



We communicate Pharma.

Blickpunkt Frauengesundheit

Ergebnisse einer qualitativen Studie

Die Fragestellung

- Werden Frauen bei der Behandlung bestimmter Erkrankungen gegenüber Männern benachteiligt?

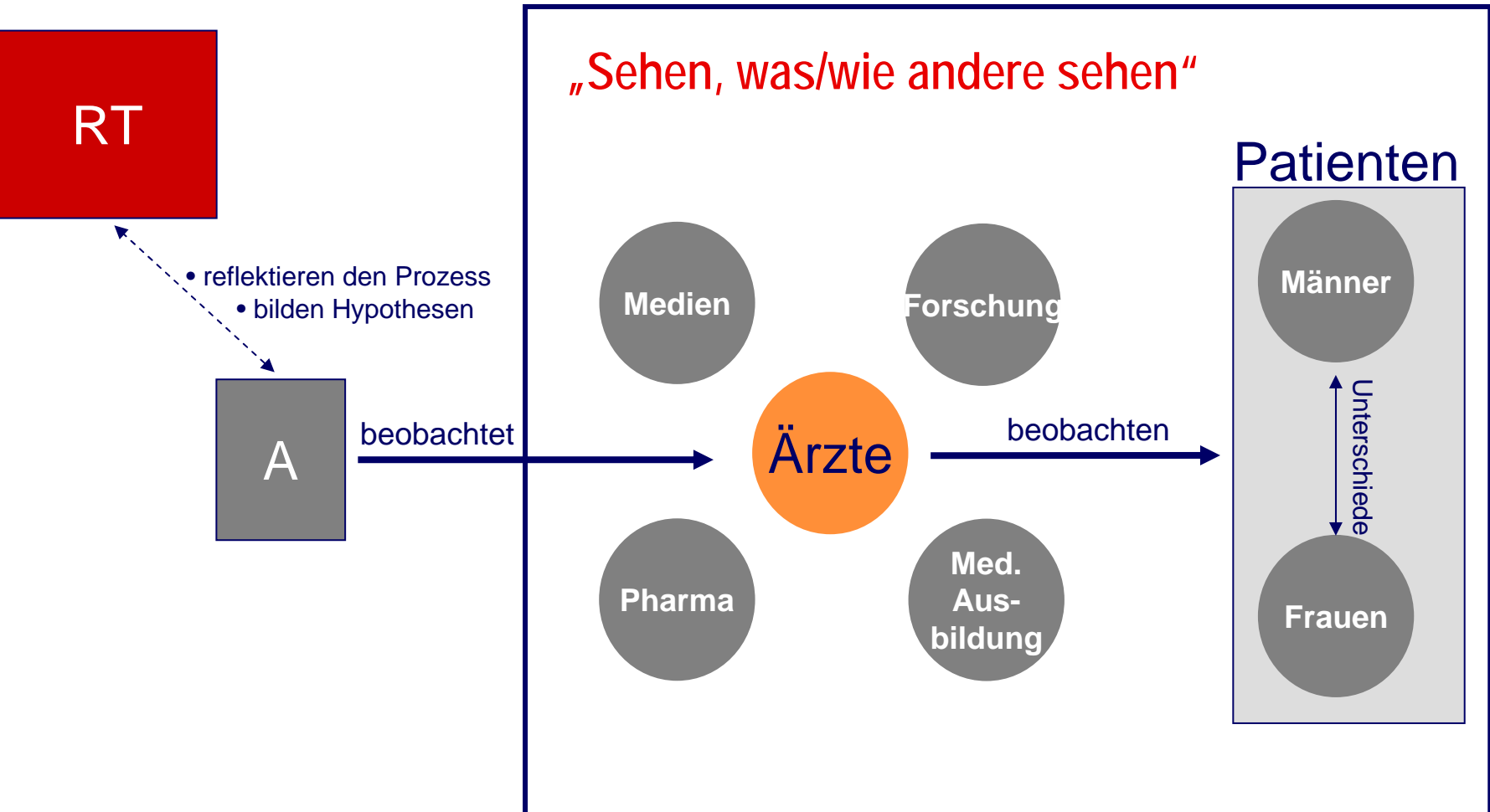
Das Vorgehen

- Diskussionsrunden mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten
 - Gruppendiskussion über zwei Stunden.
 - Ärztinnen : Ärzte = 50 : 50

Das Vorgehen

- Offenes Angehen der Thematik, gruppendramaturgisch vom Allgemeinen zum Speziellen:
 - Einstieg mit einer Selbsteinschätzung der Ärzte
 - Diskussion über die Beziehung der Ärzte zu den Patientinnen und Patienten im allgemeinen
 - Wahrnehmung von geschlechtsspezifischen Unterschieden
 - Problemwahrnehmung und eigene Lösungsideen
- „Reflektierendes Team kann in den Prozess eingreifen, neue Fragen aufzuwerfen oder Hypothesen überprüfen

Das theoretische Konzept: Beobachtung zweiter Ordnung



Die Befunde

Hausarzt ist nicht gleich Hausarzt!

- In den Ärztegruppen ließen sich drei **Typen** von Ärzten erkennen

Hausarzt ist nicht gleich Hausarzt!

- „Kapitäne“ (Männer, aber auch Frauen)
 - Selbstbild: Freundlich, konsequent, vertrauenswürdig
 - Ausgeprägt asymmetrische Arzt-Patienten-Beziehung
 - Wollen kontrollieren: Macht ausüben

Hausarzt ist nicht gleich Hausarzt!

- „Seelsorger“ (Frauen, aber auch Männer)
 - Selbstbild: Mitfühlend, verständnisvoll, zuhören
 - Ausgeprägt asymmetrische Arzt-Patienten-Beziehung
 - Wollen kontrollieren: sich kümmern und helfen

Hausarzt ist nicht gleich Hausarzt!

- „Wissenschaftler“ (jüngere Minderheit)
 - Selbstbild: Zuhören, aufklären, kompetent, distanziert
 - Vertretbare Experten-Laien-Asymmetrie
 - Wollen aufklären und beraten

Männer und Frauen sind gleich und werden gleich behandelt!

- Geschlechtsspezifische Unterschiede werden im ersten Anlauf von allen negiert

Männer und Frauen sind gleich und werden gleich behandelt!

- Vordergründig dominieren andere Unterscheidungen
 - Nach Krankheitsbildern
 - Organisch vs. vegetativ
 - Chronisch vs. akut

Männer und Frauen sind gleich und werden gleich behandelt!

- Vordergründig dominieren andere Unterscheidungen
 - Patientenbezogen
 - Alte vs. junge Patienten
 - Einfach vs. komplex
 - Aktiv vs. passiv
 - Gute vs. schlechte Compliance
 - Höheres vs. niedrigeres Bildungsniveau

Aber eigentlich gibt es doch mindestens einen Unterschied!

- Unterscheidungen nur unterhalb der Oberfläche dieser dominierenden Klassifizierungen
 - stereotyp
 - fest zementiert
 - geschlechtsspezifisch

Aber eigentlich gibt es doch mindestens einen Unterschied!

- Organisch vs. vegetativ
 - Bei Männern sucht man eher nach „echten“, organisch bedingten Ursachen der Beschwerden
 - Frauen unterstellt man eher vegetative Erkrankungen

„Diese vegetativen Symptome sind bei Frauen häufiger, das muss man schon sagen. Die kommen dann schon wegen den kleinsten Beschwerden und äußern die dann sehr dramatisch. Das hat man bei Männern weniger.“

Und eigentlich gibt es noch mehr Unterschiede!

- Einfach vs. komplex
 - Weibliche Patienten gelten häufig als komplizierter, anstrengender und zeitraubender

„Man muss schon mehr fragen, die Anzahl der Geburten, Kaiserschnitt. Das ist schon alles aufwändiger.“

„Die kommen zu mir und sagen ‚Mir geht es nicht gut‘ und dann muss man ziehen und ziehen und dann kommt’s von der Familie angefangen, bis auf dass sie nicht schlafen können, sich nicht konzentrieren, nicht arbeiten, bla, bla.“

Und eigentlich gibt es noch mehr Unterschiede!

- Aktiv vs. passiv
 - Frauen beobachten sich besser, informieren sich umfassender und sind gegenüber den Ärzten fordernder

„Patientinnen sagen meist direkter, was sie wollen, wie sie sich die Behandlung vorstellen und versuchen auch eher, sich zusätzlich selbst zu behandeln. Da lässt man sich stärker beeinflussen, ... um sie zu gewinnen.“

Und genau betrachtet, verhält man sich auch entsprechend.

- Stereotype Vorstellungen funktionieren wie Wahrnehmungsfilter
 - Bagatellisierungen und Abwertungen weiblicher Symptombeschreibungen

„Wenn Sie eine Patientin haben, die mit 170 Blutdruck kommt und die Ihnen ... sagt, dass sie seit drei Wochen kaum schläft, dann würde ich mich erst einmal auf diese Schlafprobleme konzentrieren. Wenn sie mal ausschläft, kann der Blutdruck auch wieder normal sein.“

„Oft reicht es, wenn man ein bisschen zuhört und ein bisschen tröstet, irgend einen Rat gibt.“

„Der Mann will schon etwas konkretes haben ... pflanzlich, homöopathisch ist eher für Frauen und Kinder. Aber der Mann will schon was Stärkeres.“

Alles soll so bleiben, wie es ist.

- Dieses Beziehungssystem nutzt den Ärzten, deshalb soll es unbedingt aufrecht erhalten bleiben.

Alles soll so bleiben, wie es ist.

- Funktionaler Nutzen
 - Komplexitätsreduktion und Zeitersparnis

„Bei Bluthochdruck ist vor allem wichtig, dass man den Blutdruck richtig einstellt, bevor auf geschlechts-spezifische Unterschiede eingegangen werden kann. Damit haben wir ja wirklich genug zu tun. Da spielt es keine Rolle, ob es Mann oder Frau ist.“

Alles soll so bleiben, wie es ist.

- Emotionaler Nutzen
 - Das **Kontrollbedürfnis** der Ärzte wird bedient
 - Sie erhalten **Anerkennung**
 - Die „Kapitäne“ können **Macht** ausüben. Die „Seelsorger“ können ihr **Helfersyndrom** ausleben

Auch andere tun viel dafür, das System aufrecht zu erhalten.

- **Patientinnen** erweisen sich aus Sicht der Ärzte als besonders dankbare Partner
 - Frauen gelten als sozial belasteter und daher bedürftiger
 - Frauen haben einen **sekundären Krankheitsgewinn** aus dem Arztbesuch: Aufmerksamkeit und Zuwendung, die ihnen in anderen Rollen/Situationen nicht zuteil werden.

Auch andere tun viel dafür, das System aufrecht zu erhalten.

- Medizinische Ausbildung sowie die (pharmazeutische) Forschung wirken sich unterstützend aus

„Die Präparate sind ja in der Regel an beiden Geschlechtern ausprobiert. Ich kenne kein Präparat, das nur spezifisch für Mann oder Frau gedacht ist. Wir werden ja auch so erzogen, da keine Unterschiede zu machen. Das wäre ja fast schon unmedizinisch, hier große Trennungslinien zu ziehen.“

Es läuft doch alles gut – bloß nichts ändern!

- Die befragten Hausärzte **wehren sich** dagegen, das Thema zur Kenntnis zu nehmen
- **Erkenntnisse** werden ...
 - ... **ignoriert**

„Vielleicht habe ich es überlesen oder überschlafen. Aber es gibt nichts. Bis jetzt ist nichts im Umlauf.“

Es läuft doch alles gut – bloß nichts ändern!

- ... in Frage stellt

„Untersuchungen und Empfehlungen wären vielleicht ganz gut, wobei ich meine Zweifel habe, ob das wirklich so ist. Ich habe z. B. gelesen, dass Ibuprofen bei Frauen bei Kreuzschmerzen nicht wirkt, das kann ich nicht bestätigen“

Es läuft doch alles gut – bloß nichts ändern!

- ... diffamiert

„Frauengesundheit ist Thema von ‚Frau im Spiegel‘. Das ist Pseudo-Gesundheit, Wellness ... Was den Frauen da alles aufgetischt wird, hat eigentlich nur noch mit Glauben zu tun, nichts mit Tatsachen.“

Aber keine Regel ohne Ausnahmen

- Der Ärztetypus des „Profis“ gehört **nicht** in die Kategorie der Veränderungsresistenten
 - Der „Profi“ ist von vornherein besser als die anderen über die Gender-Thematik informiert.
 - Er lässt eine zunehmende Sensibilisierung für das Thema im Laufe des Diskurses erkennen

„Es gibt ja schon spezifische Themen bei Frauen die einen auch vor heute mal beschäftigt haben wie KHK, Rauchen, Östrogene bei Schlaganfall. Das sind Riesenareal wo man forschen kann und neue Medikamente entwickeln kann. Wenn man diesen Weg geht und die unterschiedlichen Abbauprozesse der Leber berücksichtigt, dann ist das schon interessant.“

Ein Lichtblick: Patientinnen zu binden lohnt sich, denn es sind die lukrativeren Kunden

- Auf den zweiten Blick wird klar, dass **Frauen die lukrativeren Kunden** sind
 - Frauen gehen früher zum Arzt
 - Frauen kommen häufiger, z. B. bei chronischen Erkrankungen
 - Der Frauen-Anteil ist höher (Frauen werden älter als Männer)
 - Frauen sind loyaler (geringere Wechselbereitschaft)
 - Frauen bringen Kunden (empfehlen weiter, bringen Familienangehörige)

Fazit

Fazit

- In den Diskussionsrunden kristallisierte sich in Ansätzen ein Ärztetypus heraus, der das Problem einer richtig verstandenen frauenspezifischen Medizin überhaupt beobachtet.
- Das Gros der Ärzte nimmt aktuell entsprechende Informationen und Botschaften gar nicht erst wahr, letztlich um eine Destabilisierung der eingespielten Arzt-Patientinnen-Beziehung zu vermeiden.
- Frauen erhalten darum häufig keine adäquate Therapie.

Fazit

- Auf den zweiten Blick stellen Frauen – schon rein ökonomisch betrachtet – eine besonders wertvolle Zielgruppe für die Praxen dar.
- Ein Denken in Kunden- bzw. Zielgruppenkategorien ist jedoch bei Hausärzten (noch) nicht etabliert.
- Ein entsprechendes Zielgruppenbewusstsein zu vermitteln, könnte ein gangbarer und wirksamer Weg sein, die Wahrnehmung und Haltung der Ärzte zu verändern.
- Für innovative Präparate steckt daher in einer zielgruppenorientierten frauenspezifischen Ansprache noch viel Potenzial.