

Medizin: Eine Frage des Geschlechts?

In der Medizin ist der Mann immer noch die Norm und das obwohl Beispiele wie der Herzinfarkt zeigen, dass sich Krankheitssymptome bei Männern und Frauen stark unterscheiden können. Nachdem die Coronapandemie geschlechtsspezifische Unterschiede im Krankheitsverlauf von COVID-19 auf tragische Art deutlich gemacht hat, wird das Thema nun medial immer präsenter. Auch die Bundesregierung hat sich die Gendermedizin auf die Fahne geschrieben. Ende vergangenen Jahres haben sich acht medizinische Fakultäten in Nordrhein-Westfalen zu einem Netzwerk für geschlechtersensible Medizin zusammengeschlossen mit dem Ziel, diese fest in Lehre und Forschung zu verankern.

von Jocelyne Naujoks

Das aus dem Englischen stammende Wort „Gender“ ist mittlerweile auch aus dem deutschen Sprachraum nicht mehr wegzudenken. Gender-Pay-Gap, Gendersternchen oder Genderpolitik, das „soziale Geschlecht“ ist zum festen Bestandteil des politischen und gesellschaftlichen Diskurses geworden. Keine Überraschung also, dass auch die Medizin neben dem biologischen Geschlecht zunehmend das soziale Geschlecht in der Patientenversorgung berücksichtigt. Oder? „Wir wissen eigentlich schon sehr lange, dass Frauen und Männer teilweise unterschiedliche Symptome bei denselben Erkrankungen haben, oder dass manche Erkrankungen bei Frauen häufiger auftreten als bei Männern“, sagt Professor Dr. Petra Thürmann, Stellvertretende Ärztliche Direktorin des Helios Universitätsklinikums Wuppertal und Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Pharmakologie an der Universität Witten/Herdecke. Trotzdem wurde das Thema in der Medizin lange stiefmütterlich behandelt. „Das Wort Gendermedizin klingt sehr nach politischen Forderungen und nicht nach tatsächlicher Berücksichtigung von biologischen Fakten“, erklärt Thürmann. Wissenschaft sei zudem früher eine Männerdomäne gewesen und damit die Autoren medizinischer Lehrbücher überwiegend männlich. „Das hat den Blick für diese Thematik vermutlich nicht geschärft“, bemerkt die Pharmakologin. Mittlerweile gehe die geschlechtersensible Medizin über die Dichotomie von Frauen und Männern hinaus und nehme auch diverse Identitäten und Geschlechterrollen in den Blick, so Thürmann.

Diesem Urteil schließt sich auch Professor Dr. Sabine Oertelt-Prigione, Professorin für geschlechtersensible Medizin an der Universität Bielefeld, an: „Die gendersensible Medizin war immer auch ein politisches Thema. Sie entsprang der Frauengesundheitsbewegung und hatte als solche Befürworter, traf aber auch auf massive Widerstände.“ Letztendlich habe man in den vergangenen Jahren Fakten geschaffen, sagt Oertelt-Prigione, und damit die Politik überzeugt, das Thema ernst zu nehmen. So sollen laut Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP zukünftig geschlechtsbezogene Unterschiede in der Versorgung, bei Gesundheitsförderung und Prävention sowie in der Forschung besser berücksichtigt werden. Die Gendermedizin soll zudem Teil des Medizinstudiums werden und in die Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe integriert werden, so die Bundesregierung.

Ihren Ursprung hat die gendersensible Medizin in der kardiovaskulären Forschung der 1980er- und 1990er-Jahre in den Vereinigten Staaten. Ende der 1990er-Jahre schwappt sie dann nach Europa und ist seitdem vorrangig im Bereich der Kardiologie angesiedelt. Mittlerweile zögen andere Fachrichtungen wie die Onkologie und Neurologie nach, berichtet Oertelt-Prigione. In jüngster Zeit sei das Thema gesellschaftlich und auch medial sehr prä-



Foto: melita /stock.adobe.com

sent. Das führe dazu, dass auch in der Ärzteschaft das Interesse an gendersensiblen Inhalten steige.

Gendersensible Medizin muss Teil der Curricula aller Fachbereiche werden

Ende vergangenen Jahres gründeten Oertelt-Prigione und Thürmann gemeinsam mit sechs weiteren medizinischen Fakultäten in Nordrhein und Westfalen-Lippe das Netzwerk geschlechtersensible Medizin NRW mit dem Ziel, geschlechtersensible Medizin in die Curricula der medizinischen Fakultäten zu integrieren und die Forschung zum Thema voranzutreiben. Die Herausforderung dabei sei, geschlechtersensible Inhalte sinnvoll und an der richtigen Stelle in die Curricula der einzelnen Fachrichtungen zu implementieren, sagt Thürmann. Im Netzwerk wolle man sich dabei gegenseitig unterstützen und austauschen sowie Expertise bündeln.

„Unsere Idee ist, gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen aus den einzelnen Fachrichtungen gendersensible Themen in die bestehenden Lehrinhalte einzubauen, dafür Materialien zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen“, so Oertelt-Prigione. Aktuell gebe es in Deutschland zwei medizinische Fakultäten, die geschlechtersensible Medizin in die Pflichtlehre integriert haben, viele weitere bereiten sich darauf vor. Nach Oertelt-Prigiones Meinung braucht es dafür vor allem die Unterstützung der Fakultätsleitung. „Pflichtlehre passiert nicht von selbst. Im Medizinstudium wird sehr viel Stoff gelehrt. Neue Inhalte einzubringen, bedeutet oft auch, das andere weichen müssen.“

Für Thürmann, die das Institut für Pharmakologie am Wuppertaler Helios Klinikum leitet, braucht es vor allem eine Sensibilisierung für teilweise auch nur feine Unterschiede und den Willen, diese zu berücksichtigen. Sie sieht gerade bei den Studierenden großes Interesse und eine große Bereitschaft, sich des Themas anzunehmen. „In der täglichen Praxis werden Ärztinnen und Ärzte mit allen Geschlechtern konfrontiert und haben mehr oder weniger unbewusst ein sehr gutes Gefühl für diese Unterschiede“, sagt Thürmann. Wichtig sei nun, auch wissenschaftliche Fakten beizusteuern.

„Medizin ist nicht schwarz oder weiß“

„Bei vielen Erkrankungen werden Geschlechterunterschiede identifiziert. Wichtig ist zu schauen, wie groß diese Unterschiede sind und wie relevant sie für die klinische Behandlung sind“, bekräftigt Oertelt-Prigione. Die geschlechtersensible Medizin befinde sich dabei ständig auf einer Gratwanderung. Sie entkräfte Stereotype und mache sie sich gleichzeitig zunutze. Denn, betont Oertelt-Prigione, „Medizin ist nicht schwarz oder weiß“. Auch nicht alle Frauen und alle Männer seien gleich. Zudem veränderten sich Patientinnen und Patienten im Laufe der Zeit. So seien zum Beispiel frühere Generationen nicht mehr mit heutigen vergleichbar. Oertelt-Prigione beobachtet, wie sich

Geschlechterrollen heute viel stärker überlappen als noch ein oder zwei Generationen vorher. Damit veränderten sich auch Genderidentitäten. „In der gendersensiblen Medizin haben wir es einerseits mit biologischen Unterschieden zu tun. Auf der anderen Seite stehen soziale Dimensionen, also wie Menschen leben, kommunizieren, sich selbst verstehen und mit mir als Ärztin oder Arzt interagieren. Das kann wiederum Einfluss auf potenzielle biologische Unterschiede haben.“ Wie Medizin mit solchen Veränderungen umgeht und inwiefern die Versorgung damit verbessert werden kann, ist Oertelt-Prigione zufolge ebenfalls Teil der gendersensiblen Medizin.

Selbstverständlich sei eine gendersensible Medizin auch für Männer von Vorteil, sagt Thürmann. Das klassische Rollenverständnis spiele in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine große Rolle. Depressionen äußerten sich bei Männern zum Beispiel häufig anders als bei Frauen. Hinzu komme, dass Männer

„Die gesellschaftliche Diskussion über Geschlechteridentitäten, die über zwei Geschlechter hinausgeht, hat auch der geschlechtersensiblen Medizin nochmal Anschub gegeben.“



Professor Dr. Petra Thürmann, Mitbegründerin des Netzwerks geschlechtersensible Medizin und Ärztliche Direktorin des Helios Universitätsklinikums Wuppertal.
Foto: Helios/Michael Mutzberg

ihre Beschwerden auch anders kommunizierten, so Thürmann. „Möglicherweise werden Depressionen bei Männern seltener oder später erkannt, weil manche Äußerungen von Männern eben nicht als Depression oder Zeichen für eine Depression interpretiert werden. Gelegentlich dürfte anerzogene Tapferkeit den rechtzeitigen Gang zum Arzt oder zur Ärztin verhindern.“ Das Phänomen des männlichen Präventionsmuffels sei bekannt. Dennoch gehen laut Thürmann Ärztinnen und Ärzte davon aus, dass die kürzere Lebenserwartung von Männern im Vergleich zu Frauen nicht alleine biologisch begründet ist, sondern teilweise auf sozialen Rollenunterschieden beruht.

Frauen haben „untypische“ Symptome

„Letztendlich landen wir bei der personalisierten Medizin“, sagt Professor Dr. Burkhard Sievers. „Stellen wir uns beispielsweise eine zierliche, kleine, muskulöse Frau vor und daneben eine groß gewachsene, leicht übergewichtige Frau mit geringer Muskelmasse und hohem Fettanteil. Beide sind Frauen, bräuchten aber zum Beispiel unterschiedliche Medikamentendosierungen.“ Körpergröße und -bau, Gewicht, Muskelmasse oder Fettanteil, das alles spiele neben dem biologischen und sozio-ökonomischen Geschlecht in eine

personalisierte Medizin mit hinein, so Sievers. Der Chefarzt der Medizinischen Klinik I am Sana-Klinikum Remscheid ist zugleich stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin (DGeSGM). Die DGeSGM beschäftigt sich mit geschlechterabhängigen Beschwerden und damit, wie sich klinische Erscheinungsbilder, Diagnostik, Prävention und Krankheitsverläufe bei Männern, Frauen und Andersgeschlechtlichen unterscheiden. Die Gesellschaft setzt sich wie auch das neu gegründete Netzwerk für eine standardisierte und flächendeckende Einführung der geschlechterspezifischen Medizin in der Lehre ein. „Geschlechtsspezifische Unterschiede müssen direkt für jede Krankheit mitgelehrt werden“, bekräftigt Sievers. Auch in der Ausbildung des Medizinischen

gerschaftsdiabetes und -hypertonus. Risikofaktoren, über die Frauen von ihren Ärztinnen und Ärzten im Bezug auf Herz- und Gefäßerkrankungen meist noch nie befragt worden seien, so Sievers. Auch die Tatsache, dass Frauen, die rauchen, an Diabetes mellitus leiden oder viel Stress haben ein fast doppelt so hohes Risiko für Herz-/Kreislaufkrankungen haben als Männer bliebe weitestgehend unbeachtet. Allerdings beschäftigt sich die Gendermedizin nicht nur mit den Frauen. Männer sind bei einigen Erkrankungen unterdiagnostiziert und benachteiligt, so Sievers.

Fort- und Weiterbildung gendersensibel gestalten

Gendersensible Themen sind in Sievers' Abteilung regelmäßig Teil der wöchentlich stattfindenden Fortbildungen und der täglichen Visiten. „In den Visiten prüfen wir Beschwerden danach, ob sie auf geschlechtsspezifische Erkrankungen hinweisen. Speziell bei Patientinnen überprüfen wir, ob Medikamente auch bei niedrigerer Dosierung dieselbe Wirkung haben.“ Das reduziere Nebenwirkungen und erhöhe die Therapieerfolge, weiß Sievers. Wichtig sei daher, mit einer niedrigen Dosierung zu starten und diese langsam zu erhöhen, bis die gewünschte Wirkung erzielt sei.

Dem Internisten, Kardiologen, Angiologen und Gendermediziner zufolge sterben Frauen häufiger an Herzerkrankungen als Männer. Und sie sterben häufiger an Herzerkrankungen als an allen Krebserkrankungen zusammen. Ein Fakt, der für Erstaunen sorgte, aber vor allem Interesse weckte, sagt Sievers. Umso wichtiger ist es laut Sievers, die gendersensible Medizin auch fest in die Fort- und Weiterbildung zu integrieren. „Nur so können Ärztinnen und Ärzte auf das Thema aufmerksam werden“, so Sievers.

Klinische Studien müssen das Geschlecht berücksichtigen

In der Pharmakologie zeigen sich bei Frauen und Männern laut Thürmann deutliche Unterschiede bei der Verstoffwechslung von Arzneimitteln sowie Unterschiede in der Empfindlichkeit. Frauen verstoffwechseln manche Medikamente deutlich langsamer als Männer und litten dadurch eher an Nebenwirkungen. Das sei zum Beispiel beim häufig verwendeten Chemotherapeutikum 5-Fluoruracil oder dem Antidepressivum Venlafaxin der Fall. Nebenwirkungen wie eine QT-Verlängerung oder eine daraus resultierende Torsade-de-Pointes-Arrhythmie treten bei Frauen doppelt so häufig auf wie bei Männern. Die Arzneimittel-induzierte QT-Verlängerung mit lebensbedrohlichen Arrhythmien sei in den vergangenen zwanzig Jahren immer wieder Anlass für die Marktrücknahme verschiedener Medikamente gewesen, erklärt Thürmann. „Eine Analyse von Veröffentlichungen zu diesen Medikamenten ergab jedoch, dass in den klinischen Studien meist keine Frauen eingeschlossen wurden.“



Im Netzwerk geschlechtersensible Medizin will Professor Dr. Sabine Oertelt-Prigione gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen geschlechtersensible Medizin fest in den Curricula der medizinischen Fakultäten verankern.

Professor Dr. Sabine Oertelt-Prigione ist Professorin für geschlechtersensible Medizin an der Universität Bielefeld
Foto: Uni Bielefeld

Assistenzpersonals müssen geschlechtersensible Inhalte fest verankert werden, fügt er hinzu.

Im Gender-Herzzentrum in Remscheid (Gender-Herzzentrum | Kardiologie, Angiologie, Pneumologie & Intensivmedizin | Remscheid | Sana Kliniken AG) ist gendersensible Medizin bereits gelebte Praxis. Insbesondere bei Herz- und Gefäßerkrankungen gibt es deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Gerade Frauen litten unter geschlechtsspezifischen Herzerkrankungen, die häufig fehldiagnostiziert würden. Ein klassisches Beispiel dafür sei der Herzinfarkt. Frauen zeigten bei einem Herzinfarkt andere Symptome als Männer. „Untypische“ oder besser nicht die bekannten „männlichen“ Symptome. „Wer nur die klassischen Lehrbuchbeschwerden gelernt hat, schickt eine Frau mit einem Herzinfarkt wieder nach Hause“, berichtet Sievers.

„Auch bei den Grenzwerten für Bluthochdruck gibt es bis dato keine Unterscheidung zwischen Frauen und Männern.“ Dabei wiesen Studienergebnisse darauf hin, dass diese Werte für Frauen zu hoch angesetzt seien, so Sievers. Frauen müssten demnach bereits bei niedrigeren Werten medikamentös behandelt werden. Grund sei, dass die Blutdruckdifferenz über die Lebenszeit die spätere Entstehung von Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen beeinflusse, so Sievers.

Leider sind auch geschlechtsspezifische Risikofaktoren den meisten Ärztinnen und Ärzten und auch der Bevölkerung nicht hinreichend bekannt, so Sievers. Hierzu gehörten unter anderem ein später Beginn der ersten Regelblutung oder der Wechseljahre, Schwan-

Thürmann spricht sich daher dafür aus, Warnhinweise gezielt geschlechtersensibel zu formulieren und beispielsweise bei solchen Medikamenten deutlichere Warnungen für Frauen auszusprechen, eine EKG-Kontrolle zu empfehlen und gegebenenfalls geringere Dosierungen vorzuschlagen.

Frauen seien in klinischen Studien generell unterrepräsentiert. Grund dafür sei unter anderem, dass in der frühen Entwicklung neuer Medikamente häufig noch nicht bekannt sei, ob diese in der Schwangerschaft verträglich seien oder womöglich fruchtschädigend wirkten, so Thürmann. Entscheidend ist der Pharmakologin zufolge jedoch, diese Wissenslücke in den anschließenden großen klinischen Studien durch entsprechende Daten zu füllen. Doch auch heute noch würden Frauen bei manchen Indikationen seltener in Studien eingeschlossen als sie tatsächlich von der Erkrankung betroffen seien. Thürmann bemängelt auch, dass in Forschungsstudien noch immer auf eine geschlechtergetrennte Analyse von Forschungsdaten verzichtet werde. „Damit wird eine Chance zur Hypothesengenerierung vertan“, kritisiert die Wissenschaftlerin.

Dabei zeigen Thürmann zufolge Studien, dass Frauen sich prinzipiell eher bereit erklären, an klinischen Studien teilzunehmen als Männer, auch wenn sie bei aufwendigen und „riskant klingenden“ Untersuchungen zurückhaltender seien. „Möglicherweise wird dieser Aspekt aber auch von ärztlicher Seite aus

Professor Dr. Burkhard Sievers, Chefarzt der Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie, Nephrologie und Intensivmedizin am Sana-Klinikum Remscheid hat unter dem Titel „So heilt man heute. Die häufigsten Volkskrankheiten geschlechtsspezifisch besser behandeln“ (ZS Verlag) auch ein Buch zum Thema geschrieben.



Foto: Anke Dörschlein

verzerrt“, gibt Thürmann zu bedenken. Analysen zeigten, dass Ärzte Frauen seltener in ihre Studien einbeziehen als Ärztinnen dies tun. Darüber hinaus gebe es allerdings nur wenige Untersuchungen darüber, wie man Frauen und Männer geschlechtsspezifisch dazu motivieren könne, an einer klinischen Studie teilzunehmen, sagt Thürmann. „Vermutlich muss man in der Ansprache von weiblichen und männlichen Probanden genau wie in der generellen medizinischen Kommunikation mehr Rücksicht darauf nehmen, wie Sprache von den Geschlechtern wahrgenommen wird und wie man beide Geschlechter am besten erreicht und somit zu einer geschlechtersensiblen, informierten Einwilligung beitragen kann.“ **RA**

Abstoßungsreaktionen bei Transplantationen sind geschlechtsabhängig

Studien weisen darauf hin, dass das Risiko für Abstoßungsreaktionen bei Herztransplantationen höher ist, wenn ein sogenanntes „gender-mismatch“ besteht, also wenn Spender und Empfänger unterschiedlichen Geschlechts sind. Auch bei Lebertransplantationen gebe es Daten, die darauf hinweisen, dass das Risiko einer Abstoßung beziehungsweise eine Abstoßung abhängig vom Geschlecht des Spenders und des Empfängers ist, sagt Professor Dr. Arzu Oezcelik. Sie ist Leiterin des Bereichs Leberlebendtransplantationen und Viszerale Transplantation in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Essen, und forscht zu dem Thema. „Wir wollen geschlechtersensible Unterschiede in der Genexpression nach gender-matched und -mismatched Transplantationen analysieren, um genau diese Unterschiede besser zu erklären.“ Die Forschung zum Thema stecke momentan noch in den Kinderschuhen. Dennoch gebe es erste Hypothesen, erklärt Oezcelik, die auch an der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen lehrt: „Wir wissen bereits von früheren Untersuchungen zu anderen Themen, dass das Immunsystem geschlechtersensibel ist. Zum Beispiel erkranken Frauen viel häufiger an Autoimmunerkrankungen. Ausgehend von diesem Wissen, kann man vermuten, dass auch im Bereich der Transplantation das Risiko auf eine Abstoßung vom Geschlecht be-



Studien weisen darauf hin, dass das Geschlecht Einfluss auf das Risiko einer Abstoßung bei Transplantationen hat, sagt Professor Dr. Arzu Oezcelik, Leiterin des Bereichs Leberlebendtransplantationen und Viszerale Transplantation in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Essen.

Foto: Universitätsmedizin Essen

einflusst wird“, sagt Oezcelik. Sie ist zuversichtlich, dass geschlechtersensible Medizin in der Transplantationsmedizin zunehmend an Bedeutung gewinnt. „Das Thema hat eine klinische Relevanz in der Patientenversorgung und kann in der Transplantationsmedizin zu einer tatsächlichen Optimierung der Behandlungsergebnisse beitragen“, ist Oezcelik überzeugt.