



Factsheet Hausarztmedizin

Autor:in: Yael Rachamin

Datum: 30.08.2023

Ergänzend hierzu: Foliensatz zum Factsheet Hausarztmedizin

Vorbemerkung: Hausärztinnen und Hausärzte sind die erste Anlaufstelle in Diagnostik, Prävention und Therapie [1]. Das «Factsheet Hausarztmedizin» stellt beispielhaft einzelne Geschlechterunterschiede in der Hausarztmedizin dar mit Fokus auf die Prävalenz und Behandlung häufiger chronischer Erkrankungen und auf die kardiovaskuläre Prävention. Es erhebt keinen Anspruch auf eine vollständige Darstellung der Thematik. Unter anderem sind Gründe für die Geschlechterunterschiede in der Prävalenz verschiedener Erkrankungen nicht Gegenstand dieses Factsheets. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die den Geschlechterunterschieden zugrundeliegenden Ursachen meist multifaktoriell und sowohl biologisch- als auch soziokulturell bedingt sind und in den meisten Fällen noch erheblicher Forschungsbedarf besteht.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz

Inhaltsverzeichnis

1 Hausarztmedizin	3
1.1 Chronische Krankheiten	3
1.1.1 Prävalenz	3
1.1.2 Diagnose und Behandlung	3
1.2 Kardiovaskuläre Prävention	3
1.3 Schlussbemerkungen	4
2 Literaturverzeichnis	4

Factsheet Hausarztmedizin

1 Hausarztmedizin

1.1 Chronische Krankheiten

1.1.1 Prävalenz

Chronisch kranke Menschen sind besonders auf die Betreuung durch Hausärztinnen und Hausärzte angewiesen. Die meisten gängigen chronischen Erkrankungen weisen Geschlechterunterschiede in der Häufigkeit des Auftretens auf (siehe Folie 3). Metabolische Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes, Bluthochdruck, und die meisten resultierenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind häufiger bei Männern als bei Frauen (siehe auch unten, kardiovaskuläre Prävention). Frauen leiden hingegen häufiger an chronischen Schmerzen [2]. Auch die Art der Schmerzen beziehungsweise die Prävalenz verschiedener chronischer Schmerzsyndrome unterscheidet sich zwischen Frauen und Männern. Fibromyalgie und Migräne treten z.B. häufiger bei Frauen auf, Cluster Kopfschmerzen hingegen bei Männern [3]. Ausgeprägte Geschlechterunterschiede gibt es auch bei psychiatrischen Erkrankungen [4]. Depressionen und Angststörungen sind häufiger bei Frauen als bei Männern [4, 5]. Suchterkrankungen kommen hingegen häufiger bei Männern vor (wobei diese Differenz in jüngerer Zeit abnimmt) [6].

1.1.2 Diagnose und Behandlung

Die Geschlechterunterschiede in der Prävalenz von chronischen Erkrankungen spiegeln sich auch in den entsprechenden Medikamentenverschreibungsraten wider: So bekommen Männer häufiger Statine und Blutdrucksenker, Frauen hingegen häufiger Analgetika oder Antirheumatika [7], Antidepressiva und Benzodiazepinen [8] verschrieben (siehe Folie 4). Nicht nur bei der Prävalenz der Erkrankung, sondern auch bei Risikofaktoren, der klinischen Manifestationen, dem optimalen Weg zur Diagnose und dem Ansprechen auf die Therapie etc. bestehen Geschlechterunterschiede. In diesen Fällen sollten Screening und Behandlung geschlechtssensibel erfolgen.

In Bezug auf Risikofaktoren gibt es zum Beispiel Hinweise darauf, dass Diabetes bei Frauen eine stärkere Erhöhung des kardiovaskulären Risikos und der kardiovaskulären Sterblichkeit mit sich bringt [9, 10]. In Bezug auf das Ansprechen auf Arzneimittel ist zu beachten, dass sich Pharmakokinetik und Pharmakodynamik vieler Medikamente zwischen Frauen und Männern unterscheiden, sodass geschlechtsspezifische Dosierungen erforderlich wären, welche jedoch in den meisten Fällen fehlen [11, 12].

Bei der Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden gilt es jedoch gleichzeitig Stereotypisierungen zu vermeiden. Ein prominentes Beispiel hierfür sind psychische Erkrankungen: bei gleicher Symptomatik erhalten Frauen häufiger eine Diagnose für Depression oder Angststörungen und es werden ihnen häufiger psychotrope Medikamente verschrieben [13]. Es gibt Hinweise darauf, dass Depression bei Frauen eher überdiagnostiziert, bei Männern unterdiagnostiziert wird [14, 15]. Ein anderes Beispiel für Stereotypisierung sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, welche bei Frauen unterschätzt werden (siehe unten).

1.2 Kardiovaskuläre Prävention

Lange galten Herz-Kreislauf-Erkrankungen als vorwiegend männliche Erkrankungen, und tatsächlich ist das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei jungen Männern höher als bei jungen Frauen. Männer sind häufiger von Diabetes, Bluthochdruck und Dyslipidämie betroffen, jedoch nur bis zu einem gewissen Alter: Nach der Menopause steigt v.a. der Cholesterinspiegel bei Frauen stark an, und im Alter von ca. 70 Jahren gibt es auch bei den (systolischen) Blutdruckwerten keine Geschlechterunterschiede mehr [16, 17]. Dementsprechend sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch bei Frauen die häufigste Todesursache in der Schweiz [18].

Geschlechterunterschiede in der Prävention (und Behandlung) von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zu den am besten untersuchten Geschlechterunterschieden in der Medizin [19] (Folie 5). Jedoch werden Frauen bei gleichem kardiovaskulärem Risiko noch immer weniger intensiv behandelt, mit negativen gesundheitlichen Auswirkungen [19, 20]. Zum Beispiel erhalten Frauen bei gegebener Indikation,

auch nach einem durchgemachten Herzinfarkt, seltener eine Therapie zur Senkung des Cholesterinspiegels als Männer, mit der Folge, dass ihr Cholesterinspiegel im Schnitt höher ist als der von Männern [16], was mit einem höheren Risiko für (weitere) kardiovaskuläre Ereignisse einhergeht. Ein wesentlicher Grund für die schlechtere Prävention bei Frauen ist das tiefere Risikobewusstsein, sowohl bei den (Haus)Ärztinnen und (Haus)Ärzten wie auch bei den Patientinnen und Patienten [21].

1.3 Schlussbemerkungen

Abschliessend lässt sich zusammenfassen, dass Geschlechterunterschiede bei vielen chronischen Erkrankungen bestehen, und die Hausärztinnen und Hausärzte aufgrund ihrer Funktion als Lotsinnen/Lotsen und Begleiterinnen/Begleiter von der Diagnose über die langfristige Behandlung bis zur Palliativversorgung eine zentrale Rolle bei der Berücksichtigung dieser Unterschiede zukommt. Wichtig ist nicht nur, dass Unterschiede erkannt werden, wo sie bestehen, sondern auch, dass keine Unterschiede gemacht werden, wo keine bestehen.

2 Literaturverzeichnis

1. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2004.
2. Osborne NR, Davis KD. Chapter Eight - Sex and gender differences in pain. In: Moro E, Arabia G, Tartaglia MC, Ferretti MT, editors. *International Review of Neurobiology*. 164: Academic Press; 2022. p. 277-307.
3. Pieretti S, Di Giannuario A, Di Giovannandrea R, Marzoli F, Piccaro G, et al. Gender differences in pain and its relief. *Ann Ist Super Sanita*. 2016;52(2):184-9. doi: 10.4415/ann_16_02_09.
4. Riecher-Rössler A. Sex and gender differences in mental disorders. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(1):8-9. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30348-0.
5. Girgus JS, Yang K. Gender and depression. *Current Opinion in Psychology*. 2015;4:53-60. doi: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.019>.
6. McHugh RK, Votaw VR, Sugarman DE, Greenfield SF. Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*. 2018;66:12-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>.
7. Rachamin Y, Jäger L, Meier R, Grischott T, Senn O, et al. Prescription Rates, Polypharmacy and Prescriber Variability in Swiss General Practice-A Cross-Sectional Database Study. *Front Pharmacol*. 2022;13:832994. doi: 10.3389/fphar.2022.832994.
8. Brody DJ, Gu Q. Antidepressant Use Among Adults: United States, 2015-2018. *NCHS Data Brief*. 2020(377):1-8.
9. Regensteiner JG, Golden S, Huebschmann AG, Barrett-Connor E, Chang AY, et al. Sex Differences in the Cardiovascular Consequences of Diabetes Mellitus: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2015;132(25):2424-47. doi: 10.1161/cir.0000000000000343.
10. Wang Y, O'Neil A, Jiao Y, Wang L, Huang J, et al. Sex differences in the association between diabetes and risk of cardiovascular disease, cancer, and all-cause and cause-specific mortality: a systematic review and meta-analysis of 5,162,654 participants. *BMC Medicine*. 2019;17(1):136. doi: 10.1186/s12916-019-1355-0.
11. Gandhi M, Aweeka F, Greenblatt RM, Blaschke TF. Sex Differences in Pharmacokinetics and Pharmacodynamics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*. 2004;44(1):499-523. doi: 10.1146/annurev.pharmtox.44.101802.121453.
12. Madla CM, Gavins FKH, Merchant HA, Orlu M, Murdan S, et al. Let's talk about sex: Differences in drug therapy in males and females. *Advanced Drug Delivery Reviews*. 2021;175:113804. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addr.2021.05.014>.
13. Bacigalupe A, Martín U. Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women's mental health? *Scandinavian Journal of Public Health*. 2021;49(3):317-24. doi: 10.1177/1403494820944736.
14. Potts MK, Burnam MA, Wells KB. Gender differences in depression detection: A comparison of clinician diagnosis and standardized assessment. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991;3(4):609-15. doi: 10.1037/1040-3590.3.4.609.
15. Borowsky SJ, Rubenstein LV, Meredith LS, Camp P, Jackson-Triche M, et al. Who is at risk of

nondetection of mental health problems in primary care?
Journal of General Internal Medicine. 2000;15(6):381-8.
doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.12088.x.

16. Rachamin Y, Grischott T, Rosemann T, Meyer MR. Inferior control of low-density lipoprotein cholesterol in women is the primary sex difference in modifiable cardiovascular risk: A large-scale, cross-sectional study in primary care. *Atherosclerosis*. 2021;324:141-7. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2021.02.024.

17. Gerdtts E, Sudano I, Brouwers S, Borghi C, Bruno RM, et al. Sex differences in arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2022. doi: 10.1093/eurheartj/ehac470.

18. Spezifische Todesursachen: Bundesamt für Statistik; [Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html>.

19. Rachamin Y, Regitz-Zagrosek V. Geschlechterunterschiede in der kardiovaskulären Prävention. *Primary and Hospital Care*. 2022;22(7):208–10. doi: <https://doi.org/10.4414/phc-d.2022.10543>.

20. Fischer AJ, Feld J, Makowski L, Engelbertz C, Kühnemund L, et al. ST-Elevation Myocardial Infarction as a First Event. *Dtsch Arztebl Int*. 2022;119(16):284-92. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0161.

21. Oertelt-Prigione S, Seeland U, Kendel F, Rütke M, Flöel A, et al. Cardiovascular risk factor distribution and subjective risk estimation in urban women--the BEFRI study: a randomized cross-sectional study. *BMC Med*. 2015;13:52. doi: 10.1186/s12916-015-0304-9.