

FRAUEN WERDEN ANDERS KRANK

INTERVIEW __ STEPHANIE ARNDT

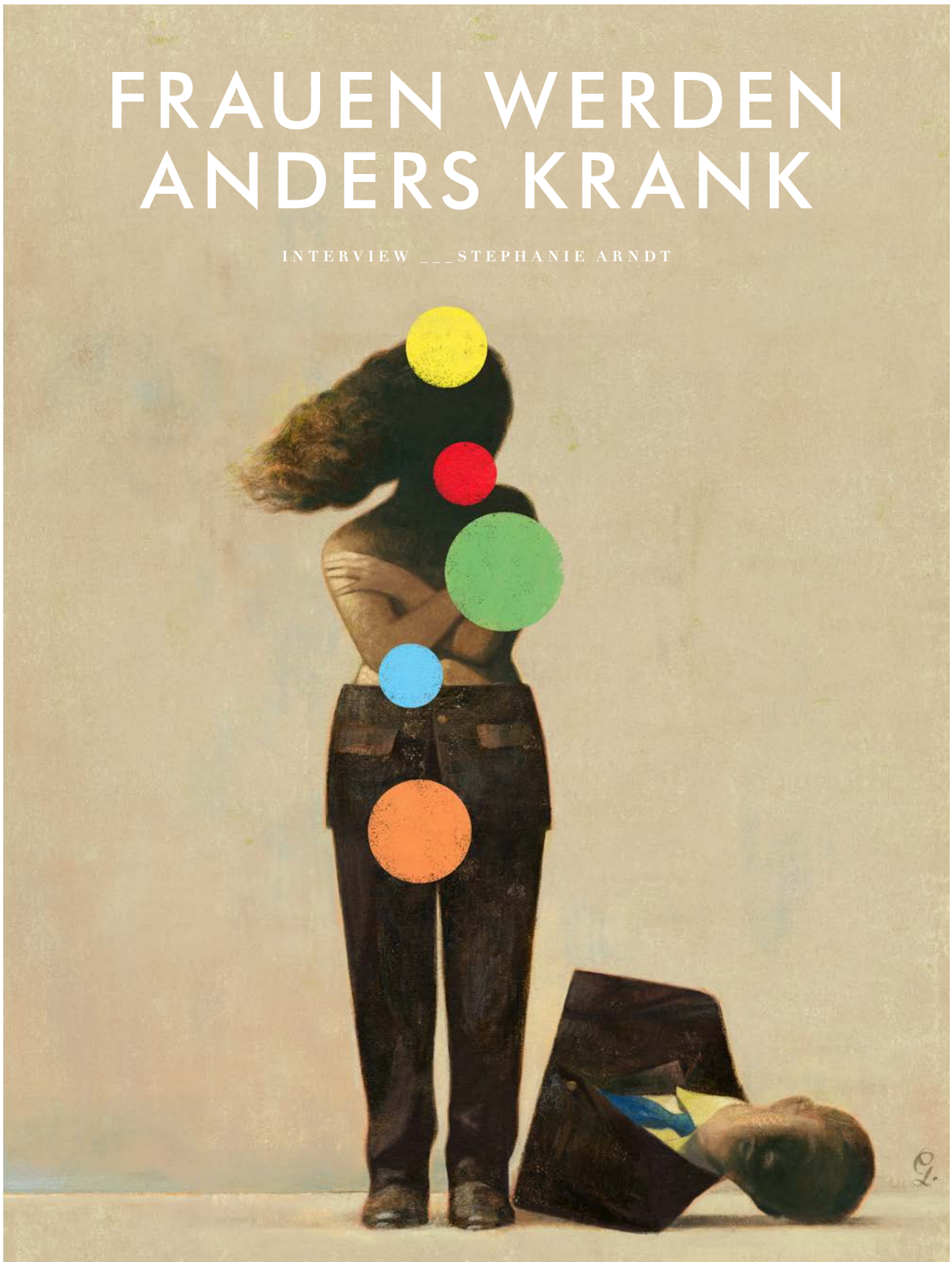


ILLUSTRATION: Gérard DuBois

**Frauen haben beim Herzinfarkt nur selten
die typischen Schmerzen in der Brust, sie kommen später ins Krankenhaus
und erhalten billigere Medikamente: Was das Geschlecht von Patienten ausmacht,
erforscht die Gender-Medizin seit über 20 Jahren.
Was haben die Erkenntnisse und Diskussionen verändert?
Und wie können wir sie für uns nutzen? Ein Gespräch mit der
Gender-Medizinerin Sabine Oertelt-Prigione.**

BRIGITTE WOMAN: In den 90iger Jahren tauchte der Begriff Gender-Medizin das erste Mal auf. Damals wies die US-Kardiologin Marianne Legato darauf hin, dass Herzerkrankungen bei Frauen anders verlaufen als bei Männern – und entsprechend unterschiedliche Therapien notwendig sind. Was ist in der Zwischenzeit passiert?

SABINE OERTELT-PRIGIONE: Das Thema ist auf jeden Fall stärker in den Fokus gerückt, sowohl medizinisch, aber auch gesellschaftlich. Wenn ich vor zehn Jahren erzählt habe, dass ich Gender-Medizinerin bin, hörte ich oft: „Ach, du machst Geschlechtsumwandlungen?“ Mittlerweile können die meisten mehr mit diesem Begriff anfangen. Trotzdem haben wir noch ein großes Stück Arbeit vor uns. In der westlichen Welt gibt es zwar ein grundsätzliches Interesse an der geschlechtersensiblen Medizin. Uns ist klar, dass Frauen keine kleinen Männer sind. Und dass es nicht richtig sein kann, wenn sie beispielsweise an Arzneimittelstudien einfach nicht teilnehmen, wie es jahrzehntelang üblich war. Die tatsächliche Umsetzung hinkt aber hinterher. Nach dem Motto: Es geht ja auch so, wie wir es immer gemacht haben. Das ist schade. Denn wir wissen immer mehr, doch in der Praxis kommt nur ein Teil davon an.

B

Das heißt, Männer und Frauen erhalten die gleiche medizinische Versorgung?

Nein. Das fängt schon damit an, dass Frauen zwar häufiger zum Arzt gehen, aber dann zum Hausarzt. Männer wenden sich eher direkt an einen Facharzt. Dadurch erhalten sie oft die teureren Medikamente bzw. die schnellere, ausführlichere und spezifischere Behandlung. Das zeigt sich etwa beim Gelenkersatz. Dort wird bei Männern früher interveniert, sie erhalten schneller künstliche Gelenke, während im gleichen Fall eine Frau noch medikamentös behandelt wird. Manche Erkrankungen werden zudem automatisch mit einem Geschlecht assoziiert, dieses Geschlecht wird dann eher behandelt.

Wie etwa der Herzinfarkt?

Ja. Je nach Studie dauert es bei Frauen über 65 Jahre um die 4,5 Stunden, bis sie nach einem Herzinfarkt in der Notaufnahme landen. Gleichaltrige Männer mit Infarkt werden dann schon seit

etwa einer Stunde behandelt. Natürlich spielt dabei eine Rolle, dass Ärzte und Ärztinnen bei einem Mann schneller an Herzprobleme denken. Doch auch andere Gründe können die Zeitlücke erklären: Betroffene Frauen haben nicht zwingend starke Schmerzen im Brustkorb. Bei ihnen äußert sich der Infarkt oft weniger typisch, etwa durch Übelkeit, Erbrechen und Bauchschmerzen. Dann bestehen eventuell größere Hemmungen, direkt einen Krankenwagen zu rufen und sie gehen erst zum Hausarzt.

Was sind weitere typische Beispiele?

Osteoporose war lange eine Erkrankung, die in unserer Vorstellung nur Frauen nach den Wechseljahren betraf. Dann stellte sich heraus, dass auch über 30 Prozent aller Männer über 70 Jahren darunter leiden. Bis zur richtigen Diagnose und Behandlung dauert es in der Folge länger und es vergeht wertvolle Zeit, in der schon hätte therapiert werden können. Auch Depressionen werden bei Männern unter Umständen später erkannt, weil sie weniger zu Rückzug und Grübeln, und mehr zu Suchtmitteln wie Alkohol und zu Aggressionen neigen. Das muss man wissen, sonst kann es die Beurteilung der Situation erschweren. Deswegen brauchen wir eine geschlechtsspezifische Medizin, die die Eigenheiten der >

Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Das bringt nicht nur den Frauen, sondern auch den Männern große Vorteile.

Welche Rolle spielt dieser Punkt bei Arzneimitteln?

Eine große! Frauen und Männer unterscheiden sich in jeder einzelnen Körperzelle. Früher nahmen wir an, dass das X-Chromosom nur für sexuelle Merkmale zuständig ist. Jetzt stellt sich heraus, dass es immunrelevante Gene in sich trägt. Das könnte erklären, warum Frauen eine höhere Prädisposition für Autoimmunerkrankung haben und gleichzeitig etwas besser gegen virale und bakterielle Infektionen geschützt sind. Auch rein optisch ist die Andersartigkeit der Geschlechter eindeutig: Frauen sind im Durchschnitt leichter und kleiner als Männer, so dass eine einheitliche Dosierung bei ihnen zu höheren Blutspiegeln führt. Sogar ihre Organe, speziell die Leber, arbeiten anders. Entsprechend anders sind natürlich auch Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, die meisten werden ja über die Leber abgebaut. Trotzdem gibt es bisher weltweit lediglich für zwei Arzneimittel offizielle Empfehlungen zur geschlechtsspezifischen Dosierung – und auch nur in Kanada und den USA. Dort bekommen Frauen seit einigen Jahren nur halb so viel vom Arzneistoff Desmopressin, der die Wasserausscheidung hemmt, sowie vom Schlafmittel Zolpidem. Und über die Vor- und Nachteile dieser Empfehlungen wird bis heute diskutiert.

Gibt es auch Aspekte, die heute niemand mehr infrage stellt?

Ja, einige, etwa dass in der Transplantationsmedizin Organe von Gleichgeschlechtlichen besser für die Patientin oder den Patienten sind. Leider gibt es aber oft gar

keine Auswahl, und es muss das Herz oder die Lunge genommen werden, das da ist. Ebenfalls bewiesen ist, dass in der Diabetes-Diagnose bei Frauen ein Glukosebelastungstest – für den man eine festgelegte Menge Traubenzucker zu sich nehmen muss – aussagekräftiger ist als das Messen des Nüchternblutzuckers. Und dass bei Frauen mit Herzproblemen ein Stress-Echo (ein Ultraschall unter Belastung, d. Red.) gemacht werden sollte und kein Stress-EKG. Doch hier kommen wir zum Grundsatzproblem: Wenn die Behandler nicht für die geschlechtssensible Medizin zugänglich sind, von den Erkenntnissen nichts wissen oder sie für unnötig halten, bringen diese Infos nichts. Ganz egal, wie gut sie bewiesen sind.

Was würde denn konkret die Situation verbessern und die Erkenntnisse der Gender-Medizin in die Praxen bringen?

Eine gerechtere Machtverteilung, vor allem in der Politik. Im Alltag sind zu 80 Prozent Frauen für das Thema Gesundheit zuständig. Schauen wir aber in die Ministerien oder in die Führungsebenen im Gesundheitswesen, dann sitzen da

“

FRAUEN BRAUCHEN ANDERE DOSIERUNGEN BEI ARZNEIMITTELN UND ANDERE UNTERSUCHUNGEN FÜR EINE OPTIMALE DIAGNOSTIK. ABER NOCH IMMER KOMMT VON DIESEN ERKENNTNISSEN WENIG IN DEN PRAXEN AN.

“

fast nur Männer. Wir müssen uns fragen: Wer hat in den Gremien das Heft in der Hand und wo sind die Widerstände, die es der geschlechterspezifischen Medizin schwer machen? Denn es gibt eindeutig systemische Barrieren. Vor allem Deutschland ist relativ konservativ. Andere Länder wie Holland, Kanada, Irland sind uns da weit voraus. Selbst Italien hat per Gesetz beschlossen, die Gender-Medizin im Gesundheitssystem zu verankern. **Wie wird sich die geschlechtsspezifische Medizin in den nächsten Jahren verändern?**

Das lässt sich schwer einschätzen. Wenn Parteien oder Organisationen heute von Genderwahn sprechen, führt das leider dazu, dass auch die Gender-Medizin vollkommen falsch verstanden wird und als feministische Hysterie abgestempelt wird. Andererseits bin ich zuversichtlich, denn es wachsen kompetente Mediziner-Generationen nach, die offen für das Thema sind. Entscheidend ist aus meiner Sicht, dass verknöcherte Strukturen aufgebrochen werden. Expertinnen und Experten müssen mehr Allianzen bilden und sich intensiver austauschen – innerhalb Deutschlands,

aber auch über Ländergrenzen hinaus.

Kürzlich fanden Forscher, dass Frauen einen Herzinfarkt eher überleben, wenn sie von Ärztinnen behandelt werden. Würden Sie Frauen grundsätzlich empfehlen, lieber zu Ärztinnen zu gehen?

Ehrlich gesagt bin ich kein Fan solcher Studien und Pauschalisierungen über die Behandler. Ich würde Frauen raten, sich medizinisch Vertraute zu suchen, die der geschlechtssensiblen Medizin zugewandt sind. Dann ist es unerheblich, ob eine Frau oder ein Mann hinter dem Schreibtisch sitzt. Ist das Gegenüber nicht mit dem Thema vertraut, scheint eine Behandlung durch eine Ärztin tatsächlich von Vorteil zu sein. Und bei bestimmten Sorgen und Wehwehchen fällt es manchen Frauen leichter, sie mit Frauen zu besprechen. Das hat dann aber mehr mit Scham beziehungsweise der Sympathie zwischen Ärztin und Patientin zu tun, sowie mit der Empathie der Behandlerin. Richtig ist allerdings, dass Ärztinnen sich etwas mehr Zeit für Patienten nehmen als Ärzte. Trotzdem finde ich es hilfreicher, Schlüsse zur Verbesserung aus solchen Studienergebnissen zu ziehen und sie nicht nur den männlichen Kollegen unter die Nase zu reiben. Was soll das bringen?

—^{BW}



PROF. DR. SABINE OERTELT-PRIGIONE (41) hat den Lehrstuhl für Gender-Medizin an der Radboud-Universität im niederländischen Nimwegen inne. Zuvor war die Internistin am Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM), das an der Berliner Charité angesiedelt ist.