

GESCHLECHTERSENSIBLE MEDIZIN

Der „kleine“ Unterschied

Melanie Czarnik

Der männliche Körper als medizinische Norm war lange eine gefährliche Prämisse in Forschung und Praxis. Wie diese strukturelle Blindheit die Diagnose- und Heilungschancen von Frauen beeinflusst, beleuchtete eine Konferenz im Februar in Luxemburg.

Stellen Sie sich vor, Ihre Freundin erzählt Ihnen, dass sie sich erschöpft fühlt und zu allem Überfluss ist ihr übel. Auch starke Kieferschmerzen habe sie, deren Ursprung sie sich nicht erklären kann. Zu welcher ärztlichen Fachperson raten Sie ihr? Hausärzt*in? Zahnärzt*in? Noch einmal von vorn: dieses Mal geht es um Ihren Freund statt Ihrer Freundin. Auch die Symptome sind andere: Enge in der Brust, Schmerzen, die in den linken Arm ausstrahlen. Wen empfehlen Sie? Oder haben Sie bereits den Notruf gewählt? In beiden Fällen handelt es sich um Symptome eines Herzinfarkts. Aber Hand aufs Herz: Hätten Sie es auch im ersten Fall vermutet?

Jedes Jahr steht am ersten Freitag im Februar, dem „Go-Red-for-Women-Day“ – einem weltweiten Aktionstag der „American Heart Association“ – der Herzinfarkt bei Frauen im Fokus. Mit roter Kleidung wird an diesem Tag darauf aufmerksam gemacht, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine der häufigsten Todesursachen bei Frauen sind. In Luxemburg waren sie 2024 nach Tumorerkrankungen die zweit-

häufigste Todesursache, lange Zeit gar die häufigste. Dass Frauen häufiger an den Folgen eines Herzinfarkts sterben als Männer, hat mehrere Gründe – nicht alle sind erforscht, einer davon ist allerdings die geringere Bekanntheit der Symptome.

Der Aktionstag war in Luxemburg Anlass für eine Konferenz unter dem Titel „Das biologische und das soziale Geschlecht berücksichtigen, um besser zu behandeln: eine Herausforderung für die öffentliche Gesundheit“, die am 9. Februar im Cercle Cité stattfand. In ihrem Grußwort machte Gleichstellungsministerin Yuriko Backes (DP) deutlich, worum es dabei grundsätzlich geht: „In der Praxis heißt es: Frauen sind keine kleinen Männer. Trotzdem werden Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern häufig ignoriert, heruntergespielt oder sogar geleugnet. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind dafür ein besonders eindrückliches Beispiel.“

Veranstaltet wurde die Konferenz von der „Amicale des patients de l'INCCI“ (Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle), die zu diesem Anlass die französische Neurobiologin Catherine Vidal eingeladen hatte. Vidal ist emeritierte Forschungsdirektorin am Institut Pasteur in Paris und Mitglied des Ethikrats des französischen Gesundheitsforschungsinstituts Inserm, wo sie die Arbeitsgruppe „Gender und Gesundheitsforschung“ leitet. Bereits 2020 war sie mit einem umfassenden Bericht zum Thema beauftragt, dessen Kernaussagen sie an diesem Montagabend vor einem überwiegend weiblichen Publikum vortrug.

Männerkrankheiten, Frauenkrankheiten

„Es ist wichtig, zwischen den Begriffen Gesundheitsunterschied und Gesundheitsungleichheit zu unterscheiden“, eröffnet Vidal. „Gesundheitsunterschiede sind mit dem biologischen Geschlecht verbunden, also mit allen Merkmalen, die mit männli-

chen und weiblichen Körpern zusammenhängen, wie Gene, Zellen, Organe, Hormone. Der Begriff der Gesundheitsungleichheit hingegen bezieht sich auf soziale, kulturelle und wirtschaftliche Faktoren, bei denen das Gender eine sehr wichtige Rolle spielt.“ So seien Frauen häufiger armutsgefährdet, machten öfter als Männer sexualisierte Gewalterfahrung und übernahmen das Gros an Care-Arbeit und Mental-Load. All diese Faktoren tragen dazu bei, dass zum Beispiel Erkrankungen wie Depressionen und Angsterkrankungen bei Frauen häufiger auftreten. „Das ist keine Frage von Hormonen“, sagt Vidal.

Auch gesellschaftliche Stereotype tragen zu sogenannten Frauen- und Männerkrankheiten bei, dabei gibt es nur in den seltensten Fällen Erkrankungen, wie zum Beispiel Endometriose oder Prostatakrebs, die nahezu ausschließlich ein biologisches Geschlecht treffen. Bei den meisten anderen tragen Vorurteile bei Ärzt*innen zu einem Diagnoseungleichgewicht bei. Während beispielsweise Autismus bei Jungen viel öfter und früher diagnostiziert wird, ordnen Fachpersonen die gleichen Symptome bei Mädchen oft ihrem Geschlecht zu. Mädchen seien eben manchmal „schüchtern“, und „zurückgezogen“. Hinzu kommt, dass dieselben Erkrankungen geschlechtsspezifische Symptome zeigen können, welche auf die soziale Rolle des jeweiligen Geschlechts zurückzuführen sind. Bei Frauen sind Symptome häufig „sozial angepasster“ und nach innen gerichtet, während Männer nach außen agieren. Wutausbrüche können beispielsweise bei Männern Anzeichen einer Depression sein, während Frauen das allgemein bekanntere Bild einer Depression mit Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit zeigen.

Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen kämen laut Vidal beide Faktoren zusammen. Nicht nur, dass die Symptome eines Infarktes bei Frauenherzen andere Symptome zeigen, bei Frauen verlaufen Infarkte auch häufiger schwerwiegender, was die Sterblich-

Der Fall „Digoxin“

Digoxin ist ein Medikament aus der Gruppe der Herzglykoside, das in der Natur in den Blättern des Roten Fingerhuts vorkommt. Es wird seit über 200 Jahren zur Behandlung von Herzinsuffizienz eingesetzt. Obwohl sich die Merkmale, die Ursachen und die Prognose der Herzinsuffizienz zwischen Männern und Frauen unterscheiden, wurden erst 2002 in einer Studie geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirkung des Medikaments untersucht. Das Ergebnis: Die Wirkung einer Digoxin-Therapie unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen. Während das Medikament bei Frauen mit einer bestimmten Form der Herzinsuffizienz das Sterblichkeitsrisiko erhöht, zeigt sich bei Männern ein solcher Unterschied nicht.

Frauen leiden häufiger
unter Nebenwirkungen von
Medikamenten als Männer.
Das Warum ist noch nicht
näher erforscht.



FOTO: TOWFIQ BARBHUIYA/UNSPASH

keit zusätzlich erhöht. Zudem gilt die Erkrankung noch immer als „Männerkrankheit“, auch bei Ärzt*innen. Gegenbeispiel ist die Osteoporose: „Osteoporose betrifft eine von drei Frauen und einen von fünf Männern. Dennoch betreffen 40 Prozent der osteoporotischen Hüftfrakturen Männer“, sagt Vidal. Der Grund: Die Erkrankung ist bei Männern gravierend unterdiagnostiziert, da sie als Krankheit menopausaler Frauen gilt.

Vorurteile dieser Art haben auch Auswirkungen auf sogenannte „Berufserkrankungen“, also solche Krankheiten, die nachweislich durch die berufliche Tätigkeit verursacht oder wesentlich begünstigt werden. Wird eine Krankheit offiziell als Berufserkrankung anerkannt, haben Betroffene Anspruch auf besondere Leistungen – etwa Entschädigungen, Renten oder eine spezifische Absicherung durch die Sozialversicherung. Die Kriterien zur Anerkennung sind jedoch historisch bedingt von männlich dominierten Berufen geprägt wie Bau, Industrie und Bergbau. Lebens- und Arbeitsrealitäten von Frauen werden hingegen nur selten abgebildet. So zeigte eine große Meta-Studie von 2018, dass Nacharbeit das Brustkrebsrisiko bei Frauen um 26 Prozent erhöht, dennoch dauerte es fünf Jahre, bis erstmals Brustkrebs bei einer Pflegekraft als Berufserkrankung anerkannt wurde.

Blinder Fleck in der Forschung

Die Ungleichbehandlung beginnt allerdings bereits einen Schritt vorher bei der Forschung. Besonders nach dem Contergan-Skandal in den 1960er-Jahren wurden Frauen aus pharmazeutischen Studien ausgeschlossen. 1977 empfahl die US-Arzneimittelbehörde FDA offiziell, „gebärfähige“ Frauen nicht in Phase-I- und frühe Phase-II-Studien einzubeziehen. Lange Zeit galt der „männliche Standard“ als Prototyp in der biomedizinischen Forschung. Selbst bei Tierversuchen sind 80 Prozent der Tiere männlich. Das FDA-Verbot wurde 1993 offiziell

wieder aufgehoben – seitdem müssen Frauen grundsätzlich einbezogen werden. „Über alle Krankheitsbilder hinweg liegen wir heute bei etwa 50 Prozent. Aber das Problem endet nicht dort.“ Immer noch gäbe es Lücken, vor allem bei bereits zugelassenen Medikamenten liegt der Anteil von Frauen in der Studie bei nur 30 Prozent. Darüber hinaus reiche es nicht, wenn die Hälfte der Studienteilnehmenden weiblich wäre, die Ergebnisse müssten dann auch geschlechtsspezifisch ausgewertet werden. Passiert dies nicht, kann es verheerende Folgen haben, wie der Fall „Digoxin“ zeigt (siehe Kasten). „Frauen haben doppelt so häufig Nebenwirkungen wie Männer“, sagt Catherine Vidal. Warum das so ist, ist bislang ungeklärt: „Man weiß noch sehr wenig darüber.“

Vor diesem Hintergrund formuliert der Bericht, an dem Vidal mitwirkte, mehrere Handlungsempfehlungen. Geschlecht und Gesundheit sollen systematisch in die Aus- und Weiterbildung von medizinischem und pflegerischem Personal integriert werden, einschließlich einer Sensibilisierung für Gewalterfahrungen als Gesundheitsfaktor, der bei der Diagnosestellung berücksichtigt werden sollte. Zudem schlägt der Bericht eine eigenständige, interdisziplinäre Forschungsstruktur vor. Die soll biomedizinische, klinische sowie sozial- und gesundheitswissenschaftliche Perspektiven zusammenführen. Weitere Punkte betreffen einen verbesserten Zugang zur Versorgung für prekär lebende Frauen sowie mehr Parität in Leitungspositionen im Gesundheitswesen und in der Forschung.

Eine Frage der Intersektionalität

Viele der Ergebnisse und Empfehlungen decken sich mit denen der „Gender Matters in Health“-Studie, die das „Luxembourg Institute of Health“ letztes Jahr im Auftrag des Gleichstellungsministeriums veröffentlichte. Wichtigste Erkenntnis: Die sozioökonomische Lage wirkt als Verstärker. Das heißt, dass sich Geschlechterunterschiede nicht isoliert zeigen, sondern im Zusammenspiel mit Einkommen, Bildung, Erwerbsstatus und Migration. Besonders betroffen sind jene Gruppen, bei denen sich Geschlecht mit sozialer Benachteiligung überlagert. So zeigen sich die größten Unterschiede etwa bei älteren, sozial isolierten Frauen mit Mehrfacherkrankungen sowie bei jungen Frauen mit niedriger Bildung oder Migrationshintergrund, die deutlich häufiger von depressiven Symptomen berichteten. Auf der anderen Seite weisen Männer – insbesondere solche mit niedriger Bildung oder instabiler Erwerbssituation – häufiger riskante Gesundheitsverhaltensweisen auf und nehmen Vorsorgeangebote seltener in Anspruch, was sich ebenfalls negativ auf ihre Gesundheit auswirkt.

Aus diesen Befunden leiten sich konkrete Ansatzpunkte ab. Sowohl der französische Bericht als auch die Luxemburger Studie plädieren dafür, Geschlecht nicht als Randthema, sondern als systematische Analysekategorie in Forschung, Lehre und Versorgung zu verankern. Dazu gehört, medizinisches Personal bereits in der Ausbildung für geschlechtsspezifische Unterschiede und soziale Einflussfaktoren

zu sensibilisieren und Daten konsequent geschlechtsspezifisch auszuwerten. Außerdem sollte interdisziplinäre Forschung, die biologische, klinische und sozialwissenschaftliche Perspektiven zusammenführt, gestärkt werden. Zudem wird angeregt, Gesundheitsdaten künftig nicht ausschließlich binär zu erfassen, sondern auch nichtbinäre und genderdiverse Personen systematisch einzubeziehen, da diese bislang in großen Erhebungen kaum abgebildet sind.

Die Autor*innen verweisen auf strukturelle Fragen: Wer hat Zugang zu Vorsorge und Behandlung? Wer wird wie in Studien erfasst? Und wie können Präventionsstrategien so gestaltet werden, dass sie unterschiedliche Risikoprofile berücksichtigen? Wenn das Gesundheitssystem seinem Anspruch genüge tun und evidenzbasiert arbeiten will, müssen sich alle Akteur*innen in Praxis und Politik diesen Fragen stellen. Geschlechtersensible Medizin ist keine Spezialdisziplin, sondern Querschnittsaufgabe aller medizinischen Disziplinen.