

Female Diversity

Frauen im Health Care-Alltag

Der Eid des Hippokrates besagt u.a., dass der Arzt keine tödlichen Mittel verabreichen darf, dass er im Umgang mit den Kranken weder zwischen Freien und Sklaven noch zwischen Männern und Frauen Unterschiede machen dürfe. Mit den Diversity geprägten Wertevorstellungen der letzten Jahre scheint nun auch die Medizin bezüglich Gender Equality dort angekommen zu sein, wo die Antike Ärzte als Berufsstand haben wollte. Eine zu starke Betonung von Genderism oder gelungener Diversity im Umfeld der Health Care Professionals würde aber immer noch zu überzogen wirken.

>> Die aktuelle Medizinphilosophie verweist stolz auf die Fortschritte der letzten Jahrzehnte: Die leitlinienorientierte Therapie, die davon ausging, dass der Therapienutzen studienbasiert 1:1 auf die Gesamtbevölkerung übertragbar ist, wurde durch eine sich stetig personalisierende Medizin abgelöst: Relativ homogene Gruppen von Patienten reagieren mitnichten annähernd gleich auf therapeutische Maßnahmen. Gleichwertige Behandlung, aber nicht zwingend gleiche Therapieverläufe in bestimmten Patientengruppen.

Frauen im Health Care Segment

Die Gendermedizin geht über diese Ansätze sogar hinaus: Sie erklärt, warum Herzkrankungen,

rheumatische Erkrankungen, Depressionen, Osteoporose usw. bei Männern und Frauen unterschiedlich verlaufen können. Zusätzlich berücksichtigt sie die Information darüber, wie Lebensstil, Stress und Umwelt auf biologische Prozesse bei unterschiedlichen Geschlechtern wirken. Gendermedizin im eigentlichen Sinne wird aber kaum unterrichtet. In einer Umfrage von 2016 konnte die Hälfte der 32 teilnehmenden Medizinfakultäten nicht genau beantworten, in welchen Kursen die Aspekte der Gendermedizin zukünftigen Ärzten beigebracht werden (Deutsches Ärzteblatt: Ludwig et al., 2016).

Unabhängig davon wird das Gesundheitssystem aber immer weiblicher (Abb. 1). Der Pflegesektor wird bereits seit Jahrzehnten von Frauen dominiert

und wäre ohne Frauen im Beruf überhaupt nicht existenzfähig. Schlechte Entlohnung, Überstunden, Überlastung und damit zusammenhängend verschiedenartige Dienstaussfälle wirken sich seit Jahren auf einen sich weiter zuspitzenden Pflegenotstand aus, der größtenteils weiblich ist, da Männer bislang wenig für diesen Berufszweig zu motivieren sind. Aber auch die Ärzteschaft wird immer weiblicher: Inzwischen ist der Anteil der Ärztinnen auf 49,9% (2021) angewachsen – Tendenz steigend. Gravierende Unterschiede bestehen weiterhin in einzelnen Fachbereichen sowie in Führungsebenen von Krankenhäusern.

Man sollte annehmen, dass eine fortlaufende Feminisierung der Health Care-Berufe auch Auswir-

kungen auf das Behandlungs- und Kommunikationsverhalten im Berufsalltag haben sollte. Tatsächlich stellt jedoch eine Umsetzung der Gendermedizin im durchgetakteten und meist Effizienz-getriebenen Alltag der Ärzte eine große Herausforderung dar. Denn aus einem stärker Diversity-getriebenen Denken resultiert eine Orientierung an gesellschaftlicher Vielfalt und damit einer sich stetig weiter entwickelnde Individualisierung. Unter Beachtung der „diversen“ Vielfältigkeitsoptionen fallen auch Therapieentscheidungen mitunter schwerer, mögliche Therapieschritte und Handlungsmuster nehmen individualisiert zu und erhöht sich die Alltagskomplexität der Ärzte. Routiniertes Verhalten wird bei stetigem Abwägen individueller Variablen seltener und eine laut Daniel Kahneman notwendige Alltagsvereinfachung durch den Autopiloten ist dann weniger leicht möglich.

Aktuelle Gender-Kommunikation im Arztalltag

Die Arzt-Patienten-Kommunikation ist in der Regel Gender sensitiv: Die Schwerpunkte des Patientenanliegens und die Kommunikationsmittel, um dieses Anliegen zu äußern, sind bei Frauen und Männern unterschiedlich ausgeprägt. Die Eigen- und Fremdzurechnungen der Geschlechterrollen können das Erleben ein und derselben Krankheit mitbestimmen.

Die Beschreibung von Brust-

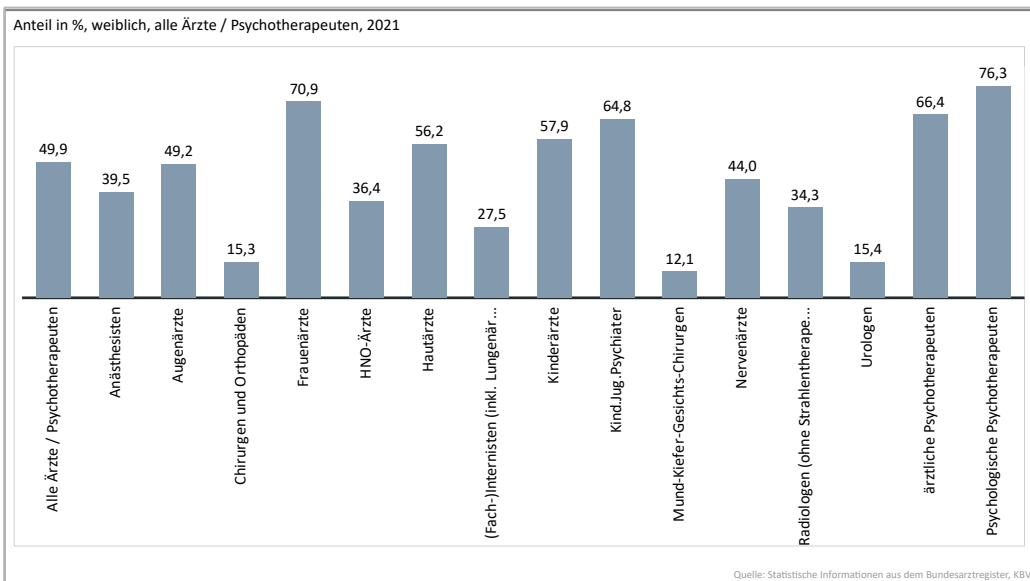


Abbildung 1: Anteil der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden weiblichen Ärztinnen und Psychotherapeutinnen

♀

Frau, 70 Jahre: „Ja. Ich habe Schmerzen. Da und dann zieht es sich da RÜBER. Und tut weh dabei. Das kann man gar ned so beschreiben, wie das eigentlich ist! Das kommt einfach. Das habe ich auch, wenn ich liege oder geh... wo ich wohin gehe... wenn ich ein bisschen bergauf gehen muss... es ist nicht viel... Dann leg ich mich gleich ins Bett oder ich muss mich niedersitzen... a Stund liegen, dann geht es mir wieder besser. Das kommt auf einmal, ich kanns nicht sagen wieso.“

♂

Mann, 75 Jahre: „Jaha. Das setzt plötzlich ein. Druck hier im Brustbereich, im oberen Brustbereich ein... ein kleines bisschen Atemnot. Und außerdem hat es einen kalten Schweißausbruch verursacht. Und ein gewisses Angstgefühl. Net? Und das hat mich sofort bewegt, mich dann hinzulegen, Nach tiefen ah Atemzügen, ja, sagen wir meinetwegen nach fünf, sechs oder zehn Minuten aufgehört... Es war aber nicht alles wieder normal. Net so.“

<ul style="list-style-type: none"> ■ Schmerzen herabstufen ■ Psychosoziale Faktoren eher thematisieren ■ Diffuse Schmerzbeschreibungen als klare Symptombenennungen Stärkerer Fokus auf Beschreibung der stressigen Alltagsverpflichtungen ■ Stärkere Bereitschaft, die Schmerzen zu ertragen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schmerzen hochstufen und schneller ernst nehmen ■ Konkretere und ausführliche Beschreibungen der Schmerzen/Symptome ■ Selbstwahrnehmung als eher Schmerz bewältigend
---	--

Quelle: Menz, Lalouschek, Stölberger, Vodopitiz: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen: Ergebnisse einer medizinisch-linguistischen transdisziplinären Studie. In: Linguistische Berichte 2002, Buske Verlag Hamburg), sowie Ergebnisse unterschiedlicher K&A-Psychodrama-Eigenstudien

Abbildung 2: Genderspezifische Symptom-Kommunikation bei Brustschmerzen

schmerzen als ein wichtiges diagnostisches Mittel für die nachfolgende Behandlung veranschaulicht, wie Genderzugehörigkeit die Identifikation von Problemlagen erschwert und die Therapie-Einleitung beeinflusst. Frauen neigen eher dazu, vorsichtig-schwammig eigene Symptome zu beschreiben, die Schmerzen abzustufen, emotionale Erklärungen für Beschwerden zu suchen und die eigenen Alltagsverpflichtungen zu betonen, die eine längere Selbstaufmerksamkeitsphase aus praktischen Gründen nicht zulassen. Männer suchen tendenziell nach schnellen Lösungen ihrer Beschwerden, die über direktere Symptomkommunikation an den Arzt, über die Augenhöhe-Diskussion der eventuellen Lösung zu schneller Wirkung führen (Abb. 2). Ärzte und Ärztinnen benötigen im eng gefassten Zeitfenster des Arzt-Patienten-Gesprächs eine klare symptomatische Schmerzbeschreibung. Der überwiegende Teil der Kardiologen ist nach wie vor männlich und erkennt in der Beschreibung der Männer deutlich besser die spezifische Symptomatik. Das Zusammenspiel dieser Faktoren führt auch heute noch dazu, dass koronare Ursachen

bei weiblichen Patienten häufiger übersehen werden und die Therapie später eingeleitet wird. Tendenziell achten Ärztinnen eher auf spezifische KHK Symptome der Frauen, nehmen die unklarerer Beschreibungen besser unter die Lupe, sind eher bereit, eine weitere Untersuchung einzuleiten. Das führt zu einer schnelleren Diagnoseklärung und, gerade im kardiologischen Bereich, zur Rettung des Menschenlebens.

Diverse Health Care Communication

Mittlerweile gewinnen in den meisten Health Care-Berufen Frauen die Oberhand. Frauen reagieren im kommunikativen Umfeld sensibler, nehmen den Werbestimulus als Ganzes wahr, verarbeiten mehr Detailinformationen und emotionale Reize. Auch hinsichtlich kommunikativer Wirkung sind geschlechterspezifische Unterschiede hinreichend bekannt und belegt: Caring-bezogene, Geschichte-erzählende und ästhetische Gestaltungsmerkmale wirken häufig attraktiver

bei Frauen als bei Männern – wobei das kontextuelle Umfeld stets zu beachten ist. Das dürfte auch nicht ohne Auswirkung für werbliche Umsetzungen sein, die entweder an Health Care Professionals direkt gerichtet sind oder indirekt über die Ansprache von Indikationen mit überwiegend weiblichem Schwerpunkt. Health Care Marketing-Strategien sind heute stärker herausgefordert, einer Gender-aufmerksameren Zielgruppe eine kom-

munikativ verpackte Wertschätzung als differenziert denkende Behandler zukommen zu lassen. Geschlechterspezifischen Daten zum Medikamentennutzen und Nebenwirkungsprofile können die informative Ebene zusätzlich unterstützen. Ein verhaltenswissenschaftlich zusätzlicher Brownie Point einer kommunikativen Ansprache könnte sein, wenn dem Arzt kontextuelle Ankerpunkte über Signalbegriffe oder Kontexte vermittelt werden, die ihm im Rahmen seiner geschlechterspezifischen Therapieentscheidung effizient eine alltagstaugliche Orientierung bieten.

Wir bei K&A BrandResearch arbeiten seit nahezu 40 Jahren mit Methoden der Verhaltenswissenschaften und Behavioral Economics. Über den Einsatz von Methoden der Psychodrama-Forschung können wir kontextgenau im Praxis- und Entscheidungsumfeld Wirkmechanismen herausarbeiten, welche Schlüsselreize, Signalcodes oder Reizworte merkwürdig und verhaltensverändernd bei Verordnern wirken, und welche nicht. Und auch wann eine Gender- oder Diversity-Ansprache funktioniert und das intendierte Ordnungsverhalten auslöst, und wann Diversity oder weitere Purpose-behaftete Kommunikation redundant ist.

Beispiel Rollenspiel: Arzt-Patientin-Gespräch

Mann: Ich habe im Internet gelesen...Ist das jetzt metastasiert oder was genau meinen Sie jetzt damit?

Arzt: (Erklärt Tumorstadium) ... Und darum war unsere Empfehlung jetzt gewesen, dass wir eine X-Therapie machen, um die Wahrscheinlichkeit, dass diese Erkrankung sehr schnell wiederkehrt, möglichst gering zu halten (erklärt weiter die Vorgehensweise).

Mann: Herr Doktor – jetzt mal ernsthaft – ist das denn wirklich notwendig?

Arzt: Ja, ich halte das für sehr notwendig, weil (...).

Mann: Aber sie ist doch noch gar nicht so fit, müssen wir jetzt unbedingt mit der Therapie beginnen?


Arzt: (...) Also zu viel Zeit sollten wir nicht warten. (...)

Patientin zu ihrem Mann: Was meinst du denn?

Mann: Das musst du entscheiden.

Patientin: Ich will alles tun. (...)

Mann zum Arzt: Und wie lange geht das jetzt? Arzt erklärt. (...)



Quelle: K&A BrandResearch

Abbildung 3: Prototypisches Psychodrama-Rollenspiel einer Arzt-Patientin-Besprechung zu einer malignen gynäkologischen Erkrankung

In psychodramatischen K&A Studien zu malignen gynäkologischen Erkrankungen wurde festgestellt, dass Patientinnen generell den Schutzinstinkt des (häufig auch weiblichen) Gynäkologen wecken. Mehrfach benötigten betroffene Patientinnen vor allem den Schutz vor den eigenen Angehörigen. In psychodramatischen Rollenspielen mit Health Care Professionals wurde wiederholt beobachtet, wie in von Ärzten experimentell nachgestellten Situationen der männliche Lebenspartner der jeweiligen Patientin die Gesprächsführung übernahm und die Patientin selbst immer mehr verstummte (Abb. 3).

Im aufgezeichneten Extremfall stand die Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit der Frau im Mittelpunkt des Gesprächs. Eine Alltagsrealität, mit der die Fachärzte schwer zu kämpfen haben und somit eine emotionale Facette, die den Behandlungskontext beeinflussen kann.

Ausblick

Diversity ist in demokratischen Gesellschaften zum New

Normal geworden. Vielfalt der Bedürfnisse, unterschiedliche Anwendungen und Wirkungsweisen der Therapien, als auch die Auswirkungen von Diversity im Alltag und in der Alltagssprache machen die Therapieentscheidungen der Health Care Professionals nicht leichter, sondern noch viel komplexer. Wenn Feminität, LBGTQ, Migration usw. als zusätzlich zu berücksichtigende Facetten des Alltags eine wichtige Rolle für Alltagsentscheidungen spielen, müssen sie genauso den Regeln der Verhaltensökonomie entsprechen: Alles, was leicht und situationsbezogen in den Lebens- und Berufsalltag zu integrieren ist, findet auch die nötige mentale Verankerung und einen Weg in die Verhaltensroutinen unseres Autopiloten. Alles andere erhöht Komplexität, führt gegebenenfalls zu Unverständnis und wird es schwer haben, sich als einfache Lösung zu etablieren.

Wie Ärzte mit werblich weniger positiv hervorgehobenen, neuen „diversen“ Gruppen wie (stark an Bestand abnehmenden) Rauchern, (mehrheitsprägenden) Übergewichtigen, streng religi-

ös lebenden Menschengruppen, Liebhabern von Fleisch und Fast Food, Lehrerinnen mit Doppelnamen usw. in ihrem Klinik- oder Praxisalltag umgehen, entscheidet über das „wahre“ Diversity-

Commitment im Alltag. Sicherlich spannend, wie das in zukünftiger Health Care-Kommunikation Erfolg versprechend und gleichzeitig inkludierend umgesetzt werden kann. <<

Autor:innen

Dr. Uwe Lebok gilt im deutschsprachigen Raum als Marketing-Experte für die Positionierung von Marken und verstärkt als Impulsgeber Marken in „Sackgassen“. Er ist Vorstand (CMO) beim Marktforschungs- und Markenberatungsinstitut K&A BrandResearch® und unterstützt vor allem mittelständische Unternehmen mittels researchbasierter Markenstrategien



Polina Ginzburg ist Senior BrandConsultant bei K&A BrandResearch. Nach dem Studium der International Economics und Empirischen Sozialforschung an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg ist sie seit 2006 für K&A BrandResearch im Einsatz. Sie betreut hauptsächlich Kunden aus den Segmenten HealthCare, B2B und FMCG. Aufgrund ihrer Jugend in St. Petersburg (Muttersprache: Russisch) betreut sie zudem Kunden mit den Distributionsschwerpunkten Russland, Ostmitteleuropa und Israel. Sie ist eine ausgebildete Psychodrama-Praktikerin für Gruppenleitung, Beratung und Rollenspiel (Moreno Institut Edenkoben).



Kontakt: info@ka-brandresearch.com