

Die Medizin wird weiblich – und das ist gut so

A. Möllemann

Die Sächsische Landesärztekammer hatte 2018 einen Anteil von 53 Prozent berufstätiger Ärztinnen [1], das heißt grob geschätzt die Hälfte der Patienten wird durch Ärztinnen versorgt.

Warum ist das eine gute Nachricht?

Als im Jahr 2017 der Artikel „Vergleich der Sterblichkeit und der Wiederaufnahmerate von stationären Medicare-Patienten in Abhängigkeit ihrer Behandlung durch männliche oder weibliche Internisten“ in der Zeitschrift JAMA International Medicine erschien [2], hätte ein Aufschrei durch die Medizin gehen müssen.

Erstmals wurden nicht nur – wie in zahlreichen vorherigen Studien [3, 4] – die geschlechtsabhängigen Unterschiede in der Behandlung von weiblichen und männlichen Patienten durch Ärztinnen und Ärzte untersucht, sondern es wurde ausdrücklich das Behandlungsergebnis analysiert: Eine zwanzigprozentige randomisierte Stichprobe von Medicare-Versicherten (Gesetzliche Versicherung in den USA) über 65 Jahre aus einem Vierjahres-Zeitraum (2011 bis 2014) mit nicht-elektiver Krankenhaus-Aufnahme wurde hinsichtlich ihrer Behandlung durch einen männlichen oder einen weiblichen Internisten untersucht. Eingeschlossen wurden über 1,5 Millionen Patienten, das Durchschnittsalter betrug 80 Jahre, davon waren 620.000 Männer und 960.000 Frauen.

Im Ergebnis liegt die 30-Tages-Mortalität für Patienten, die von Ärztinnen behandelt wurden, bei 11,1 Prozent versus 11,5 Prozent bei Behandlung durch einen männlichen Kollegen (Grafik).

Damit beträgt die relative Risikoreduktion vier Prozent bei Behandlung durch eine Frau. Dies entspricht einer NNT* von 233. Hochgerechnet auf zehn Millionen stationäre Behandlungen im amerikanischen Versicherungssystem Medicare könnten daraus allein in dieser Patientenpopulation circa 32.000 Todesfälle pro Jahr durch weibliche Behandlung verhindert werden. Diese Zahl entspricht in etwa der Zahl der verkehrsbedingten Todesfälle in den USA.

Auch die 30-Tage-Wiederaufnahmerate zeigt behandlergeschlechtsspezifische Unterschiede: 15,0 Prozent bei Behandlung durch eine Ärztin versus 15,6 Prozent bei Behandlung durch einen Arzt (Grafik). Dies entspricht einer relativen Risikoreduktion von fünf Prozent oder einer NNT* von 182. Diese Zusammenhänge blieben nachweisbar bei Adjustierung nach Patienteneigenschaften, Krankenhausmerkmalen, Arztmerkmalen und anderen Wirkungsmechanismen.

Als Limitationen dieser umfassenden Untersuchung wird Folgendes diskutiert:

- Da es sich um eine reine Beobachtungsstudie handelt, sind nicht erfasste Differenzen der Patienten hinsichtlich ihres Risikos für Tod beziehungsweise Wiederaufnahme nicht vollständig auszuschließen, laut statistischer Analysen der Autoren als Ursache der Unterschiede jedoch sehr unwahrscheinlich.
- Die Analyse ist limitiert auf Medicare-Versicherte, die mit internistischen Grunderkrankungen von

allgemeinen Internisten behandelt wurden. Das verhindert die Ausweitung der Aussagen auf chirurgische oder andere Fachgebiete und auf ambulante Patienten.

- Die Autoren können aus der Untersuchung keine Ursachen für die gefundenen Differenzen ableiten. Wenn man davon ausgeht, dass das Behandlergeschlecht selbst das Ergebnis nicht beeinflusst, so könnte es doch als Marker für Unterschiede im Behandlungsmuster von Männern und Frauen dienen [2].

Hinweise auf einen vierprozentigen Vorteil einer Behandlungsform für eine sehr große Patientengruppe erregen im Allgemeinen sehr große Aufmerksamkeit. Diese zu erwartende Aufmerksamkeit blieb hier allerdings aus.

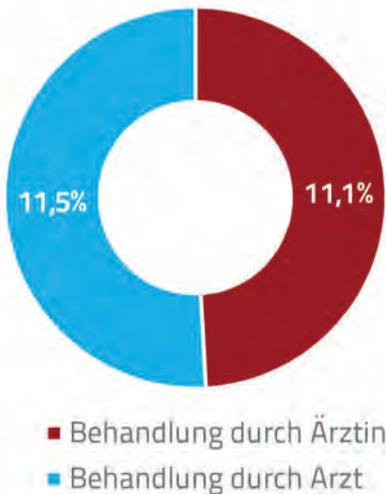
Was könnten Unterschiede im Behandlungsmuster zwischen Männern und Frauen sein?

Eine ganze Reihe von Studien geben dazu Hinweise. Hier vier Beispiele:

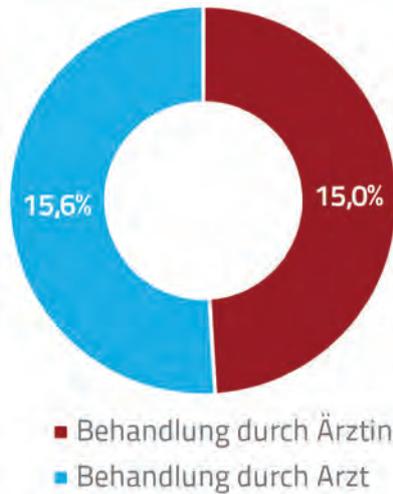
1. In einer Untersuchung zu geschlechtsspezifischen Unterschieden hinsichtlich allgemeiner und krebsspezifischer Präventions-Praxis wurde gezeigt, dass US-amerikanische weibliche Hausärzte eine ausführlichere Anamnese erheben und signifikant häufiger gezielte Fragen nach Ernährungsgewohnheiten, körperlicher Aktivität, Alkohol- und Nikotinkonsum sowie nach Stress stellen. Laut ihrer Selbsteinschätzung sehen sie sich eher in der Lage, präventiv in Bezug auf kardiovaskuläre Erkrankungen tätig zu sein. Sie nehmen potenzielle Hürden, wie „fehlende Zeit“, „Unvermögen des Patienten zu Lebensstiländerungen“ et cetera, als signifi-

* Number need to treat = Zahl der Patienten, die so behandelt werden muss, um einen Todesfall zu verhindern.

30-Tages-Mortalität für Patienten,
Stichprobe Medicare-Versicherte
(2011 – 2014)



30-Tage-Wiederaufnahmerate,
Stichprobe Medicare-Versicherte
(2011 – 2014)



kant weniger störend in der Prävention wahr, als ihre männlichen Kollegen.

Eine Limitation der Studie stellt unter anderem das Studiendesign in seiner Beschränkung auf weiße und latino-stämmige US-amerikanische Ärzte dar. Außerdem wurde das Patientengeschlecht nicht erfasst, sodass keine Aussagen zum Einfluss der geschlechtsspezifischen Interaktion im Arzt-Patienten-Verhältnis zu treffen waren [5].

2. Eine deutsche Studie [6] befasste sich mit dem Einfluss des Geschlechts von Patienten und Ärzten auf die Leitlinienadhärenz in der Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz. Es zeigten sich signifikante Unterschiede sowohl hinsichtlich des Patienten- als auch des Behandlergeschlechts: Ärztinnen verschreiben deutlich häufiger die komplette Medikamententherapie leitliniengerecht, sowohl an Patientinnen als auch an Patienten. Im Gegensatz dazu behandeln männliche Ärzte männliche Patienten bevorzugt hinsichtlich Verschreibung und Dosierung von leitliniengerechter Therapie. Auch auf Patientenseite zeigten sich signifi-

kante Unterschiede: Männliche Patienten erhielten von Ärzten und Ärztinnen eher eine leitlinienkonforme Verschreibung als Patientinnen. Als Limitation dieser Untersuchung werden von den Autoren folgende Aspekte kritisch diskutiert:

- Die leitlinienkonforme Behandlung, die in dieser Studie untersucht wurde, betraf allein die chronische systolische Herzinsuffizienz.
- Die Ergebnisse der in Deutschland durchgeführten Untersuchung sind nicht auf andere Länder oder andere

Gesundheitssysteme übertragbar, aber für uns natürlich relevant.

- Die Studie ist eine Beobachtungsstudie zu evidenzbasierter Behandlung von Herzinsuffizienz. Es ist davon auszugehen, dass Ärzte, die sich an einer solchen Studie beteiligen, höheres Interesse an der Behandlung ihrer Patienten entsprechend der aktuellen Leitlinien haben. Das heißt im Umkehrschluss, dass die Behandlungssituation im Durchschnitt für Patienten mit Herzinsuffizienz unbefriedigender sein kann. Die Patientenselektion erfolgte durch die behandelnden Ärzte.

3. In einer experimentellen Studie mit kanadischen Gynäkologen [7] fanden Gotlieb et al. geschlechtsspezifische Unterschiede in der Nutzung und Verarbeitung von Informationen in einer perioperativen Entscheidungsfindung. Es zeigte sich, dass männliche Gynäkologen weniger die zur Verfügung stehenden Informationen nutzten und die Entscheidungen schneller trafen als Gynäkologinnen. Die Begrenzung dieser Studie liegt im experimentellen Ansatz.

4. Eine Analyse amerikanischer ophthalmologischer Versicherungsfälle aus den Jahren 1990 bis 2008 ergab, dass

männliche Ophthalmologen von ihren Patienten um 54 Prozent häufiger verklagt werden als weibliche [8]. Männliche Ärzte hatten ein 1,7-fach erhöhtes Risiko, wegen eines schweren permanenten Patientenschadens verklagt zu werden. Das Risiko, wegen eines Patiententodes verklagt zu werden, lag für Männer achtfach höher als für Ärztinnen. Warum werden männliche Augenärzte häufiger verklagt als ihre Kolleginnen? Patienten entscheiden sich zur Klage gegen ihren Arzt aus einer Vielfalt von Gründen, aber immer wieder schälen sich zwei Hauptursachen heraus: 1. schlechtes Behandlungsergebnis, 2. schlechtes Arzt-Patienten-Verhältnis.

Seit langem beschäftigen sich Studien mit den Unterschieden in der Kommunikation zwischen Patienten und Ärztinnen und Ärzten. In einer Metaanalyse über 26 Studien zum Arzt-Patienten-Verhältnis stellten Rother et al. fest, dass Ärztinnen generell mehr partnerschaftliches Gesprächsverhalten zeigen, eine positive und emotional fokussierte Gesprächstechnik anwenden und mehr psychosozial interagieren. Ihre Patienten-Visiten dauern durchschnittlich zwei Minuten (oder zehn Prozent) länger als die von männlichen Ärzten [4].

Und bereits vor über 25 Jahren wurde in einer Untersuchung zur Teilnahme von Frauen an Krebsprävention in Abhängigkeit vom Behandlergeschlecht festgestellt, dass es notwendig ist, die Faktoren zu identifizieren, die für die geschlechtsspezifischen Unterschiede, die zugunsten weiblicher Behandler nachweisbar waren, verantwortlich sind, um sie gezielt in die Behandlungspraxis aller Ärzte zu implementieren [3]. Über geschlechtsspezifische Unterschiede im Vorgehen und im Outcome in operativen Fachgebieten gibt es so gut wie keine Daten.

Hier nur ein Schlaglicht, das in eine ähnliche Richtung weist: Ein männlicher kardiologischer Chefarzt schrieb unter der Fragestellung „Sind Frauen die besseren Ärzte“ 2018 in einer Kolumne im Handelsblatt, „dass männliche Ärzte bei komplexen Problemen, wie zum Beispiel einer Katheterintervention bei einem frischen Herzinfarkt, teilweise weniger achtsam vorgehen als Frauen. Zu viel Testosteron ist gerade bei solchen Operationen nicht gefragt.“ [9]

Warum spielen die Unterschiede in den Behandlungsergebnissen in der öffentlichen Wahrnehmung keine Rolle?

Die Wahrnehmung der Leistung von Frauen als Ärztinnen ist eine andere [10]: Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Kolleginnen und Kollegen beurteilen die ärztliche Leistung von Frauen im Durchschnitt weniger sehr gut und gut als die der männlichen Kollegen und dies sowohl in der Humanmedizin, Zahnmedizin als auch in der Psychologischen Psychotherapie, egal ob in der eigenen Praxis oder angestellt tätig. Patienten sind zufriedener mit Männern. Fachkollegen messen Frauen weniger Fachkompetenz zu. Auch Frauen bewerten Frauen schlechter, sowohl als Patientinnen als auch als Kolleginnen.

Möglicherweise hat diese Wahrnehmung mit der immer noch unzureichenden Anzahl von weiblichen Vorbildern in Führungspositionen zu tun. Auch wenn zum Beispiel in den sächsischen Universitätskliniken mit einem Frauenanteil in Oberarztposition von 37 Prozent bereits ein deutlich über dem bundesdeutschen Durchschnitt liegender Anteil besteht [11], so fehlt offenbar die flächendeckende Wahrnehmung weiblicher Kompetenz sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei Kolleginnen und Kollegen.

Wenn aber objektive Ergebniskriterien, wie Sterblichkeit oder Wiederaufnah-

Folgende Thesen lassen sich aus den vorgestellten Ergebnissen generieren:

- Es gibt in der ärztlichen Tätigkeit verschiedene Arbeitsweisen beziehungsweise Eigenschaften, die überproportional männlich beziehungsweise weiblich attribuiert sind und die Einfluss auf das Outcome haben.
- Es ist für das Patienten-Outcome sinnvoll, diese Eigenschaften beziehungsweise Vorgehensweisen zu analysieren, einzugrenzen und entsprechend zu fördern, zu trainieren beziehungsweise zu kontrollieren.
- Für das Patienten-Outcome ist Forschungsfinanzierung in diesem Bereich mindestens so sinnvoll wie große Screeningprogramme und Arzneimittelforschung.

merate, in Bezug auf das Behandlergeschlecht ein anderes Bild spiegeln als das Kriterium „Patientenzufriedenheit“ (hier verkürzend als Surrogat für die subjektive Beurteilung der ärztlichen Leistung von Frauen genannt) – was sagt uns das über die Wertigkeit von Qualitätsindikatoren aus? Welche Qualität wollen wir messen, um sie zu verbessern, welche Qualität ist die „richtige“?

Welche Schlussfolgerungen sind zu ziehen?

Kommen wir noch einmal zum fehlenden Aufschrei nach der Studie im JAMA 2017 [2], zu Behandlungsergebnissen und NNT* zurück. Zum Vergleich: Das

Mammografie-Screening in der Altersgruppe der 50- bis 70-jährigen Frauen hat eine Number needed to screen von 200, das heißt für einen Todesfall weniger in 20 Jahren müssen 200 Frauen über 20 Jahre gescreent werden [12]. Die milliardenschweren Kosten für dieses Programm werden selbstverständlich von den Kassen getragen. Angesichts der hier exemplarisch dargestellten Mittelallokation für das Fachgebiet der Radiologie und der röntgentechnischen Industrie erscheint es nicht nachvollziehbar, warum nicht deutlich mehr in die Erforschung und in das nachfolgende Training sowie in die Vergütung von Softskills wie patientenzentrierte Gesprächsführung, ausführliche Anamneseerhebung, Präventionsberatung, Leitlinienadhärenz und so weiter investiert wird. Liegt es daran, dass hier keine Industrie am Patienten mitverdient und „nur“ der ärztliche Einfluss auf den Patienten hinsichtlich seiner Wirksamkeit untersucht, gestärkt und vergütet würde?

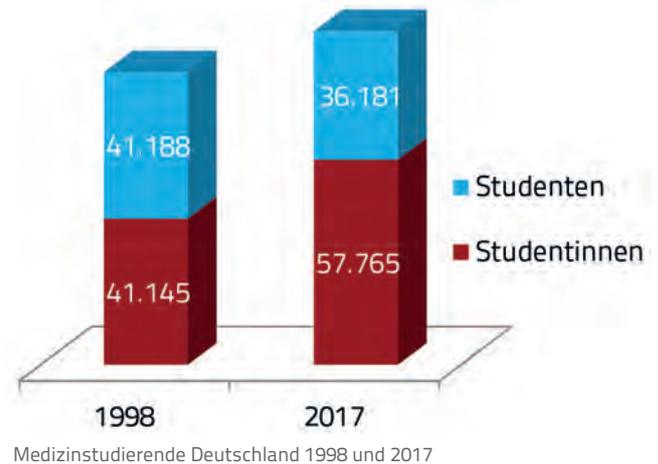
Entsprechende Forschung zu initiieren und zu unterstützen ist genuine Aufgabe der Gesundheitspolitik, wenn es um das Patientenwohl und um effektive Mittelverwendung ginge. Denn an dieser Stelle wird es aufgrund immaterieller Anreize beziehungsweise negativer Spar-Anreize „der Markt“ mit Sicherheit nicht richten.

Es geht angesichts der vorgestellten Daten nicht darum, Männer gegen Frauen auszuspielen. Aber es geht nicht mehr nur um Unterschiede im

Behandlungsmodus von Ärztinnen und Ärzten. Es geht inzwischen um Outcome-Relevanz. Und wenn heute eine Firma ein Medikament mit vergleichbarer Wirksamkeit (nämlich einer NNT* von 233) gegen Alzheimer-Demenz auf den Markt brächte, so würde dieses Medikament von jeder Kasse bezahlt werden und die Aktien der Firma wären sehr hoch gehandelt!

Unsere zunehmend komplexen, multimorbiden, immer älter werdenden Patientinnen und Patienten brauchen beides gleichermaßen: Den aggressiven Mut zum Handeln und die fürsorgliche, empathische Achtsamkeit mit dem Mut zum Lassen. Kolleginnen und Kollegen sollten sich in gegenseitigem Respekt ergänzen in dem, was sie für die Patienten einbringen können.

Fest steht: Der Anteil der Frauen unter Studienanfängern lag 2016 bereits bei fast zwei Drittel [13]. In diesem Sinne



Quelle: Rebecca Beerheide/Deutsches Ärzteblatt Oktober 2017, „Ärztinnenstatistik: Ärztinnen gelangen selten in Spitzenpositionen“, Statisches Bundesamt

liegt für unsere Patientinnen und Patienten sehr viel Hoffnung in dem strapazierten (und vom „alten weißen Mann“ häufig mit einem Seufzer geäußerten) Satz „Die Medizin wird weiblich!“ Die Sächsische Landesärztekammer wird sich an dieser Stelle mit ihrem Anteil von derzeit 53 Prozent berufstätiger Ärztinnen [4] auch für Forschungsaufträge, Fragestellungen und Mittelallokation engagieren müssen, wenn sie sowohl der Mehrzahl ihrer Mitglieder als auch dem erklärten Ziel einer stetig besseren und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung gerecht werden will. ■

Literatur bei der Autorin

Dr. med. Angela Möllemann
Elblandklinikum Radebeul
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Heinrich-Zille-Straße 13, 01445 Radebeul
E-Mail: Angela.Moellemann@elblandkliniken.de

Dr. med. Angela Möllemann ist Vorsitzende des Ausschusses „Qualitätsmanagement“ der Sächsischen Landesärztekammer