

Ellen Kuhlmann

Disease-Management und koronare Herzerkrankungen – Bedarf und Nutzen von Gender Mainstreaming

1. Einleitung

Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist die häufigste Todesursache bei Frauen und Männern in Deutschland. Sie gehört unter medizinischen wie ökonomischen Aspekten zu den zentralen Feldern der Gesundheitsversorgung, deren Qualität und Effizienz durch die Einführung von Disease-Management-Programmen (DMPs) verbessert werden soll. Die DMPs sollen eine Versorgung nach evidenzbasierten Leitlinien sicherstellen und die Transparenz und Kontrolle der Leistungen verbessern (vgl. Pfaff et al. 2003). Damit stellt sich erneut und dringlicher die Frage nach der Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden, die für die KHK seit langem nachgewiesen sind.

Internationale Ergebnisse und deutsche Studien belegen eine schlechtere Überlebensprognose und höhere Sterblichkeit bei Frauen mit KHK im Vergleich zu Männern. Die Gründe sind nicht hinreichend erforscht, doch häufen sich die Hinweise, dass neben möglichen biologischen Unterschieden und altersspezifischen Häufigkeiten vor allem das Versorgungssystem selbst hieran beteiligt ist. In dem DMP für KHK werden diese Ergebnisse bisher kaum berücksichtigt, dennoch bieten sich neue Chancen aufgrund des steigenden Drucks, Unterschiede in der Versorgung zu legitimieren. Im Rahmen einer Expertise für die Bundeskoordination und den Arbeitskreis Frauengesundheit (BKF/AKF, gefördert durch das BMFSFJ) wurden Möglichkeiten und Nutzen der Umsetzung von Gender Mainstreaming (vgl. WHO 2002) in den DMPs exemplarisch für die KHK analysiert. Wesentliche Ergebnisse werden nachfolgend vorgestellt (für weiterführende Angaben und Literaturnachweise siehe Kuhlmann 2004a).¹

2. Geschlechterdifferenzen als »eye-opener« für Qualitätsdefizite

Die KHK tritt bei Frauen im Vergleich zu Männern in Deutschland wie in den meisten Ländern etwa zehn Jahre später auf, doch mit steigendem

Alter nähern sich die Mortalitätsraten an und bei den über 75-Jährigen kehrt sich die Geschlechterrelation um (vgl. BMFSFJ 2001: 114f.). Darüber hinaus sind erhebliche regionale Unterschiede in der KHK-Mortalität nachgewiesen. Im WHO-MONICA-Projekt wurden für die teilnehmenden Regionen die Herzinfarkttrate und die 28-Tage-Mortalität für den Zeitraum von 1984 bis 1995 erhoben. Auffällig ist, dass ein Herzinfarkt bei Frauen in den meisten Regionen häufiger als bei Männern letal verläuft. Die 28-Tage-Mortalität von Frauen nach Infarkt ist am höchsten in Regionen mit niedriger Infarkttrate (Tunstall-Pedoe et al. 1999; vgl. Härtel 2002).

Die Unterschiede werden oftmals darauf zurückgeführt, dass Frauen bei einem Infarkt häufiger als Männer *vor* Erreichen eines Krankenhauses sterben; Unterschiede bestehen jedoch auch *nach* Erreichen des Krankenhauses. Alarmierend ist vor allem, dass gerade jüngere Frauen häufiger als Männer der Vergleichsgruppe sterben, wenn sie einen Infarkt hatten. Eine Analyse der Daten von 155 565 Frauen und 229 313 Männern des nationalen US-Herzinfarktregisters legt diese Zusammenhänge offen (Vaccarino et al. 1999). Die Krankenhausmortalität war bei Frauen unter 50 Jahren etwa doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe der Männer. Die Geschlechterunterschiede nähern sich mit zunehmendem Alter an, bei den über 75-jährigen sind sie nicht mehr signifikant. Die wesentlich höhere Mortalität jüngerer Frauen nach einem Infarkt setzt sich fort, wenn ein längerer Beobachtungszeitraum gewählt wird. Sie bestätigt sich in dem 2-Jahres-Follow-up der US-amerikanischen Studie: In der Altersgruppe bis 60 Jahre beträgt die Mortalität bei den Frauen 29 Prozent im Vergleich zu 20 Prozent in der Gruppe der Männer; mit steigendem Alter kehrt sich der Unterschied um (Vaccarino et al. 2001). Die höhere Letalität jüngerer Frauen wurde ebenso in einer schwedischen Studie nachgewiesen, die ein 1-Jahres-Follow-up wählte (Rosengren et al. 2001).

Vaccarino und KollegInnen (2002) ermitteln in einer US-amerikanischen Multicenter-Studie mit über 57 000 PatientInnen in der Gruppe der unter 50-Jährigen nach Bypass-Chirurgie eine Mortalität von 3,4 Prozent bei Frauen im Vergleich zu 1,1 Prozent in der Gruppe der Männer. Die Gründe für diese dreifach höhere Mortalität der Frauen sind unklar. Die AutorInnen diskutieren eine höhere Ko-Morbidität der Frauen sowie erschwerte Operationsbedingungen infolge kleinerer Gefäßdurchmesser. Der letztgenannte Aspekt ist jedoch für neuere Ergebnisse vor dem Hintergrund einer verbesserten chirurgischen Technologie wenig überzeugend.

Die höhere Infarkt-Letalität jüngerer Frauen belegt, dass sich die Geschlechterunterschiede nicht auf Altersdifferenzen reduzieren lassen.

Da diese Unterschiede auch *nach* Erreichen des Krankenhauses bestehen, sind multiple Einflüsse einschließlich der defizitären Forschungslage zu den anatomischen und physiologischen Bedingungen der KHK bei Frauen (vgl. Brachmann/Medau 2002) zu vermuten. Alarmierend ist darüber hinaus die höhere Rate der Re-Infarkte bei Frauen (31 %) im Vergleich zu Männern (23 %) (Health Canada 2003). Ebenso alarmierend sind die im WHO-MONICA-Projekt für Deutschland nachgewiesene höhere Inzidenz der Infarkte bei jüngeren Frauen im Vergleich zu Männern und die Trends im Rauchverhalten: Die Zahl der Raucher nimmt insgesamt ab, bei jungen Frauen aber leicht zu (Härtel 2002). Zusammen genommen weisen die epidemiologischen Daten und klinischen Studien auf Geschlechterdifferenzen hin, die mit biologischen Unterschieden allein nicht aufzuklären sind.

3. *Fehlversorgungen als Resultat des male bias der KHK-Versorgung*

Die Ergebnisse des Literaturreviews legen in allen Bereichen der Versorgung einen *male bias* offen. So sind die Risikofaktoren zwar vergleichsweise gut erforscht und evidenz-basierte Präventionsempfehlungen definiert (De Backer et al. 2003), doch können die für Männer gefundenen Ergebnisse nicht ungeprüft auf Frauen übertragen werden. Zu berücksichtigen sind vor allem die bei Frauen höher ausgeprägten Zusammenhänge zwischen Diabetes mellitus, Hypertension und KHK (Bird et al. 2003; Natarajan et al. 2003); die im Geschlechtervergleich gegenläufigen Trends beim Rauchen; die Unterschiede in den psychischen Belastungen und in den Ressourcen für Gesundheit, im Zugang zum Versorgungssystem (Brezinka/Kittel 1995; Härtel 2002; Sundquist et al. 2004) sowie insgesamt erheblich höhere Risiken für sozial unterprivilegierte Gruppen (RKI 2003).

Die Prävention wurde lange Jahre auf die Hormonersatztherapie nach der Menopause reduziert. Der Mythos, Frauen seien durch die Hormone vor KHK geschützt, ist das jüngste Lehrstück einer Forschung, die *gender* auf biologische Unterschiede (sex) und diese auf die Hormone reduziert. Die Irrtümer wurden mittlerweile durch die Women's Health Initiative (Writing Group WHI 2002) offen gelegt, aber angemessene Programme, die das gesamte Spektrum von Risiken und Ressourcen erfassen, fehlen. Die jüngsten Leitlinien für die KHK-Prävention bei Frauen (AHA 2004) erfassen primär biomedizinische Interventionen und in geringerem Umfang auch Lifestyle-Empfehlungen. Ein Novum ist jedoch die Empfehlung, »women with CHD should be evaluated for

depression and refer/treat when indicated« (AHA 2004: 676). Allerdings waren Frauen in 25 % der Studien nicht erfasst, die als Grundlage dieser evidenzbasierten Leitlinie herangezogen wurden.

Ergänzend ist anzumerken, dass die Konzentration der Forschung auf Lifestyle-Risiken (Stampfer et al. 2000) anstelle biomedizinischer Faktoren keine Lösung bietet; sie führt zu einer Individualisierung der Verantwortung und verdeckt so die Strukturdefizite des Gesundheitssystems. Die Probleme der auf Männer zugeschnittenen Prävention setzen sich in der Rehabilitation fort und werden durch eine Finanzierungsstruktur verstärkt, die sich am Erwerbsmuster von Männern orientiert (Härtel 2002). Ich konzentriere mich auf die Diagnostik sowie die invasiven und die pharmakologischen Therapien, da hier die unterschiedlichen Effekte auf die Qualität sichtbar werden.

3.1 Symptome und Diagnostik

Die als typisch geltende Symptomatik einer KHK orientiert sich an den bei Männern auftretenden Symptomen. Fallberichte, klinische Studien und qualitative Forschungen weisen jedoch auf Unterschiede in den Symptomen bei Frauen und Männern hin (BMFSFJ 2001; Härtel 2002). Die Abweichung der Frauen von der Norm hat kumulative Effekte, die vielfach zu einer falschen oder verzögerten Diagnose führen: 1) Indikatoren für die klinische Diagnostik unterscheiden sich zwischen Frauen und Männern; 2) die Symptome unterscheiden sich; 3) die Symptome bei Frauen und Männern werden von ÄrztInnen unterschiedlich wahrgenommen; 4) Frauen nehmen die Symptome im Vergleich zu Männern weniger deutlich als KHK wahr und 5) Angehörige und Ersthelfer unterschätzen die Symptome bei Frauen. Die Unterschiede in den Symptomen gehen einher mit unterschiedlichen *Darstellungen* von Frauen und von Männern (Schoenberg et al. 2003). Die erste Hürde für Frauen liegt demzufolge bereits darin, dass das Risiko einer KHK unterschätzt wird und Symptome nicht erkannt werden.

Die Hürden setzen sich in der Diagnostik fort. Für Deutschland liegen statistische Daten des BQS-Qualitätsreports (2002) vor, der die stationären Maßnahmen erfasst, und des »QuIK-Reports« (Levenson et al. 2003), der im Rahmen des Qualitätsmanagements in der invasiven Kardiologie im ambulanten Sektor vom Bundesverband der Niedergelassenen Kardiologen erstellt wird. Nach diesen Quellen sind im ambulanten und im stationären Bereich deutliche Geschlechterunterschiede nachzuweisen: Der Anteil von Frauen an allen durchgeführten Koronarangiographien beträgt nur 34% (33,5% im ambulanten Bereich; Levenson et al. 2003), der Anteil der Männer aber 66%. Die Frauen sind im Durchschnitt nach

dem BQS-Qualitätsreport 3,8 Jahre und nach dem QuIK-Report 2,9 Jahre älter als die Männer. Die epidemiologischen Daten weisen aber andere Geschlechterverteilungen auf – eine im Lebenslauf eher ähnliche Prävalenz und eine Altersdifferenz von zehn Jahren –, somit sind die Geschlechterdifferenzen bei den Angiographien erklärungsbedürftig. Rückschlüsse auf weitere Einflussfaktoren neben dem Geschlecht lassen beide Berichte nicht zu.

Die Diagnostik erfolgt bei Frauen verglichen mit Männern häufiger verzögert; Frauen erhalten zudem seltener eine spezifische und seltener eine invasive Diagnostik. Ob und in welchem Umfang ein vermehrter Einsatz invasiver Diagnostik wünschenswert ist, lässt sich nicht zuverlässig beantworten. Eindeutig ist aber, dass Frauen häufiger *die falsche* Diagnostik erhalten, da die Tests an Männern erforscht und validiert wurden. Die diagnostische Aussagekraft der nicht-invasiven Standard-Diagnostik – Belastungs-EKG – ist bei Frauen geringer als bei Männern (Argogast/Sechtem 2002), demzufolge wird eine KHK häufiger übersehen. Dies könnte aufgrund pathophysiologischer Unterschiede möglicherweise verstärkt für die Diagnostik bei jungen Frauen gelten.

Die Genderanalyse der diagnostischen Verfahren belegt zum einen erhebliche Qualitätsdefizite in der Versorgung von Frauen, und zum anderen weist sie auf die Intransparenz der Entscheidungskriterien für Versorgungsangebote hin. Neben der verbesserten Information und Aufklärung der Ärzteschaft, der PatientInnen und der Öffentlichkeit über die KHK bei Frauen sind Leitlinien und Qualitätsstandards notwendig, die nicht ein Geschlecht zum Maßstab nehmen, sondern die Unterschiede berücksichtigen.

3.2 Invasive Therapien

Die wesentlichen invasiven Behandlungsmethoden für die KHK und den Herzinfarkt sind revaskularisierende Verfahren – Thrombolyse, Perkutane Transluminale Koronare Angioplastie (PTCA) und Bypass-Chirurgie (ACVB). Bei den beiden ersten Verfahren handelt es sich um mikroinvasive Verfahren, bei dem Koronar-Bypass um einen konventionellen chirurgischen Eingriff. Grundsätzlich existieren für keine der Maßnahmen Kontraindikationen, die sich aus dem Geschlecht ergeben; Hinweise auf höhere Komplikationen bei Frauen sind nicht eindeutig. Allerdings sind folgende Aspekte zu berücksichtigen: das durchschnittlich höhere Alter und die höhere Ko-Morbidität der Frauen (Health Canada 2003; Natarajan et al. 2003) als mögliche Kontraindikation für die Bypass-Chirurgie sowie die spätere Einlieferung von Frauen im Vergleich zu Männern in ein Krankenhaus; bei über zwölf Stunden – bis vor kurzem bei über sechs

Stunden – zeitlicher Verzögerung zwischen Herzinfarkt und Behandlungsbeginn besteht eine Kontraindikation für die Thrombolyse.

Mit relativ hoher Übereinstimmung wird in der Literatur beschrieben, dass Frauen seltener eine Thrombolyse erhalten. Der Übersichtsarbeit des kanadischen Gesundheitsministeriums bestätigt dies und rückt mit Bezug auf Ergebnisse der Women's Heart Foundation eine weitere Ebene des Gender Bias in den Blick: »Large studies have also found that women's survival improves with these drugs, but not to the same extent as men's, though the reason is unknown« (Health Canada 2003: 23).

Die vorliegenden Studien zur PTCA und Bypass-Chirurgie sind im internationalen Vergleich widersprüchlich, die Daten des BQS-Qualitätsreports (2002) aber für Deutschland eindeutig: Sie weisen deutliche Geschlechterunterschiede in der Häufigkeit invasiver Therapien und folgenden Trend aus: Der Anteil von Frauen an allen Koronarangiographien beträgt noch 34,5%, der entsprechende Anteil beträgt bei der PTCA nur 27,7% und sinkt für die Bypass-Chirurgie noch weiter auf 23,4%. Hervorzuheben ist, dass der Anteil von Frauen an den Koronar-Bypässen im Zeitraum 2000 bis 2001 um 1,8 Prozent gesunken ist. Demzufolge zeichnet sich in Deutschland keine Angleichung ab, wie sie der internationale Vergleich vermuten lässt (vgl. Dehler/Bisig 2002; Lennep et al. 2000), sondern eher eine Verstärkung der Geschlechterunterschiede. Der zuvor für diagnostische Leistungen nachgewiesene Mangel an transparenten Entscheidungskriterien zeigt sich im Vergleich der drei Maßnahmen nochmals deutlicher. Der sich abzeichnende Trend, »je invasiver die Maßnahme, desto seltener wird sie bei Frauen angewandt«, verlangt ebenso nach Erklärungen wie die Varianzen im internationalen Vergleich. Die *Quantität* von Maßnahmen lässt allerdings keine zuverlässige Aussage zur Bedarfsgerechtigkeit zu. Zum einen sind die Therapien nicht hinreichend an Frauen erforscht, und die Thrombolyse ist vermutlich weniger effektiv als bei Männern (Health Canada 2003). Zum anderen liegen keine Kriterien vor, die die Frage der Über- oder Unterversorgung zuverlässig klären lassen. Zu berücksichtigen ist, dass Deutschland im europäischen Vergleich eine Spitzenposition für Koronarangiographien einnimmt. Mehrere Autoren vermuten, eine hohe Rate invasiver Therapien bei Männern weise auf eine Überversorgung in dieser Gruppe hin. Diese These wird vor allem durch US-amerikanische Studien gestützt (Vaccarino et al. 1999). Die Daten zu den invasiven Therapien bleiben in vielen Punkten widersprüchlich und die Gründe für Geschlechterunterschiede ungeklärt. Sie sind jedoch in einem Punkt eindeutig: Der Einfluss des Geschlechts auf die Therapie sowie unerwünschte Varianzen in der Versorgung können als nachgewiesen gelten.

3.3 Arzneimitteltherapie

Die medikamentöse Therapie der KHK ist in konsensuellen, evidenzbasierten Leitlinien relativ klar definiert. Die Leitlinien (De Backer et al. 2003) weisen – mit Ausnahme der Empfehlung der Aspirin-Prophylaxe für die Gruppe der Männer mit einem hohen multifaktoriellen Risikoprofil – keine expliziten geschlechterdifferenten Empfehlungen aus. Zu erwarten wäre also, dass sich die Arzneimitteltherapie nicht signifikant nach Geschlecht unterscheidet – Aspirin möglicherweise ausgenommen –, wenn nach evidenzbasierten Standards therapiert wird und keine relevanten geschlechterspezifischen Kontraindikationen für die jeweilige Medikamentengruppe bekannt sind.

Die vorliegenden Daten weisen jedoch in eine andere Richtung. Der GEK-Arzneimittelreport (Glaeske/Janhsen 2003a) macht differenzierte Angaben für Deutschland zur Häufigkeit und Menge der verordneten Arzneimittel bei Frauen und Männern. Die Analysen der für die KHK relevanten Medikamenten-Gruppen legen offen, dass Männer insgesamt deutlich mehr Medikamente zur Behandlung von Herzerkrankungen verordnet bekommen als Frauen (Glaeske/Janhsen 2003a: 103). Das zeigt sich auch, wenn ein Beobachtungszeitraum von sechs Monaten nach einem Koronar-Ereignis gewählt und die Dauerverordnungen betrachtet werden.

Die Autoren des GEK-Arzneimittelreports haben weitere Auswertungen speziell für diese Studie vorgenommen: Altersgruppenspezifische Analysen verstärken den Verdacht einer Unterversorgung von Frauen. Die Geschlechterdifferenzen bei den Standardmedikationen nach Herzinfarkt zeigen sich auch in der jüngeren Altersgruppe (50 bis 59 Jahre). Frauen erhalten zwei der wesentlichen Medikamente (vgl. De Backer et al. 2003) signifikant seltener: 37% der Männer im Vergleich zu 28% der Frauen erhalten in dieser Altersgruppe Thrombozyten-Aggregationshemmer (TAH) in Dauerverordnung und 40% der Männer versus 24% der Frauen CSE-Hemmer (Glaeske/Janhsen 2003b). Die Differenz ist also für beide Medikamente erheblich und mit möglichen Kontraindikationen nicht zu erklären. Die Daten des GEK-Arzneimittelreports bestätigen für Deutschland, was sich im internationalen Vergleich abzeichnet: Die Arzneimitteltherapie von Frauen und Männern mit KHK ist uneinheitlich und unterscheidet sich erheblich in den Dauerverordnungen der empfohlenen Standardmedikamente. Die Daten belegen darüber hinaus, dass die Versorgung von Frauen seltener den evidenzbasierten Richtlinien entspricht. Bemerkenswert ist, dass gerade die teuren Medikamente bei Frauen seltener verordnet werden (Glaeske/Janhsen 2003b). Erklärungen für diese Unterschiede liegen nicht vor.

Hinzu kommt, dass die Medikamente nicht hinreichend an Frauen erforscht sind; bei einigen Standardmedikamenten wurde eine geringere Wirksamkeit bei Frauen im Vergleich zu Männern nachgewiesen (Glaeske/Janhsen 2003b; Health Canada 2003). Selbst die vorliegenden Daten zu geschlechterspezifischen Unterschieden in der Wirksamkeit werden in den Richtlinien nicht angemessen berücksichtigt, und dies gilt selbst für die jüngste frauenspezifische Richtlinie zur Prävention (AHA 2004). Die Ergebnisse müssen vor dem Hintergrund der höheren Sterblichkeit und Re-Infarktrate von Frauen in Deutschland und des zumindest für die USA und Kanada ermittelten schlechteren medizinischen Outcome bei Frauen (Health Canada 2003; Marcuccio et al. 2003) diskutiert und als eindeutige Qualitätsdefizite gewertet werden.

4. *Disease-Management-Programme und geschlechterangemessene Versorgung*

Die Einführung neuer Versorgungsmodelle für die KHK setzt die Fragen nach Richtlinien, Qualitätsstandards und Versorgungszielen in Deutschland zunehmend dringlicher auf die Tagesordnung und verlangt nach neuen Formen der Regulierung (vgl. Pfaff et al. 2003). Ziele der DMPs sind neben der ökonomischen Effizienz die Verringerung der Varianz von Versorgungsangeboten, Herstellung von Transparenz und Sicherung von Bedarfsgerechtigkeit. Die DMPs greifen mit dem Versuch, strukturierte und integrative Versorgungsformen für chronisch kranke Menschen zu etablieren, wesentliche Kritikpunkte an der zergliederten Versorgungsstruktur auf, die auch von der Frauengesundheitsbewegung und -forschung thematisiert werden. Internationale Erfahrungen belegen, dass diese Prozesse neue Möglichkeiten bieten, Qualität und Geschlechtergerechtigkeit zu verknüpfen (vgl. McKinley et al. 2001). Der in dieser Form in Deutschland neue Zwang zur Evaluation und Kontrolle öffnet mit Blick auf die Inhalte der Versorgung wie die Beteiligung neuer Akteure ein Fenster für Veränderungen. Die Verbindungen zwischen DMP und Gender Mainstreaming liegen in den formalisierten Verfahren und dem Top-down Ansatz; beide Konzepte basieren auf Instrumenten des Managements, statistischen Daten und Information und gehen davon aus, dass eine medizinisch definierte Evidenz nicht hinreichend ist, um alle Bedarfe in der Versorgungskette abzudecken. Nachfolgend werden zunächst Basisanforderungen an ein DMP für KHK und zentrale Fragenkomplexe entwickelt und anschließend Ansatzpunkte für ein Gender Assessment des vorliegenden Entwurfs für ein DMP für KHK benannt.

4.1 Basisanforderungen an Disease-Management aus der Geschlechterperspektive

Für jedes Element des Programms ist zu klären, ob die Angemessenheit geschlechterspezifisch geprüft ist. Als Grundlage für ein Instrumentarium können dabei folgende Fragenkomplexe dienen:

- Sind die evidenzbasierten Leitlinien für Frauen und für Männer geprüft? Sind die zugrunde gelegten wissenschaftlichen Studien hinreichend, um diese Fragen zu beantworten?
- Sind die medizinischen und psychologischen Einflussfaktoren für Frauen und Männer geprüft? Sind die Unterschiede in den sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen von Frauen und Männern berücksichtigt?
- Sind die Schulungsprogramme daraufhin geprüft, ob sie a) Frauen und Männer angemessen ansprechen und b) die Sensibilität für Geschlechterfragen verbessern?
- Ergeben die vorliegenden Daten Hinweise auf die Notwendigkeit geschlechterspezifischer Angebote?
- Welchen Einfluss hat die Umsetzung der Maßnahme auf die Geschlechterverhältnisse?
- Ist das Ziel der Herstellung von Chancengleichheit berücksichtigt; welchen Beitrag kann die Maßnahme dazu leisten?

Auf der Ebene der Regulierung ist zu prüfen:

- Sind weibliche Akteure angemessen in die Steuerungsgremien einbezogen?
- Ist die notwendige Genderkompetenz in den Steuerungsgremien vertreten, und wie kann sie gegebenenfalls gewährleistet werden?

4.2 Gender Assessment der gesetzlichen Grundlagen für ein DMP für KHK

Mit konkretem Bezug auf den vorliegenden Vorschlag für das DMP für KHK (7. RSA-ÄndV 28.04.2003, Anlage 5) ist zu fordern, *alle* Maßnahmen nach den zuvor genannten Fragen zu prüfen. Als vordringliche Ansatzpunkte für die Geschlechterperspektive sind die folgenden Punkte der Verordnung zu nennen:

- »Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien (1.)« – die Evidenz ist für Frauen und für Männer nachzuweisen;
- »Hinreichende Diagnostik (1.2)« – die geringere Aussagekraft der Standarddiagnostik bei Frauen erfordert geschlechterspezifische Definitionen;

- »Differenzierte Therapieplanung (1.4)« – die spezifischen Risikoprofile bei Frauen (insbesondere Diabetes mellitus, Depression) sind zu explizieren, der Hinweis auf das Geschlecht als Risikofaktor ist hier zu unspezifisch;
- »Medikamentöse Therapie (1.5.2)« – Geschlechterunterschiede in der Wirksamkeit sind, soweit bekannt, zu benennen und zukünftig zu prüfen;
- »Rehabilitation (1.6)« – gezielte Angebote zur Erhöhung des Frauenanteils an allen rehabilitativen Maßnahmen;
- »Schulungen der Leistungsanbieter (4.1)« – Gender Mainstreaming/geschlechterspezifische Unterschiede in der KHK und KHK-Versorgung als verpflichtender Bestandteil der Schulungen;
- »Schulungen der Versicherten« – Gender Mainstreaming/geschlechterspezifische Bedarfe und Angebote als verpflichtender Bestandteil der Schulungen;
- »Evaluation (5)« – geschlechterspezifische Datenerhebung und Datenauswertung.

5. *DMP und Gender Mainstreaming – Modelle zur Verbesserung der Versorgungsqualität*

Die Ergebnisse dieser Studie belegen, dass die Geschlechterkategorie in allen Bereichen der KHK ein versorgungsrelevantes Kriterium ist. Das Versorgungssystem geht demgegenüber von einem geschlechtsneutralen Modellmenschen aus, aber orientiert sich de facto an den Befunden und dem Bedarf der Männer. Wenn evidenzbasierte Richtlinien als Goldstandard gelten – wie es die DMPs vorschreiben und insgesamt für die Gesundheitsversorgung gefordert wird –, dann ist das Fazit eindeutig: Der *male bias* und die Vernachlässigung geschlechterspezifischer Einfluss- und Bedingungsfaktoren wirken sich bei der KHK primär als Unterversorgung, vor allem aber als Fehlversorgung von Frauen aus. Möglicherweise führt dieser gender bias zugleich zu einer Überversorgung von Männern mit invasiven Maßnahmen. In beiden Fällen handelt es sich um Fehlversorgung. Insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz und der steigenden Inzidenz der KHK bei Frauen besteht unter medizinischen wie ökonomischen Aspekten ein dringlicher Handlungsbedarf.

Wesentliche Qualitätsdefizite resultieren aus der Vernachlässigung von Frauen in der KHK-Forschung und der Orientierung an den Symptomen und Bedarfslagen von Männern. Stereotype Männlichkeitsbilder werden zum Versorgungsrisiko für Frauen und zum Qualitätsdefizit des

Gesundheitssystem (vgl. Lohe 2002; Riska 2002). Es geht demzufolge zum einen um die Beseitigung von Ungleichheit, Uneinheitlichkeit und die Herstellung von Transparenz der Leistungen und zum anderen um die Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden in den physiologischen und psychosozialen Entstehungsbedingungen und Krankheitsverläufen der KHK mit dem Ziel bedarfsgerechter, zielgruppenorientierter Angebote. Für die Umsetzung dieser Anforderung steht mit den Konzepten Disease-Management und Gender Mainstreaming auf der politischen Ebene ein definierter Rahmen zur Verfügung. Die Geschlechterperspektive kann in den Schnittmengen beider Konzepte integriert werden: Das sind die Definition von Versorgungszielen, von evidenzbasierten Standards, Leitlinien und Qualitätsindikatoren sowie die Evaluation der Programme – und auf der Strukturebene die neuen Steuerungsgremien. Die vorliegenden Instrumente der Gender Based Analysis und des Gender Impact Assessments (Jahn/Kolip 2002; Verloo/Roggeband 1996) bieten eine geeignete Grundlage für die Entwicklung eines Instrumentariums zur Evaluation der DMPs.

Die im Geschlechtervergleich dokumentierte unerwünschte Varianz der KHK-Versorgung unterstreicht einerseits die Ziele des DMP und die Notwendigkeit für die KHK-Versorgung, Qualitätsstandards zu definieren und die Umsetzung zu überprüfen; sie rückt andererseits Defizite und Schwachstellen des Programms – und damit der deutschen Variante der Modernisierung des Gesundheitssystems – in das Blickfeld. Gender Mainstreaming kann eine zielgruppenspezifische Definition von Standards und ein anwendungsbezogenes Verständnis von Evidenz begünstigen. Die Weiterentwicklung einer evidenzbasierten Medizin zu einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung steht ebenso noch aus wie die Berücksichtigung der Frage, wie Evidenz *genutzt* (statt nur, wie sie definiert wird) (vgl. Dobrow et al. 2004). Damit verbunden sind grundlegende Fragen, nach welchen/wessen Kriterien definiert wird, was evident ist und was nicht, und wie Diversität, Subjektivität und Kontextabhängigkeit des gesundheitlichen Bedarfs angemessen abzubilden sind (vgl. Kuhlmann 2004b; Timmermans/Berg 2003).

Die Geschlechterperspektive weist über Fragen der Versorgung von Frauen ebenso hinaus wie über biomedizinische Ansätze. Sie kann zu einer Umorientierung im Gesundheitswesen beitragen, Systemdefizite offen legen und präventive und aktivierende Konzepte stärken. Die Wahrnehmungen und Einschätzungen von PatientInnen haben einen wesentlichen Anteil daran, wie effizient die verfügbaren Angebote der Gesundheitsversorgung genutzt werden (vgl. Horowitz et al. 2004). Vor diesem Hintergrund sind gezielte Informationskampagnen über die

Risiken und die Symptomatik der KHK bei Frauen und entsprechende Maßnahmen im Rahmen von Disease-Management notwendig. Korrekturen im Sinne einer Marktmacht der Nutzerinnen sind in dieser Gruppe kaum zu erwarten; vielmehr sind gezielte Steuerungsinstrumente und verbindliche gesetzliche Vorgaben gefordert. Primäre Ansatzpunkte bieten die DMP-Verträge zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen und das SGB V sowie die Instrumente der ärztlichen Selbstverwaltung, die Informationen der Krankenkassen und die Forschungsförderung.

Das DMP für KHK ist an seinen eigenen Zielsetzungen zu messen, einen *Anspruch* auf angemessene, zielgruppenorientierte und nach verbindlichen Qualitätsstandards erbrachte Leistungen zu sichern sowie die Beteiligung von PatientInnen zu stärken. Da diese Ziele bisher bei Frauen in geringerem Maße als bei Männern erfüllt sind, ist die Geschlechterperspektive kein add-on Verfahren, auf das zugunsten von geschlechterpolitischen Interessen der – überwiegend männlichen – Akteure in den Entscheidungsgremien verzichtet werden kann. Sie muss vielmehr zum Standard und Indikator der Effektivität neuer Versorgungsprogramme werden.

Anmerkung

- 1 Ich danke den ExpertInnen und PatientInnen, die sich an dieser Studie beteiligt haben, sowie Dr. Walburga Freitag für die Mitarbeit bei der Literaturrecherche. Weiter danke ich Maren Stamer, die Teile der empirischen Erhebung vorgenommen hat. Besonderer Dank gilt Prof. Dr. Gerd Glaeske für die Unterstützung und die Kooperation im Rahmen des Expertenworkshops.

Literatur

- American Heart Association (AHA): Expert Panel/Writing Group (2004): Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. *Circulation* 109: 672-693.
- Argogast, A.; Sechtem, U. (2002): Geschlechtsunterschiede im Aussagewert der Diagnostik der KHK. In: J. Brachmann; H.-J. Medau (Hrsg.). *Die koronare Herzkrankheit der Frau*. Darmstadt: Steinkopff, 137-147.
- Bird, C.E.; Fremont, A.; Wickstrom, S.; Bierman, A.S.; McGlynn, E. (2004): Improving women's quality of care for cardiovascular disease and diabetes. *Women's Health Issues* 13: 150-157.
- Brachmann, J.; Medau, H.-J. (Hrsg.) (2002): *Die koronare Herzkrankheit der Frau*. Darmstadt: Steinkopff.
- Brezinka, V.; Kittel, F. (1995): Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review. *Social Science and Medicine* 42: 1351-1365.
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) (2002): *Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2001*. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001): Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer.
- De Backer, G.; Ambrosioni, E.; Borch-Johnsen, K.; Brotons, C.; Cifkova, R.; Dallongeville, J.; Ebrahim, S.; Faergeman, O.; Graham, I.; Mancia, G.; Manger Cats, V.; Orth-Gomer, K.; Perk, J.; Pyörälä, K.; Rodicio, J.L.; Sans, S.; Sansoy, V.; Sechtem, U.; Silber, S.; Thomsen, T.; Wood, D.; Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (2003): European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Heart Journal* 24: 1601-1610.
- Dehler, S.; Bisig, B. (2002): Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung des Herzinfarkts zwischen Frauen und Männern. In: B. Bisig; F. Gutzwiller (Hrsg.). *Frau und Herz. Epidemiologie, Prävention und Behandlung der koronaren Herzkrankheit bei Frauen in der Schweiz*. Bern: Hans Huber, 225-252.
- Dobrow, M.J.; Goel, V.; Upshur, R.E.G. (2004): Evidence-based health policy: context and utilisation. *Social Science and Medicine* 58: 207-217.
- Glaeske, G.; Janshen, K. (Hrsg.) (2003a): GEK-Arzneimittel-Report (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 25). St. Augustin: Asgard Verlag.
- Glaeske, G.; Janshen, K. (2003b): Arzneimittel bei koronarer Herzerkrankung nach Herzinfarkt. Posterpräsentation, Expertenworkshop »Koronare Herzerkrankungen und Disease Management – was bringt die Geschlechterperspektive?, 27./28.10. 2003, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen.
- Härtel, U. (2002): Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems bei Männern und Frauen. In: K. Hurrelmann; P. Kolip (Hrsg.). *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber, 273-290.
- Health Canada (eds.) (2003): Exploring concepts of gender and health. www.hc-sc.gc.ca/english/women/exploringconcepts.htm.
- Horowitz, C.R.; Rein, S.B.; Leventhal, H. (2004): A story of maladies, misconceptions and mishaps: effective management of heart failure. *Social Science and Medicine* 58: 631-643.
- Jahn, I.; Kolip, P. (2002): Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. www.gesundheitsfoerderung.ch
- Kuhlmann, E. (2004a): Gender Mainstreaming in den Disease Management-Programmen – das Beispiel koronare Herzkrankheit. Expertise im Auftrag der Bundeskoordination Frauengesundheit/des Arbeitskreises Frauengesundheit. www.zes.uni-bremen.de/~kuhlmann.
- Kuhlmann, E. (2004b): Standard, guidelines and evidence-based medicine – bringing patients' perspectives in. Paper presented to the 4S/EASST Conference »Public Proofs, Science, Technology and Democracy«, 25-28 August, Paris, France.
- Levenson, B.; Albrecht, A.; Göhring, S.; Haerer, W.; Herholz, H.; Kaltenbach, M.; Reifart, N.; Sauer, G.; Silber S.; Troger, B. (2003): 4. Bericht des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen zur Qualitätssicherung in der diagnostischen und therapeutischen Invasivkardiologie 1999-2002. *Herz* 28, 4: 335-347.
- Lohe, E. von der (2002): *Koronare Herzkrankheit bei Frauen: Prävention – Diagnostik – Therapie*. Berlin: Springer.
- McKinley, E.D., Thompson, J.W.; Briefer-French, J.; Wilcox, L.S.; Weisman, C.S.; Andrews, W.C. (2001): Performance indicators in women's health: incorporating women's health in the Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS). *Women's Health Issues* 12: 46-58.
- Marcuccio, E.; Loving, N.; Bennett, S.K.; Hayes, S.N. (2003): A survey of attitudes and

- experiences of women with heart disease. *Women's Health Issues* 13: 23-31.
- Natarajan, S.; Liao, Y.; Cao, G.; Lipsitz, S.R.; McGee, D.L. (2003): Sex differences in risk for coronary heart disease mortality associated with diabetes and established coronary heart disease. *Arch. Intern. Med.* 163: 1735-1740.
- Pfaff, H.; Schrappe, M.; Lauterbach, K.W.; Engelmann, U.; Halber, M. (Hrsg.) (2003): *Gesundheitsversorgung und Disease Management*. Bern: Hans Huber.
- Riska, E. (2002): From type A man to hardy man: masculinity and health. *Sociology of Health and Illness* 24, 3: 347-351.
- Robert Koch Institut (RKI) (2003): Herzinfarkt und soziale Schicht. www.rki.de/GE-SUND/KRANK/HKK/INFARKT.pdf.
- Roeters van Lennep, J.E.; Zwinderman, A.H.; Roeters van Lennep, H.W.O.; Westerveld, H.E.; Plokker, H.W.M.; Voors, A.A.; Brusckhe, A.V.G.; van der Wall, E.E. (2000): Gender differences in diagnosis and treatment of coronary artery disease from 1981 to 1987. *European Heart Journal* 21: 911-918.
- Rosengren, A.; Spetz, C.L.; Koster, M.; Hammar, N.; Alfredsson, L.; Rosen, M. (2001): Sex differences in survival after myocardial infarction in Sweden: data from the National Acute Myocardial Infarction Register. *European Heart Journal* 22: 314-322.
- Schoenberg, N.E.; Peters, J.C.; Drew, E.M. (2003): Unraveling the mysteries of timing: women's perceptions about time to treatment for cardiac symptoms. *Social Science and Medicine* 56: 271-284.
- Stampfer, M.J.; Hu, F.B.; Manson, J.E.; Rimm, E.B.; Willett, W.C. (2000): Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *New Engl. J. Med.* 343: 16-22.
- Sundquist, K.; Lindstrom, M.; Malmstrom, M.; Johansson, S.E.; Sundquist, J. (2004): Social participation and coronary heart disease: a follow-up of 6900 women and men in Sweden. *Social Science and Medicine* 58: 615-622.
- Timmermans, S.; Berg, M. (2003): *The gold standard. The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Tunstall-Pedoe, H.; Kuulasmaa, K.; Mahonen, M.; Tolonen, H.; Ruokokoski, E.; Amouyel P. (1999): Contribution of trends in survival and coronary-event-rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO-MONICA populations. *The Lancet* 353: 1547-1557.
- Vaccarino, V.; Parsons, L.; Every, N.R.; Barron, H.V.; Krumholz, H.M. (1999): Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. *New Engl. J. Med.* 341: 217-225.
- Vaccarino, V.; Krumholz, H.M.; Yarzebski, J.; Gore, J.M.; Goldberg, R.J. (2001): Sex differences in 2-year mortality after hospital discharge for myocardial infarction. *Ann. Intern. Med.* 134: 173-181.
- Vaccarino, V.; Abramson, J.L.; Veledar, E.; Weintraub, W.S. (2002): Sex differences in hospital mortality after coronary artery bypass surgery: Evidence for a higher mortality in younger women. *Circulation* 105.
- Verloo, M.; Roggeband, C. (1996): Gender impact assessment. *Impact Assessment* 14: 3-20.
- WHO (2002): *Integrating gender perspectives in the work of WHO*. Genf: WHO
- Writing Group for the Women's Health Initiative (WHI) Investigators (2002): Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 288: 312-333.