

Auszug aus dem Protokoll des Stadtrats von Zürich

vom 2. März 2016

135.

Schriftliche Anfrage von Ursula Näf und Rebekka Wyler betreffend Städtische Gesundheitspolitik, Berücksichtigung von geschlechtsbezogenen Ungleichheiten bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten sowie bei der Ausbildung des Gesundheitspersonals und der Prävention

Am 2. Dezember 2015 reichten Gemeinderätinnen Ursula Näf und Rebekka Wyler (beide SP) folgende Schriftliche Anfrage, GR Nr. 2015/391, ein:

Studien zeigen, dass das soziale Geschlecht ("Gender") auch im Gesundheitsbereich eine wichtige Rolle spielt. Verschiedene Körper erkranken unterschiedlich, die Geschlechter leiden an anderen Gesundheitsrisiken. Ein Beispiel sind Herz- und Kreislauferkrankungen: Frauen sterben in der Schweiz häufiger an Herz- und Kreislauferkrankungen als Männer, erkranken aber im Vergleich zu Männern erst in höherem Alter. Auf Ebene der medizinischen Versorgung und der konkreten Behandlungen zeigt sich, dass das Gesundheitssystem diese Unterschiede zum Teil nicht genügend beachtet.

Eine fortschrittliche und geschlechtergerechte Gesundheitspolitik bedeutet, dass Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Geschlecht eine möglichst gute, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zuteil wird.

In diesem Zusammenhang bitten wir den Stadtrat um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Auf welche Weise untersucht der Stadtrat, ob in den Stadtspitälern, den Pflegezentren und bei der Spitex geschlechtsbezogene Ungleichheiten bei der Behandlung von PatientInnen festzustellen sind?
2. Wird diese Thematik in der Ausbildung des Gesundheitspersonals berücksichtigt? Werden entsprechende Weiterbildungen angeboten?
3. Wo besteht in der Behandlung im städtischen Gesundheitssystem ein "Gender-Gap"? Wir bitten um Auskünfte insbesondere zu den bekannten Risikobereichen wie Herz- und Kreislauferkrankungen, Osteoporose, Parkinson und Depression?
4. Nehmen die Präventionsanstrengungen der Stadt Zürich (beispielsweise im Bereich Tabak) auf geschlechtsspezifische Unterschiede Rücksicht?
5. Auf welche Weise nehmen die Stadtzürcher Gesundheitseinrichtungen ihre Verantwortung wahr, um proaktiv bestehende Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern in der Gesundheitsversorgung auszugleichen? Unterstützt der Stadtrat entsprechende Forschungsarbeiten und Projekte?

Der Stadtrat beantwortet die Anfrage wie folgt:

Viele Studien belegen, dass sich der Gesundheitszustand und die Lebenserwartung bei Männern und Frauen unterscheiden. Dafür gibt es verschiedene Erklärungsansätze, die nebst kulturellen, ökonomischen und gesellschaftlichen Umständen insbesondere auch physiologische Unterschiede thematisieren. Schon auf den Geschlechtschromosomen ist vorgegeben, dass Mann und Frau zum Beispiel unterschiedliche Anteile der verschiedenen Hormone produzieren. Die Hormone spielen in allen Körperzellen eine Rolle. Daher wirken viele Medikamente bei Frauen und Männern unterschiedlich. Auch der Einfluss von Risikofaktoren ist bei den Geschlechtern unterschiedlich. Frauen reagieren z. B. empfindlicher auf die schädliche Wirkung von Nikotin oder auf erhöhte Blutzuckerwerte. Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen auch bei den Symptomen und der Häufigkeit von Erkrankungen sowie bei der Diagnosestellung oder beim Behandlungsergebnis.

Gesundheitsbezogene *Unterschiede* zwischen den Geschlechtern sind für sich genommen nicht weiter erstaunlich. Aus Sicht der Chancengleichheit wird dann von einem gesundheitsbezogenen Gender-Gap, also von einer *Ungleichheit* gesprochen, wenn die Unterschiede eigentlich vermeidbar wären. Das ist der Fall, wenn z. B. eine Erkrankung beim einen Geschlecht generell schlechter erkannt wird (z. B. Frauen haben weniger ausgeprägte Symptome), oder wenn bei der gleichen Erkrankung generell das eine Geschlecht schlechtere Behandlungschancen hat (z. B. die Behandlung wirkt bei Männern schlechter). Gender-

Ungleichheiten können je nach Erkrankung oder Versorgungskontext Frauen genauso wie auch Männer nachteilig treffen. Die Gründe dafür sind vielfältig und komplex.

Die Gender-Health-Forschung identifiziert vermeidbare systematische Asymmetrien zwischen den Geschlechtern und sucht nach Wegen, um diese zu beheben oder zumindest bestmöglich zu verringern. Die Berücksichtigung von Gender-Aspekten und damit einhergehend die Vermeidung von geschlechtsbezogenen Ungleichheiten ist deshalb ein wichtiges Qualitätsmerkmal von zeitgemässen Versorgungsstrukturen und Behandlungsprozessen.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen können die Fragen wie folgt beantwortet werden:

Zu Frage 1 («Auf welche Weise untersucht der Stadtrat, ob in den Stadtspitälern, den Pflegezentren und bei der Spitex geschlechtsbezogene Ungleichheiten bei der Behandlung von PatientInnen festzustellen sind?»):

In den städtischen Institutionen der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege werden keine gesonderten Analysen nach geschlechtsbezogenen Ungleichheiten bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten durchgeführt. Die städtischen Institutionen sind in ihren Fachbereichen jedoch bestrebt, die aus der Forschung bekannten geschlechtsbezogenen Ungleichheiten zu berücksichtigen und nach Möglichkeit zu verringern. Die Zahl der Gender-Studien im Gesundheitsbereich ist in den letzten Jahren stark gestiegen und deren Erkenntnisse fliessen, wie die aus anderen medizinischen und pflegerischen Studien auch, in den medizinischen und pflegerischen Alltag ein (s. Frage 3).

In den beiden Stadtspitälern Waid (SWZ) und Triemli (STZ) werden jährlich über 30 000 Patientinnen und Patienten stationär versorgt. Beide Spitäler verfolgen eine geschlechterspezifische Medizin und Pflege bei der Diagnosestellung, der Medikation und der Behandlung. Dies schliesst auch die Beachtung von sozialen, kulturellen oder migrationsbezogenen Unterschieden zwischen den Geschlechtern bei der Wahrnehmung und Beschreibung von Krankheitssymptomen ein.

Die städtischen Spitex-Organisationen betreuen pro Jahr fast 10 000 Kundinnen und Kunden, davon sind drei Viertel weiblich. Sie ermitteln den individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf mit einem Modell, welches neben körperlichen und psychischen auch biografische und soziokulturelle Faktoren mitberücksichtigt. Genderspezifische Faktoren sind bei der Bedarfsbestimmung auch berücksichtigt, werden aber nicht gesondert evaluiert oder erhoben. Die therapeutisch-medizinische Behandlung der Spitex-Kundinnen und -Kunden wird von deren jeweiligen Ärztinnen und Ärzten festgelegt und verantwortet.

In den städtischen Pflegezentren (PZZ) wohnen rund 1650 Personen. Das Durchschnittsalter liegt bei 87 Jahren, und drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner sind Frauen. Der höhere Frauenanteil ist auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen sowie auf den Umstand, dass der oft ältere Partner, der sie zu Hause pflegen könnte, bereits selber pflegebedürftig oder schon verstorben ist. Praktisch alle Patientinnen und Patienten sind multimorbid, d. h., sie leiden an mehreren meist chronischen Krankheiten gleichzeitig. Im Langzeitpflegebereich steht die Diagnostik weniger im Vordergrund. Aufgrund der oft fragilen und von mehreren Krankheiten belasteten Gesundheit sind die Bedürfnisse dieser Patientinnen und Patienten höchst individuell, so dass sich die medizinische Behandlung noch stärker an einzelnen Individuen orientiert als an Geschlechtsunterschieden. Hingegen ist die Tagesgestaltung, insbesondere die Aktivierungstherapie, häufig eher auf die Mehrheit, nämlich die Frauen, ausgerichtet. Dem wird mit spezifischen Männergruppen entgegenzuwirken versucht.

In den städtischen Alterszentren (ASZ) leben rund 2140 Personen. Das Durchschnittsalter liegt bei 87 Jahren, und drei Viertel der Bewohnerschaft sind Frauen. Anders als in den Pflegezentren und wie bei den städtischen Spitex-Organisationen werden medizinische Diagnosen und Behandlungen in den ASZ durch die jeweiligen Hausärztinnen und Hausärzte der

Bewohnenden festgelegt (Hausarztmodell). Der Schwerpunkt der ASZ liegt somit bei den Kerndienstleistungen Hotellerie und Gastronomie sowie Betreuung und Pflege. Dabei werden die individuellen Bedürfnisse der Bewohnenden stets berücksichtigt. Es werden aber keine Daten betreffend Gender ausgewertet.

Zu Frage 2 («Wird diese Thematik in der Ausbildung des Gesundheitspersonals berücksichtigt? Werden entsprechende Weiterbildungen angeboten?»):

Die Dienstabteilungen des Gesundheits- und Umweltdepartements (GUD) und die Spitex Zürich leisten einen grossen Beitrag bei der praktischen Ausbildung oder Weiterbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen: Fachpersonen Gesundheit / Betreuung (Sekundärstufe), Pflegefachpersonen (Tertiärstufe) und Assistenzärztinnen und -ärzte (nach Abschluss Medizinstudium) werden im GUD oder bei der Spitex aus- und weitergebildet. Die Lerninhalte werden auf nationaler Ebene vorgegeben und von den Ausbildungsstätten (d. h. Berufsschulen, Fachhochschulen, Hochschulen) gelehrt. Die verschiedenen Ausbildungsbetriebe müssen gewährleisten, dass die vorgeschriebenen Lerninhalte unter Anleitung im Praxisalltag angewendet und vertieft werden. Zudem sind regelmässige Fallbesprechungen sowie die kontinuierliche, häufig interne Fortbildung aller Gesundheitsfachleute als Qualitätskriterien fest in der Akut- und Langzeitversorgung verankert. Somit ergeben sich im Alltag der Dienstabteilungen verschiedene Ansatzpunkte, sich sowohl praktisch als auch theoretisch mit der Gender-Health-Thematik auseinanderzusetzen.

In den Stadtspitälern Waid und Triemli wird Gender-Health auf allen Hierarchiestufen und in allen Berufsgruppen eingebracht. Zum Beispiel wird bei der Wissensvermittlung zum Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf die geschlechtsspezifischen Ausprägungen der Symptomatik eingegangen. Chefärztinnen und Chefärzte organisieren regelmässig interne Fortbildungen, an denen auch genderspezifische Aspekte behandelt werden. So werden beispielsweise im SWZ bei der kardiologischen Fortbildung die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Symptomen, Tests (der Velotest ist z. B. für Frauen nicht immer aussagekräftig), Diagnose, Behandlung und Rehabilitation vermittelt.

Auch bei den Städtischen Gesundheitsdiensten (SGD) und der Spitex Zürich ist die Bedeutung von geschlechtsspezifischen Behandlungsansätzen bekannt. Im Rahmen von adäquaten, aktuellen Fort- und Weiterbildungen wird die Gender-Thematik wo möglich mitberücksichtigt.

In den PZZ und ASZ stehen weniger die Diagnose und Therapie, sondern die Betreuung und Pflege der Bewohnenden im Vordergrund. Da diese meist über längere Zeit am gleichen Ort wohnen, kann eine persönliche Beziehung und individuelle Pflegeplanung aufgebaut werden. Eine genderspezifische Pflege und Betreuung heisst daher in erster Linie, jeden Menschen individuell wahrzunehmen und dementsprechend zu handeln. In den Alterszentren werden regelmässig Fallbesprechungen durchgeführt, die Gelegenheit bieten, verschiedene Aspekte (z. B. körperlich, psychisch, sozial, biografisch) zu reflektieren. In den Pflegezentren besuchen alle Pflegefachpersonen eine Fortbildung, in der sie auch das Erstellen einer individuellen, auf die Biografie und das Geschlecht abgestimmten Pflegeplanung erlernen. Auch Auszubildende lernen schon früh das korrekte Erstellen einer individuellen Pflegeplanung in der Berufsschule und können ihr Wissen dann unter Aufsicht in der Berufspraxis anwenden.

Zu Frage 3 («Wo besteht in der Behandlung im städtischen Gesundheitssystem ein "Gender-Gap"? Wir bitten um Auskünfte insbesondere zu den bekanntesten Risikobereichen wie Herz- und Kreislauferkrankungen, Osteoporose, Parkinson und Depression?»):

Ein Gender-Gap bezeichnet Ungleichheiten beim Gesundheitszustand oder bei der gesundheitlichen Versorgung zwischen Männern und Frauen. Diese Ungleichheiten können auf verschiedene Weise entstehen: Zu den komplexen biologischen Unterschieden kommen geschlechtsspezifische Unterschiede betreffend Lebensumstände (z. B. Arbeit, Einkommen), Lebensstil (z. B. Tabak- und Alkoholkonsum), Wissen (z. B. Gesundheitskompetenz) oder

Inanspruchnahme des Gesundheitssystems hinzu. Die Herausforderung in der Versorgung besteht darin, diesen Unterschieden Rechnung zu tragen und diese mit einer gendersensiblen Diagnostik, Therapie und Pflege möglichst zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

Deshalb arbeiten die Dienstabteilungen des GUD mithilfe von Erkenntnissen aus der Wissenschaft, fachlichen Leitlinien, gezielten Fort- und Weiterbildungen und – wo sinnvoll – geschlechtsspezifischen Angeboten. Das kann dazu beitragen, dass alle Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochstehende Versorgung erhalten und eine möglichst gute Gesundheit und Lebensqualität aufrechterhalten oder wiedererlangen können.

Herzinfarkt: Am besten untersucht sind die Geschlechtsunterschiede bei Herz-Kreislauf-Krankheiten. Fast doppelt so viele Männer wie Frauen erleiden einen Herzinfarkt, möglicherweise weil das weibliche Östrogen herzschützend wirkt, das männliche Testosteron dagegen eher schädlich. Für diese Theorie spricht, dass die Quote weiblicher Herzinfarktopfer nach den Wechseljahren steigt. Frauen erleiden im Schnitt erst zehn Jahre später als Männer einen Infarkt, sterben dann aber auch häufiger daran. Das kann mit dem höheren Alter und einer verzögerten Behandlung bei Frauen zusammenhängen. Wenn Männer über extreme Schmerzen im Brustkorb klagen, die bis in den linken Arm ausstrahlen, sind Gesundheitsfachpersonen direkt alarmiert und lebensrettende Massnahmen werden in der Regel rasch eingeleitet. Frauen hingegen sind unspezifisch müde und klagen in der akuten Phase über Atemnot. Es kann deshalb immer noch vorkommen, dass ein Herzinfarkt bei einer Frau nicht so rasch erkannt wird und sich Abklärung und Behandlung verzögern.

Diese Geschlechtsunterschiede sind in den Stadtspitälern Waid und Triemli auch gut bekannt. Da das SWZ vorwiegend ältere Menschen mit Herzinfarkt behandelt, liegt der Anteil Frauen in etwa gleich hoch wie der Anteil Männer mit Herzinfarkt. Behandlungserfolg und Komplikationsrate verhalten sich unauffällig bezüglich der Geschlechterverteilung.

Osteoporose: Frauen erkranken hormonell bedingt deutlich häufiger an Osteoporose als Männer: Rund 24 Prozent der Frauen und 6 Prozent der Männer über 50 Jahre sind von Osteoporose betroffen. Deshalb galt Osteoporose lange als Erkrankung von Frauen nach der Menopause. Es gibt wirksame Therapien gegen Osteoporose und deshalb ist es wichtig, dass diese sowohl bei Frauen als auch bei Männern frühzeitig diagnostiziert wird. Spätestens nach einem Knochenbruch sollten auch Männer betreffend Knochenfragilität abgeklärt werden. Da Männer aber eine deutlich höhere Knochendichte haben als Frauen, müssen hier für die Diagnose auch die passenden Referenzwerte verwendet werden. So werden Frauen und Männer wirksam therapiert und es können Knochenbrüche und ihre teils schwerwiegenden Folgen vermieden werden.

In den PZZ leidet mehr als jede zehnte Bewohnerin und fast jeder zwanzigste Bewohner an Osteoporose (s. unten, Tab. 1). Die Behandlungsteams sind daher auf diese Erkrankung sensibilisiert und eine interdisziplinäre Behandlung mit guter Schmerzkontrolle und Sturzprophylaxe wird breit angewendet. Auch in den ASZ sind die Mitarbeitenden der Betreuung und Pflege betreffend Sturzgefahr und deren entsprechenden Folgen sensibilisiert. Die Tatsache, dass Frauen aufgrund erhöhter Gefahr von Osteoporose eher Frakturen erleiden, ist ebenfalls bekannt und wird in der Praxis berücksichtigt.

Depression: Rund 22 Prozent der Frauen und 12 Prozent der Männer erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Depression (Lebenszeitprävalenz). Frauen sind also doppelt so häufig von einer Depression betroffen wie Männer. Zudem sind Geschlechtsunterschiede bei der Symptomatik und den Begleiterkrankungen zu beobachten: Beispielsweise ziehen sich Frauen eher zurück und haben zusätzlich Angststörungen, Männer hingegen zeigen eher ihren Ärger und sie haben zusätzlich eine Suchtproblematik. Bei Männern ist Depression zudem häufiger unterdiagnostiziert, u. a. weil sie bei psychischen Problemen verglichen mit Frauen seltener professionelle Hilfe aufsuchen. Die Ursachen für diese und weitere Aspekte des Gender-Gaps bei der Depression sind komplex und noch nicht abschliessend geklärt.

Hormonelle Unterschiede und geschlechtsspezifische Unterschiede bei der körperlichen und psychischen Reaktion auf Stress sind wichtige Faktoren, aber auch gesellschaftliche Normen und Einstellungen bezogen auf die Geschlechtsrollen (z. B. Männer dürfen keine Schwäche zeigen) spielen eine Rolle.

Die ambulante medizinisch-therapeutische Versorgung durch die Städtischen Gesundheitsdienste, inklusive die Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik, konzentriert sich mehrheitlich auf bereits marginalisierte, sozial belastete Patientinnen- und Patientengruppen. Hier ist eine durchgehende Erfassung von allfällig geschlechtsbezogenen Ungleichheiten nicht möglich, aber den grundlegenden Unterschieden – etwa dass Frauen häufiger von Depressionen und Traumatas, Männer dafür häufiger von Suchtkrankheiten (insbesondere Alkohol) betroffen sind – wird in der Diagnostik und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten Rechnung getragen. Ausserdem ist ein Teil des Angebots der Suchtstation Frankental gezielt auf die Bedürfnisse von Männern ausgerichtet, um diesen ein optimales Behandlungssetting zu ermöglichen.

Parkinson: Bei Männern wird Parkinson in jüngeren Jahren und fast doppelt so häufig diagnostiziert wie bei Frauen. Studien belegen, dass sich die Geschlechter auch im Krankheitsverlauf unterscheiden: Bei Männern schreitet Parkinson zwar rascher voran, bei Frauen hingegen sind die Therapien weniger wirksam oder erzeugen mehr Nebenwirkungen.

In den PZZ haben 4 Prozent der Männer und 1 Prozent der Frauen die Diagnose Parkinson. Diese Patientinnen und Patienten sind meist auch von zusätzlichen Krankheiten betroffen. Deshalb stehen genderspezifische Fragestellungen bei der medizinischen und pflegerischen Behandlung dieser hochaltrigen, chronischkranken und multimorbiden Pflegebedürftigen weniger im Vordergrund. Zudem zeigen sich die aus der Fachliteratur bekannten Gender-Gaps in dieser speziellen Patientinnen- und Patientengruppe häufig nur abgeschwächt (Tab. 1).

	Männer in %	Frauen in %
Koronare Herzkrankheit	13	9
Herzrhythmusstörung	14	11
Herzinsuffizienz	4	5
Hypertonie	31	36
Periphere arterielle Verschlusskrankheiten	6	5
Osteoporose	4	11
Parkinson	4	1
Depression	18	21

Tab. 1: Aktuelle Häufigkeiten verschiedener Erkrankungen bei Männern und Frauen in den PZZ (mehrere Erkrankungen pro Person möglich)

Bei der Gesundheitsversorgung dieser hochaltrigen, multimorbiden Patientinnen- und Patientengruppe ist weniger ein Gender-Gap als vielmehr ein Age-Gap für die Versorgungsqualität relevant: Medikamenten- und andere Studien werden mit diesen Patientinnen- und Patientengruppen kaum durchgeführt. In dieser Frage besteht, wie beim Gender-Gap, ebenfalls Handlungsbedarf. Das Zentrum Alter und Mobilität (ZAM) hat sich dem Thema Age-Gap angenommen. Die ZAM-Forschung ist auf über 70-jährige Personen ausgerichtet und fokussiert somit ausschliesslich auf das Alter (unter Berücksichtigung von Gender-Aspekten). Damit wird ein wichtiger Beitrag zur Überwindung des Age-Gaps geleistet.

Zu Frage 4 («Nehmen die Präventionsanstrengungen der Stadt Zürich (beispielsweise im Bereich Tabak) auf geschlechtsspezifische Unterschiede Rücksicht?»):

Die Dienstabteilungen des GUD fokussieren mehrheitlich auf die Diagnose von Krankheiten sowie die Behandlung und Pflege von kranken Menschen. Dabei steht die Früherkennung (Sekundärprävention) und das Vorbeugen von Folgeproblemen oder der Chronifizierung von Krankheiten (Tertiärprävention) stärker im Vordergrund als das Verhindern von Krankheiten

(Primärprävention). So wird beispielsweise eine Suchtproblematik, welche eine Krankheit mitverursacht oder die Therapie oder die Heilungschancen beeinträchtigt, gezielt miteinbezogen. Eine gendersensible Vorgehensweise bei Beratung und Behandlung kann den Behandlungserfolg auch hier verbessern.

Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich (Schul- und Sportdepartement) hat speziell zu diesem Thema im Dezember 2013 Grundlagen und eine Checkliste erarbeitet («Gendersensibel-diversityorientierte Suchtprävention»), wobei der Fokus hier auf der Primärprävention und deshalb auch auf den Jugendlichen liegt. Es ist bekannt, dass männliche Jugendliche häufiger und risikoreicher Tabak, Alkohol und Cannabis konsumieren als gleichaltrige Mädchen. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Substanzkonsum setzen sich im Erwachsenenalter fort: Männer sind vergleichsweise häufiger abhängig von Alkohol und illegalen Drogen, Frauen sind häufiger abhängig von legalen Medikamenten (z. B. Beruhigungs- oder Aufputzmittel). Auch beim Tabakkonsum gibt es Geschlechtsunterschiede, allerdings sind diese weniger ausgeprägt. Aufgrund dieser deutlichen Geschlechtsunterschiede ist eine gendersensible Suchtprävention zwingend. Diese berücksichtigt die kulturellen und sozialen Aspekte von Geschlecht, denn Substanzkonsum dient häufig auch dazu, Männlichkeit und Weiblichkeit im Alltag zu inszenieren und gegenüber dem anderen Geschlecht zu verdeutlichen.

Die Mitarbeitenden der Suchtpräventionsstelle berücksichtigen diese genderspezifischen Aspekte in ihrer Arbeit mit den Jugendlichen. Im Zentrum der gendersensiblen Vorgehensweise stehen die Reflexion und Hinterfragung der gängigen Geschlechterrollen und -bilder im Zusammenhang mit Substanzkonsum, die Wahrnehmung und Benennung von Gefühlen sowie das Bewusstmachen eigener Verhaltensmuster. Auch das Erkennen eigener Motive und das Durchschauen von Werbebotschaften sind wichtige Themen gendersensibler Suchtprävention. Die Auseinandersetzung erfolgt teilweise in geschlechtergetrennten Gruppen. Mädchen etwa werden angeregt, den Tabakkonsum als Mittel zur Gewichtsregulierung kritisch zu hinterfragen. Gleichzeitig ist es wichtig, dass sich die Jungen und Mädchen auch gegenseitig wahrnehmen, Geschlechterstereotypen gemeinsam aufdecken und mithilfe von Rollenspielen alternative Verhaltensmuster ausprobieren.

Die Suchtproblematik kann in jedem Lebensalter (neu) auftreten, auch im höheren Alter. So werden die Mitarbeitenden der PZZ, der ASZ und der Spitex zum Thema Sucht im Alter sensibilisiert. Hier handelt es sich aber nicht um Präventionsarbeit in Gruppen, sondern um einen sensiblen Umgang mit Bewohnenden, welche eine Suchtproblematik aufweisen. Diese individuelle Beratung und Unterstützung orientiert sich am jeweiligen Bedarf der betroffenen Person, welche Gender-Aspekte miteinbezieht.

Zu Frage 5 («Auf welche Weise nehmen die Stadtzürcher Gesundheitseinrichtungen ihre Verantwortung wahr, um proaktiv bestehende Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern in der Gesundheitsversorgung auszugleichen? Unterstützt der Stadtrat entsprechende Forschungsarbeiten und Projekte?»):

Bei der Beantwortung der Fragen 1–4 wurde dargelegt, dass die städtischen Gesundheitseinrichtungen bezüglich möglicher genderspezifischer Ungleichheiten informiert sind und diese in ihrem jeweiligen Versorgungsbereich berücksichtigen. Dies geschieht:

- über die Aufnahme von relevanten Forschungsergebnissen in die Ansätze zur Diagnostik und Behandlung,
- über die Anwendung medizinischer Leitlinien und fachlicher Standards,
- mittels Aus- und Weiterbildungsinhalten,
- mittels Bereitstellung gendergerechter Angebote.

Die medizinische und pflegerische Versorgung kann allerdings nur innerhalb ihres jeweiligen Fachgebiets die Ursachen und Auswirkungen von Gender-Gaps angehen – einiges liegt

ausserhalb ihres direkten Einflussbereichs. Wie bereits erwähnt, ist z. B. die Medikamentenwirkung bei Frauen wie auch älteren Personen vergleichsweise wenig erforscht, was die Behandlungsqualität beeinträchtigen kann (vgl. Frage 3).

Da Forschung keine kommunale Aufgabe ist, haben die Dienstabteilungen des GUD grundsätzlich keinen Auftrag, selbst Forschung zu betreiben. Es sind dafür auch keine finanziellen oder personellen Mittel vorgesehen. Nach Absprache werden aber einzelne Studien im Rahmen der Möglichkeiten praktisch unterstützt. In den Stadtspitälern Waid und Triemli werden klinische Anwendungsstudien durchgeführt, oft im Verbund mit anderen Spitälern und mehrheitlich über Drittmittel finanziert. Gender-Aspekte werden dabei durchaus berücksichtigt, aber eine auf Gender Health ausgerichtete Forschung wird nicht betrieben.

Gender-Aspekte werden auch im Rahmen der intensiven Forschung am universitären Zentrum Alter und Mobilität (ZAM) des SWZ berücksichtigt. Ziel der Forschung am ZAM ist es, Wissenslücken in der Altersmedizin schnellstmöglich zu schliessen und über praxisnahe, hochqualitative Forschung die Gesundheit im Alter durch präventive und therapeutische Massnahmen zu fördern. Zeigen sich in den Studien Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den daraus resultierenden Empfehlungen, werden diese entsprechend publiziert. Vereinzelt werden Studien durchgeführt, welche gezielt Männer oder Frauen einbeziehen (z. B. klinische Studie zum Thema Muskel- und Knochengesundheit). So können therapeutische Massnahmen auch geschlechtsspezifisch entwickelt und geprüft werden.

Die Ärztinnen und Ärzte des STZ forschen in verschiedenen Themenbereichen praxisorientiert. Dabei werden auch Gender-Aspekte möglichst systematisch berücksichtigt. So konnte in einer kürzlich veröffentlichten Studie vom STZ festgestellt werden, dass Frauen nach einer Operation deutlich häufiger Schmerzen haben und erbrechen müssen. Diese Erkenntnis kann dazu beitragen, dass Frauen nach einer Operation gendersensibel versorgt werden, was sich wiederum positiv auf den Genesungsprozess auswirkt.

Wichtig ist, dass solche Forschungserkenntnisse auch in der breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht werden. So engagieren sich die Dienstabteilungen des GUD auch aktiv in der Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung von Patientinnen und Patienten zu verschiedenen Gesundheitsthemen. Beispielsweise wurde im Jahr 2014 im STZ und im PZ Gehrenholz eine Fernsehsendung zum Thema Gender-Medizin gedreht (Puls vor Ort – zum kleinen Unterschied und seinen Folgen). Insbesondere bei Herz-Kreislauf-Krankheiten, welche bei Frauen noch häufig unterschätzt werden, besteht weiter Informations- und Aufklärungsbedarf (z. B. Programm Frau&Herz der Schweizerischen Herzstiftung).

Abschliessend kann festgehalten werden, dass das Thema Gender Health in den Dienstabteilungen des GUD nicht eine eigenständige Zielgrösse, sondern ein Querschnittsthema ist: Wenn die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten individuell und systematisch erfasst und konsequent miteinbezogen werden, kann eine möglichst gendersensible und qualitativ hochstehende Versorgung erreicht werden. Somit gibt es im GUD zahlreiche Anknüpfungspunkte, um Gender-Health gezielt zu stärken.

Vor dem Stadtrat

die Stadtschreiberin

Dr. Claudia Cucho-Curti