

SWR2 Wissen

Gendermedizin – Frauen sind anders krank

Von Volkart Wildermuth

Sendung vom: Mittwoch, 7. Juni 2023, 08.30 Uhr
(Erstsendung: Mittwoch, 11. November 2020, 08.30 Uhr)
Redaktion: Sonja Striegl
Regie: Andrea Leclerque
Produktion: SWR 2020 / 2023

Frauen leiden mehr als Männer unter Osteoporose, Depressionen und Autoimmunkrankheiten. Ihr Herz reagiert bei einem Infarkt anders. Trotzdem leben sie deutlich länger als Männer.

SWR2 Wissen können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter www.SWR2.de und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören – oder als **Podcast** nachhören:
<https://www.swr.de/~podcast/swr2/programm/swr2-wissen-podcast-102.xml>

Bitte beachten Sie:

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

Die SWR2 App für Android und iOS

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...
Kostenlos herunterladen: www.swr2.de/app

MANUSKRIFT

O-Ton 01 - Umfrage:

VW: Wissen Sie, was Gendermedizin ist? Gendermedizin? Ich wusste nicht, dass es da Specials gibt. // Hat bestimmt was mit der Gesellschaft zu tun, vermute ich mal. // Mann, Frau oder dazwischen. // Wie Gendertoilette gemischt, keine Ahnung. // Das ist geschlechtsunabhängige Medizin, glaube ich. // Klingt jedenfalls nicht gut. Es gibt ja immer wieder was Neues. // Eine Medizin, die sich um Männer und Frauen gleichzeitig kümmert.

Ansage:

„**Gendermedizin – Frauen sind anders krank**“. Von Volkart Wildermuth.

Sprecherin:

Vor 15 Jahren ist Vera Regitz-Zagrosek zum ersten Mal klar geworden, dass Frauen und Männer unterschiedlich erkranken und behandelt werden.

O-Ton 02 - Vera Regitz-Zagrosek:

Ich habe angefangen mich für Gendermedizin zu interessieren, als ich als Oberärztin in der Kardiologie tätig war. Und da sehr viele Patientinnen und Patienten gesehen habe, und gesehen haben, dass uns die Frauen fehlten.

Sprecherin:

Und das, obwohl es um Herzinfarkte ging, um Leben und Tod. Wo waren die kranken Frauen? Jedenfalls nicht da, wo sie hingehört hätten, im Herzzentrum. Sie waren zuhause, sie waren beim Allgemeinarzt, vielleicht waren sie in der Klinik, aber dann eben nicht in der Notaufnahme. Und das heißt: viele dieser Frauen starben, bevor ihr Problem, ein Herzinfarkt, überhaupt erkannt wurde. Denn ein und dieselbe Krankheit erleben Männer und Frauen sehr unterschiedlich.

O-Ton 03 - Umfrage:

VW: Wissen Sie, welche Herzinfarktsymptome bei Frauen auftreten? **Frau:** Kribbeln im linken Arm?

Sprecherin:

Der sogenannte „Vernichtungsschmerz“ auf der linken Seite, der bis in den Arm ausstrahlt und Todesangst auslösen kann. Das männliche Leitsymptom:

O-Ton 03 - Umfrage weiter:

Wahrscheinlich die gleichen, wie beim Mann. // Die Symptome sind etwas anders. Bei Frauen fängt das an mit Magenschmerzen; Übelkeit. deswegen wird es ja so schlecht erkannt. Bei Männern ist es einfacher. // Ich treibe viel Sport und arbeite darauf hin, dass ich so etwas nicht bekomme. // Atmungsprobleme, dass die Lunge ein bisschen wehtut, aber nicht wirklich das Herz.

Sprecherin:

Die weiblichen Herzinfarktsymptome sind: starkes Unwohlsein, Schmerzen auch im Rücken oder Bauch, eher rechts. Übelkeit, Schwindel, Erschöpfung.

O-Ton 03 - Umfrage weiter:

Da kommt ein Normalmediziner wahrscheinlich nicht immer gleich drauf.

Sprecherin:

Jetzt schnell 112 wählen. Dafür müsste Frau die Symptome kennen. Kennen aber viele Frauen nicht und auch das medizinische Personal ist hier nicht immer sattelfest. Konsequenz: Der weibliche Herzinfarkt wird später erkannt und später behandelt. Vera Regitz-Zagrosek und andere Ärztinnen wollten das nicht länger hinnehmen. Ihr Ziel: Geschlecht aus der Nische der Gynäkologie und Andrologie herauszuholen. 2007 gründeten sie an der Charité Berlin das „Institut für Geschlechterforschung in der Medizin“.

O-Ton 04 - Vera Regitz-Zagrosek:

Gendermedizin müsste man eigentlich korrekterweise bezeichnen als „sex und gender sensible“ Medizin.

Sprecherin:

Gendermedizin beleuchtet beides: Sex, also das biologische Geschlecht, und Gender, die vielfältigen sozialen Geschlechterrollen. 15 Jahre lang hat Vera Regitz-Zagrosek das Institut geleitet und die deutschlandweit einzige Professur für „Frauenspezifische Gesundheitsforschung“ innegehabt. Vor kurzem übernahm Prof. Gertrud Stadler beide Funktionen.

O-Ton 05 - Gertrud Stadler:

Die Gendermedizin ist eine Medizin, die Geschlecht immer mitbedenkt. Und zwar in allen Phasen und in allen Aufgaben, die wir in der Medizin haben. Also von der Prävention über die Diagnostik von chronischen Erkrankungen über die Behandlung bis zur Nachsorge.

VW:

Und warum ist das nötig? Frauen leben länger in Deutschland!

Gertrud Stadler:

Ja, es kommt immer auf die Erkrankung an. Das heißt, bei bestimmten Erkrankungen haben Frauen Nachteile im Gesundheitssystem, weil sie einerseits wenig erforscht sind bisher. Andererseits ist es wirklich so, dass Männer in Deutschland eine wesentlich geringere Lebenserwartung haben als Frauen, und wir uns da auch dafür interessieren, besonders Männer mit niedrigen sozialen Lebenschancen.

Sprecherin:

Von Gendermedizin profitieren also keineswegs nur Frauen. Aber bei ihnen gibt es den größeren Nachholbedarf. 2021 erschien eine Analyse der Forschungsförderung in den USA. Die Wissenschaftler haben verglichen, wie viele Menschen eine Krankheit betraf, und wie hoch die Finanzierung der entsprechenden Studien lag. Das Ergebnis: Leiden wie Migräne oder Angststörungen, die vor allem Frauen betreffen, erhalten deutlich weniger Geld als AIDS oder Drogenmissbrauch. Hier sind die meisten Patienten männlich.

Musikakzent

Sprecherin:

Frauen haben mehr mit Osteoporose zu kämpfen, leiden häufiger an Depressionen, sind anfällig für Autoimmunleiden, der Herzinfarkt prägt sich im weiblichen Herz anders aus. Männer sind vermehrt in Unfälle verwickelt, erkranken eher an einer Schizophrenie, haben ein höheres Suizidrisiko, können Bakterien und Viren weniger entgegensetzen. Vor allem leben sie kürzer, in Deutschland derzeit im Schnitt fünf Jahre. Frauen mögen weniger Muskeln haben, medizinisch gesehen sind sie das starke Geschlecht. Das bemerkte auch der amerikanische Arzt und Forscher Sharon Moalem schon während seiner Ausbildung.

O-Ton 06 - Sharon Moalem:

When I was in the new neonatal intensive care ... stronger sex physically.

Übersetzer:

Als ich auf der Neugeborenen-Intensivstation war, hatten die weiblichen Babys einen Überlebensvorteil, die männlichen waren anfälliger. Das widersprach allem, was ich gelernt hatte, nämlich, dass Männer körperlich stärker sind.

Sprecherin:

Bei Neugeborenen ist der Einfluss der Umwelt noch sehr begrenzt. Der Vorteil der weiblichen Babys lag also nicht auf dem Feld von Gender, der Gesellschaft, sondern auf dem von Sex, der Biologie. Und da gibt es einen ganz grundlegenden Geschlechtsunterschied.

O-Ton 07 - Sharon Moalem:

Women are endowed with two X chromosomes ... only have one.

Übersetzer:

Frauen haben zwei X-Chromosomen, das gibt ihnen einen Riesenvorteil gegenüber Männern.

Sprecherin:

Männer haben nur ein X- und dafür noch ein Y-Chromosom. Aber das Y-Chromosom ist viel kleiner. Es enthält nur 86 Gene, die vor allem die Entwicklung Richtung Mann anstoßen. Auf dem X-Chromosom liegen dagegen um die 2.000 Gene. Wichtige Gene, die unter anderem das Immunsystem und die Gehirnentwicklung beeinflussen. Doch Frauen sind hier nicht einfach nur quantitativ besser aufgestellt als Männer. Es gibt auch einen wichtigen qualitativen Unterschied: die beiden X-Chromosomen einer Frau sind nicht identisch. In seinem aktuellen Buch „Das stärkere Geschlecht“ erklärt Sharon Moalem, warum das die wahre weibliche Superkraft darstellt.

O-Ton 08 - Sharon Moalem:

Women are actually a mosaic. ... in every country around the world.

Übersetzer:

Jede Frau ist ein Mosaik. Die eine Hälfte Ihrer Zellen verwendet das X-Chromosom, das sie von der Mutter geerbt hat, die andere Hälfte das väterliche. Meine Immunzellen sind alle identisch, tragen dasselbe X- und Y-Chromosom. Das heißt,

sie nutzen dieselben Werkzeuge, um etwa das Coronavirus zu bekämpfen. Eine Frau dagegen hat zwei X-Chromosomen. Auf einem sind vielleicht Gene, die das Coronavirus besonders gut erkennen können. Und auf dem Anderen Gene, die es effektiver abtöten. In Frauen können diese Zellen mit ihren unterschiedlichen aktiven X-Chromosomen Hand in Hand arbeiten, daraus resultiert ein Überlebensvorteil. Das beobachten wir ja gerade überall auf der Welt.

Sprecherin:

In den Krankenhäusern lagen etwa gleichviele weibliche und männliche COVID-19 Patienten. Aber Männer starben deutlich häufiger an Corona. Ähnliches gilt auch für andere Infektionskrankheiten.

Das stärkere weibliche Immunsystem geht offenbar effektiver gegen Krebsvorstufen vor. Eine wahre Superkraft. Doch wie im Comic hat jede Superheldin auch eine Schwachstelle.

O-Ton 09 - Sharon Moalem:

The costs that women pay for their genetic superiority ... autoimmune disease in women.

Übersetzer:

Frauen zahlen einen hohen Preis für ihre genetische Überlegenheit und das sind die Autoimmunkrankheiten, die treten bei Frauen häufiger auf. Bei Lupus, einer Rheumaform, kommen auf jeden männlichen Patienten neun weibliche. Bei der Multiplen Sklerose ist das Verhältnis eins zu vier. Das aggressivere weibliche Immunsystem hat die Neigung auch den eigenen Körper anzugreifen. Frauen sind ein Mosaik. Manchmal halten die einen Immunzellen die anderen Körperzellen fälschlich für fremd, greifen sie an und lösen so eine Autoimmunkrankheit aus.

Sprecherin:

Frauen haben in jedem Alter eine höhere Lebenserwartung als Männer. Aber unter anderem wegen der Neigung zu Autoimmunkrankheiten muss das nicht automatisch mit einer besseren Lebensqualität einhergehen. Bei COVID-19 starben Frauen seltener als Männer, entwickeln aber doppelt so häufig Spätfolgen. Auch die Symptome und Hintergründe von Long-COVID unterscheiden sich je nach Geschlecht. Männer behalten von der Erkrankung häufiger Organschäden zurück. Frauen kämpfen eher mit Schmerzen, kognitiven Problemen oder einer Belastungsintoleranz bis hin zum chronischen Erschöpfungssyndrom ME/CFS, der schwersten Ausprägung von Long-COVID. Es gibt Hinweise, dass dahinter Fehlregulierungen des Immunsystems stehen. Und dass deshalb Frauen mit ihren zwei X-Chromosomen besonders anfällig sind.

Musikakzent

Sprecherin:

Die Unterschiede im weiblichen und männlichen Immunsystem zeigen sich auch im Gehirn. Das entdeckte Dr. Marcus Semtner vom Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin in Berlin-Buch. Aus Neugier hatte er seine Versuchsmäuse einmal getrennt nach Geschlechtern untersucht.

O-Ton 10 - Marcus Semtner:

Das Aussehen der Immunzellen war unterschiedlich zwischen Männchen und Weibchen signifikant, nicht in allen Hirnregionen, aber in manchen. Die Immunzellen haben eben auch auf bestimmte Stimuli unterschiedlich stark reagiert. Das haben wir auch gemessen. Und das war ein signifikanter Unterschied zwischen Männchen und Weibchen.

VW:

War das erwartet gewesen, dass sich dieser Aspekt unterscheidet?

Marcus Semtner:

Nein, wir haben es nicht geahnt. Und ich muss auch ehrlich gestehen: Ich hätte es nicht gedacht, dass das so ist. Aber es war so. Erstaunlicherweise haben sehr viele Kollegen gesagt: Ja, ich habe das schon immer geahnt, dass Männchen und Weibchen unterschiedlich sind. Neu ist im Prinzip, dass man das auch auf molekularer und zellulärer Ebene tatsächlich signifikant unterscheiden kann. Das ist halt schon sehr spannend.

Sprecherin:

Solche detaillierten Studien zu den Unterschieden zwischen Mann und Frau sind selten. In einem anderen Gebäude des Max-Delbrück-Zentrums konnte Henrike Maatz Proben untersuchen, die aus Spenderherzen stammten, die für eine Transplantation nicht geeignet waren.

O-Ton 11 - Henrike Maatz:

Dabei haben wir sieben männliche und sieben weibliche Herzen miteinander verglichen und haben festgestellt, dass es in weiblichen Herzen anscheinend mehr Kardiomyozyten, also Herzmuskelzellen, gibt als in den männlichen Herzen. Das hat uns überrascht, weil weibliche Herzen sind vom Gewicht und von der Größe her eigentlich kleiner. Und die Herzmuskelzellen sind der größte Zelltyp im Herzen. Und diesen Unterschied zu beobachten, hat uns schon stutzig gemacht, würde aber dazu passen, dass die weiblichen Herzen weniger anfällig sind für Herzerkrankungen, dass das weibliche Herz da einfach besser ausgestattet ist im Sinne von Kraftproduktion als die männlichen Herzen.

Sprecherin:

Wobei manche Formen des Herzinfarktes eher bei Frauen auftreten. Es gibt hier also einen graduellen Vorteil, wie meist in der Gendermedizin. Solche scheinbar kleinen Unterschiede bieten Ansatzpunkte für eine bessere Behandlung, zumindest theoretisch. Bei Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder Cholesterinspiegel schneiden jüngere Frauen besser ab. Aber der schützende Einfluss von Östrogen verschwindet nach den Wechseljahren. Ab diesem Alter sollten also die Blutwerte kontrolliert und bei Bedarf z. B. Cholesterinsenker verschrieben werden. Nur ist das vielen Frauen und oft auch dem medizinischen Personal nicht bekannt.

Musikakzent

Sprecherin:

Sex oder die Biologie spielt also eine große Rolle, wenn es darum geht, die Geschlechtsunterschiede bei den Krankheitsrisiken zu erklären. Aber nicht umsonst trägt die Gendermedizin „Gender“ im Namen, denn auch die gesellschaftlichen Rollenvorstellungen haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit. Vera Regitz-Zagrosek erklärt auch das am aktuellen Beispiel COVID-19.

O-Ton 12 - Vera Regitz-Zagrosek:

Wir sehen auch, dass seit dem Lockdown die Frauen sich häufiger infiziert haben. Das mag daran liegen, dass sie häufiger in Pflege-Tätigkeiten unterwegs sind und Berufstätigkeiten haben, die notgedrungen mit Kontakten mit anderen Menschen einhergehen.

Sprecherin:

Die Gesellschaft beeinflusst auf vielen Ebenen das Verhalten und damit, ob Menschen gesund bleiben oder woran sie erkranken. Es geht um Genderidentität: Fühle ich mich wohl in meinem Körper und werde anerkannt, als Frau, als Mann? Es geht um Rollenbilder: Frauen sind angeblich Familienmenschen, Männer Arbeitstiere. Es geht um institutionelle Diskriminierung: Frauen fehlen in Führungspositionen und im gleichen Job verdienen Männer mehr. All diese Aspekte von Gender haben auch eine gesundheitliche Dimension. Frauen warten länger auf einen Termin beim Arzt. Männer gehen erst gar nicht hin, verdrängen scheinbare Wehwehchen. Oft sind es erst die Partnerinnen, die sie zum Doktor schicken und später auf die Einnahme der Medikamente achten. Und wenn Frau oder Mann beim passenden Facharzt oder der passenden Fachärztin sind, dann wirken die Geschlechterstereotype weiter, berichtet Gertrud Stadler.

O-Ton 13 - Gertrud Stadler:

Bei Frauen besteht das Risiko, Beschwerden und Erkrankungen eher einer psychischen Ursache zuzuschreiben und dann vielleicht auch die körperlichen Ursachen weniger abzuklären. Während es bei Männern genau umgekehrt ist. Dass man eher nach körperlichen Ursachen sucht und dann die psychischen Ursachen übersieht.

Sprecherin:

Ein Teil der männlichen Suizide könnte wohl verhindert werden, wenn Mann und Arzt schneller an eine Depression denken würden. Und immer noch werden Bauchbeschwerden bei Frauen erst mal als psychosomatisch abgetan, obwohl vielleicht ein Geschwür oder eine chronische Entzündung dahintersteckt. Solche Ungleichgewichte versucht die Gendermedizin anzugehen. Nicht nur in Diagnose und Therapie sind Geschlechterrollen mächtig, sondern auch in der Prävention, betont Gertrud Stadler.

O-Ton 14 - Gertrud Stadler:

Zum Beispiel diese Idee, dass Gemüse zu essen eher weiblich ist und Schnitzel oder ein Steak zu essen, eher männlich konnotiert ist. Das scheint wirklich sich aufs tägliche Verhalten auszuwirken. Schon allein die Beschäftigung mit der Gesundheit ist ja eher weiblich konnotiert.

Sprecherin:

Am Institut für Geschlechtermedizin an der Berliner Charité sollen Studien zeigen, wie sich Männer und Frauen jeweils am effektivsten zu einer gesunden Ernährung motivieren lassen.

O-Ton 15 - Gertrud Stadler:

Ich habe auch mal in der Herz-Kreislauf-Reha versucht, sozusagen eine Intervention mit Männern zu gestalten. Und habe sie gefragt: Was könnten denn so Schritte bei Ihnen zur gesunden Ernährung sein? Dann hat mir so ein Patient gesagt: Ja Frau Stadler, da fragen Sie am allerbesten meine Frau, weil die macht ja das alles mit unserer Ernährung. Und das heißt, es ist viel mehr Aufklärung notwendig. Wobei es bei den jüngeren Männern jetzt besser wird.

Sprecherin:

Basiswissen, das ist der Ansatzpunkt der Prävention bei Männern – natürlich nur im Durchschnitt. Frauen sind dagegen – Dank all der Diäten-Lektüre – meist gut informiert. Problematisch ist bei ihnen die Umsetzung der guten Vorsätze. Dabei müssten Präventionsprogramme helfen.

Musikakzent**Sprecherin:**

Die Gendermedizin will Prävention, Diagnose und Behandlung für Männer und Frauen verbessern. Das ist leichter gesagt als getan, es fehlen oft schlicht die einfachsten Daten. Lange Zeit wurde in medizinischen Studien der Einheitsmensch untersucht: jung, weiß und vor allem männlich. Die Ergebnisse wurden einfach auf den Rest der Bevölkerung übertragen, Dosierungen für Medikamente Pi mal Daumen angepasst. Selbst wo man Frauen und Männer untersuchte, wurden die Ergebnisse häufig nicht getrennt aufbereitet, so dass sich wichtige Unterschiede in einem Daten-Einheitsbrei auflösen, beklagt Gertrud Stadler.

O-Ton 16 - Gertrud Stadler:

Man weiß eigentlich gar nicht, wo die großen Geschlechterunterschiede sind und wo die Geschlechterunterschiede klein sind. Da gibt's noch ein Datenproblem.

Sprecherin:

Das gilt umso mehr für Personen, die sich nicht in die Kategorien Mann oder Frau einordnen lassen, sondern sich einem dritten Geschlecht zuordnen. Hier sieht Gertrud Stadler ein wichtiges Aufgabengebiet für die Zukunft. Derzeit konzentriert sich die Gendermedizin jedoch auf traditionelle Geschlechtsunterschiede.

O-Ton 17 - Gertrud Stadler:

Wir denken, dass es in vielen Bereichen eine große Rolle spielt. Bei Osteoporose zum Beispiel ist es so, dass es als typische Erkrankung von Post-Menopausalen Frauen gilt. Während aber Männer auch eigentlich ein sehr hohes Osteoporose-Risiko haben und das selber gar nicht vermuten, dann weniger Diagnostik suchen. Das wird dann auch weniger diagnostiziert und wird dann auch weniger behandelt bei Männern.

Sprecherin:

Vera Regitz-Zagrosek verweist auf eine Studie zu einem neuen Medikament für Herzinfarkte, veröffentlicht im November 2019 im renommierten New England Journal of Medicine. 80 Prozent der Probanden waren männlich, 20 Prozent weiblich. Es gab also Daten zu den Unterschieden der Geschlechter, doch die wurden im Hauptartikel gar nicht diskutiert.

O-Ton 18 - Vera Regitz-Zagrosek:

Nur wenn man dann ganz ins Kleingedruckte schaut, in das elektronische Supplement, dann sieht man, dass bei der Frauengruppe überhaupt keine Risikoreduktion war. Die Substanz hat bei Frauen schlichtweg nicht gewirkt.

Sprecherin:

Nur: Welcher Arzt hat die Zeit, das Kleingedruckte zu lesen? Bei den klinischen Studien muss die Gendermedizin offenbar noch viel Aufklärungsarbeit leisten. Und auch schon vorher, bei den Tierversuchen. Die Grundlagenforscher bevorzugen männliche Mäuse, das hat eine Untersuchung aus dem Jahr 2009 klar für die Pharmakologie belegt. Mäusemänner haben keinen Hormonzyklus. Und davon versprechen sich die Forscher eindeutige Ergebnisse. Ein Vorurteil, das der praktischen Prüfung nicht standhält.

O-Ton 19 - Sarah Jeuthe:

Es gibt eine Studie, die in 2019 publiziert wurde, die genau das zeigt, dass die weiblichen Tiere natürlichen Variabilität durch ihren sexual Zyklus haben, die aber auch die männlichen Tiere mal genauer anguckt und da herausgefunden hat, dass je nachdem, wie die männlichen Tiere gehalten werden – in der Regel werden die in Gruppen gehalten und sind, sozialisiert, das heißt, sie bilden eine Hierarchie aus und haben dadurch unterschiedlich hohe Testosteronspiegel – dass die Variabilität, die diese männlichen Tiere haben, eigentlich die Variabilität, die die weiblichen Tiere durch den Sexualzyklus haben, ausgleicht in dem Sinne.

Sprecherin:

Sarah Jeuthe ist Tierärztin und betreut als eine der Tierschutzbeauftragten am Max-Delbrück-Centrum eine der größten Versuchstierhaltungen in Berlin. Hier hat auch Marcus Semtner seine Versuche zu den Immunzellen im Gehirn weiblicher und männlicher Mäuse gemacht. Wie immer stand am Anfang des neuen Experimentes die Suche in der Literatur: Was ist bekannt?

O-Ton 20 - Marcus Semtner:

Erstaunlicherweise ist in sehr vielen alten Studien das gar nicht spezifiziert worden. Da steht einfach nur: „Die haben die und die Mäuse verwendet“, aber keine Informationen darüber, ob das jetzt männliche oder weibliche Tiere waren.

Sprecherin:

Geschlecht war ganz offenbar keine relevante Kategorie, wurde nicht mitbedacht. Marcus Semtner hofft mit seinen Mäuseversuchen letztendlich Ansatzpunkte für die Alzheimer-Therapie zu finden. Die soll dann irgendwann Männern und Frauen helfen. Bedeutet das, dass mehr Versuchstiere benötigt werden?

O-Ton 21 - Marcus Semtner:

Wir haben also nach diesen ersten Befunden aus dieser besagten Studie gesagt: Wir müssen das immer getrennt machen, dass wir Männchen und Weibchen uns wirklich getrennt angucken. Weil man das nicht voraussagen kann, wie da die Unterschiede sind.

Sprecherin:

Damit verdoppelt sich die Zahl der Versuchstiere, aber dafür spiegeln die Ergebnisse die Realität beider Geschlechter wider. Aus Bequemlichkeit nur männliche Versuchsmäuse einzusetzen, das geht inzwischen schon allein aufgrund der rechtlichen Vorgaben für Tierversuche nicht.

O-Ton 22 - Sarah Jeuthe:

Weil eindeutig in den Anträgen für die Versuchstiere sozusagen dargelegt werden muss, von dem Forscher auf wissenschaftlicher Basis: Welche Tiere? Und dazu gehört auch: welches Alter haben die Tiere? Welches Geschlecht haben die Tiere? Darlegen muss, was er braucht, um seinen Versuchsziel zu erreichen. Und nur das bekommt er auch genehmigt. Und dann wird das auch hinterfragt von den Behörden oder auch von uns als Tierschutzbeauftragte.

Sprecherin:

Betont Sarah Jeuthe. Wer Therapien für Frauen und Männer entwickeln will, der muss auch an weiblichen und männlichen Mäusen forschen. Die Bestimmungen sind da, aber bis sich wirklich überall auch die Versuchspraxis ändert, wird es wohl dauern. Vielleicht bis eine neue Generation von Forscherinnen und Forschern das Ruder in den Laboren übernimmt. Derweil greifen die Mediziner für ihre Behandlungen nach wie vor auf ältere Studien zurück, in denen noch ganz selbstverständlich der Mann oder der Mäuserich das Maß aller Dinge war.

O-Ton 23 - Vera Regitz-Zagrosek:

Ich meine, es ist doch ein Skandal, wenn man weiß, dass der Zyklus die Arzneimittel-Wirkung beeinflusst, dann können wir doch nicht unsere Arzneimittel an Tieren ohne Zyklus entwickeln und sie dann Frauen mit Zyklus verabreichen. Das ist wirklich eigentlich fast schon zynisch, finde ich.

Sprecherin:

Für die renommierte Gendermedizinerin Vera Regitz-Zagrosek sind das keine Nebensächlichkeiten, denn der männliche Blick zumindest in der früheren Pharmaentwicklung hat extreme Konsequenzen: Nebenwirkungen von Medikamenten sind bei Frauen doppelt so häufig wie bei Männern. Und da geht es nicht nur um Kopfweh, sondern zum Teil um lebensbedrohliche Symptome. In den USA schätzen Experten, dass Medikamentennebenwirkungen die vierthäufigste Todesursache sind, noch vor Lungenkrankheiten oder Diabetes. Der amerikanische Arzt und Bestseller-Autor Sharon Moalem.

O-Ton 24 - Sharon Moalem:

It could be that a third or maybe half ... separate approval process.

Übersetzer:

Ein Drittel oder vielleicht sogar die Hälfte der Medikamente, die wir Ärzte verschreiben, haben bei Männern und Frauen unterschiedliche Effekte. Und wir wissen das nicht einmal, denn diese Informationen sind keine Voraussetzung für die Zulassung. Eigentlich bräuchten wir getrennte Zulassungsverfahren für Frauen und Männer.

Sprecherin:

Dagegen schreibt der Verband der forschenden Arzneimittelhersteller in einem Positionspapier aus dem Juli 2020, dass alle bisherigen Studien gezeigt hätten, dass es zwar statistische Geschlechtsunterschiede gäbe, diese aber so klein seien, dass sie in aller Regel keine praktischen Konsequenzen für die Dosierung der Arzneimittel hätten. Nichtsdestotrotz verlangt das deutsche Arzneimittelgesetz seit 2004, dass Frauen und Männer in den großen Studien jeweils getrennt zu untersuchen sind. Nur sind die meisten der heute verordneten Medikamente schon vor 2004 zugelassen worden. Ob sie bei Frauen besondere Nebenwirkungen hervorrufen, ist daher häufig nicht bekannt. Und viele Ärzte und auch Ärztinnen haben das Problem noch gar nicht auf dem Schirm, fürchtet Vera Regitz-Zagrosek.

O-Ton 25 - Vera Regitz-Zagrosek:

Das hat mir ein hoher Pharmaboss mal so gesagt, dass es für die Ärzte zu kompliziert sei, zwischen Männern und Frauen zu unterscheiden in der Therapie.

Musikakzent**Sprecherin:**

Sex und Gender, das biologische und das soziale Geschlecht beeinflussen Gesundheit und Krankheit, soviel steht fest. Aber die Gendermedizin ist nach wie vor ein Nischenthema.

O-Ton 26 - Gertrud Stadler:

Es ist natürlich immer die Gefahr, dass es sozusagen ein delegiertes Thema wird. Was wir jetzt als ganz kleiner Forschungsbereich Geschlechterforschung in der Medizin für die ganze Charité tragen sollen. Und das können wir natürlich nicht.

Sprecherin:

Gendermedizin ist wichtig für alle Fachgebiete der Medizin, findet Institutsleiterin Gertrud Stadler. Viele ältere Chefarzte werden sich vielleicht nicht überzeugen lassen, aber der Nachwuchs an der Berliner Charité bekommt bereits in der Ausbildung mit, was Mann und Frau medizinisch unterscheidet. Auch Bielefeld und Zürich haben eine Professur für Gendermedizin eingerichtet.

O-Ton 27 - Gertrud Stadler:

In den anderen medizinischen Hochschulen gibt es da noch viel Bedarf. Es ist eben nicht im Lehrplan verankert, es gibt keine Prüfungen dazu. Das heißt, die Studierenden nehmen es dann auch weniger ernst und haben auch weniger Angebote in der Lehre.

Sprecherin:

Hier gibt es definitiv Luft nach oben. An vielen Universitäten nehmen die Studierenden die Sache selbst in die Hand und organisieren Abseits des Lehrplans eigene Seminare und Fortbildungen zur Gendermedizin. Außerhalb der Universität hat sich schon einiges verändert. Studien für die Zulassung von Medikamenten müssen die Ergebnisse für Frauen und Männer getrennt ausweisen. In der Grundlagenforschung fordern viele wissenschaftliche Zeitschriften entsprechende Angaben in den Artikeln. Und auch bei der Behandlung in der Arztpraxis bewegt sich etwas. Noch bis 2010, das zeigte eine große Studie aus Florida, überlebten Frauen einen Herzinfarkt tatsächlich häufiger, wenn sie von einer Ärztin, statt von einem Arzt behandelt wurden. Mittlerweile ist der Arztberuf weiblich, es studieren und praktizieren mehr Ärztinnen als Ärzte:

O-Ton 28 - Vera Regitz-Zagrosek:

Ich denke mittlerweile, dass wir in Deutschland dank der Aufklärungsarbeit, die jetzt doch seit zehn, fünfzehn Jahren läuft, so weit sind, dass die Ärztinnen und Ärzte die Frauen gleich gut behandeln.

Sprecherin:

In Deutschland hat Vera Regitz-Zagrosek diese Aufklärung mitangestoßen. Anfangs gab es große Vorbehalte gegen die Gendermedizin, gab es Befürchtungen, hier sollte die ganze Medizin komplett umgekrempelt werden. Dabei ist das Ziel doch viel bescheidener.

O-Ton 29 - Vera Regitz-Zagrosek:

Ich glaube nicht, dass es jetzt einen Internisten oder einen Augenarzt für Männer und für Frauen geben muss. Aber ich denke, dass jeder Internist oder Augenarzt tatsächlich im Blick haben muss, was spezifisch für eine Frau, was spezifisch für einen Mann ist.

Sprecherin:

Eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Und mit weniger sollten sich die Frauen und auch die Männer nicht zufriedengeben.

Abspann:

Jingle SWR2 Wissen

„Gendermedizin – Frauen sind anders krank“. Von Volkart Wildermuth. Sprecherin: Lena Drieschner. Redaktion: Sonja Striegl. Ein aktualisierter Beitrag aus dem Jahr 2020.

* * * * *