

Auszug aus dem Protokoll des Stadtrats von Zürich

vom 8. April 2020

313.

Schriftliche Anfrage von Dr. David Garcia Nuñez und Ezgi Akyol betreffend Gendermedizin in den städtischen Gesundheitsinstitutionen, Berücksichtigung einer Studie im Bereich der kardiologischen Gender Medizin hinsichtlich einer Zusammenarbeit mit der Professur am Unispital, der Erwägung einer Präventionskampagne und Schulung des Personals sowie generelle Folgen der Geschlechtersegregation im Alltag der Gesundheitsinstitutionen

Am 29. Januar 2020 reichten Gemeinderat David Garcia Nuñez und Gemeinderätin Ezgi Akyol (beide AL) folgende Schriftliche Anfrage, GR Nr. 2020/42, ein:

Die Gendermedizin trägt der Erkenntnis Rechnung, dass sich Krankheiten je nach Geschlecht unterschiedlich manifestieren, weshalb Diagnose, Therapie und Medikation unter geschlechtsspezifischen Aspekten betrachtet werden. Dabei wird einerseits auf den biologischen Unterschied (Anatomie, Hormone, etc.), aber auch auf psychische (Geschlechtsidentität) und soziale Faktoren (Kultur, Umwelt, etc.) der verschiedenen Geschlechter Rücksicht genommen.

Trotz der Tatsache, dass Gendermedizin seit langem in der Medizin etabliert ist, wird dieses Fach in der Schweiz erst in den letzten Jahren, wie zum Beispiel am USZ bzw. an der UZH, wo seit kurzer Zeit eine SNF-Professur für kardiologische Gender Medizin besteht, gefördert. Dementsprechend haben Personen, die ihr Medizinstudium und/oder ihre Facharztausbildung in unserem Land abgeschlossen haben, deutliche Wissensdefizite auf diesem Gebiet.

Löblicherweise interessiert sich das Stadtspital Triemli (STZ) trotz diesen prekären Voraussetzungen für die Gendermedizin. So informierte es letztes Jahr die Öffentlichkeit über die Publikation einer Studie (Meyer, M.R. et al. (2019)). Gender differences in patient and system delay for myocardial infarction population, welche feststellte, dass Frauen bei einem Herzinfarkt länger als Männer zögern, bis sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Als Grund für diesen Unterschied wurden zwei Hauptfaktoren genannt. Einerseits wurde vermutet, dass Frauen die Symptome eines akuten Herzereignisses verkennen. Andererseits wurde von den Autor_innen erwähnt, dass sich die Lokalisation der Herzinfarktsymptome zwischen Frauen und Männern unterscheiden würde.

In diesem Zusammenhang stellen sich folgende Fragen:

1. Zu welchen Konsequenzen hat die oben erwähnte Studie im klinischen Alltag im STZ geführt?
2. Wurde im Zusammenhang mit den oben genannten Erkenntnissen eine Zusammenarbeit mit der Professur für kardiologische Gender Medizin gesucht? Wenn nein: Bitte um Nennung der Argumente, welche zu diesem Entscheid führten. Welche Kosten wären bei einer solchen Kampagne zu erwarten?
3. Hat das GUD in Erwägung gezogen, spezifische Präventionskampagnen zur besseren Erkennung von Herzinfarktsymptomen bei Frauen zu unterstützen? Wenn nein: Bitte um Nennung der Argumente, welche zu diesem Entscheid führten.
4. Wie wird das medizinische Personal in den städtischen Gesundheitsinstitutionen – insbesondere in Anbetracht der aktuell bestehenden Wissensdefizite im gendermedizinischen Bereich – gemäss der in der Studie genannten Problematik der Symptomerkennung spezifisch geschult? Sind diese Schulungen punktuell oder kontinuierlich? Welche Ressourcen (Personal, Material, zeitlich, finanziell) wurden hierfür gebraucht?
5. Klinisch relevante Geschlechterdifferenzen existieren nicht nur im kardiologischen Bereich. So sind beispielsweise signifikante Geschlechtsunterschiede bezüglich Suizid (Männer>Frauen), Anspruch von Sterbehilfe (Frauen>Männer) oder Delir (Männer>Frauen) in der Medizin bekannt. Wie gehen die städtischen Gesundheitsinstitutionen mit relevanten Geschlechterdifferenzen im klinischen Alltag um? Bitte um eine tabellarische Zusammenstellung der spezifischen Interventionen (Interne Weisungen, SOP, etc.). Wenn bisher keine spezifischen Handlungsanweisungen existieren: Welche Gründe führen dazu keine gezielten Schritte zu unternehmen, um diese klinisch signifikante Differenz begegnen zu können?
6. Gendermedizinische Aspekte haben auch einen Einfluss auf den betrieblichen Alltag der unterschiedlichen Gesundheitsinstitutionen. Gemäss dem Verband Zürcher Krankenhäuser wirkt sich die aktuelle Geschlechtersegregation im stationären Bereich negativ auf die Bettenbelegung und damit auch auf die strukturelle (Überkapazitäten) und die finanzielle (Defizite) Situation der Krankenhäuser aus. Bitte um Auflistung der (geschätzten) negativen betriebswirtschaftlichen Folgen der Geschlechtersegregation für jede städtische Gesundheitsinstitution. Welche Gründe würden dagegensprechen, die Geschlechtersegregation in den unterschiedlichen städtischen Gesundheitsinstitutionen aufzugeben und beispielsweise die Möglichkeit von geschlechtergemischten Zimmern einzuführen?

Der Stadtrat beantwortet die Anfrage wie folgt:

Zu Frage 1 («Zu welchen Konsequenzen hat die oben erwähnte Studie im klinischen Alltag im STZ geführt?»):

Die Studie über Geschlechtsunterschiede bei Patientinnen und Patienten mit akutem Myokardinfarkt (auch Herzinfarkt, Herzanfall) des Stadtspitals Triemli (STZ) zeigt:

- Frauen suchen später medizinische Hilfe als Männer («Patient-Delay»);
- Frauen und Männer werden gleich schnell behandelt (kein «System-Delay»);
- es gibt keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich Sterblichkeit nach einem Eingriff.

Die Geschlechtsunterschiede beim «Patient-Delay» können im klinischen Alltag eines Spitals nicht mehr beeinflusst werden, sondern müssen ausserhalb des Spitals angegangen werden (vgl. Frage 3). Diese Studienergebnisse haben somit keine direkten Konsequenzen für das Stadtspital Triemli. Dennoch sind diese und weitere Erkenntnisse aus der Gendermedizin integrale Bestandteile der Aus-/Fort- und Weiterbildungen für Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzte der kardiologischen Klinik des STZ.

Relevant für den klinischen Alltag im Stadtspital Triemli ist hingegen die Erkenntnis der Studie, dass Dank der verbesserten Prozessorganisation im Notfall und in der Kardiologie die Patientinnen und Patienten bei einem akuten Myokardinfarkt innerhalb von 80 Minuten behandelt werden. Damit ist das Stadtspital Triemli deutlich schneller als die Empfehlungen der internationalen Fachgesellschaften, die für die Behandlung eines Herzinfarkts 90 Minuten vorsehen. Da bei einem Myokardinfarkt eine rasche Diagnose und Behandlung äusserst wichtig sind, werden im STZ entsprechende Qualitätskontrollen laufend durchgeführt und weitere Verbesserungen angestrebt.

Zu Frage 2 («Wurde im Zusammenhang mit den oben genannten Erkenntnissen eine Zusammenarbeit mit der Professur für kardiologische Gender Medizin gesucht? Wenn nein: Bitte um Nennung der Argumente, welche zu diesem Entscheid führten»):

Die Klinik für Kardiologie des STZ strebt keine formelle Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Kardiovaskuläre Gendermedizin an der Universität Zürich an, weil sich die Forschungsschwerpunkte deutlich voneinander unterscheiden: An der Universität wird Grundlagenforschung betrieben, während die kardiologische Forschung am Stadtspital Triemli auf die praktische Anwendung der Grundlagenforschung im klinischen Alltag fokussiert. Es wird aber mit anderen Institutionen der Universität Zürich (z. B. Institut für Hausarztmedizin) und mit nationalen und internationalen Zentren, die in dieser Forschung führend sind, zusammengearbeitet.

Zu Frage 3 («Hat das GUD in Erwägung gezogen, spezifische Präventionskampagnen zur besseren Erkennung von Herzinfarktsymptomen bei Frauen zu unterstützen? Wenn nein: Bitte um Nennung der Argumente, welche zu diesem Entscheid führten.»):

Das Gesundheits- und Umweltsdepartement (GUD) befasst sich auf verschiedene Weise mit der Thematik Gender Health bzw. Gendermedizin (GR Nr. 2015/391), und im GUD ist die Präventionskampagne «Frau&Herz» der Schweizerischen Herzstiftung bekannt (von 2014 bis 2017). Diese Kampagne informierte Frauen über ihre Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten und geschlechtsspezifische Symptome eines Herzinfarkts. Neben der Medienarbeit für die breite Öffentlichkeit wurden auch Vertiefungsworkshops für Frauen und risikobasierte Früherkennung angeboten.

Das GUD macht selbst keine Präventionskampagnen zu Gesundheitsthemen für die breite Öffentlichkeit; üblicherweise werden diese vom Bundesamt für Gesundheit, der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich oder von den Gesundheitsligen durchgeführt. Im GUD liegt der Fokus auf der Sensibilisierung und Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich auf die

Patientinnen und Patienten der Stadtspitäler Waid und Triemli bzw. der Städtischen Gesundheitsdienste sowie auf die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegezentren und Alterszentren der Stadt Zürich auswirken (vgl. Frage 4).

Zu Frage 4 («Wie wird das medizinische Personal in den städtischen Gesundheitsinstitutionen – insbesondere in Anbetracht der aktuell bestehenden Wissensdefizite im gendermedizinischen Bereich – gemäss der in der Studie genannten Problematik der Symptomerkenkung spezifisch geschult? Sind diese Schulungen punktuell oder kontinuierlich? Welche Ressourcen (Personal, Material, zeitlich, finanziell) wurden hierfür gebraucht?»):

Das GUD leistet einen wichtigen Beitrag zur praktischen Ausbildung sowie zur Fort- und Weiterbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen. Die Lerninhalte werden auf nationaler Ebene oder von medizinischen Fachgesellschaften vorgegeben und die Ausbildungsbetriebe wenden diese im Praxisalltag an. Ergänzend werden regelmässig Fallbesprechungen, Kolloquien, Schulungen und Fortbildungen für alle Gesundheitsfachpersonen durchgeführt. Diese können im GUD auch für die Vermittlung neuester Erkenntnisse aus der Gendermedizin genutzt werden.

Am Stadtspital Waid (SWZ) und STZ ist die jeweilige Klinik mit der entsprechenden Fachärzteschaft für das eigene Fortbildungsangebot und die einzelnen Inhalte verantwortlich. Die Klinik für Kardiologie am STZ hat gendermedizinische Aspekte in ihren internen Fortbildungen fest integriert. Zudem beteiligen sich Fachärztinnen und Fachärzte aus den Stadtspitälern mit Inputreferaten und Workshops zu Gendermedizin aktiv an externen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen (z. B. Ärztekongress für Hausärztinnen und Hausärzte, Forum für medizinische Fortbildung Anästhesie / IPS). Ärztinnen und Ärzte der Städtischen Gesundheitsdienste (SGD) setzen sich auch mit Erkenntnissen aus der Gendermedizin auseinander (z. B. Immune Response, Geschlechtsunterschiede bei Impfantwort, Artikel in SGD Newsletter von Dr. med. Aresh Farokhnia) und erfüllen ihre Fort- und Weiterbildungspflichten durch die Teilnahme an internen und externen Veranstaltungen (z. B. STZ, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich).

In den Pflegezentren (PZZ) und den Alterszentren (ASZ) stehen die Hochaltrigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner und damit Themen wie Multimorbidität, Demenz oder Palliative Care im Zentrum der Fortbildungen und Schulungen. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst werden Referate, Workshops usw. zu Gesundheitsförderung allgemein und vereinzelt zu Gender Health im Speziellen organisiert. So wurde Ende 2019 für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ASZ ein Vortrag zum Thema «Frauenherzen schlagen anders» durchgeführt.

Gendermedizin ist im GUD punktuell Thema von internen Schulungen und Fortbildungen, der Aufwand wird nicht separat erfasst und ist entsprechend nicht vom Gesamtaufwand für Schulungen, Fort- und Weiterbildungen abgrenzbar.

Zu Frage 5 («Klinisch relevante Geschlechterdifferenzen existieren nicht nur im kardiologischen Bereich. So sind beispielsweise signifikante Geschlechtsunterschiede bezüglich Suizid (Männer>Frauen), Anspruch von Sterbehilfe (Frauen>Männer) oder Delir (Männer>Frauen) in der Medizin bekannt. Wie gehen die städtischen Gesundheitsinstitutionen mit relevanten Geschlechterdifferenzen im klinischen Alltag um? Bitte um eine tabellarische Zusammenstellung der spezifischen Interventionen (Interne Weisungen, SOP, etc.). Wenn bisher keine spezifischen Handlungsanweisungen existieren: Welche Gründe führen dazu keine gezielten Schritte zu unternehmen, um diese klinisch signifikante Differenz begegnen zu können?»):

Im SWZ und STZ und bei den SGD ist die Fachärzteschaft der jeweiligen Klinik verantwortlich für medizinisch-fachliche Anweisungen (z. B. zu Diagnostik, Therapie und Pflege von Patientinnen und Patienten). So ist gewährleistet, dass diese Fachweisungen auf dem aktuellsten Stand von klinischem Wissen und Können basieren. Auch Erkenntnisse aus der Gendermedizin fliessen in diese Fachweisungen und somit auch den klinischen Alltag ein. Auch im psychiatrischen Bereich bei den SGD werden Genderaspekte an Fort- und Weiterbildungen, Supervisionen und in der konkreten Behandlungssituation einbezogen. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei den Arzneimittelleitlinien, der Traumabehandlung, Depressionsbehandlung sowie

der Suizidprävention. Weitere Themen sind die Stereotypen, Stigmatisierung und herkömmlichen Denkweisen bezüglich Geschlechterdifferenzen im psychiatrischen Umfeld.

Bei den PZZ arbeiten hauptsächlich Fachärztinnen und Fachärzte aus der Geriatrie und auch sie sind für medizinisch-fachliche Anweisungen selbst verantwortlich. Zusätzlich gelten z. B. bezüglich Sterbehilfe der entsprechende Gemeinderatsbeschluss (GR Nr. 2003/56) oder bezüglich Delir der vom universitären Geriatrie-Verbund Zürich verabschiedete Standard. Die Bewohnerinnen und Bewohner der ASZ werden durch ihre eigene Hausärztin, ihren eigenen Hausarzt medizinisch versorgt und für die entsprechenden Fachweisungen (beziehungsweise Richtlinien, Standardvorgehensweise) ist die Hausärzteschaft mit ihren Verbänden verantwortlich.

Eine systematische Sammlung oder tabellarische Übersicht der Fachweisungen gibt es in den Dienstabteilungen des GUD nicht. Die neusten Erkenntnisse werden an Fort- und Weiterbildungen vermittelt und an Teamsitzungen diskutiert.

Zu Frage 6 («Gendermedizinische Aspekte haben auch einen Einfluss auf den betrieblichen Alltag der unterschiedlichen Gesundheitsinstitutionen. Gemäss dem Verband Zürcher Krankenhäuser wirkt sich die aktuelle Geschlechtersegregation im stationären Bereich negativ auf die Bettenbelegung und damit auch auf die strukturelle (Überkapazitäten) und die finanzielle (Defizite) Situation der Krankenhäuser aus. Bitte um Auflistung der (geschätzten) negativen betriebswirtschaftlichen Folgen der Geschlechtersegregation für jede städtische Gesundheitsinstitution. Welche Gründe würden dagegensprechen, die Geschlechtersegregation in den unterschiedlichen städtischen Gesundheitsinstitutionen aufzugeben und beispielsweise die Möglichkeit von geschlechtergemischten Zimmern einzuführen?«):

Die Geschlechtertrennung im stationären Bereich ist für das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten oder der Bewohnerinnen und Bewohner äusserst wichtig und wirkt sich kaum auf die Bettenauslastung aus.

Da es im SWZ und STZ nur noch Einbett- oder Zweibettzimmer gibt, kommt eine Unterbelegung der Zweibettzimmer aufgrund der Geschlechtertrennung selten vor. Viel gewichtiger ist der Fakt, dass die meisten Spitalaufenthalte ungeplant sind und die Spitalbetten für diese Notfälle und dringlichen Fälle frei sein müssen. Diese Vorhalteleistungen an Spitalbetten, jeweils aufgeteilt auf verschiedene Fachgebiete mit unterschiedlichen Erfordernissen (z. B. Kardiologie, Onkologie, Geriatrie, Pädiatrie), schränken die Planbarkeit der Bettenauslastung deutlich ein. Hinzu kommen weitere einschränkende Faktoren wie beispielsweise individuelle Krankheitsbilder (z. B. Isolation aufgrund Ansteckungsgefahr, grosser Überwachungsbedarf, einsetzender Sterbeprozess). Eine hundertprozentige Bettenauslastung ist im praktischen Alltag eines Akutspitals unrealistisch, wobei das Thema der Geschlechtertrennung hier eine untergeordnete Rolle spielt.

In den ASZ gibt es überwiegend Einzimmer-Apartments und einzelne Zweizimmer-Apartments, die sich für zwei Personen eignen (z. B. für Eheleute/Lebenspartner). In den PZZ gibt es Ein- und Zweibettzimmer und es wird auf Geschlechtertrennung geachtet. Geschlechtergemischte Zimmer sind nur auf Wunsch möglich (z. B. für Eheleute/Lebenspartner), werden aber sonst von den Bewohnerinnen und Bewohnern abgelehnt.

Es gibt keine triftigen Gründe – auch keine betriebswirtschaftlichen –, die für die Einführung geschlechtergemischter Zimmer in den entsprechenden Institutionen des GUDs sprechen. Im Gegenteil: Das Grundbedürfnis nach Würde und Wahrung der Privatsphäre von Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern muss respektiert werden, sowohl im Akutspital als auch in Institutionen der Langzeitpflege.

Vor dem Stadtrat

die Stadtschreiberin

Dr. Claudia Cucho-Curti