

Unterschiede, über die wir zu wenig wissen ...

Mit den aktuellen Bestrebungen nach einem qualifizierten Beratungsangebot zur BVP steigt der Bedarf an Wissen darüber, wie sich die betroffenen Personen bei der Planung verhalten [5–8]. Die Grundlage für eine individualisierte Beratung bieten Erkenntnisse über die Faktoren, die den Prozess der antizipativen Entscheidungsfindung maßgeblich steuern. Welche Bedeutung geschlechter-, gender- und kulturspezifische Differenzen in der personalisierten Medizin mit ihrem betont antizipatorischen Charakter erhalten, ist inzwischen deutlich geworden [19]. Geschlechterspezifität sticht im Bereich medizinisch bedeutender, präventiver Entscheidungen hervor. Doch wir wissen zu wenig über Motivationen, Sorgen und Grundhaltungen, die gesundheitliche Vorsorge fördern oder verhindern. Nehmen zum Beispiel Frauen und Männer die Möglichkeit des Vorausverfügens unterschiedlich wahr? Welche Präferenzen haben sie und wie unterscheiden sie sich? Im deutschsprachigen Raum liegen nur wenige Untersuchungen über das Zusammenspiel soziobiografischer und kultureller Faktoren bezüglich des Vorausplanens vor [9]. Interviews mit Tumorpatientinnen und -patienten zeigen, dass Auffassungen von Krankheit, Leid, Sterben, Tod und Lebensqualität durch das Selbstbild, die eigenen Rollenerwartungen und die der Anderen geprägt sind [10]. Kulturelle Herkunft, Religion und Bildung in Verbindung mit dem Geschlecht sind daher nicht nur relevant im konkreten Fall einer ärztlichen Behandlung, sondern beeinflussen schon lange im Vorhinein das persönliche Wertesystem, die Wahrnehmung und den Umgang mit Vorsorge. Für die Motivation, eine PV zu erstellen, interagieren all diese Faktoren mit ihren sachlichen und emotionalen Dimensionen [11]. In diesem Spannungsfeld, in dem immer kontextbezogen biografische Ereignisse, Normvorstellungen und Erwartungen an sich sowie an die Anderen interagieren, werden antizipative Entscheidungen getroffen.

Bislang konnte auf Basis von Erfahrungen in Hospiz- und Palliative-Care-Einrichtungen gezeigt werden, dass Frauen eher bereit sind, sich mit dem Thema Sterben auseinanderzusetzen, wohingegen Männer zu Passivität und Schwei-

gen tendieren [12]. Auf psychisch-emotionaler Ebene angesprochen fällt es Frauen leichter, sich über das von ihnen Erlebte zu äußern. Männer geben sich eher gegenwartsbezogen, an pragmatischen Lösungen interessiert und neigen zu einer kritischen Haltung gegenüber Gesprächsangeboten [12]. Im Vergleich zu Frauen schätzen sie ihre Gesundheit subjektiv oftmals besser ein, als sie tatsächlich ist. Dies hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Bewertungen des eigenen Alter(n)s, die Einstellungen zum Älterwerden und kann schließlich das präventive Handeln hemmen [13]. Repräsentative Bevölkerungsumfragen bestätigen Unterschiede im Vorsorgeverhalten zwischen den Geschlechtern. Vor allem zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr treffen Frauen im Vergleich zu Männern deutlich häufiger Vorkehrungen für den medizinischen Ernstfall [14, 15]. Dies bestätigt die Annahme, dass das Geschlecht Wahrnehmung, Manifestation, Klärung und Festlegung von Behandlungspräferenzen im Hinblick auf Situationen des Autonomieverlustes und der Abhängigkeit beeinflussen kann.

Gesundheits- und Krankheitsverhalten – Eine Frage des Geschlechts?

Längst hat die „Gender-Medizin“ bzw. geschlechterspezifische Medizin auf den Einfluss von biologischem (sex) und psychosozialen Geschlecht (gender) auf Gesundheit und Krankheit hingewiesen. Geschlecht und Alter eines Menschen beeinflussen die Prädisposition zu einer bestimmten Erkrankung sowie auch den Zeitpunkt, in dem diese symptomatisch wird und die Art, wie sie sich manifestiert. Dies bedeutet, dass Inzidenz, Schweregrad, Entwicklung und Prognose einer Krankheit geschlechtlich geprägt sind. Daher sollten Prävention, Diagnose, Therapie und Follow-up diese Differenzen berücksichtigen [16].

Mit Blick auf den Themenkomplex des Vorausverfügens haben internationale Arbeiten auf die Relevanz von geschlechterspezifischen Haltungen und Präferenzen aufmerksam gemacht [6, 8, 17, 18]. Studien aus den USA und Kanada verdeutlichen, wie das Geschlecht in Zusammenhang mit Alter, Ethnie und Bildung antizipatorische Entscheidungen prägt [8, 19]. Allerdings sind die Ergebnisse heterogen: „[S]ome

empirical studies suggest that, compared with men, women fear death less, discuss its meaning more, refuse intubation and cardiopulmonary resuscitation more, and sign ADs more often. Other studies, however, find no gender differences in end-of-life care preferences or in knowledge, attitudes, or use of ADs“ [19].

Dies gab uns Anlass dazu, der Frage nach den geschlechterspezifischen Differenzen bei der Vorsorgeplanung in Deutschland nachzugehen und die Fachliteratur der vergangenen 15 Jahre in einer systematischen Übersichtsarbeit zu durchsuchen [20]. Haltungen von Patientinnen und Patienten gegenüber der GV sind zum Beispiel in der Palliativmedizin, Onkologie und Intensivmedizin untersucht worden. In mehreren quantitativen Studien konnte eine geschlechterspezifische Prävalenz hinsichtlich der GV festgestellt werden: tendenziell setzen sich mehr Frauen als Männer mit dem Thema auseinander und schließen häufiger eine PV ab [21, 22, 23]. Andere Untersuchungen ergaben hingegen keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Vorhandensein einer PV bei Patientinnen und Patienten im Bereich der Nephrologie, chirurgischen Intensivversorgung und Strahlentherapie [24, 25, 26]. Die Studien bieten jedoch keine Informationen zum Planungsverhalten oder zu Begründungsmustern im Umgang mit Vorausverfügenen.

Eine individualisierte Beratung erfordert die Wahrnehmung der Person in ihrem soziobiografischen Kontext. Künftig werden zu den potenziellen Zielgruppen von BVP auch Frauen und Männer anderer Kulturkreise und Religionen gehören. Nur die Beachtung der komplexen Beziehungen zwischen Alter, kulturellem Hintergrund, sozialem Status, Bildung, Religion und Geschlecht kann helfen, einen Zugang zum Individuum und seinem Verständnis von Autonomie zu finden.

Geschlechtersensibilität und ihre Bedeutung für die Beratungspraxis

Das Geschlecht spielt in der Arzt-Patient-Beziehung und in den unterschiedlichen Ebenen der Krankenversorgung eine wichtige Rolle. Im Vergleich zu Ärzten initiieren Ärztinnen häufiger das Gespräch über das Thema GV [27], sie

- » Welche Aussagen/Positionen verbinde ich mit Geschlechterrollen?
- » Wie könnten meine Einstellungen gegenüber dem anderen Geschlecht die interpersonale Kommunikation beeinflussen?
- » Reagiere und kommuniziere ich unterschiedlich mit männlichen und weiblichen Kollegen und Patienten?
- » Mit welcher Kultur identifiziere ich mich?
- » Wie beeinflusst mein kultureller Hintergrund meine Werte?
- » Auf welche Weise reagiere ich emotional, kognitiv und in meinem Verhalten auf interkulturelle Begegnungen?
- » Wie hat die medizinische Kultur die Art und Weise, in der ich mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen interagiere, geprägt?

Tabelle: Für die Gestaltung eines dialogischen Beratungsgesprächs, in dem Offenheit und Respekt gegenüber dem zu beratenden Menschen entgegengebracht werden, ist die Selbstwahrnehmung ein grundlegender Vorbereitungsschritt. Crystal Dea Moore [30] hat Fragen zur Entwicklung einer gender- und kulturbewussten Selbstwahrnehmung und Kommunikation entwickelt, die für die Praxis der GV/BVP nützlich eingesetzt werden können (Übersetzung durch die Autoren).

suchen ihre Patientinnen und Patienten zu präventiven Zwecken öfter auf, kommunizieren empathischer und leisten häufiger psychosoziale Beratung [28, 29]. In diesem kommunikativen Austausch bildet die Selbstwahrnehmung der behandelnden Ärztin und des Arztes die Grundlage. Selbstwahrnehmung bedeutet, über die eigene Person in der professionellen Rolle nachzudenken. Gerade wenn Fragen existentieller Tragweite thematisiert werden, hilft diese Reflexion, sich eigener Standpunkte bewusst zu werden, um offen gegenüber dem Anderen, seinen Wünschen und Vorstellungen zu bleiben.

Crystal Dea Moore hat einen Fragenkatalog entwickelt, um Beraterinnen und Beratern zu helfen, sich auf BVP-Gespräche vorzubereiten. Die Fragen richten sich auf familiäre Prägung, gender- und soziokulturelle Einflüsse (Tabelle), Sterben und Tod sowie das Setzen von Grenzen in der Medizin [30]. Die Selbstwahrnehmung ist unverzichtbar, um zu verstehen, wie das eigene Verhalten den Gesprächspartner beeinflussen kann. Sie ebnet den Weg hin zur Anerkennung der/des Anderen und fördert die Fähigkeit zur Empathie. Letztere ermöglicht es, sich der emotionalen Lage der Patientinnen und Patienten anzunähern. In einem weiteren Schritt richtet sich das Gespräch darauf, was Betroffene über Krankheit, Sterben und Tod denken. Welche Ziele, Werte und persönliche Einstellungen sind jetzt von Bedeutung? Trägt das soziale Umfeld die Entscheidung mit? Das Selbstbild eines Menschen ist mit den Erwartungen verwoben, die Andere an ihn herantragen und kann zur Annahme oder Ablehnung eines Gesprächsangebotes zum Thema BVP führen.

Für die künftigen Beraterinnen und Berater bedeutet dies eine Auseinandersetzung mit sich selbst. Erst auf dieser Grundlage werden Ge-

spräche möglich, in denen das bewusste Fragen und Zuhören im Dialog den Weg zu einem individuellen Vorausplanen ebnet [30].

Schlussfolgerung und Ausblick

Gesundheitliches Vorausplanen soll künftig ein interaktiver Entscheidungsprozess sein, in dem Interessierte professionell beraten und begleitet werden. Verbunden mit der Antizipation von Situationen des Autonomieverlustes sind Informationen über das medizinisch Mögliche notwendig, um realisierbare Vorentscheidungen angemessen treffen zu können. Vereinzelt Untersuchungen zeigen, dass geschlechter-, alters- und kulturspezifische Dimensionen von GV/BVP von Bedeutung sind. Die Rolle von Gender und Geschlecht beim gesundheitlichen Vorausplanen bleibt aber ein Forschungsdesiderat.

Erste Empfehlungen für die Praxis

- » Geschlechterstereotype und Rollenklischees können zu Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient führen. Eine geschlechtersensible Kommunikation bedarf einer kritischen Reflexion der eigenen Prägungen.
- » Das Wissen um geschlechter- und kulturspezifische Präferenzen sowie Verhaltensweisen in Bezug auf Situationen des Autonomieverlustes hilft Beratenden im Prozess der Selbstwahrnehmung und unterstützt die Gestaltung des individualisierten Dialogs.
- » Kommunikationsstil auf Augenhöhe: Die vorausverfügende Person soll bewusst vor dem Hintergrund ihrer geschlechtlichen Identität, kulturellen Zugehörigkeit und

sozialen Eingebundenheit wahrgenommen werden. Individuellen Präferenzen muss mit Empathie, Toleranz und Respekt begegnet werden.

- » Krankheitsbedingte Veränderungen von Körper und Psyche beeinflussen die Verwundbarkeit der Person im Krankheitsverlauf. Bedürfnisse, Ängste, Hoffnungen und Wertvorstellungen können mit verschiedensten Krankheitserfahrungen variieren und sich verändern.
- » Angesichts der kulturellen Pluralität moderner Gesellschaften empfiehlt es sich, Beraterteams für GV/BVP zu schulen, in denen Beraterinnen und Berater unterschiedlichen Alters und kultureller Herkunft der Vielfalt der Patientenbedürfnisse gerecht werden können.
- » Eine geschlechtersensible Haltung sollte auf mittlerer (zum Beispiel Koordination, Team, Abteilung) und übergeordneter Organisationsebene (zum Beispiel Leitbilder, Führungskultur) etabliert werden.

Die vorliegende Publikation entstand im Rahmen des Forschungsprojekts „Die Sorge um die Fürsorge: bis zum Ende über sich verfügen“, einem medizinethischen und kommunikationswissenschaftlichen Projekt des bayerischen Forschungsverbundes ForGenderCare.

Das Literaturverzeichnis kann bei den Verfassern angefordert oder im Internet unter www.bayerisches-aerzteblatt.de (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

Autoren

Rico Krieger, M. A.,
Professor Dr. phil. Dr. rer. med. habil.
Mariacarla Gadebusch Bondio,

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin,
Klinikum rechts der Isar,
Technische Universität München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München,
E-Mail: rico.krieger@tum.de