



Das Geschlecht macht den Unterschied

Eine Einführung in die Gender-Medizin von *Gabriele Kaczmarczyk*

Gender-Medizin – oder präziser: geschlechtsspezifische Medizin – ist die Berücksichtigung des Geschlechts bei Diagnose und Therapie in allen Fächern der Medizin und hoffentlich demnächst auch bei der Prävention. Dabei ist Gender ein Begriff, der ursprünglich für das soziale und nicht für das biologische Geschlecht eines Menschen reserviert wurde. Inzwischen hat sich aber die Bezeichnung Gender-Medizin durchgesetzt – vielleicht sogar ein Plus für die Beachtung der Tatsache, dass soziale und psychosoziale Komponenten wie Erziehung, Kultur, Rollenzuschreibung, Tradition und Lebensstil einen starken Einfluss auf Gesundheit und Krankheit haben können und vom biologischen Geschlecht oft schwer zu trennen sind.

Die in fast allen Ländern der Erde höhere Lebenserwartung von Frauen ist zum Beispiel zu einem großen Teil auf ihr Sozialverhalten zurückzuführen, ein kleiner Rest wird wahrscheinlich durch die genetisch festgelegte chromosomale Ausstattung

– Frauen haben zwei X-Chromosome, Männer haben ein X-Chromosom – gesteuert. Einige Beispiele: Die Nervenfasern des Herzens leiten den Schmerz bei einem Herzinfarkt unterschiedlich bei Frauen und Männern. Deswegen kann es unter-

schiedliche Symptome geben. Trotzdem ist der um eine wertvolle Stunde verzögerte Transport einer Frau mit Herzinfarkt in die Klinik in erster Linie durch Familiensituation, Umwelt, Informationsdefizite und weitere soziale Faktoren bedingt.

Das Resultat: eine höhere Sterblichkeit, vor allem von jüngeren Frauen. Oder aktuell: Die vermutete höhere Ebola-Sterblichkeit von Frauen, die allerdings nicht gesichert ist, weil es keine Daten dazu gibt, könnte durch ein schwächeres Immunsystem bedingt sein (Biologie) oder durch die Tatsache, dass traditionell (Gender!) meist Frauen die Leichenwäsche übernehmen und sich dabei infizieren. In sogenannten Entwicklungsländern ist »indoor air pollution« eine genderspezifische Erkrankung: Frauen und Mädchen, die traditionell in ihren Hütten am offenen Feuer mit Rauchentwicklung kochen, während die Männer auf den Feldern arbeiten, leiden unter schwersten obstruktiven Atemwegserkrankungen. Auch Rauchverhalten und der Konsum von Zigaretten in Deutschland sind genderassoziiert, das feingewebliche Bild des Bronchialkarzinoms hingegen ist oft geschlechtsspezifisch.

Gesundheit ist nicht geschlechtsneutral

Alexandra Kautzky-Willer, Professorin für Gender Medicine an der Medizinischen Universität Wien, und Elisabeth Tschachler fassten 2012 in ihrem Buch *Gesundheit: eine Frage des Geschlechts* folgende Fakten zusammen:

- ▶ Dreimal mehr Frauen als Männer sind von einer Autoimmunerkrankung wie etwa der Schuppenflechte betroffen.
- ▶ Aspirin kann bei Männern gegen Herzinfarkt vorbeugen, bei Frauen nicht.
- ▶ Antidepressiva führen bei Männern häufiger zu sexuellen Störungen. Die sexuelle Erregbarkeit von Frauen scheint dagegen stärker von psychischen Faktoren wie Nähe und Geborgenheit beeinflusst zu werden, die Antidepressiva nicht beeinträchtigen.
- ▶ Frauen leiden öfter als Männer an Nebenwirkungen von Medikamenten.
- ▶ Bei Männern schlägt die Arbeitslosigkeit stärker auf die Psyche. Verliert eine Frau ihren Job, erhöht sich ihr Depressionsrisiko auf das

Achtfache – bei einem Mann hingegen auf das 23-Fache.

- ▶ Dass Frauen zum Beispiel häufiger unter Migräne und Kopfschmerzen leiden, hat aller Wahrscheinlichkeit nach mit dem weiblichen Geschlechtshormon Östrogen zu tun.
- ▶ Depressionen gelten gemeinhin als »Frauenleiden«. Auch hier ist die Dunkelziffer bei Männern jedoch hoch – und die Tatsache, dass sie statistisch gesehen früher sterben, wird vor allem auf ihre riskanteren Berufe, den Lebensstil und die höhere Selbstmordrate zurückgeführt.

Gender-Medizin trägt der Tatsache Rechnung, dass es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt, auch nicht in der zunächst sich so geschlechtsneutral darstellenden Humanmedizin und in deren Säulen Forschung, Lehre, Studium und Klinik. Unter diesem Gesichtspunkt hat die Gender-Medizin Fahrt aufgenommen. Sie wird dies auch weiter tun müssen, um den Rückstand bei evidenzbasierter Forschungsergebnissen, die überwiegend an männlichen Patienten gewonnen wurden, aufzuholen.

Inzwischen kommt die Gender-Medizin, die vor zehn Jahren durch die amerikanische Kardiologin Marianne Legato mit der Herausgabe des über 1.000 Seiten starken Werkes *Principles of Gender-Specific Medicine* in die Öffentlichkeit getragen wurde, nicht mehr nur aus der »Frauenecke«. Dies wird unter anderem sichtbar an zahlreichen Kongressen zum Thema Männergesundheit und der gemischten Zusammensetzung des Auditoriums bei Kongressen und Fachkonferenzen. Marianne Legato hat mit der Publikation dieses Werkes, für das sieben Männer und fünf Frauen als HerausgeberInnen für eine Fülle von Einzelbeiträgen aus allen Bereichen der Medizin verantwortlich zeichnen, einen Impuls für den Einzug der wissenschaftlich fundierten Gender-Medizin auch in Deutschland gegeben. Das Werk ist auch heute noch eine wahre Fundgrube – wie auch die vor einigen Jahren in Berlin mit Unterstützung des Forschungsministeriums

erstellte und laufend aktualisierte Datenbank *GenderMedDB*.

Die psychosoziale Seite der Gender-Medizin war in Deutschland bereits 1997 durch die Gesundheitssoziologin Ulrike Maschewsky-Schneider und andere Autorinnen publik gemacht worden. Gender-Medizin wurde um den Anfang der Jahrtausendwende mit Gründungen der ersten Zentren für Gender-Medizin 2002 in Schweden durch die Kardiologin Karin Schenck-Gustafsson vom Karolinska-Hospital und in Deutschland 2003 durch die Kardiologin Vera Regitz-Zagrosek vom Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité Berlin institutionalisiert. 2004 folgten Institutsgründungen in Kanada und Australien. An der medizinischen Fakultät Innsbruck wurde vor Kurzem ein Lehrstuhl für Gender-Medizin eingerichtet. Die Widerstände durch die meinungsbildenden VertreterInnen einer androzentrierten Schulmedizin waren allerdings überall beträchtlich und bestehen leider immer noch.

In Deutschland steht die Kardiologie im Zentrum

Viele Ärztinnen und Ärzte diagnostizierten die Anzeichen eines Herzinfarkts bei Frauen als »hysterischen Anfall« und erkannten Herzprobleme zu spät. Die Antwort auf die Frage, warum die Gender-Medizin hierzulande zuerst in der Kardiologie Fuß fasste, gefolgt übrigens von der Pharmakologie, lautet: Es ging damals wie heute neben der zunehmenden wissenschaftsbasierten Evidenz von Geschlechtsunterschieden auch um Gerechtigkeit und eine geschlechtssensible angepasste Versorgung von Männern und Frauen. Und es waren Frauen da, die sich dieses Themas mit Energie und Leidenschaft angenommen hatten, sich vernetzten und durchsetzten. Ein Schub für die Kardiologie, der die Folge von einem Aufschrei aus der feministischen Frauengesundheitsbewegung war. Dieser Aufschrei ergab sich 1997 durch die – recht dümmliche – Antwort der Bundesregierung auf eine große Anfrage zur frauenspezifischen Gesundheits-

versorgung: Die Symptome bei Frauen seien oft untypisch, sodass eher die Gefahr der falschen Deutung bestehe; so bezieht man sich dort auf die 5. Nationale Blutdruckkonferenz 1996, ein vorwiegend von Männern besetztes Gremium.

Geschlechtsspezifische Auswertung von Arzneimitteln mangelhaft

Besondere Aufmerksamkeit kommt dabei auch der Arzneimitteltherapie zu. Eine Pionierin auf diesem Gebiet ist die deutsche Pharmakologin Petra Thümann. Wieder einmal waren es zunächst Frauen, oft engagiert im Deutschen Ärztinnenbund, die darauf drängten, dass in die Novellierung des Arzneimittelgesetzes 2004/2005 wenigstens eine mögliche unterschiedliche Wirkungsweise eines Arzneimittels bei Frauen und Männern hineingeschrieben werden musste – natürlich immer noch eine sehr schwammige Formulierung ohne weitere konkrete Forderungen. Doch wird von offizieller Seite wie vom Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zunehmend bei Überprüfungen von Arzneimitteln von den Herstellern der statistisch gesicherte Nachweis der klinischen Prüfung bei beiden Geschlechtern eingefordert. Die Begründung dafür ist leicht einsehbar: Der Arzneimittelstoffwechsel findet hauptsächlich in der Leber statt, die bei Männern und Frauen eine ganz unterschiedliche Ausstattung mit den dazu notwendigen Faktoren aufweist.

Ein berühmtes Beispiel dafür, warum eine geschlechtersensible Planung von klinischen Studien notwendig ist, ergab sich durch eine Arbeit des amerikanischen Internisten Saif S. Rathore. Ihre Signalwirkung kann nicht hoch genug eingeschätzt werden: Fünf Jahre nach der Veröffentlichung des positiven Effekts eines Herzpräparates bei »Patienten« nahm Rathore eine nach Geschlechtern getrennte Auswertung der bereits lange vorliegenden Daten vor. Das überraschende Ergebnis: Frauen star-

ben nach der Gabe des Medikamentes eher als bei einer Placebomedikation, während Männer von der Gabe des Medikamentes profitierten. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede mit weitreichenden Konsequenzen waren in der ersten Studie unerkannt geblieben. Nebenwirkungen von Arzneimitteln werden zwar erfasst, aber hier fehlt in Deutschland wie anderswo eine geschlechtsspezifische Auswertung, obwohl die Daten wahrscheinlich vorhanden sind. In Deutschland sterben erheblich mehr Menschen – jährlich sollen es etwa 15.000 sein – an falsch oder überdosierten Arzneimitteln als bei Verkehrsunfällen. Einige Gender-Medizinerinnen fordern inzwischen, dass die Pharmaindustrie blaue Tabletten für Männer und »leichtere« rosafarbene für Frauen produzieren solle.

Forschungsergebnisse aus der Biomedizin stammen zu einem großen Teil aus Untersuchungen an Versuchstieren, meist Ratten und Mäusen. Das deutsche Tierschutzgesetz ist strenger geworden, was die Haltung, Schmerzbekämpfung und Versuchsdurchführung angeht. Das Geschlecht der Versuchstiere – meist werden männliche Tiere wegen ihrer leichteren Vereinheitlichung bevorzugt – spielt jedoch in der Thematik der aufwendigen Versuchstieranträge keine Rolle, dabei wäre es selbstverständlich sinnvoll, beide Geschlechter zu untersuchen.

Geschlechtermedizin im Studium

»Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nicht mehr!« Diese Binsenweisheit gilt auch für die Lehre in der Medizin. Die Kollegin Hochleitner aus Innsbruck hat in einem Beitrag für *Die Ärztin* die diesbezüglichen Forderungen zusammengefasst: Gender-Medizin ist weniger ein neues Fachgebiet als ein Querschnittsfach und taugt nicht für ein freiwilliges Extramodul im Studium oder abendliche, meist von den Frauenbeauftragten arrangierte Ringvorlesungen. Die Lehrenden müssen sensibilisiert, ausgebildet und evaluiert werden. Es muss den Lehrenden und Lernenden klar gemacht werden, dass es um einen

Vorteil für beide Geschlechter geht und dass dies etwas mit der Qualität ärztlicher Versorgung zu tun hat. Inhalte von Gender-Medizin müssen zum Prüfungsstoff gehören, denn sonst werden sie nicht gelernt und später auch nicht angewandt.

Zur Überwindung von Barrieren in der Gender-Medizin sind aber weitere Voraussetzungen notwendig:

- ▶ Die Erstellung einer Positivliste für die Arzneimitteltherapie bei Frauen, das heißt auf dem »Waschzettel«, der jeder Arzneipackung beiliegt, ist aufzuführen, ob, wann und wie das betreffende Medikamente an Frauen getestet wurde und mit welchen Ergebnissen. Dabei gilt zu beachten: Frauen sind keine kleinen Männer.
- ▶ In allen Bereichen der Medizin ist auf eine geschlechtergerechte Sprache zu achten: Es kostet inzwischen Überwindung, die Verlautbarungen der Bundesärztekammer, von Berufs- und Fachverbänden der Medizin in rein männlicher Sprache zu lesen, obwohl wir aktuell mehr als 63 Prozent Medizinstudentinnen in Deutschland haben.
- ▶ Die geschlechtsspezifische Medizin wurde gegen erhebliche Widerstände zunächst von Frauen ins Visier genommen, Männer folgten. Bei einer höheren Präsenz von Frauen in Führungspositionen der Medizin (»Mixed Leadership«) wäre auch dieses Unterfangen leichter. Deswegen muss die Quote nicht nur für DAX-Unternehmen, sondern auch für Lehrstühle und Chefpositionen in der Medizin gefordert werden.

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk ist Fachärztin für Anästhesiologie und Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB).



Ein Literatur- und Fußnotenverzeichnis für diesen und andere Beiträge findet sich auf unserer Website: bit.ly/1yWXb2K