

PD Dr. med. Sabine Hawighorst-Knapstein
 Prof. Dr. med. Stephanie Wallwiener
 Prof. Dr. med. Stefanie Joos
 Prof. Dr. med. Sara Brucker
 Miriam Colombo MPH
 Frauke Saalman MSc*

Geschlechtsspezifische Präventionsmedizin & Frauengesundheit in unserer „Gesellschaft des längeren Lebens“

Entwicklungen und Perspektiven auf der Basis von Routinedatenanalysen

Gesundheit, ihre Erhaltung und Förderung sind zentrale Aufgaben in der Gesundheitsversorgung. Die kurative Medizin allein erreicht jedoch immer häufiger Grenzen, um den Folgen chronischer Krankheiten entgegenzuwirken angesichts der demografischen Entwicklung in unserer „Gesellschaft des längeren Lebens“ (Sondergutachten 2009 S. 18 ff, Sachverständigenrat „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“)¹. Diese Erkenntnisse trugen bei der evidenzbasierten Entwicklung der haus- und fachärztlichen Vollversorgungsverträge aufseiten der AOK Baden-Württemberg dazu bei, die biopsychosoziale Perspektive, einschließlich auch nicht-medikamentöser Betreuung, u.a. zu fördern und als gemeinsame Grundlagen mit den ärztlichen ambulanten Vertragspartnern zu vereinbaren, z.B. zu Rückenschmerzen und vielen weiteren, wachsenden Zivilisationsbeschwerden.

>> Studien der letzten Jahre befassen sich zunehmend mit Unterschieden zwischen Männern und Frauen im Hinblick auf Gesundheit und Krankheiten. Eine vergleichsweise häufigere Überdosierung und vermehrte Nebenwirkungen von Medikamenten bei Frauen aufgrund nachgewiesener physiologischer Unterschiede in der Bioverfügbarkeit, Metabolisierung und Ausscheidung von Arzneistoffen ist nur eines von inzwischen vielen Beispielen für die Notwendigkeit der Identifizierung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Arzneimittelbehandlung (Ankowitsch et Rieser 2014 2). Auch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen muss eine geschlechtsspezifische Betrachtung verstärkt fokussiert werden: Bei einer stabilen Angina pectoris ist die Interpretation nichtinvasiver Diagnostik bei Frauen weniger zuverlässig, weshalb auch die Leitlinien hier geschlechtsspezifischer Empfehlungen bedürften. Die Zahl der akuten Koronarsyndrome nimmt in den letzten Jahren vor allem bei jüngeren Frauen signifikant zu – bei noch mangelndem Bewusstsein für diese Problematik sowohl bei Patienten als auch bei Ärzten.

Diese Beispiele verdeutlichen, dass Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung von Krankheiten, aber auch zur Prävention bei Männern und Frauen nicht immer gleich effektiv und/oder notwendig

Zusammenfassung

Angesichts demografischer Entwicklungen wächst die Bedeutung biopsychosozial ausgerichteter Versorgungsqualität, insbesondere auch unter geschlechtsbezogenen Gesichtspunkten. Das Kooperationsprojekt zwischen den Universitätskliniken Tübingen und Heidelberg und der AOK Baden-Württemberg hat zum Ziel, Morbiditätsmuster zu erkennen. Die Ergebnisse dieser Analysen sollen dazu dienen, die geschlechterspezifische Versorgung und Prävention im Rahmen der haus- und fachärztlichen Behandlungspfade weiterzuentwickeln.

Schlüsselwörter

Geschlechtsspezifische Medizin, Prävention, Sekundärdaten

Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2304>

sind. Dies betrifft neben Aspekten der Krankheitsentwicklung und des Verlaufs von Krankheiten auch modifizierbare Risikofaktoren wie Lebensstil und geschlechtsspezifischen Versorgungsbedarf.

Es gilt daher insbesondere, das Thema geschlechtsspezifische Prävention in den nächsten Jahren in den Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung zu stellen, insbesondere auch abhängig von epidemiologischen Entwicklungen basierend auf entsprechenden Analysen.

Wissenstransfer/Aus- und Weiterbildung

Dabei steht nicht nur die Generierung neuer Erkenntnisse im Vordergrund, sondern auch die Implementierung bereits vorliegenden Wissens in die Aus-, Weiter- und Fortbildung medizinischer Berufe. Zwar erfährt das Thema geschlechtsspezifischer Krankheitsentwicklungen und Präventionsmedizin mittlerweile mehr mediale Aufmerksamkeit, doch ist es längst keine Selbstverständlichkeit, dass geschlechtsspezifische Aspekte konkret in die Patientenversorgung einbezogen werden. In der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung werden zudem geschlechtsspezifische Themen zu selten adressiert, und es mangelt an entsprechender praktischer Umsetzung. So sind spezifische Informations-, Aufklärungs- und

*Weitere Autoren

Dr. med. Ariane Chaudhuri / Dr. rer. nat. Simon Dally / Dr. med. Christian Förster / Dr. med. Maren Götz / Dr. rer. medic. Susanne Jena // PD Dr. Gudula Kirtschig / Prof. Dr. med. h. c. mult. Diethelm Wallwiener / Elisabeth Wüstholtz MSc

SVR-Forderungen

Die Erhaltung und Förderung von Gesundheit bedarf laut Sachverständigenrat z.B.:

1. einer Gesundheitsversorgung, die beispielsweise bereits „mit präventiven Maßnahmen im Kindesalter ansetzt, die Patient*innen bei den altersspezifischen Übergängen optimal begleitet und im hohen Alter problembezogen betreut“
2. eines erhöhten Forschungsaufwands unter anderem zu Ätiologie und Determinanten auch zur primären und sekundären Prävention
3. einer primärmedizinischen Versorgung, die versicherten- und populationsbezogen einer wachsenden Zahl chronisch Kranker entspricht und präventive Möglichkeiten ausschöpfen kann (im Kontext des veränderten Krankheitsspektrums der Bevölkerung)
4. der niedergelassenen Fachärzte als wichtiges Bindeglied und damit Schnittstelle zwischen hausärztlicher Primärversorgung und hoch spezialisierter stationärer Versorgung.

1. <https://www.svr-gesundheit.de>

Coaching-Programme für Frauen und Männer je nach epidemiologischer Morbiditätskonstellation fern davon, fester Bestandteil der klinischen bzw. praxisorientierten Krankenversorgung (Amelung et al. 2014 3) zu sein.

Zielsetzung

Im Rahmen eines Kooperationsprojektes zwischen dem Forschungsinstitut für Frauengesundheit des Universitätsklinikums Tübingen und der Universitätsfrauenklinik Heidelberg, dem Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen und der AOK Baden-Württemberg sollen auf Basis eines biopsychosozialen Ansatzes mithilfe von Routinedaten präventionsmedizinische Erkenntnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Erkrankungen in verschiedenen Lebensphasen mit dem Schwerpunkt Frauengesundheit generiert werden. Ziel des Vorhabens ist es, zu erkennen, welche Krankheitsverläufe, auch bezogen auf Altersdekaden, geschlechtsspezifische Unterschiede aufweisen und wo Krankheitsprävention geschlechterspezifisch ansetzen kann. Unter Beachtung der Limitationen kann die Analyse von anonymisierten Versichertendaten einen wertvollen Beitrag hierzu leisten, weil zielgruppenbezogen entsprechende Strategien entwickelt werden könnten.

Mithilfe von Analysen zu relevanten geschlechtsspezifisch divergenten Ergebnissen zu den Morbiditätskonstellationen sollen bestehende Hypothesen belegt oder widerlegt werden und neue Hypothesen generiert werden, um praxisnahe Versorgungs- bzw. Präventionskonzepte zu erarbeiten. Diese Erkenntnisse sollen neben der Lehre auch in die Aus-, Weiter- und Fortbildung einfließen, sowohl von Ärzten als auch anderen Gesundheitsfachberufen. Es sollen Erkrankungen basierend auf epidemiologischen Entwicklungen berücksichtigt werden, auch mit entsprechenden Risikokategorien zum Beispiel Hochrisiko-Patienten mit Diabetes mellitus und/oder koronare Herzerkrankung und/oder Nierenerkrankung usw., die nur bei einem als auch bei beiden Geschlechtern auftreten. Übergeordnetes Ziel des Projektes ist es, geschlechtsmedizinische und -spezifische Prävention und Förderung der geschlechtsspezifischen Gesundheit mehr als bisher in der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen.

Methodik

Die fachübergreifende hausarztzentrierte Versorgung sowie die Facharztverträge der AOK Baden-Württemberg bilden einen leitenden inhaltlichen Korridor für die zu entwickelnden Forschungsfragen. Sie adressieren umfassend, evidenzbasiert und biopsychosozial ausgerichtet chronifizierende Erkrankungen, wie auch nicht-medikamentöse Beratung, wenn in der Fachliteratur entsprechende Über-, Unter- und Fehlversorgung beschrieben wird². Dies gilt unter anderem für muskuloskeletale, kardiovaskuläre, nephrologische (sog. Progressionsverzögerung) Erkrankungen und auch die interdisziplinäre Versorgung bei psychischen Störungen sowie für die gemeinsame Entscheidungsfindung durch Förderung von Gesundheitskompetenzen.

Projekttablauf

Das Gesamtprojekt wird in inhaltliche Teilprojekte unterteilt, die in Kooperation, jedoch federführend von jeweils einem der Partner bearbeitet werden. In der ersten Projektphase wird hierzu eine gemeinsame Vorgehensweise beschlossen. In Abbildung 1 sind die






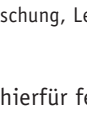
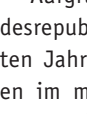
Methodischer Ablauf des Gesamtprojekts	
	<ul style="list-style-type: none"> Identifikation eines versorgungsepidemiologisch bedeutsamen Themas gemäß selektivvertraglicher Schwerpunkte der AOK Baden-Württemberg
	<ul style="list-style-type: none"> Systematische Literaturrecherche zu gewähltem Thema Zusammenstellung der Ergebnisse zu geschlechts- und altersspezifischen Unterschieden basierend auf der Literaturrecherche
	<ul style="list-style-type: none"> Ableitung von Forschungsfragen auf Basis der existierenden Literatur und der vorliegenden Versichertendatenstruktur Konsentierung im Team
	<ul style="list-style-type: none"> Festlegen der Datengrundlage, Zusammenstellung und Abstimmung eines „Minimal Data Sets“ Extrahieren der Daten aus der Versichertendatenbank
	<ul style="list-style-type: none"> Aufbereitung der Daten, Plausibilitätsprüfungen Analyse der Daten hinsichtlich der zuvor festgelegten Forschungsfragen
	<ul style="list-style-type: none"> Diskussion der Ergebnisse der Datenanalyse im Team Verfassen eines Publikationsmanuskripts
	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung von geschlechtsspezifischen Interventionen und Einbringen der Ergebnisse in die Lehre sowie in die medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung

Abb. 1: Methodischer Ablauf des Gesamtprojekts „Präventionsmedizin in Forschung, Lehre und Versorgung mit dem Schwerpunkt Frauengesundheit“.

hierfür festgelegten Schritte dargestellt.

Aufgrund mangelnder zentraler Patientenregister in der Bundesrepublik Deutschland haben Routinedatenanalysen in den letzten Jahren als Alternative bzw. Ergänzung zu empirischen Studien im medizinischen Bereich deutlich an Stellenwert gewonnen. Entsprechende Daten sind bei gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen vorhanden. Diese Daten dienen primär Abrechnungszwecken, können jedoch unter Beachtung entsprechender datenschutzrechtlicher Auflagen in anonymisierter Form über ihren originären Zweck hinaus für wissenschaftliche Auswertungen genutzt werden (Zeidler et Braun 2011 4). Von Vorteil sind hierbei die Verfügbarkeit großer Datensätze sowie die Möglichkeit der Analyse sektorenübergreifender Versorgungsprozesse im Längsschnitt.

Grundlagen zur Epidemiologie und Krankheitslast gemäß Inanspruchnahme von Leistungen anhand von AOK-Routinedatenanalysen

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass sie zu anderen als wissenschaftlichen Zwecken erhoben wurden (Zeidler et Braun 2011 4). Deskriptive Auswertungen zur ambulanten Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit über 4,5 Millionen Menschen beziehen sich hier populationsbezogen auf Altersgruppen und Geschlechtsverteilungen mit entsprechender Zuordnung von Diagnosen, ggf. auch zum behandelnden Allgemeinarzt/Facharzt/Psychotherapeuten, zur medikamentösen und sonstigen z.B. auch Verhaltens-Therapiemaßnahmen. Es liegen Zahlen für Erkrankungen vor, welche sich durch einen ICD-Code beschreiben lassen und wegen derer der Versicherte eine GKV-Leistung in Anspruch genommen hat. Risikofaktoren wie beispielsweise Adipositas, Rauchen oder Alkoholkonsum werden bisher weniger verlässlich kodiert, wobei Erkrankungen wie die COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) ohnehin zu über 90% auf chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

2. v.a. Gutachten www.svr-gesundheit.de; Gesundheitsbericht www.rki.de; QiSA www.aqua-institut.de.

nischen Nikotinabusus zurückzuführen sind.

Zu berücksichtigen wären u.a. im Abgleich auch die Gesundheitsberichterstattung vom Robert Koch-Institut und dessen Analysen (www.rki.de) sowie die Berichte und Versorgungsanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK zu allen AOKs (www.wido.de).

Bei der Datenanalyse sowie der Interpretation der Ergebnisse werden die genannten Grundlagen und deren Limitationen berücksichtigt und jeweils diskutiert.

Hypothesen und vorläufige Ergebnisse

Der erste Fokus dieses Kooperationsprojektes ist das übergeordnete Thema „Nephrologie“ mit dem Schwerpunkt der chronischen Nierenerkrankungen (ICD-10 N 18.- gemäß www.dimdi.de).

Das Institut für Allgemeinmedizin untersucht in diesem Zusammenhang, ob geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf verschiedene Outcomes (Progression der Erkrankung, kardiovaskuläre Ereignisse, Hospitalisierung, Mortalität) sowie Risikofaktoren für deren Eintreten bestehen. Dabei werden soziodemografische und ggf. Lebensstil-Faktoren genauso berücksichtigt, wie bestehende Komorbiditäten, Medikamenteneinnahme sowie verschiedene Aspekte der Versorgung. Ein Ziel dieser ersten Untersuchung ist es, die Inzidenz der CKD bei den Versicherten der AOK Baden-Württemberg im Zeitraum von 2011 bis 2018 zu bestimmen und geschlechtsspezifische Unterschiede zu identifizieren, zum Beispiel im Hinblick auf das Verordnungs- und Überweisungsverhalten oder andere präventive Aspekte. Des Weiteren sollen in der Längsschnittstudie die Assoziationen zwischen dem Geschlecht und verschiedenen Outcomes untersucht werden. Konkret sollen die folgenden Fragestellungen mit Hilfe von Regressionsanalysen beantwortet werden:

1. Gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der folgenden Outcomes: Mortalität, Kardiovaskuläre Ereignisse, Progress der Niereninsuffizienz bis hin zur terminalen Niereninsuffizienz, Hospitalisierung?
2. Sind verschiedene Faktoren (u.a. Lebensstil, Soziodemografie, Gesundheitsfaktoren) bei Männern und Frauen mit unterschiedlichen Outcomes assoziiert?

Aus der Literatur sind bereits einige geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf Prävalenz, Verlauf und Mortalität bekannt (Correro et al. 2018 5). Demnach erkranken Frauen häufiger an einer chronischen Nierenerkrankung als Männer (Correro et al. 2018 5; Hill et al. 2016 6). Jedoch schreitet die Erkrankung bei Männern schneller voran und die Inzidenz einer terminalen Niereninsuffizienz ist höher als bei Frauen (Correro et al. 2018 5; Gallieni et al. 2012 7). Männer und Frauen unterscheiden sich auch hinsichtlich des Beginns einer Nierenersatztherapie, beispielsweise mittels Dialyse, wobei Männer häufiger und früher dialysiert werden als Frauen (Correro et al. 2018 5; Neugarten et Golestaneh 2019 8). Patienten zu identifizieren, die ein hohes Risiko für einen schnellen Progress hin zur terminalen Niereninsuffizienz haben, stellt aufgrund der Heterogenität in Bezug auf Ätiologie und Komorbiditäten eine Herausforderung dar. Etablierte Risiko-Scores und Formeln wurden bisher überwiegend mit Patienten aus nephrologischen Einrichtungen erstellt (Tangri et al. 2016 9). Daten zu Patienten aus der Hausarztpraxis bzw. aus Deutschland fehlen oder sind mit selektierten Patientenkollektiven durchgeführt worden (Herget-Rosenthal et al. 2013 10; Herget-Rosenthal et al. 2006 11).

Ziel dieses Teilprojektes ist es somit, anhand der so ermittelten

unterschiedlichen Risikokonstellationen zielgerichtete, auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnittene Präventions- und Interventionsempfehlungen zu geben und Konzepte zu entwickeln, wie diese in die Praxis und auch in die Fort- und Weiterbildung umgesetzt werden können.

Das Department für Frauengesundheit untersucht in Kooperation mit der Universitätsfrauenklinik Heidelberg das Auftreten von chronischen Nierenerkrankungen sowie kardio- und zerebrovaskulären Ereignissen bei Frauen mit hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen. Neben modifizierbaren Risikofaktoren bzw. Komorbiditäten werden dabei auch Parameter berücksichtigt, die das Kind betreffen.

Hypertensive Erkrankungen treten in 8% aller Schwangerschaften auf, tragen zu 20 – 25% der perinatalen Mortalität bei und stehen in Europa an führender Stelle der mütterlichen Todesursachen (S2k-Leitlinie Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen 2019 12; Kühnert 2016 13). Dabei ist die Präeklampsie von besonderer Bedeutung: 10-15% aller maternalen Todesfälle stehen in Zusammenhang mit einer Präeklampsie/Eklampsie, weltweit ist sie für mindestens 70.000 mütterliche Todesfälle pro Jahr verantwortlich (Lo Jo et al. 2013 14). Im klinischen Alltag gibt es dabei eine deutliche Schnittmenge mit anderen bzw. ähnlichen klinischen Manifestationen einer plazentaren Dysfunktion wie beispielsweise der IUGR (Intrauterine Growth Retardation).

Da derzeit eine kausale Therapie der Eklampsie/Präeklampsie fehlt, richtet sich der Schwerpunkt auf die Senkung der maternalen und kindlichen Morbidität und Mortalität durch Prävention, einer möglichst frühen Erkennung, Risikostratifizierung und Detektion von Zeichen einer klinischen Manifestation. Das Management dieser Erkrankung in der Schwangerschaft sollte so weit wie möglich evidenzbasiert, interdisziplinär und in einer Klinik der Versorgungsstufe Level 1 erfolgen (S2k-Leitlinie Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen 2019 12; Buemi et al. 2004 15). Frauen, die generell eine Form der Präeklampsie und besonders die Frauen, die eine schwer verlaufende Form der Präeklampsie durchgemacht haben, zeigen ein deutlich erhöhtes Risiko, nach einigen Jahren eine kardiovaskuläre, zerebrovaskuläre oder nephrologische Erkrankung zu entwickeln (Wu et al. 2014 16; Vikse et al. 2008 17; Lykke et al. 2009 18; Auger et al. 2017 19; Cunningham et al. 2018 20). Dieses Risiko wurde ebenso vom Vorliegen einer Adipositas und eines Diabetes beeinflusst.

Ein einheitliches Nachsorgekonzept existiert zum aktuellen Zeitpunkt nicht. Die ausgedehnte Literaturrecherche hat verdeutlicht, dass sich die Empfehlungen zu Nachsorge und Follow-Up nach Präeklampsie stark zwischen den einzelnen nationalen Leitlinien hinsichtlich Beginn, Inhalt und Zielgruppe der Nachsorge unterscheiden (Bro Schmidt et al. 2017 21).

Auch in Deutschland mangelt es bislang an einem strukturierten Versorgungskonzept für Frauen mit stattgehabter Präeklampsie in der Schwangerschaft, Empfehlungen zur Prävention beziehen sich hauptsächlich auf medikamentöse Aspekte mit der Einnahme von Aspirin in einer Folgeschwangerschaft (Rolnik et al. 2017 22; Rolnik et al. 2017 23) eine lebensstilbedingte Beratung und/oder Aufklärung.

Ein Ziel in diesem Teilprojekt ist die Entwicklung eines geeigneten, stufenweisen Nachsorgekonzeptes auf der Basis der durch die Datenanalysen gewonnen Erkenntnisse bzgl. der Risikokonstellationen für die Entwicklung weiterer Krankheitsaspekte für Frauen nach präeklampsischer Schwangerschaft; darüber hinaus sollen Vorschläge abgeleitet werden, wie dieses Konzept Eingang in die Ver-

sorgung der betroffenen Frauen finden kann und wo es ggf. in Aus-, Fort- und Weiterbildung integriert werden kann.

Ausblick

Die moderne Frauengesundheit geht längst über das medizinische Fachgebiet der somatischen Frauenheilkunde hinaus: Sie ist interdisziplinär und steht im Mittelpunkt des gynäkologischen, soziokulturellen und gesellschaftlichen Interesses (Wallwiener et al. 2016 24). Dabei rücken die Transitions- und Lebensphasen der Frau in ihrem heterogenen Lebensumfeld in den Mittelpunkt. Mit Blick auf die Forschung bedeutet dies die Forderung nach verstärkter Forschung zu geschlechtsspezifischer Morbiditätsentwicklung, Versorgungsepidemiologie und Präventionsmedizin.

Die praktische Umsetzung der jeweiligen Forschungsergebnisse ist dabei abhängig von der betreffenden Thematik in unterschiedlichen Formaten denkbar (zum Beispiel Fortbildungen, Workshops, Gesundheitsförderungsprogramme, Patienteninformationen). Hierbei sollen, soweit möglich und gemäß dem evidenzbasierten Kenntnisstand sinnvoll, interprofessionelle Aspekte sowie digitale Formate (beispielsweise Nutzung von Online-Tools) einbezogen werden.

In einem weiteren Schritt, der nicht mehr Gegenstand des vorliegenden Projektes ist, gilt es dann, diese geschlechtsspezifischen Präventionsprogramme zu implementieren und zu evaluieren. <<

Literatur

1. Sachverständigenrat (2009): Sondergutachten 2009 S.18 ff, „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ <https://www.svr-gesundheit.de>
2. Ankowitz E, Rieser S. (2014): Bundeskongress GenderGesundheit: Gerecht für Frauen und Männer. Dtsch Arztebl 2014; 111(13)
3. Amelung VE, Chase D (2014): Gendermedizin und Krankenkassen: Warum passiert nichts? Dtsch Arztebl 2014;111(13)
4. Zeidler J & Braun S (2011): Sekundärdatenanalysen. In: Gesundheitsökonomische Evaluationen (Hrsg. Schöffski/v. d. Schulenburg). Berlin, Springer.
5. Carrero JJ, Hecking M, Chesnaye NC, Jager KJ (2018): Sex and gender disparities in the epidemiology and outcomes of chronic kidney disease. Nat Rev Nephrol. 2018;14(3):151-64. Epub 2018/01/23. doi: 10.1038/nrneph.2017.181. PubMed PMID: 29355169.
6. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. (2016): Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2016;11(7):e0158765. Epub 2016/07/08. doi: 10.1371/journal.pone.0158765. PubMed PMID: 27383068; PubMed Central PMCID: PMC4934905.
7. Gallieni M, Mezzina N, Pinerolo C, Granata A (2012): Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine. Sex and Gender Differences in Nephrology. London: Springer; 2012.
8. Neugarten J, Golestaneh L (2019): Influence of Sex on the Progression of Chronic Kidney Disease. Mayo Clin Proc. 2019;94(7):1339-56. Epub 2019/07/06. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.12.024. PubMed PMID: 31272577.
9. Tangri N, Grams ME, Levey AS, Coresh J, Appel LJ, Astor BC, et al (2016): Multinational Assessment of Accuracy of Equations for Predicting Risk of Kidney Failure: A Meta-analysis. JAMA. 2016;315(2):164-74. Epub 2016/01/13. doi: 10.1001/jama.2015.18202. PubMed PMID: 26757465; PubMed Central PMCID: PMC4752167.
10. Herget-Rosenthal S, Dehnen D, Kribben A, Quellmann T (2013): Progressive chronic kidney disease in primary care: modifiable risk factors and predictive model. Prev Med. 2013;57(4):357-62. Epub 2013/06/21. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.06.010. PubMed PMID: 23783072.
11. Herget-Rosenthal S, Quellmann T, Linden C, Reinhardt W, Philipp T, Kribben A (2006): Management of advanced chronic kidney disease in primary care – current data from Germany. Int J Clin Pract. 2006;60(8):941-8. Epub 2006/06/20. doi: 10.1111/j.1742-1241.2006.01028.x. PubMed PMID: 16780569.
12. AWMF (2019): S2k-Leitlinie Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Diagnostik und Therapie. DGGG; OEGGG; SGGG, Berlin, Wien, Bern
13. Kühnert M (2016): Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen. Hessisches Ärzteblatt
14. Lo JO, Mission JF, Caughey AB (2013): Hypertensive disease of pregnancy and maternal mortality. Curr Opin Obstet Gynecol 25 (2):124-132. doi:10.1097/GCO.0b013e32835e0ef5
15. Buemi M, Bolignano D, Barilla A, Nostro L, Crasci E, Campo S, Coppolino G, D'Anna R (2008): Preeclampsia and cardiovascular risk: general characteristics, counseling and follow-up. Journal of nephrology 21 (5):663-672
16. Wu CC, Chen SH, Ho CH, Liang FW, Chu CC, Wang HY, Lu YH (2014): End-stage renal disease after hypertensive disorders in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 210 (2):147.e141-148. doi:10.1016/j.ajog.2013.09.027
17. Vikse BE, Irgens LM, Leivestad T, Skjærven R, Iversen BM (2008): Preeclampsia and the risk of end-stage renal disease. N Engl J Med 359 (8):800-809. doi:10.1056/NEJMoa0706790
18. Lykke JA, Langhoff-Roos J, Sibai BM, Funai EF, Triche EW, Paidas MJ (2009): Hypertensive pregnancy disorders and subsequent cardiovascular morbidity and type 2 diabetes mellitus in the mother. Hypertension (Dallas, Tex : 1979) 53 (6):944-951. doi:10.1161/hypertensionaha.109.130765
19. Auger N, Fraser WD, Schnitzer M, Leduc L, Healy-Profittos J, Paradis G (2017): Recurrent pre-eclampsia and subsequent cardiovascular risk. Heart (British Cardiac Society) 103 (3):235-243. doi:10.1136/heartjnl-2016-309671
20. Cunningham MW, Jr., LaMarca B (2018): Risk of cardiovascular disease, end-stage renal disease, and stroke in postpartum women and their fetuses after a hypertensive pregnancy. American journal of physiology Regulatory, integrative and comparative physiology 315 (3):R521-r528. doi:10.1152/ajpregu.00218.2017
21. Bro Schmidt G, Christensen M, Breth Knudsen U (2017): Preeclampsia and later cardiovascular disease – What do national guidelines recommend? Pregnancy hypertension 10:14-17. doi:10.1016/j.preghy.2017.07.139
22. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, Akolekar R, Cicero S, Janga D, Singh M, Molina FS, Persico N, Jani JC, Plasencia W, Papaioannou G, Tenenbaum-Gavish K, Meiri H, Gizurarson S, Maclagan K, Nicolaides KH (2017): Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. N Engl J Med 377 (7):613-622. doi:10.1056/NEJMoa1704559
23. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, Syngelaki A, O'Gorman N, de Paco Matallana C, Akolekar R, Cicero S, Janga D, Singh M, Molina FS, Persico N, Jani JC, Plasencia W, Papaioannou G, Tenenbaum-Gavish K, Nicolaides KH (2017): ASPRE trial: performance of screening for preterm pre-eclampsia. Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology 50 (4):492-495. doi:10.1002/uog.18816
24. Wallwiener D, Simoes E, Brucker Y (2016): Frauengesundheit als Perspektive der Frauenheilkunde. Der Gynäkologe. 09/2016. Springer

Zitationshinweis

Hawighorst-Knapstein et al.: „Geschlechtsspezifische Präventionsmedizin & Frauengesundheit in unserer ‚Gesellschaft des längeren Lebens‘“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21). S. 73-77. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2304>

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Gender specific health care and prevention in the context of a society of longer life: development and perspective based on a statutory claims data analysis

In view of demographic developments, the importance of biopsychosocially oriented quality of care, especially from a gender perspective, is growing. The cooperative project between the university hospitals of Tübingen and Heidelberg and the AOK BaWü aims to identify morbidity patterns. The results of these analyses will be used to further develop gender-specific care and prevention within the framework of general practitioner and specialist treatment paths.

Keywords

genderspecific healthcare, prevention, statutory claims data

PD Dr. med. Sabine Hawighorst-Knapstein

ist Frauenärztin mit Weiterbildungen in Psychotherapie, ärztlichem Qualitätsmanagement, in Ernährungs- und Sportmedizin. Forschungsschwerpunkt war u.a. die Lebensqualität schwer kranker Frauen. Seit 2003 ist sie in der AOK Baden-Württemberg inhaltlich mitverantwortlich für die Ausgestaltung der DMPs sowie der haus- und fachärztlichen besonderen Versorgung mit dem Ziel, biopsychosoziale Versorgungsqualität zu fördern. Kontakt: Sabine.Knapstein@bw.aok.de



Prof. Dr. med. Stephanie Wallwiener

ist stellvertretende leitende Oberärztin der Sektion Geburtshilfe an der Universitätsfrauenklinik Heidelberg. Ihre klinischen Schwerpunkte sind die spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin sowie die Pränataldiagnostik. In der Forschung beschäftigt sie sich mit Aspekten der Versorgungsforschung, Digitalisierung im Peripartalzeitraum sowie der langfristigen Frauengesundheit. Kontakt: stephanie.wallwiener@gmail.com



Prof. Dr. med. Stefanie Joos

ist seit 2015 Ärztliche Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung der Universität Tübingen. Sie leitet außerdem das Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen (ZÖGV). Ihre Schwerpunkte sind neben innovativen Aspekten der interprofessionellen Zusammenarbeit und Digitalisierung in der Primärversorgung die Erforschung komplementärer Verfahren sowie Aus- und Weiterbildungsforschung in der Allg.-medizin. Kontakt: Stefanie.Joos@med.uni-tuebingen.de



Prof. Dr. med. Sara Brucker

studierte Humanmedizin in Freiburg und Paris. Sie ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe mit den Schwerpunkten Gynäkologische Onkologie und Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin. Seit 2018 ist sie Geschäftsführende Ärztliche Direktorin der Abteilung für Frauengesundheit am Universitätsklinikum Tübingen. Sie ist Präsidentin der Dt. Gesellschaft für Senologie. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Gynäkologische Onkologie, Brustkrebserkrankungen und genitale Fehlbildungen. Kontakt: sara.brucker@med.uni-tuebingen.de



Miriam Colombo MPH

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen. Sie studierte Soziologie und Anglistik/Amerikanistik. An der Ludwig-Maximilians-Universität München folgte ein Masterabschluss in Public Health. Im Anschluss war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am KORA Herzinfarktregister in Augsburg. Neben ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit studiert sie seit 2015 Humanmedizin. Kontakt: miriam.colombo@med.uni-tuebingen.de



Frauke Saalman MSc

ist seit 2017 im Bereich intersektorale Versorgungsanalytik bei der AOK Baden-Württemberg in Stuttgart tätig. Während ihres Masterstudium an der Hochschule Fulda legte sie einen Schwerpunkt auf quantitative Forschung und Gesundheitsökonomie. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Evaluationen von Versorgungsverträgen und die Beratung und Begleitung von Forschungsprojekten zum Thema Routinedatenanalysen. Kontakt: frauke.saalman@bw.aok.de

