit dem Grad der Bildung zusammen: Menschen mit Hochschulabschluss leben statistisch gesehen länger als Menschen mit Pflichtschulabschluss. An diesen Beispielen wird deutlich, dass eine Betrachtung nach der Variable Geschlecht alleine, ohne soziale Determinanten mit zu berücksichtigen, unvollständig wäre.



alen Lebensstil, die Bioverfügbarkeit und Ausscheidung des Medikamentes sowie den unterschiedlichen Metabolismus zurückgeführt. Unterschiedliche zelluläre Reaktionen auf Fremdstoffe wurden bisher nicht in Betracht gezogen, werden aber derzeit zunehmend untersucht. Erst vor Kurzem wurde in einer der ersten derartigen Studien

gezeigt, dass weibliche Leberzellen sensibler auf gewisse Medikamente reagieren als männliche. Acht von den zehn verschreibungspflichtigen Medikamenten, die wegen lebensbedrohlicher Folgen zwischen 1997 und 2000 vom Markt genommen wurden, verursachten mehr negative Wirkungen bei Frauen als bei Männern. Aus diesem Grund hat das schwedische Karolinska Institut in Stockholm mit Gender in Janus eine Datenbank entwickelt, die unter anderem geschlechtsspezifische Informationen für ungefähr 50 Medikamente angibt.

Das soziale Geschlecht

Geschlechterrollen – fixe Vorstellungen von „dem Weiblichen“, „dem Männlichen“ – sind sozial konstruiert, also von Kultur und Gesellschaft bestimmt und somit veränderlich. Sie normieren

Frauen erfahren mehr unerwünschte Wirkungen durch Medikamente als Männer.

und grenzen die Möglichkeiten ein, die Frauen und Männer in einer Gesellschaft haben. Immer wieder wirken sie auch gesundheitsschädigend: etwa das Schönheitsbild, das Magersucht bei Mädchen und Frauen fördert, oder die Vorgabe, dass ein „echter“ Mann kein Risiko scheuen und keinen Schmerz kennen darf.

Epidemiologische Daten

Das Risiko für bestimmte Erkrankungen ist für Frauen und Männer unterschiedlich, beispielsweise bei der rheumatoiden Arthritis: 2-3:1, bei Autismus 1:5, Lupus erythematosis 6:1. Die dilatative Kardiomyopathie (eine Erkrankung, die mit einer Erweiterung und/oder Verdickung des Herzmuskels einhergeht) kommt bei Frauen und Männern gleich häufig vor, allerdings haben Männer meist eine frühe und viel stärker ausgeprägte Symptomatik als Frauen. Herzerkrankungen sind bisher am gründlichsten auf geschlechtsspezifische Charakteristika untersucht. Die American Heart Association gab beispielsweise 2011 eine aktualisierte Leitlinie für die Prävention von kardiovaskulären

Patiententransporte mit modernster Technik

Im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, dem drittgrößten Krankenhaus Österreichs mit 1.384 Betten, 63.000 stationären und rund 500.000 ambulanten Patienten jährlich, werden pro Tag an die 850 Patiententransporte durchgeführt – eine logistische Herausforderung!

Viele Funktions- und OP-Bereiche gehen mit einer Vielzahl von Patiententransporten zwischen diesen einher. Die Koordination dieser Transporte sowie die Zuweisung von Personal- und Fahrzeugressourcen tragen wesentlich zur reibungslosen Ablauforganisation bei. Und zusätzlich reduziert die Optimierung der Patiententransporte die Folgekosten, die aufgrund von verspäteten Transporten entstehen können.

Neben einer laufenden Ablauf- und Prozessoptimierung stehen vor allem die Patientensicherheit, Kundenzufriedenheit und die Qualität im Vordergrund. Um den speziellen Anforderungen eines Patiententransportes gerecht zu werden, wird der Fuhrpark laufend durch Sonderfahrzeuge ergänzt, die individuell für Kranken-, Notfall-, Intensiv- und Inkubatortransporte verwendet werden können. Die Maximalkapazität dieser Fahrzeuge ist für fünf Patienten ausgelegt. Zeitgleich können zwei mobile Patienten, zwei Patienten mit Tragstuhl und ein Patient liegend transportiert werden.



Eine Besonderheit im KABEG-Fuhrpark ist ein Fahrzeug, welches mit einer neuartigen elektrischen Fahrtrage (Stryker Power-PRO XT) ausgerüstet ist. So können auch Patienten bis 318 kg innerhalb der KABEG-Häuser transportiert werden und gemeinsam mit dem elektrohydraulischen Power-LOAD Beladesystems wird das Risiko der Rückenverletzungen deutlich reduziert. Der Einsatz von Tragstühlen reduziert nachweislich 15 bis 20 % der Liegendtransporte, Wartezeiten werden weiter gesenkt und die Fahrzeugauslastung gesteigert. ::



Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Zentraler Patiententransport
Leitung: Alexander Kreimer, MAS
Feschnigstraße 11
A-9020 Klagenfurt
Tel.: +43 (0)463/538-32095
alexander.kreimer@kabeg.at
www.klinikum-klagenfurt.at

Erkrankungen spezifisch für Frauen heraus. Sie berücksichtigt zwar die biologisch bedingt unterschiedlichen Ausprägungen der Risikofaktoren bei Frauen und Männern. Eine Auseinandersetzung mit dem sozialen Geschlecht unterbleibt in der medizinischen Literatur aber noch weitgehend.

Unterschiedliche Behandlung

In wissenschaftlichen Studien wird meist der Anteil der teilnehmenden Frauen und Männer genannt. Die Ergebnisse werden aber nicht differenziert für die beiden Geschlechter analysiert. Doch nur eine durchgängig geschlechtsspezifische Datenerhebung und -analyse macht Unterschiede sichtbar. Dies zeigt deutlich folgendes Beispiel: Auf Empfehlung des Gremiums Fachbeirat Frauengesundheit der Gesundheitsplattform Steiermark wurden die vorhandenen Daten zur Behandlung von Frauen und Männern nach einem Schlaganfall geschlechtsspezifisch ausgewertet. Das Ergebnis zeigte bei Frauen nach Schlaganfall eine höhere Sterblichkeit als bei Männern. Es gab Hinweise, dass die unterschiedliche Versorgung für diese Differenz verantwortlich war.

Das geschlechtsspezifische Knie?

Eine Analyse, die nach biologischem Geschlecht Daten erhebt und systematisch auswertet, kann auch ergeben, dass nicht die Variable Geschlecht entscheidend ist. Dies war der Fall bei der Knieprothese, die extra für Frauen entwickelt wurde. Eine sorgfältige geschlechtsspezifische Überprüfung ergab, dass Männer und Frauen keine unterschiedlichen Prothesen benötigen. Die Körpergröße der Patientin oder des Patienten muss ausschlaggebend für die Wahl der Prothesengröße sein. Der geschlechtsspezifische Ansatz schärft den Blick auch für die weiteren, sozialen und biologischen Determinanten von Gesundheit.

Diese Unterschiede in der Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten sind durch internationale Studien belegt. US-amerikanische Fachgesellschaften haben daher eine Leitlinie für die Schlaganfall-Prävention erarbeitet, die auch die spezifischen Risiken von Frauen berücksichtigt. Hierzulande hat das Ergebnis der geschlechtsspezifischen Analyse der Schlaganfalldaten noch zu keiner Veränderung in der Versorgung geführt. Es braucht den politischen Willen, Schulungen der Health Professionals wie auch öffentlichkeitswirksame Informationen und Kampagnen, um das Problem bekannt zu machen und geschlechtsspezifische Handlungskompetenz aufzubauen und anzuwenden.

Evidenzbasierte Behandlung für Frauen und Männer

Die Einflussgröße Geschlecht auf die Gesundheit von Frauen und von Männern zu berücksichtigen, ist für den evidenzbasierten Nachweis eines Nutzens in der Grundlagen- und Versorgungsforschung, in klinischen Studien und für die Publikation der Ergebnisse erforderlich. Denn Studien haben ergeben, dass

Das Geschlecht ist eine bedeutende Einflussgröße auf die Gesundheit.

die Behandlung von Frauen weniger evidenzbasiert erfolgt als jene von Männern. Das Ziel ist daher, professionellem Handeln im Gesundheitswesen sowie Informationen für Nutzerinnen und Nutzer geschlechtsspezifische Daten zugrunde zu legen, um für Frauen und Männer die gleiche Qualität der Behandlung zu ermöglichen. Wo es noch keine entsprechenden Daten gibt, gilt es, diesen Umstand transparent zu machen.

Was ist zu tun?

Die EU-Kommission hat 2011 eine Fachgruppe eingesetzt, um einen umfassenden Überblick über die neuesten Erkenntnisse auf diesem Gebiet zu erstellen. Aus dem Bericht der Arbeitsgruppe geht hervor, wie eine adäquate Fokussierung auf geschlechtsspezifische Aspekte zur Forschung beiträgt, Kosten der Gesundheitsversorgung reduziert und für mehr soziale Gerechtigkeit sorgt. Um Formen der Diskriminierung aufzudecken, haben unter anderem die Weltgesundheitsorganisation, Health Canada und die EU Tools entwickelt. Diese ermöglichen eine Analyse, ob eine gesundheitspolitische Maßnahme geschlechtergerecht ist. So sollten geschlechtsspezifische Unterschiede nicht nur in der Forschung und der Verbreitung von Forschungsergebnissen berücksichtigt werden, sondern auch in verlässlichen und verständlichen Gesundheitsinformationen.

Auch das politische Mandat ist gegeben: mit dem Amsterdamer Vertrag der Europäischen Gemeinschaft (1999), aber auch national mit strategischen Vorgaben und gesetzliche Bestimmungen wie den Rahmengesundheitszielen, dem Bundeshaushaltsgesetz und dem Bundesfinanzgesetz – BFG, einer Empfehlung des Rechnungshofs sowie auf Landesebene etwa im Steirischen Gesundheitsfondsgesetz. Wenn die geschlechtergerechte Analyse und Praxis so evident erforderlich und zwingend ist, worauf beruhen dann die starken Widerstände, Verschleppungen und das „Nicht-einmal-Ignorieren“ in Österreich? Da sind zuerst einmal festgefahrene Traditionen und mangelnde Kompetenz, es anders zu machen als bisher. Da sind Interessengruppen und ihre Sorge um Machtverlust. Gründe genug, dass die Ungerechtigkeit noch andauert. Gründe genug für Veränderung. ::



Literatur bei den Autorinnen

Mag.a Sylvia Groth
Frauengesundheitsaktivistin, Graz
sylviaagroth@gmx.at



Dr.in Felice Gallé
Frauengesundheitszentrum, Graz
Mitglied der Geschäftsführung
felice.galle@fgz.co.at