



Foto: privat

## IM INTERVIEW

## „Die Europäer hinken bei der Gendermedizin deutlich hinterher“

PROF. DR. MED. DR. H.C. VERA REGITZ-ZAGROSEK

Im November 2018 hat Professorin Dr. med. Dr. h.c. Vera Regitz-Zagrosek das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland erhalten. Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier würdigte mit großem Respekt ihr herausragendes Engagement für die gendersensible Forschung in der Medizin und fuhr fort: „Die Ausgezeichnete hat sich über viele Jahre hinweg um eine individualisierte und personalisierte Medizin im besonderen Maße verdient gemacht.“ Dies ist Anlass genug für die *ärztin* 02/19, sie nach dem Stand der Gendermedizin oder der geschlechtsspezifischen Medizin zu fragen.

**ärztin:** Die Gendermedizin hat ihre Wurzeln in der Frauenbewegung und impliziert eine geschlechtsspezifische Erforschung und Behandlung von Krankheiten. Warum brauchen Frauen und Männer die Gendermedizin?

Weil Frauen und Männer unterschiedlich krank werden: An Rheuma, Depression, Schilddrüsenerkrankungen, Autoimmunerkrankungen und Osteoporose leiden vor allem die Frauen. Am Herzinfarkt vor 60 Jahren sterben überwiegend Männer, und auch der plötzliche Herztod bei Sportlern trifft fast immer die Männer. Aber manche Herzerkrankungen wie die stressinduzierte Herzerkrankung Takotsubo, Längseinrisse in den Herzkranzgefäßen oder rheumatische Herzerkrankungen betreffen vorwiegend Frauen.

### Hormone und soziokulturelle Dimensionen entscheidend

Sexualhormone beeinflussen das Immunsystem, die Schilddrüsenfunktion, die Leber, das Gehirn – eigentlich fast alle Organe im Körper. Daher müssen die resultierenden Syndrome geschlechtssensitiv angegangen werden. Und es tragen nicht nur biologische Faktoren, Gene und Hormone zu den Unterschieden in Gesundheit und Krankheit zwischen Frauen und Männern bei. Die soziokul-

turelle Dimension Gender – von Gesundheit und Krankheit – ist bei Frauen und Männern unterschiedlich.

Mittlerweile sind wir in der Lage, diese soziokulturelle Dimension zumindest zum Teil durch spezifische Fragebögen zu erfassen. Dabei hat sich gezeigt, dass sich das soziokulturelle Geschlecht – Gender – zum Teil deutlich vom biologischen Geschlecht – Sex – unterscheidet. Dies ist bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern. Viele biologisch weibliche Individuen zeigen mittlerweile viele männliche Eigenschaften, und bei einigen Männern finden sich mittlerweile typisch weibliche Eigenschaften wie Fürsorgeverhalten, Beteiligung an der Kindererziehung etc. Der Großteil der Männer bleibt jedoch bei den typisch männlichen Eigenschaften, zumindest nach den Ergebnissen der schweizamerikanischen Studie Genesis-Praxis, in der über 1.000 Personen nach einem Herzinfarkt auf ihre Gendermerkmale hin untersucht wurden. Dabei wurde festgestellt, dass das Leben und Überleben nach dem Herzinfarkt stärker von Gender als von dem biologischen Geschlecht Sex beeinflusst wurde. In jedem Fall ist Geschlecht aber ein starker Einflussfaktor. Diese Ergebnisse überprüfen wir gerade in Deutschland.

### Ärztinnen haben bessere Behandlungsergebnisse

Der große Einfluss soziokultureller Faktoren findet sich auch in den Ergebnissen einer US-amerikanischen Studie, in der untersucht wurde, ob das Überleben nach einem Herzinfarkt von der Übereinstimmung des Geschlechtes des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin und der Patientin abhängig war. Es zeigte sich, dass Frauen, die in der Akutsituation von einem männlichen Arzt behandelt wurden, deutlich schlechter überlebten als Frauen, die von einer Ärztin behandelt wurden. Diese Situation besserte sich, wenn in der Abteilung der behandelnden Ärzte auch mehrere Ärztinnen tätig waren – dann waren die Behandlungsergebnisse der Ärzte bei den Frauen besser. Bei den Ärztinnen unterschieden sich die Ergebnisse ihrer Behandlung bei Frauen und Männern nicht. Dies spricht dafür, dass die Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patientinnen ein ganz wesentlicher Faktor für das Überleben ist.

### Die Dosis macht das Gift (Paracelsus)

Einige wichtige Herzkreislaufmedikamente, einige Betablocker zum Beispiel, werden bei Frauen langsamer abgebaut

und haben wohl deswegen mehr Nebenwirkungen. Ähnliches gilt auch für einige Antiarrhythmika und wahrscheinlich für viele andere Medikamente. Arzneimittelnebenwirkungen sind bei Frauen etwa doppelt so häufig wie bei Männern, und dies gilt auch für schwere Nebenwirkungen.

Leider wird in den großen Zulassungsstudien immer noch nicht systematisch über die Nebenwirkungen bei Männern und Frauen berichtet. Es gibt nur Zahlen für die Gesamtgruppe. Wir haben uns diesbezüglich aktuell die Zulassungsstudien der letzten fünf Jahre für die Therapie der Herzschwäche angeschaut. Nur 12 Prozent der Zulassungsstudien stellen ihre Nebenwirkungen geschlechtsspezifisch dar. Die wenigen verbleibenden auswertbaren Studien (11 von 155!) zeigen mehr Nebenwirkungen bei Frauen als bei Männern. Dieser Zustand ist eigentlich ein Skandal, und es ist unverständlich, warum die Behörden hier nicht stärker reagieren.

Mittlerweile scheint sich zudem abzuzeichnen, dass wichtige Medikamente in der Behandlung der Herzschwäche bei Frauen ihre Wirkung in deutlich niedriger Dosierung entfalten als bei Männern und daher auch in niedrigeren Dosierungen gegeben werden sollten, unter anderem, um die Nebenwirkungen zu reduzieren.

**ärztin:** Gendermedizin ist Teil der personalisierten Medizin. Eine der führenden Vorkämpferinnen ist die US-amerikanische Kardiologin und Medizinwissenschaftlerin Marianne Legato, die schon in den 1980er-Jahren auf Unterschiede von Herzerkrankungen bei Frauen gegenüber Männern gestoßen war. Legato hat auch am ersten Kongress zu Gendermedizin in Berlin teilgenommen. Sind die USA führend in Bezug auf die Gendermedizin?

Das Thema Frauengesundheit ist tatsächlich in den USA entstanden. In den Achtziger- und Neunzigerjahren des letzten Jahrhunderts haben amerikanische Frauen, allen voran Bernadine Healey als

Direktorin der nationalen Gesundheitsbehörde NIH, und Fachvertreterinnen wie Marianne Legato dafür gekämpft, dass Frauen vermehrt in klinische Studien eingeschlossen worden sind und dass die Aufmerksamkeit sich darauf richtete, dass Frauen anders krank sein können als Männer. Allerdings waren diese Ansätze noch nicht von unserem heutigen gendermedizinischen Verständnis her geprägt, sondern bezogen sich ganz eindeutig auf die Frauengesundheit.

### Großartiger Ansatz in den USA

Mittlerweile hat diese Haltung in den USA zu großen Fortschritten geführt. Das nationale Gesundheitssystem hat sich entschieden, nur noch Forschungsanträge anzunehmen und öffentliche Gelder bereitzustellen, wenn die medizinischen Forschungsinhalte den Geschlechteraspekt mit thematisieren. Klinische Studien, Tierversuche und Studien in der Grundlagenforschung werden nur noch finanziell unterstützt, wenn Geschlechteraspekte zumindest diskutiert werden. Dies ist ein großartiger Ansatz.

Die Gendermedizin, die sich dann in Europa entwickelte, brachte einen eher geschlechtsneutralen Aspekt ein, nämlich die Vorstellung, dass Frauen und Männer gleichermaßen profitieren, wenn man den Geschlechteraspekt in die Behandlung der Erkrankung einbezieht. Beispiele dafür sind die bessere Behandlung von Depressionen und Osteoporose bei Männern. Diese Gesichtspunkte wurden vor allem in Europa, auch an meinem Institut entwickelt und wurden später von den USA übernommen.

**ärztin:** In Deutschland haben Sie die Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité in Berlin etabliert. In Österreich gibt es zwei eigene Lehrstühle für Gendermedizin. Schaut man auf die in den USA, Deutschland, den Niederlanden, Polen und England 2019 veröffentlichten Forschungsergebnisse, wie steht Deutschland heute im internationalen Vergleich da?

### In Deutschland dienen Genderaspekte nur als Feigenblatt

Deutschland liegt leider ganz weit hinten. Eines der führenden Länder im Bereich Gendermedizin ist derzeit Kanada. Hier gibt es ein Büro in der staatlichen Gesundheitsbehörde, das sich nur mit gendermedizinischen Aspekten beschäftigt und erhebliche Forschungsgelder mobilisiert hat, um systematisch Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei wichtigen Erkrankungen zu erforschen. Auch auf Ebene der EU-Kommission gibt es vergleichbare Ansätze, die allerdings alle wesentlich schwächer ausgeprägt sind als in Kanada.

Das EU Gender Advisory Board für Horizon 2020 versucht eher, geschlechtsspezifische Aspekte überall zu entdecken und keine Mittel für primäre Genderprojekte zu investieren. Damit werden dann Genderaspekte oft als Feigenblatt, als nachrangiges Anhängsel in großen Projekten integriert, und wirkliche Genderforschung in der Medizin findet nicht statt. Daher hinken die Europäer mit ihren Ergebnissen deutlich hinter den Kanadierinnen und US-Amerikanerinnen hinterher. In Europa selbst haben vor allem die Niederlande und die skandinavischen Länder in die Genderforschung investiert und finden gute Ergebnisse – Deutschland liegt hier leider ganz weit hinten. ◀

*Die Internistin und Kardiologin Prof. Dr. med. Dr. h.c. Vera Regitz-Zagrosek war Direktorin des Berlin Institute for Gender in Medicine (GiM) an der Charité, Universitätsmedizin Berlin, und ist derzeit Seniorprofessorin an der Charité Berlin. Sie hat die deutschlandweit einzige Professur für Frauenspezifische Gesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen inne.*

Das Gespräch führte Gundel Köbke.

E-Mail: [vera.regitz-zagrosek@charite.de](mailto:vera.regitz-zagrosek@charite.de)