



Universität
Zürich^{UZH}

USZ Universitäts
Spital Zürich

Institut für Hausarztmedizin

Geschlechterunterschiede in der Hausarztmedizin

Yael Rachamin, MSc ETH, PhD

Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich und Universitätsspital Zürich



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



Take Home Messages

- Viele chronische Erkrankungen, welche in der Hausarztpraxis behandelt werden, weisen Geschlechterunterschiede auf (bei der Prävalenz, den Risikofaktoren, dem Ansprechen auf die Therapie etc.).
- Geschlechterunterschiede sind oft altersabhängig.
- Hausärztinnen und Hausärzte kommt aufgrund ihrer Funktion als Begleiterinnen/Begleiter von der Diagnose über die langfristige Behandlung bis zur Palliativversorgung eine zentrale Rolle bei der Berücksichtigung dieser Unterschiede zu.
- Wichtig ist nicht nur, dass Unterschiede erkannt werden, wo sie bestehen (Geschlechterblindheit vermeiden), sondern auch, dass keine Unterschiede gemacht werden, wo keine bestehen (Stereotypisierung vermeiden).

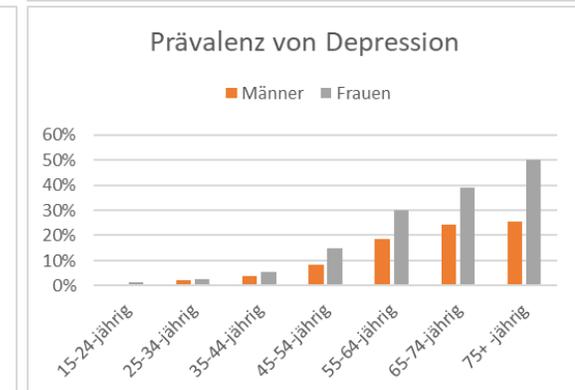
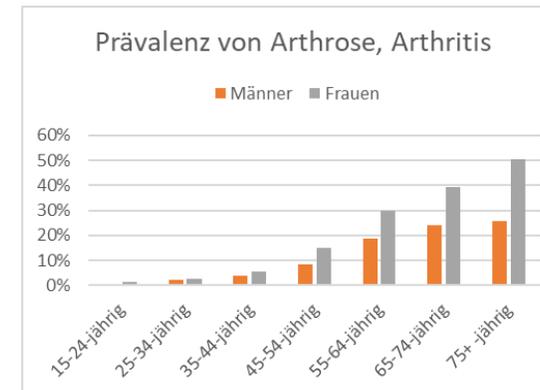
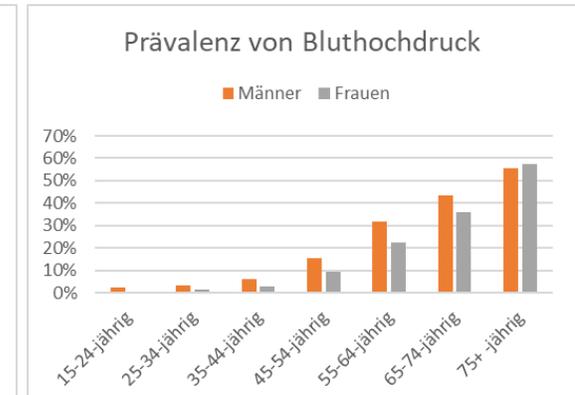
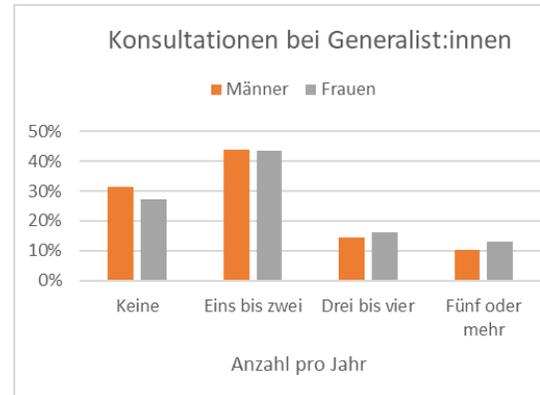
Chronische Krankheiten

Chronisch kranke Menschen sind besonders auf die Betreuung durch Hausärztinnen und Hausärzte angewiesen.

Viele häufige chronische Erkrankungen weisen (altersabhängige) Geschlechterunterschiede in der Prävalenz auf (siehe Abbildung).

Frauen sind häufiger von mehreren chronischen Erkrankungen (Multimorbidität) betroffen als Männer und konsultieren insgesamt etwas häufiger eine Hausärztin/einen Hausarzt als Männer.

Diese Unterschiede sind sowohl auf biologische wie auch auf soziokulturelle Ursachen zurückzuführen (Sex und Gender).



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung, Jahr 2017

© BFS - Standardtabellen SGB17

Medikamente

Die Geschlechterunterschiede bei der Prävalenz der Erkrankungen spiegeln sich in den Medikamentenverschreibungsraten wider (siehe Abbildung).

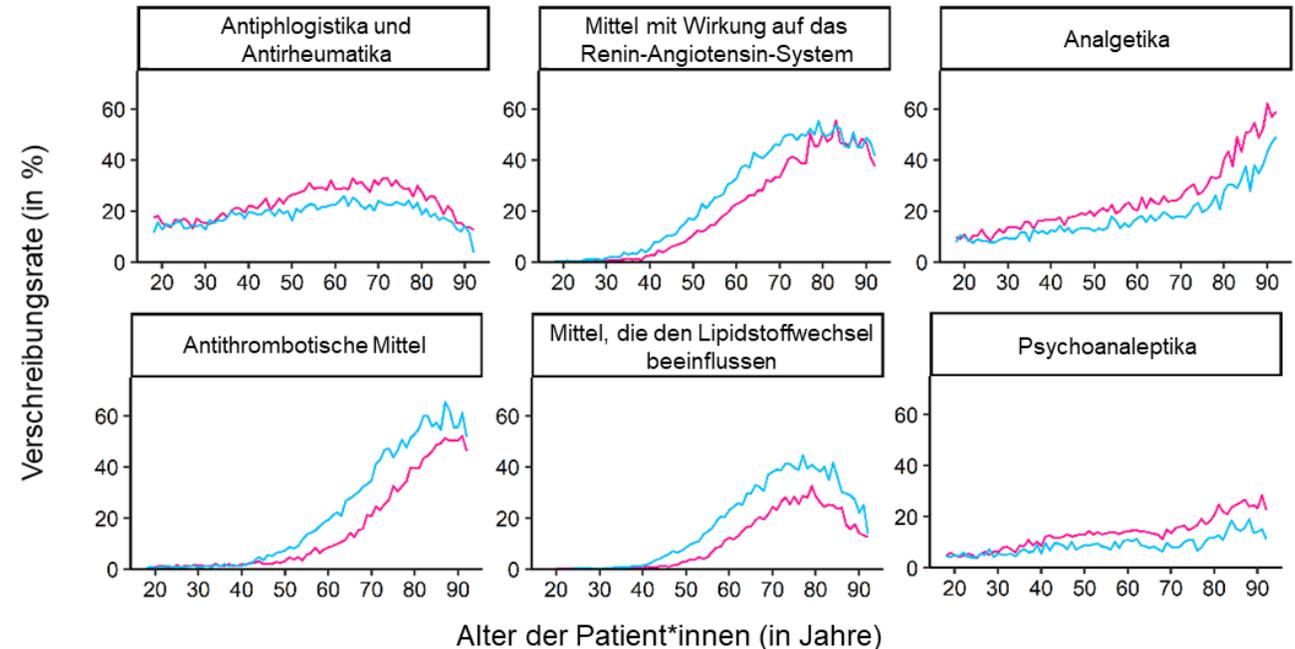
Insgesamt werden mehr Medikamente an Frauen verschrieben als an Männer.

Die Geschlechterunterschiede bei den Verschreibungsraten sind nicht immer angemessen (Unter- oder Überbehandlung von Frauen oder Männern).

Dosierungen sind nur selten geschlechtsspezifisch, obwohl sich Pharmakokinetik und Pharmakodynamik zwischen den Geschlechtern unterscheiden.

Geschlecht der Patient*innen:

— weiblich — männlich



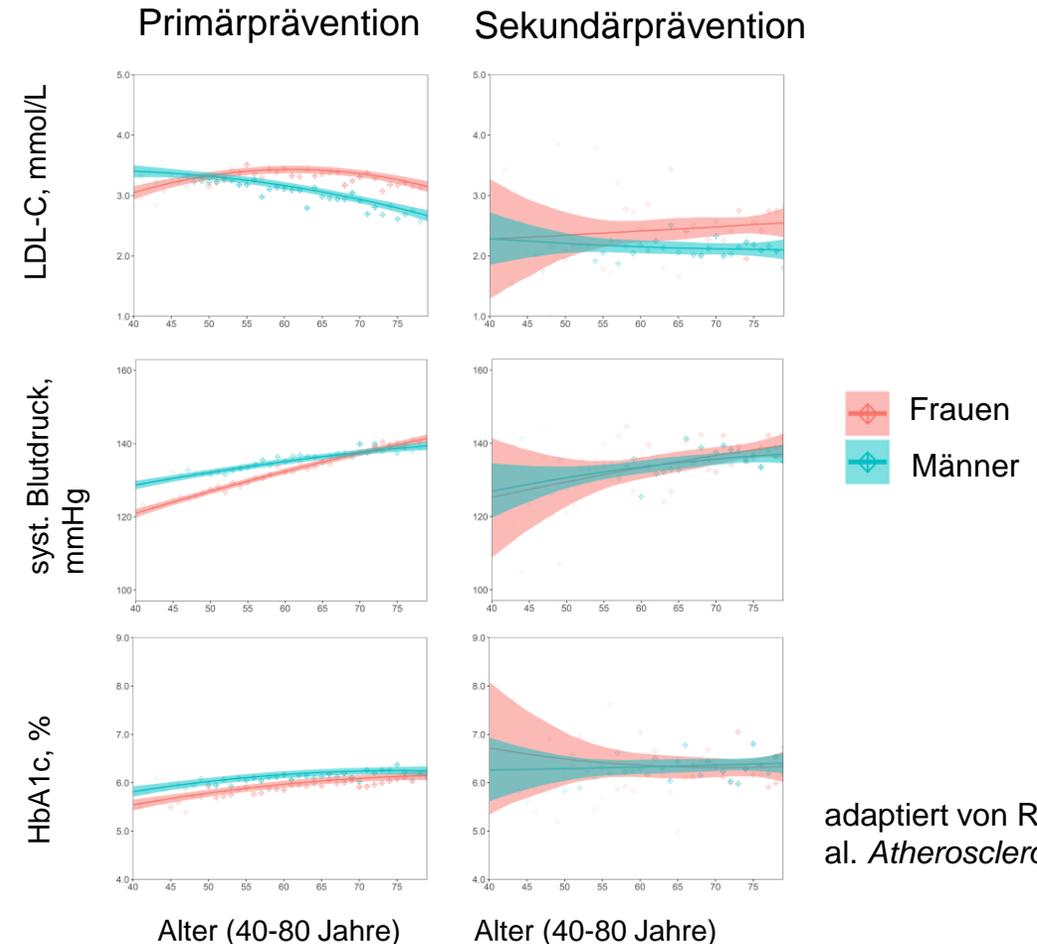
adaptiert von Rachamin et al. *Front Pharmacol.* 2022

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

Frauen haben ab einem Alter von ca. 50 Jahren sowohl in der Primär- als auch in der Sekundärprävention eine schlechtere LDL-C Kontrolle als Männer (siehe Abbildung).

Frauen werden bei gleichem kardiovaskulärem Risiko weniger intensiv mit Lipidsenkern behandelt, mit negativen gesundheitlichen Auswirkungen.

Ein wesentlicher Grund für die schlechtere Prävention bei Frauen ist das tiefere Risikobewusstsein, sowohl bei den Ärztinnen und Ärzten wie auch bei den Patientinnen und Patienten.



adaptiert von Rachamin et al. *Atherosclerosis*. 2021