

Genderspezifische Unterschiede in der perioperativen Kataraktversorgung

P.V. Vécsei-Marlovits, B. Weingessel

¹Augenabteilung, KH Hietzing, Wien, Österreich

Gender-Medizin

„Gender-Medizin“ wurde in den letzten Jahren zu einem Modebegriff, der in keinem medizinischen Journal fehlen darf. Gender-Medizin ist noch ein recht junger Fachbereich: Die Weltgesundheitsorganisation hat in den 90er Jahren begonnen, sich der Gender-Thematik zu widmen und 1996 eine „Gender Working Group“ ins Leben gerufen.¹ Nur was ist Gender-Medizin eigentlich?

Gender-Medizin wird häufig fälschlicherweise mit reiner Frauenmedizin assoziiert, berücksichtigt jedoch die unterschiedlichen medizinischen Bedürfnisse von Männern und Frauen im Hinblick auf Symptome und Erkrankungen. Gender-Medizin bezieht somit beide Geschlechter mit ein. Die Themen gehen quer durch die Medizin, umfassen biologische Faktoren wie die geschlechterspezifische Wirkung von Medikamenten und die Erfassung geschlechtsspezifischer Unterschiede in Hinblick auf Epidemiologie, Ätiologie, Diagnose und Therapie.

Während es in der englischen Sprache möglich ist, begrifflich zwischen biologischer Geschlechtszugehörigkeit (sex) und den sozialen Dimensionen (gender) zu unterscheiden, gibt es im Deutschen dafür nur das Wort „Geschlecht“, das für beide Aspekte benutzt wird. „Gender“ ist ein Begriff, der zwar die biologischen Funktion im Hintergrund mit transportiert, jedoch die Prägung „Mann“ und „Frau“ als etwas begreift, was vornehmlich durch die Umwelt, das soziale Umfeld und die Erfahrungen des einzelnen Individuums entwickelt wird.¹ Gender-Medizin versucht, die Unterschiede zwischen „Männergesundheit“ und „Frauengesundheit“ durch soziale und/oder biologische Faktoren zu erklären.² Die derzeitigen Lebensumstände, der Platz in der Gesellschaft und der Bildungsgrad finden zum Beispiel Berücksichtigung.³

Werden diese Aspekte nicht berücksichtigt, kann dies zu Verzerrungseffekten (Bias) führen.³ Unberechtigte Unterschiede in der Untersuchung und Behandlung von Männern und Frauen sind in der Literatur beschrieben, die bekanntesten Beispiele finden sich hier im Bereich der Kardiologie.^{4, 5} Meistens wird in medizinischen Studien das Geschlecht nur als statistische Variable, selten als möglicher erklärender Faktor angesehen.⁵

Auch in der Augenheilkunde gibt es bisher kaum Arbeiten zu genderspezifischen Unterschieden.

Katarakt-Chirurgie

Gerade die Katarakt-Chirurgie, als weltweit häufigster elektiver Eingriff⁶, bot sich deshalb an, dieses PatientInnengut auch von einer Genderperspektive zu beleuchten, um so mit besserem Verständnis der Bedürfnisse dieser PatientInnen möglicherweise die Versorgung noch verbessern zu können.

Die Katarakt stellt weltweit den häufigsten Grund für eine Sehbeeinträchtigung in den entwickelten Ländern dar, jeder Dritte über 65-Jährige leidet an einer visusrelevanten Katarakt.⁷ Das Durchschnittsalter der Katarakt-PatientInnen in Österreich beträgt 75 Jahre.⁸

Auch wenn es sich bei der Katarakt-Chirurgie um einen Routineeingriff handelt, der international meist tagesklinisch durchgeführt wird⁹, stellt er für die älteren PatientInnen doch eine Belastung in Bezug auf notwendige Kontrollen, Transport von und zur Klinik und eine häusliche Unterstützung in der ersten postoperativen Phase dar. In Österreich hat sich die tagesklinische Katarakt-Operation bisher noch nicht durchgesetzt, in den meisten Spitälern werden nach wie vor alle PatientInnen stationär behandelt. Auch aus Kostengründen ist jedoch in den letzten Jahren in einigen Häusern zusätzlich eine Tagesklinik gegründet worden, andere Spitäler planen die Umsetzung einer solchen.

Um das Service und die Versorgung unserer Abteilung weiter verbessern zu können und in der Planung einer Tagesklinik bereits im Vorfeld die Probleme von Seiten der PatientInnen erkennen zu können, führten wir im KH Hietzing, Wien, Fragebogenstudien durch. Im Rahmen dieser Studien wurde auch besonderer Wert auf mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede bei Katarakt-PatientInnen gelegt.

Fragebogenstudie

400 konsekutive PatientInnen, die innerhalb eines halben Jahres vor der Katarakt-Operation zur Terminvereinbarung an unserer Klinik vorstellig wurden, erhielten einen Fragebogen mit Fragen zu Geschlecht, Alter, Bildungsgrad, Berufsstand und sozialem Status.

Der Fragebogen enthielt auch den Visual Function Index (VF-14), ein standardisierter Fragebogen mit Fragen zu gebräuchlichen visuellen Tätigkeiten (z.B. kleinen Text lesen, fernsehen, Formular ausfüllen, Gesichter erkennen), die die PatientInnen nach dem Ausmaß der Beeinträchtigung in fünf Grade von „keine Schwierigkeit“ bis „unmöglich auszuführen“ einteilen sollen. Der Test beinhaltet insgesamt 12 Fragen zur subjektiven Beeinträchtigung bei der Durchführung von Alltagstätigkeiten und 6 Fragen bezüglich des Autofahrens. Aus allen Fragen ergibt sich ein Gesamtscore von 0 (schwerste Beeinträchtigung) bis 100 (fehlende Beeinträchtigung) Punkten. Ab einem Wert <75 wird von einer moderaten, < 30 einer schweren, < 10 einer sehr schweren Sehbeeinträchtigung ausgegangen.

Weiters wurden die PatientInnen befragt, inwieweit sie Unterstützung in der unmittelbar postoperativen Phase hätten (Heimtransport, Entfernung zum Spital, Möglichkeit einer Kontrolle, Betreuung in den ersten 24 h nach der Operation). (Abb. 1)

Zum Zeitpunkt der Studie wurden noch alle PatientInnen in unserer Klinik stationär behandelt. Da jedoch bereits die Umsetzung einer Tagesklinik geplant war, wurden die PatientInnen, nach einer kurzen Erklärung der unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten, befragt, ob sie sich prinzipiell auch einen tagesklinischen Eingriff vorstellen könnten beziehungsweise, ob sie, sollten sie an beiden Augen operiert werden, zwischen den Eingriffen lieber stationär bleiben würden oder eine zwischenzeitliche Entlassung bevorzugen würden.

Weiters wurden die PatientInnen befragt, wie lange sie maximal bereit wären, auf die Operation zu warten.

Zusätzlich wurden die PatientInnen komplett ophthalmologisch untersucht, eine Anamnese erhoben und ein Sehtest an beiden Augen durchgeführt.

Ergebnisse der Studie

Das Durchschnittsalter unserer PatientInnen betrug 75 Jahre. Männer waren mit 73,5 Jahren jünger als Frauen mit 75,5 Jahren. Wie in dieser Altersklasse zu erwarten, bestand die Studienpopulation zu 2/3 aus Patientinnen und zu 1/3 aus Patienten.

Der durchschnittliche präoperative Visus auf dem besseren Auge betrug 0,6 Snellen. Männer hatten im Schnitt einen um eine Zeile besseren Visus als Frauen. Der durchschnittliche präoperative Visus auf dem schlechteren Auge betrug 0,4. Auch hier schnitten Patienten etwas besser ab als PatientInnen.

Die stärkere Beeinträchtigung der Patientinnen zeigte sich auch beim VF-14-Score. Insgesamt fand sich in beiden Geschlechtern eine moderate subjektive Visusbeeinträchtigung, Frauen erreichten aber um durchschnittlich 8 Punkte weniger als Männer.

Bezüglich Bildungsgrad und Berufsstand fanden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Bei Fragen zum sozialen Status gaben Frauen in 60% der Fälle an, alleine zu leben. Männer leben in 80% der Fälle in einer Partnerschaft. Patienten leben auch häufiger mit ihren Kindern zusammen als Patientinnen. Bezüglich Freunden und Angehörigen, die in der näheren Umgebung wohnen, zeigten sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Ist ein Pflegefall zu Hause zu versorgen, sind es häufiger Frauen, die diese Aufgabe übernehmen.

Ausgehend von diesen Ergebnissen war es wenig verwunderlich, dass Patientinnen größere Probleme hatten, eine häusliche Unterstützung in den ersten 24 Stunden nach der Operation zu finden. Frauen gaben auch seltener an, die Möglichkeit eines Heimtransportes zu haben somit Schwierigkeiten beim Einhalten der postoperativen Kontrolle am Folgetag der Operation. Interessanterweise lebten auch mehr Patientinnen in mehr als einer Stunde Entfernung zum Spital als Patienten.

Das zu diesem Zeitpunkt an unserer Klinik noch fiktive Angebot einer tagesklinischen Versorgung wurde von beiden Geschlechtern eher zurückhaltend angenommen. Die Hälfte der Männer konnte sich einen tagesklinischen Aufenthalt vorstellen, Frauen bevorzugten zu 2/3 die gewohnte stationäre Aufnahme. Bestand der Wunsch nach der Operation beider Augen, wünschten sich Patientinnen auch zu 2/3 zwischen den Eingriffen in stationärer Behandlung zu bleiben.

Die durchschnittliche tatsächliche Wartezeit auf die Operation betrug etwas mehr als 5 Monate, Frauen mussten im Durchschnitt 5 Tage länger auf die Operation warten. Die von den PatientInnen subjektiv maximal tolerierbare Wartezeit betrug etwas mehr als 3 Monate. Hier waren Frauen im Durchschnitt 2 Wochen weniger bereit zu warten.

Rückschlüsse für die Praxis

Patientinnen in unserer Studie kamen mit einer deutlich stärkeren subjektiven und objektiveren Visusbeeinträchtigung zur Anmeldung für eine Katarakt-Operation. Es liegen uns zwar keine Daten zur gesamten Symptombdauer vor, es ist aber davon auszugehen, dass sich Patientinnen einfach später zur Operation entschließen konnten. Sobald sich die Frauen dann zur Operation entschieden haben, ist die für sie akzeptable Wartezeit tendenziell kürzer als bei Männern, was sich durch die stärkere subjektive Beeinträchtigung erklären lässt.

Bei der tatsächlichen Wartezeit bestehen kaum Unterschiede, Frauen sind hier aber tendenziell benachteiligt. Die Unterschiede in der Wartezeit sind nur minimal, da die Einteilung zur Operation aber eigentlich nach dem Zeitpunkt der Anmeldung erfolgt, ist auch diesem Unterscheid nach zu gehen, um mögliche Ungerechtigkeiten in weiterer Folge zu verhindern.

Studien belegen die stärkere subjektive Visusbeeinträchtigung von Frauen¹⁰ und die stärkere subjektive Beeinträchtigung des allgemeinen Gesundheitszustandes.^{11, 12}

Grundlegend besteht aber die Meinung, dass Frauen früher ärztliche Hilfe aufsuchen als Männer^{11, 13}, dies steht aber im Gegensatz zur auch vorhandenen stärkeren objektiven Beeinträchtigung, die für ein späteres Aufsuchen ärztlicher Hilfe spricht. Selbst im Bereich der Augenheilkunde gibt es Studien, die belegen, dass Männer später als Frauen augenärztliche Hilfe aufsuchen.¹⁴⁻¹⁶

Im Allgemeinen erhalten Patientinnen häufiger Hausbesuche, gehen häufiger zum Arzt und nehmen mehr Medikamente ein.¹⁷ Bei den Spitalszuweisungen zeigt sich allerdings kein geschlechtsspezifischer Unterschied.^{17, 18} Jüngere Frauen gehen häufiger zu Vorsorgeruntersuchungen, gerade bei älteren Frauen gibt es jedoch auch Hinweise, dass sie seltener zu Vorsorgeuntersuchungen, so auch zu ophthalmologischen Untersuchungen, überwiesen werden.¹⁹

Die Patientinnen unserer Studie dürften sich aufgrund der fehlenden sozialen Unterstützung später zur Operation entschließen. Bei den Fragen nach häuslicher Versorgung postoperativ und Hilfe in Bezug auf Heimtransport und Möglichkeit zur postoperativen Kontrolle gaben Frauen deutlich häufiger Probleme an. Männer leben häufiger in Partnerschaften oder gemeinsam mit ihren Kindern und sind somit postoperativ besser versorgt als die zumeist allein stehenden Frauen. Fälle zu Hause Zusätzlich kümmern sich Frauen öfter um Pflegefälle zu Hause und dürften die eigene Bedürfnisse zurück stellen, solange ein Angehöriger ihre Hilfe braucht. Erst

wenn ihre Hilfe zu Hause nicht mehr von Nöten ist, können sie sich wieder ihren eigenen Problemen widmen. Frauen hingegen, werden häufiger von professionellen Pflegediensten versorgt, wenn sie selbst pflegebedürftig werden, da sie selbst keine Unterstützung ihrer Angehörigen erfahren.²⁰

Längeres Zuwarten auf eine Operation erhöht einerseits das Sturzrisiko der PatientInnen^{21, 22} andererseits zu verminderter Lebensqualität^{23, 24} Organisation einer perioperativen Unterstützung für unmittelbar postoperative Hilfe, Heimtransport und postoperative Kontrolle für die Patientinnen selbst oder Versorgung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen könnte helfen, diese Frauen schneller einer Operation zuführen zu können. Somit könnte das durch die Sehverschlechterung verursachte Sturzrisiko vermindert und die Lebensqualität dieser Patientinnen verbessert werden.

Weiters haben die neu gewonnen Kenntnisse über die Bedürfnisse unserer PatientInnen einen entscheidenden Einfluss auf den Aufbau der Tagesklinik und die geplante Implementierung eines professionellen Entlassungsmanagements gehabt.^{25, 26}

Abb. 1: Auszug aus dem Fragebogen (Fragen zur häuslichen Versorgung)		
	Ja	Nein
Kann sich jemand in den ersten 24 h nach der Operation um Sie kümmern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Transportmöglichkeit nach Hause?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie am nächsten Tag zu einer augenärztlichen Kontrolle kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnen Sie innerhalb einer Stunde Entfernung zum Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Literatur

1. Rieder A, Lohff B. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer Verlag, 2004.

2. Bird CE, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Soc Sci Med* 1999;48:745-55
3. Risberg G, Hamberg K, Johansson EE. Gender perspective in medicine: a vital part of medical scientific rationality. A useful model for comprehending structures and hierarchies within medical science. *BMC Med* 2006;4:20.
4. Daly C, Clemens F, Lopez Sendon JL, et al. Gender differences in the management and clinical outcome of stable angina. *Circulation* 2006;113(4):490-8.
5. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* 1997;51(2):106-9.
6. Crabtree HL, Hildreth AJ, O'Connell JE, et al. Measuring visual symptoms in British cataract patients: the cataract symptom scale. *Br J Ophthalmol* 1999;83(5):519-23.
7. Woodcock M, Shah S, Smith RJ. Recent advances in customising cataract surgery. *Bmj* 2004;328(7431):92-6.
8. Hofmarcher M, Riedel M, Röhrling G. Ressourcenverbrauch in der EU: Sollte Österreich westlicher werden? *Health System Watch* 2005;2:1-16.
9. Mavrikakis I, Georgiou T, Paul B, Liu CS. Cataract surgery by appointment--a pilot study. *BMC Ophthalmol* 2006;6:18.
10. Monestam E, Wachtmeister L. Cataract surgery from a gender perspective--a population based study in Sweden. *Acta Ophthalmol Scand* 1998;76(6):711-6.
11. Suominen-Taipale AL, Martelin, T, Koskinen, S, Holmen, ., Johnsen, R. Gender differences in health care use among the elderly population in areas of Norway and Finland. *BMC Health Services Research* 2006;6:1-9.
12. Verbrugge LM. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav* 1989;30(3):282-304.
13. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996;42(4):617-24.
14. Keeffe JE, Weih LM, McCarty CA, Taylor HR. Utilisation of eye care services by urban and rural Australians. *Br J Ophthalmol* 2002;86(1):24-7.
15. Bylsma GW, Le A, Mukesh BN, et al. Utilization of eye care services by Victorians likely to benefit from eye care. *Clin Experiment Ophthalmol* 2004;32(6):573-7.
16. Richter-Mueksch S, Zehetmayer M, Radner W, et al. Influence of sex, visual acuity, and systemic disease on delayed presentation for cataract surgery in Austria. *J Cataract Refract Surg* 2001;27(12):1999-2005.
17. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health* 2006;6:155.
18. Vedsted P. [Gender differences in the use of health care system]. *Ugeskr Laeger* 2007;169(25):2403-8.
19. Kosiak B, Sangl J, Correa-de-Araujo R. Quality of health care for older women: what do we know? *Womens Health Issues* 2006;16(2):89-99.
20. Rabady S, Rebhandl, E. Allgemeinmedizin. In: *Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis*. Wien: Springer, 2004.
21. Kuang TM, Tsai SY, Hsu WM, et al. Visual impairment and falls in the elderly: the Shihpai Eye Study. *J Chin Med Assoc* 2008;71(9):467-72.
22. Kulmala J, Era P, Parssinen O, et al. Lowered vision as a risk factor for injurious accidents in older people. *Aging Clin Exp Res* 2008;20(1):25-30.
23. Harada S, Nishiwaki Y, Michikawa T, et al. Gender difference in the relationships between vision and hearing impairments and negative well-being. *Prev Med* 2008.

24. Esteban JJ, Martinez MS, Navalon PG, et al. Visual impairment and quality of life: gender differences in the elderly in Cuenca, Spain. *Qual Life Res* 2008;17(1):37-45.
25. Weingessel B, Vecsei-Marlovits PV. [How much waiting time is acceptable for cataract patients?]. *Ophthalmologie* 2008.
26. Weingessel B, Richter-Mueksch S, Weingessel A, et al. Is day-case cataract-surgery an attractive alternative from patients' point of view? – A questionnaire survey. *Wiener Klinische Wochenschrift*;accepted.