

# Zwischen Über- und Unterversorgung

## Frauengesundheit im Kontext einer geschlechtersensiblen Medizin

von Annegret Hofmann

**Für Studierende der Charité und TeilnehmerInnen der European Student's Conference in Berlin war es vor wenigen Wochen ein besonderes Ereignis: Sie konnten Marianne Legato, eine ungewöhnliche Frau und Pionierin der geschlechtersensiblen Medizin, kennenlernen und mit ihr diskutieren. Die US-amerikanische Ärztin mit ihrem Buch *Evas Rippe* (2002) sowie andere Vorreiterinnen und Mitstreiterinnen, auch aus Deutschland, haben die Diskussion um Frauengesundheit bewegt und verändert.**

Wenn wir heute Frauengesundheit vor allem unter dem Aspekt einer geschlechtersensiblen Medizin verstehen, die sowohl die biologischen wie auch die psychosozialen Besonderheiten der Menschen unterschiedlichen Geschlechts berücksichtigt, dann ist das wohl die wichtigste Veränderung, die im vergangenen Jahrzehnt sichtbar geworden ist. Dazu sagte Professorin Margarethe Hochleitner, die in Innsbruck den Lehrstuhl für Gender-Medizin – den zweiten in Österreich – innehat, auf dem 33. Evangelischen Kirchentag im Jahr 2011: »Schulmedizin ist von Männern für Männer gemacht worden. Frauen wurden als Ärztin und als Patientin weitgehend ignoriert, als Patientin bestenfalls als Variation oder als kleiner Mann betrachtet oder Frauenmedizin auf sekundäre Geschlechtsorgane und Reproduktion, also Frauenheilkunde und Geburtshilfe, beschränkt.« Die Frauengesundheitsbewegung hingegen, so die Ärztin, habe das Ziel gehabt, »Frauen Selbstbestimmung, Selbstentscheidung über ihren Körper, ihre Gesundheit zu ermöglichen, dies war die Hauptbotschaft der Siebzigerjahre“. In den Neunzigerjahren sei damit begonnen worden, »dass alle Wahrheiten der Medizinforschung auch darauf geprüft werden, ob sie für Frauen und Männer im gleichen Ausmaß und zu den gleichen Bedingungen zutreffen«.

Dieser neue Denkansatz, der in der Frauengesundheitsbewegung begann (vgl. S. 5f), hat letztlich ein Umdenken in der Medizin in Gang gebracht. Es findet seinen Ausdruck nicht nur in der geschlechtersensiblen Medizin, sondern auch in Entwicklungen wie

der personalisierten und stratifizierten Medizin, die auf eine Einzelperson oder eine Gruppe zugeschnitten ist.

### Medikamententests und Verordnungspraxis

Die Frage, ob Medikamente, die ausschließlich an jungen, gesunden, männlichen Probanden getestet wurden, auch für Frauen geeignet sind, stand und steht seit vielen Jahren im Mittelpunkt der Diskussion. Die Pharmaforschung – hier der Verband Forschender Arzneimittelhersteller auf seiner Website – sieht sie für sich beantwortet: »Medikamente, die für Männer und Frauen bestimmt sind, werden auch mit Männern und Frauen erprobt. Das verlangen die Zulassungsbehörden und das deutsche Gesetz. Die Studienergebnisse für beide Geschlechter werden verglichen und gehen auch in die frühe Nutzenbewertung ein, die jedes neue Medikament in Deutschland durchlaufen muss.« Dass dies schon Realität ist, bezweifelt der Pharmakologe Oliver Werz in Jena: Denn je differenzierter die Anforderungen an die Studien in den verschiedenen Phasen seien, umso finanziell aufwendiger seien sie auch. »So wäre es zum Beispiel notwendig, in den klinischen Studien jeweils zwei Verum- und zwei Placebogruppen zu testen.« Das aber kostete viel Geld.

Der Bremer Versorgungsforscher Prof. Gerd Glaeske verfolgt seit vielen Jahren Wirkung und Verordnungspraxis bei Medikamenten für Frauen. Erst vor Kurzem stellte er beim Frauengesundheitskongress, ausgerichtet vom Bundesgesundheitsministerium und der Bundeszentrale für gesund-

heitliche Aufklärung, neue Erkenntnisse vor: Für Frauen werden, bezogen auf verordnete Packungen pro Kopf, 5,4-mal mehr Migränemittel, bis zu 3,5-mal mehr Schilddrüsenpräparate, bis zu 2,9-mal mehr Neuroleptika und Antidepressiva sowie 1,6-mal mehr Schlafmittel und Beruhigungsmittel als für Männer verordnet. Dazu schlucken Frauen etwa dreimal so viele Schmerzmittel und Abführmittel wie Männer und im Alter doppelt so häufig Geriatrika.

Neben einer Über- und Falschversorgung von Frauen gebe es auch immer noch deren Unterversorgung, sagt Glaeske. So stehen etwa bei Diabetes, der sich vorwiegend bei Frauen fast explosionsartig ausbreitenden Volkskrankheit, gute Arzneimittel zur Verfügung. Trotzdem würden diese Frauen seltener verordnet als Männern. Auch die medikamentöse Versorgung bei koronaren Herzerkrankungen und Infarkten lasse zu wünschen übrig, sagt der Experte. Mit Blick auf andere chronische Krankheiten ließe sich das fortsetzen. So beklagt Prof. Erika Gromnica-Ihle, Präsidentin der Deutschen Rheumaliga, die schlechtere Versorgung älterer Rheumapatientinnen mit modernen und hochwirksamen Medikamenten. Gromnica-Ihle verweist aber auch auf ein anderes nicht in Angriff genommenes Thema: der fehlende Geschlechterblick in den Leitlinien, die der ärztlichen Behandlungspraxis zugrunde liegen.

### Kardiologie wegweisend

Schon seit mehr als zehn Jahren liegen die aussagekräftigsten Fakten zur Therapie von Frauen mit Herzerkrankungen vor. In Deutschland ist dabei das Institut für Geschlechterforschung in der Medizin unter Leitung von Professorin Vera Regitz-Zagrosek tempobestimmend. Es wurde 2003 als interdisziplinäres Zentrum an der Berliner Charité gegründet. Von hier gehen wichtige Forschungsimpulse aus, die bis in die Versorgung von Patientinnen hineinreichen. Ärztinnen der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin organisieren Fortbildungsveranstaltungen

für niedergelassene KardiologInnen. Im Herzzentrum Leipzig wurde von Prof. Sandra Eifert eine spezielle Herzsprechstunde für Frauen eingerichtet – nicht zuletzt aus der Situation heraus, dass diese Patientinnen oft über eine lange Zeit hinweg nicht angemessen behandelt werden, weil entsprechende Kenntnisse bei der ÄrztlInnenschaft nicht vorliegen.

Werden Frauen nach ihren Krankheitsrisiken befragt, nennen sie an erster Stelle die Befürchtung, an Krebs zu erkranken. »In der Realität sind auch bei Frauen Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Haupttodesursache«, berichtet Dr. Sabine Oertelt-Prigione, Internistin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschlechterforschung. In einer Studie waren 2012/13 rund 1.000 Berlinerinnen zwischen 25 und 75 Jahren zu ihrem Wissen über die Risiken von Herz-Kreislauf-Erkrankungen befragt worden. Die Medizinerinnen nutzten die Befragung auch dazu, wichtige Informationen zu Prävention und Lebensstilveränderungen zu ermitteln.

### Neues Präventionsgesetz lässt hoffen

Wenn – nach langwierigen und langjährigen Debatten – nun endlich ein Präventionsgesetz vor seiner Verabschiedung steht, wird sich hoffentlich auch die Gesundheitsinformation unter geschlechtersensiblen Aspekten verbessern. In Bezug auf Frauen, so zeigen die bisherigen Ergebnisse, geschieht das schon einigermaßen erfolgreich. Sie nehmen vorhandene Präventionsangebote, sowohl von den Kassen als auch von anderen Anbietern, häufiger wahr als Männer. Große Informations-, Angebots- und Versorgungslücken aber finden sich bei arbeitslosen Frauen, Alleinerziehenden mit geringem Einkommen, Migrantinnen, suchtgefährdeten Frauen. Wird sich das in den nächsten Jahren ändern? Bei der gegenwärtigen Kassenlage stehen die Zeichen dafür nicht gut.

*Annegret Hofmann ist Sprecherin des Netzwerks Gendermedizin & Öffentlichkeit, [www.gendermed.info](http://www.gendermed.info).*

## Alters- und lebenslagenspezifische Unterschiede bleiben unberücksichtigt

### Stellungnahme

Der Deutsche Frauenrat begrüßt, dass erstmalig im Sozialgesetzbuch (SGB V) die gesetzlichen Krankenversicherungen verpflichtet werden, geschlechtsspezifische Unterschiede bei ihren Leistungen zu berücksichtigen. Damit findet eine langjährige Forderung der Frauenlobby ihre Umsetzung.

Doch kritisiert der Deutsche Frauenrat in einer Stellungnahme vom 21. November 2014 auch den Referentenentwurf: So ist darin nicht klar geregelt, wie geschlechtsspezifische Unterschiede konkret zu berücksichtigen sind. Alters- und lebenslagenspezifische Unterschiede bei

den Leistungen der Krankenkassen finden keine Berücksichtigung. Es fehlt die Verpflichtung, im geplanten Präventionsbericht geschlechtsdifferenzierte Daten zu erheben, aufzubereiten und zu veröffentlichen.

Der Deutsche Frauenrat mahnt ferner an, die geschlechtsparitätische Besetzung der neuen Gremien, Nationale Präventionskonferenz sowie Präventionsforum, mit entsprechenden Regelungen im Präventionsgesetz sicherzustellen.

Die Stellungnahme auf unserer Website: [bit.ly/11Ztvqg](http://bit.ly/11Ztvqg)