

Geschlechterspezifische Aspekte bei der Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung

Gender Aspects on Mental Health Service Utilization

Autoren

Katarina Stengler, Ina Jahn

Institut

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig AöR



Katarina Stengler



Ina Jahn

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1370277>
 Online-Publikation: 25.8.2014
 Psychiatr Prax 2015; 42: 63–64
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.

Katarina Stengler

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig, AöR
 Semmelweisstraße 10
 04103 Leipzig
katarina.stengler@medizin.uni-leipzig.de

Männer und Frauen sind verschieden – sowohl im Hinblick auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten, als auch hinsichtlich Diagnostik, Therapie und Verlauf von Erkrankungen. In den letzten Jahren mehren sich Studien, die auf die Notwendigkeit hinweisen, solche Unterschiede genauer zu untersuchen. Während über viele Jahre unter „Geschlechter-/Genderforschung“ vornehmlich „Frauen- und frauenspezifische Forschung“ verstanden wurde, herrscht zunehmend Einverständnis darüber, dass „geschlechterspezifische Analysen und Forschung“ zwingend den Einbezug beider Geschlechter voraussetzen.

Die Vernachlässigung der Variable Geschlecht erweist sich nicht zuletzt im Bemühen um eine evidenzbasierte Medizin als ein gravierendes Problem, dabei ist die Frage nach Einfluss und Wirkung des biologischen (engl.: sex) und des sozialen Geschlechts (engl.: gender) eine Querschnittsfragestellung und muss im Hinblick auf Versorgung und Forschung gleichermaßen interdisziplinär verfolgt werden.

Geschlechtsspezifische Aspekte bei psychischen Störungen sind hinlänglich bekannt. Insbesondere Angaben zu Häufigkeitsunterschieden, etwa bei Depressionen, Angst- und Essstörungen bzw. bei Suchterkrankungen sind auch publiziert [1]. Nach wie vor weniger dezidierte geschlechterspezifische Angaben lassen sich im Hinblick auf Diagnosestellung, Behandlungsverlauf oder Art des und Einflüsse auf das Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen bei Frauen und Männern finden [2]. Dies interessiert aber, da auch hier relevante Unterschiede vermutet werden können.

Zu den umweltbezogenen Einflussgrößen, die zur Modifikation und Verlaufsbeeinflussung von psychischen Erkrankungen beitragen, gehört die *Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen*. Aus geschlechterspezifischer Sicht ist die unterschiedliche Inanspruchnahme von stationären, ambulanten sowie ärztlichen und nichtärztlichen Ge-

sundheitsleistungen von Frauen und Männern interessant, um Aspekte der Über-, Unter- und Fehlversorgung aufzudecken. Dabei können Ergebnisse derart angelegter Studien wichtige Erkenntnisse liefern zu individuellen und kontextbezogenen geschlechterabhängigen Determinanten der Versorgung. Geschlechtersensible Implikationen für die Planung von Ressourcen der Gesundheitsversorgung und Überlegungen für geschlechterdifferente Aspekte des zukünftigen Versorgungsmanagements können davon abgeleitet werden [2]. Erste Ergebnisse aus Untersuchungen zu geschlechterspezifischen Einflüssen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei *Zwangsstörungen* verweisen auf interessante Aspekte.

Patienten mit Zwangsstörungen suchen im Mittel 7–10 Jahre nach Krankheitsbeginn erstmals professionelle Hilfe auf [3, 4] und haben zu diesem Zeitpunkt oft einen hohen Grad an Chronifizierung mit zumeist schweren somatischen und sozialmedizinisch relevanten Folgeschäden [5]. Die frühzeitigere Inanspruchnahme professioneller Hilfen ist deshalb wichtig, wobei die Einflussgröße „Geschlecht“ als ein wesentlicher prädisponierender Faktor gelten kann [6]. In den letzten Jahren wird eine rege Diskussion über geschlechterspezifische Zuordnungen zu klinisch relevanten Subtypen bei Zwangserkrankungen geführt. Es lagen bis vor Kurzem keine publizierten Daten über einen geschlechterdifferenzen Zusammenhang zwischen Beginn der Erkrankung, Inanspruchnahme von professioneller Hilfe und diagnostisch und prognostisch relevanten Verlaufsaspekten vor. In einer jüngst publizierten Studie zeigten sich sowohl hinsichtlich des Beginns der Erkrankung als auch bezüglich der Inanspruchnahme erster professioneller Hilfe Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Zwangserkrankten. Männer erkrankten tendenziell früher, nahmen später professionelle Hilfe in Anspruch und erhielten später eine diagnosespezifische Be-

handlung [4]. Der tendenziell frühere Erkrankungsbeginn bei Männern mit Zwangserkrankungen ist ein über einige Studien hinweg konsistenter Befund, der zudem mit einem ungünstigeren Langzeitverlauf bezüglich psychosozialer Parameter, wie schlechterem Leistungs- und Funktionsniveau und schlechterer Lebensqualität einhergeht. Die Hinweise auf einen geschlechterdiffernten Zusammenhang zwischen subjektiv definiertem Beginn der Erkrankung, Inanspruchnahme erster professioneller Hilfe und sicherer Diagnosestellung implizieren nun allerdings geschlechtersensible Aspekte zum einen für das Versorgungsmanagement insbesondere in der Primärversorgung [7] und zum anderen für die weitere Ausdifferenzierung von Subtypen der Zwangsstörung.

Die hier abgeleiteten Schlussfolgerungen können auch für andere, insbesondere diejenigen psychischen Störungen bedeutsam sein, die als Zivilisationskrankheiten über das Gesundheitswesen hinaus eine zunehmende gesamtgesellschaftliche Bedeutung erlangen, allen voran Depressionen und Demenzen [8].

Es ist bekannt, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Frauen mit *Depression* höher ist als bei Männern, dass Männer dagegen häufiger einen vollendeten Suizid aufgrund einer Depression begehen. Dieser Umstand wird auch als Geschlechterparadox der Depression bezeichnet [9]. Obgleich geschlechterspezifische soziale Rollenmodelle und deren Einfluss auf die Behandlung bei Depressionen mittlerweile häufiger diskutiert und publiziert werden [10], stehen differenzierte und systematische Untersuchungen, deren Ergebnisse in die Versorgungsplanung einfließen würden, bislang aus.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der in diesem Zusammenhang forcierten Bemühungen um bessere Versorgung demenzieller Erkrankungen, ist die Aufklärung des Pathomechanismus der *Alzheimer'schen Erkrankung* und aufbauend darauf die Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Konzepte anhaltend von großer Relevanz. Epidemiologische Untersuchungen der Alzheimer-Erkrankung haben einen Geschlechtseffekt sowohl hinsichtlich Inzidenz als auch bezüglich der Prävalenz aufgezeigt, wobei Frauen ein höheres Risiko zeigen [11]. Zudem ist die Alzheimer-Erkrankung die einzige Demenzform, bei der relevante Geschlechterunterschiede in Epidemiologie, Risikofaktoren und auch kognitiven Defiziten bestehen. Es muss von großem Interesse sein, den bislang nur hypothetischen Erklärungsansätzen für diese Geschlechterdifferenzen genauer nachzugehen mit dem Ziel, relevante geschlechterspezifische Implikationen für die Forschung und nachfolgend für die Versorgung der Alzheimer-Erkrankung abzuleiten. Im Zusammenhang mit der Versorgung älterer und hochbetagter psychisch kranker Menschen ist ein ebenfalls bislang kaum beachtetes Feld zukünftig verstärkt in den Blick zu nehmen: geschlechterspezifische Rollen-, Interaktions- und Kommunikationsmuster und deren Einflüsse auf psychopathologische Entwicklungen, strukturelle, institutionelle und personelle Versorgungskonzepte. Bedeutsam ist dies etwa im Kontext pflegender Angehöriger bei Demenzen, wo mehrheitlich Frauen die häusliche Versorgung aufrechterhalten, später entsprechend der demografischen Kurve selbst hochbetagt und oft pflegebedürftig im System betreut werden müssen (z. B. [12]). In der soziologischen Forschung sind diese Prozesse weitgehend bekannt, einzig die differenzierte Berücksichtigung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsalltag steht aus.

Fazit



Geschlechtstypische Besonderheiten im Zusammenhang mit epidemiologischen, phänomenologischen und ätiopathogenetischen Aspekten bei psychischen Erkrankungen wurden in den letzten Jahren diskutiert und auch vereinzelt publiziert. Systematische Untersuchungen mit geschlechterspezifisch angelegtem Forschungsfokus, die sich insbesondere den Zugangswegen, der Inanspruchnahme und den sozialen Rollen- und Interaktionsmustern im Bereich psychotherapeutisch-psychiatrischer Versorgung zuwenden, stehen jedoch aus. Dies ist aber notwendig, um einerseits Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern im Zugang zu gesundheitlichen Ressourcen herzustellen und andererseits stärker auf spezifische (geschlechterdifferente) Zielgruppen z. B. im Bereich der Prävention zu fokussieren und ggf. bestehende Benachteiligungen oder Schief lagen in Versorgungsstrukturen zu korrigieren. Gesetzliche Vorgaben z. B. über Forderungen an oder von Auftraggeber in der Gesundheitsversorgung und -forschung können dabei genauso Voraussetzung sein wie institutionelle Veränderungen, die von der Verantwortungsübernahme dieses Themas bis hin zur Implementierung geschlechterspezifischen Wissens in die studentische Ausbildung und Qualifizierung medizinischen Personals reichen dürften.

Literatur

- 1 Jacobi F, Klose M, Wittchen H-U. Mental disorders in the community: healthcare utilization and disability days. Bundesgesundheitsblatt 2004; 47: 736–744
- 2 Stengler K, Glaesmer H, Dietrich S. Gender in mental health research: A Bibliometric. Z Psychiatr Psychol Psychother 2011; 59: 305–310
- 3 Wahl K, Kordon A, Kuelz KA et al. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is still an unrecognised disorder: a study on the recognition of OCD in psychiatric outpatients. Eur Psychiatry 2010; 25: 374–377
- 4 Stengler K, Olbrich S, Heider D et al. Mental health treatment seeking among patients with OCD: impact of age of onset. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013; 48: 813–819
- 5 Fineberg NA, O'Doherty C, Rajagopal S et al. How common is obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic? J Clin Psychiatry 2003; 64: 152–155
- 6 de Boer AG, Wijker W, de Haes HC. Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. Health Policy 1997; 42: 101–115
- 7 Stengler K. Obsessive compulsive disorder in psychiatric care. Psychiatr Prax 2010; 37: 363–365
- 8 Lippa M, Luck T, Ritschel F et al. Depression and incident dementia. An 8-year population-based prospective study. PLoS One 2013; 8: e59246
- 9 Möller-Leimkühler AM, Paulus NC, Heller J. Male depression in a population sample of young males. Risk and symptom profiles. Nervenarzt 2007; 78: 641–650
- 10 Rice SM, Fallon BJ, Aucote HM et al. Development and preliminary validation of the male depression risk scale: furthering the assessment of depression in men. J Affect Disord 2013; 151: 950–958
- 11 Mielke MM, Vemuri P, Rocca WA. Clinical epidemiology of Alzheimer's disease: assessing sex and gender differences. Clin Epidemiol 2014; 6: 37–48
- 12 Lippa M, Gentzsch K, Angermeyer MC et al. Gender-specific predictors of institutionalisation in the elderly – results of the Leipzig longitudinal study of the aged (LEILA 75+). Psychiatr Prax 2011; 38: 185–189