



**„Koronare Herzerkrankungen und das Disease Management Programm.  
Was bringt die Geschlechterperspektive? “**

**Expertenworkshop am 27./ 28.10.2003, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen**

***Stellungnahme der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW***

Über kaum ein Gesundheitsproblem existieren einerseits so konkrete Vorstellungen von *dem, was den herzkranken ‚Patienten‘* ausmacht, und andererseits so viele Publikationen, die von der Epidemiologie bis zur Phase III der Rehabilitation thematisieren, dass und ob und wie sich Frauen und Männer hinsichtlich der Inzidenz, Prävalenz, Symptomatik, Mortalität, der Behandlung und Rehabilitation unterscheiden. Frauen, so die These dieses Forschungsbereichs, werden im Gesundheitssystem fehl- und eventuell auch unterversorgt. Die hierfür diskutierten Ursachen sind komplex und reichen von einer geschlechtsspezifischen Anatomie und geschlechtsspezifischen Lebensbedingungen, dem Altersunterschied, dem inneren ‚Bild vom Herzinfarktpatienten‘, dem Familienstand und den an die Erwerbsarbeit gebundenen Ansprüchen auf rehabilitative Leistungen.

**(1) Gründe für die Unterschiede in Mortalität und Morbidität von Männern und Frauen mit KHK:** Die Unterschiede in der Inzidenz, Prävalenz und der Symptomatik scheinen sowohl lebensstil- wie biologisch bedingt zu sein. Unbestritten scheint zu sein, dass die vom Körper selbst produzierten Östrogene ein Schutzfaktor für Frauen während der reproduktiven Lebensphase sind und das Östrogen-Testosteron-Verhältnis einen günstigen Einfluss auf Stoffwechselprozesse, wie z. B. den Insulinstoffwechsel der Frauen zu haben scheint. Die steigende bzw. nicht gesunkene KHK- Inzidenz und Prävalenz von Frauen im Vergleich zu Männern, vor allem in der Gruppe der Frauen vor der Menopause, weist darauf hin, dass mit der Angleichung der Lebensstile von Frauen und Männern, insbesondere in Bezug auf Rauchen, auch das Risiko steigt, an einer KHK zu erkranken.

Die Unterschiede der Mortalität der Prähospitalphase scheinen vor allem bedingt zu sein durch die durchschlagende Wirkung des stereotypen Bildes des gestressten Mannes um die Vierzig mit Herzinfarkt. Die betroffenen Frauen, ihre Familienangehörigen, der Rettungsdienst und die Ärzteschaft in der Notaufnahme benötigen mehr Zeit, um die Symptome einer 45-jährigen wie einer 75-jährigen Frau als Herzinfarkt zu identifizieren.

Die Unterschiede in der Behandlung und dem Behandlungserfolg scheinen eine Mischung aus sex- und gender-bias zu sein. Diskutiert werden andere Gefäßvolumina, unterschiedliche Blutgerinnungsfaktoren aber auch eine deutlich schlechtere Diagnostik, medikamentöse Versorgung, geringere Überweisungsraten zu Spezialisten, seltenere Aufnahme auf die Intensivstation etc.

Über das alltägliche Leben mit einer chronischen KHK oder nach einem Herzinfarkt im Geschlechtervergleich ist wenig bekannt. Diskutiert wird eine schlechtere Lebensqualität der betroffenen Frauen aufgrund einer größeren Multimorbidität, die mit dem höheren Alter zusammenhängt.

**(2) Anteil des Versorgungssystems:** Das gesamte Versorgungssystem – vom Rettungsdienst bis zur Intensivmedizin – hat auf zwei verschiedene Weisen Anteil daran, dass und wie sich das gesamte Handeln und Behandlungsgeschehen zwischen Männern und Frauen unterscheidet. Erstens liegt es im Ermessen des Versorgungssystems, diagnostische Verfahren einzuleiten, an SpezialistInnen zu überweisen, eine Rehabilitationsmaßnahme vorzuschlagen oder all dieses eben zu unterlassen. Zweitens trägt das Versorgungssystem aufgrund der Verzahnung von Behandlung, Forschung, Lehre und Studium an den Universitätskliniken die Mit-Verantwortung für das ‚Krankheits-Bild‘. Dieses schafft gleichzeitig sowohl für die Bevölkerung wie die Beschäftigten des ambulanten und stationären Bereichs das Bild von der/dem Kranken und schließt andere (Kranken-)Bilder aus.

**(3) Informationslücken:** Es gibt große Informationslücken über geschlechtsspezifische Versorgungsbedarfe und den Geschlechter-Bias in der Forschung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Deutlich wird dies z.B. an der mangelnden Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht in der *Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK)*. Diese Leitlinie kann exemplarisch gesehen werden für die paradoxe Situation, dass es ein Nebeneinander von einer so genannten evidence based medicine gibt, die die Kategorie Geschlecht nicht berücksichtigt, und einer gender based medicine, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, das Geschlechterverhältnis in den Blick zu nehmen.

Ebenso viel Energie, wie in den 1980er- und 1990er-Jahren in die Erforschung des Typ A-Verhaltens und seiner Bedeutung für den Herzinfarkt investiert wurde, sollte in dieser Dekade in die Schaffung des Bildes der 45- wie der 75-jährigen Frau mit Herzinfarkt investiert werden. Da viele derjenigen, die derzeit Steuerungsfunktion im Gesundheitssystem haben, in den 1980er-Jahren ausgebildet wurden, ist es notwendig, die Problematik der Fehlversorgung der Frauen mit KHK intensiv sowohl in der ärztlichen Fortbildung wie in der Fortbildung der Krankenschwestern/-pfleger und Rettungssanitäter/-innen zu thematisieren. Wünschenswert sind Schwerpunktprogramme, um die notwendige Aufmerksamkeit zu erreichen. Eingang sollte das Thema darüber hinaus in die Curricula der medizinischen Ausbildung und der Ausbildung aller Gesundheitsfachberufe finden. Es wird notwendig werden, dass die Ärztekammern, die Akademien für ärztliche Fortbildung sowie die Fachgesellschaften sowohl die Aus- wie Fortbildungscurricula revidieren und die Leitlinien zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung um geschlechtsspezifische Aspekte ergänzen.

**(4) Maßnahmen, um die bestehenden Unterschiede zu verringern:** Neben den oben aufgeführten Initiativen, die bei den Beschäftigten des Gesundheitssystems ansetzen, ist es erforderlich, die Bevölkerung über die unterschiedliche Symptomatik zu informieren sowie die strukturellen Rahmenbedingungen zu schaffen, die z.B. nötig sind, um die Partizipationsquote in der Rehabilitation zu erhöhen.

- *Kampagnen über die Runden Tische der Kommunen, um die Bevölkerung auf die unterschiedlichen Symptome aufmerksam zu machen.*

Vor allem die epidemiologische Forschung weist darauf hin, dass Familienangehörige, nahe Freunde und die Frauen selbst dafür sensibilisiert werden müssen, dass Symptome wie Übelkeit, Unwohlsein, Kieferschmerzen etc. bei Frauen auch Anzeichen für einen Herzinfarkt sein können. Hier gibt es in der Bevölkerung viel Aufklärungsbedarf.

- *Ambulante Herzsportgruppen für Frauen nach dem Vorbild in NRW schaffen*

Die ambulanten Herzsportgruppen – auch Koronarsportgruppen genannt – stellen einen wichtigen Baustein in der sog. Phase III der Rehabilitation dar. Die Konzepte für die Gruppen wurden ebenso wie die Behandlung, an der Symptomatik und Leistungsfähigkeit des ca. 50-jährigen Mannes ausgerichtet. Frauen, die beim Erleiden des Herzinfarktes durchschnittlich 10 bis 15 Jahre älter sind, fühlen sich in den existierenden Gruppen unwohl oder nehmen erst gar nicht teil. Der Landessportbund hat in NRW erfolgreich die Initiative ergriffen, Herzsportgruppen speziell für Frauen anzubieten. Die Erhöhung des Anteils von Frauen an diesen Gruppen könnte gleichzeitig die positiven Effekte erzielen, die Selbsthilfegruppen so bedeutsam macht: die Gewinnung des sozialen Rückhalts Gleichbetroffener.

- *Die Reha an den Bedürfnissen von Frauen ausrichten und die Zugänge erleichtern*

Die kardiologische Rehabilitation wird als Feld ausgewiesen, an dem Frauen seltener als ~~her~~-Männer teilnehmen. Ähnlich wie bei den Herzsportgruppen wurde das Programm an die Leistungsfähigkeit von Männern angepasst. Frauen, die an der Reha teilnehmen, fühlen sich defizitär, da sie diese Leistung nicht erbringen können. Die kardiologische Rehabilitation muss stärker an die Bedürfnisse der Frauen angepasst werden (mehr Gruppenangebote, Gesprächskreise über die Lebenssituation ...). Davon würden, wie einige Studien prognostizieren, auch die Männer profitieren. Zu klären ist darüber hinaus, wie die Rahmenbedingungen für eine ambulante Reha geschaffen sein müssen, damit Frauen daran in höherem Maße als bisher teilnehmen. Studien zeigen, dass Frauen, wenn es das Angebot einer stationären Rehabilitation gibt, lieber hierauf zurückgreifen.

**(5) Einflussmöglichkeiten durch DMP:** Das DMP KHK bietet unseres Erachtens große Chancen, geschlechtsspezifischen Aspekten der KHK ein stärkeres Gewicht zu geben und darüber hinaus exemplarisch für die anderen DMP aufzuzeigen, welche Potentiale eine solche geschlechtsspezifische Perspektive bietet. Da die Empfehlungen des Koordinierungsausschusses gemäß § 137a bisher wenig Sensibilität für die Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation erkennen lassen, ist darauf zu achten, dass eine *Gender based medicine* bei der Ausformulierung der Verträge zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den anderen Vertragspartnern festgeschrieben wird. Nicht die Frauengesundheitsforschung muss die Evidenz für die Differenz zwischen Frauen und Männern liefern, die Evidenz basierte Medizin muss den Nachweis erbringen, dass die Wirksamkeit der Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme evident ist sowohl für Männer wie für Frauen. **Die DMP sollten zumindest genutzt werden, um zu diesem Ziel zu gelangen.**

Die DMP schlagen die Strukturen der Interaktionen, Schulungen, Fortbildungen und Qualitätskontrolle zwischen den beteiligten Akteuren vor, sie basieren in der Behandlung auf Leitlinien und fordern eine standardisierte Form der Datenerhebung, Datendokumentation und Datenauswertung zwecks Evaluation. **Diese Strukturen bieten die Möglichkeit, geschlechtsspezifische Aspekte zu thematisieren und konkret umzusetzen.**

**Konkret sind es:**

#### ***Das Informationsgespräch zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient.***

Als Ziele der DMP werden formuliert: die Erhöhung der Lebenserwartung, die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität, die durch die im DMP im Mittelpunkt stehende Erkrankung beeinträchtigt ist. Hierzu heißt es dann z.B. im DMP-Diabetes der KV Schleswig-Holstein „Dabei werden in Abhängigkeit z.B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten *unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt*“ (ebd., S. 6). Hier sind insbesondere auch die geschlechtsspezifisch geprägten Lebensbedingungen verstärkt einzubeziehen, sind sie doch mit verantwortlich z.B. für die geringere Teilhabe an der Rehabilitation, für die höhere Hospitalsterblichkeit aufgrund des höheren Anteils Alleinstehender etc.

#### ***Die Schulung der Versicherten***

Die Schulungen sollen, so sehen es die Empfehlungen des Koordinationsausschusses vor, auf der Basis von Schulungsprogrammen erfolgen, die strukturiert, zielgruppenspezifisch und evaluiert sind, und in der Regel von den Fachgesellschaften entwickelt wurden. Für das DMP KHK sind genannt: Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung, Körperliche Aktivitäten (Koronarsportgruppen), Psychosomatische und psychosoziale Betreuung.

Für alle Schulungsprogramme muss noch die Evidenz erbracht werden, dass sie die Lebenslage sowohl der Frauen wie Männer berücksichtigen und auch in dieser Hinsicht zielgruppenspezifisch sind. Wie oben bereits angesprochen, ist zu überlegen, ob die Teilnahmequote der Frauen im Koronarsport durch die Einrichtung einer Gruppe für Frauen zu erhöhen ist. Bei der psychosozialen Beratung und Betreuung ist zu berücksichtigen, dass Männer hierfür weniger aufgeschlossener sind als Frauen und ein spezielles Programm benötigen. Bei der Raucherentwöhnung ist zu berücksichtigen, welche geschlechtskonstruierende Funktion das Rauchen bei Frauen und Männern hat (Männer: der Marlboro-Mann, Frauen: die emanzipierte Frau)

### ***Die Medizinische Fortbildung***

Die Verträge legen die Fortbildung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte fest. Im § 13 des DMP-Vertrags Diabetes der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig Holstein ist z.B. festgelegt, dass die koordinierenden Vertragsärzte einmal jährlich, die Fachärzte zweimal jährlich an einer von den Vertragspartnern anerkannten Fortbildung teilnehmen (i.d.R. organisiert von einer Fachgesellschaft). **Diese Fortbildung bietet eine ausgezeichnete Gelegenheit, die Notwendigkeit für die geschlechtsspezifische Betrachtung der KHK zu thematisieren.**

### ***Dokumentation***

Der Dokumentationsbogen für das DMP KHK enthält eine Kategorie Geschlecht (im Gegensatz zum DMP Diabetes mellitus Typ 2). Es fehlen aber die Kategorien *Bildungsabschluss, Erwerbstätigkeit, Berufsgruppe, Einkommen, Hormonsubstitution (ja) (nein), soziale Unterstützung durch \_\_\_\_\_*, die notwendig wären, um Sozialstrukturdaten mit medizinischen Daten verknüpfen und somit aussagekräftig auswerten zu können.

### ***Datenauswertung***

Der Datenauswertung wird im Rahmen des DMP ein großer Stellenwert beigemessen. In den *Empfehlungen des Koordinationsausschusses* wird zwischen der Evaluation des Programmes und der Auswirkung des Programms auf die Versorgungslage unterschieden (a.a.O.: 28). Die in den Empfehlungen als "Funktionsfähigkeit des Programmes" bezeichnete Programmevaluation stellt selbst einen Beitrag zur Evidenzbasierung der DMP dar (ebd.).

Die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW empfiehlt, die Datenerhebung und -auswertung so vorzunehmen, dass damit die Frage der Wirksamkeit der DMP für Frauen und für Männer beantwortet werden kann. Dabei gilt es *Gemeinsamkeiten und Unterschiede* zwischen Männern und Frauen gleichermaßen Berücksichtigung zu schenken, um weder Differenzen zu dramatisieren, noch wichtige Unterschiede unberücksichtigt zu lassen.

**(6)** Das DMP Koronare Herzerkrankungen ist ideal für eine exemplarische Darstellung des Nutzen und der Notwendigkeit von **Gender Mainstreaming** in DMP.

**(7)** Gender Mainstreaming gehört zur **Leitkategorie** der Arbeit der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW. Sie informiert, berät und vernetzt zum Thema Frauengesundheit und hat z.B. die Ärztekammer Westfalen-Lippe und Akademie für ärztliche Fortbildung bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming in zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen unterstützt.

Dr. Walburga Freitag, September 2003

Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW/ IZFG

## **Koordinationsstelle ‚Frauen und Gesundheit‘ NRW**

[www.frauengesundheit-nrw.de](http://www.frauengesundheit-nrw.de)

an zwei Standorten:

c/o FFGZ Hagazussa e.V.  
Roonstr. 92  
50674 Köln

c/o IZFG gGmbH  
Alte Vlothoer Str. 47-49  
32105 Bad Salzufflen

Fon 0221-801 77 78  
Fax 0221-240 36 53  
koordinationFFGZ@frauengesundheit-  
nrw.de

Fon 05222-63 62 - 96  
Fax - 97  
koordinationIZFG@frauengesundheit-  
nrw.de