



Florence Iff kombiniert eigene CT-Scans mit Bildern von Organen und Gliedmaßen, um die Zerbrechlichkeit des Körpers zu veranschaulichen

ARTWORK: FLORENCE IFF
TEXT: KATHARINA JAKOB

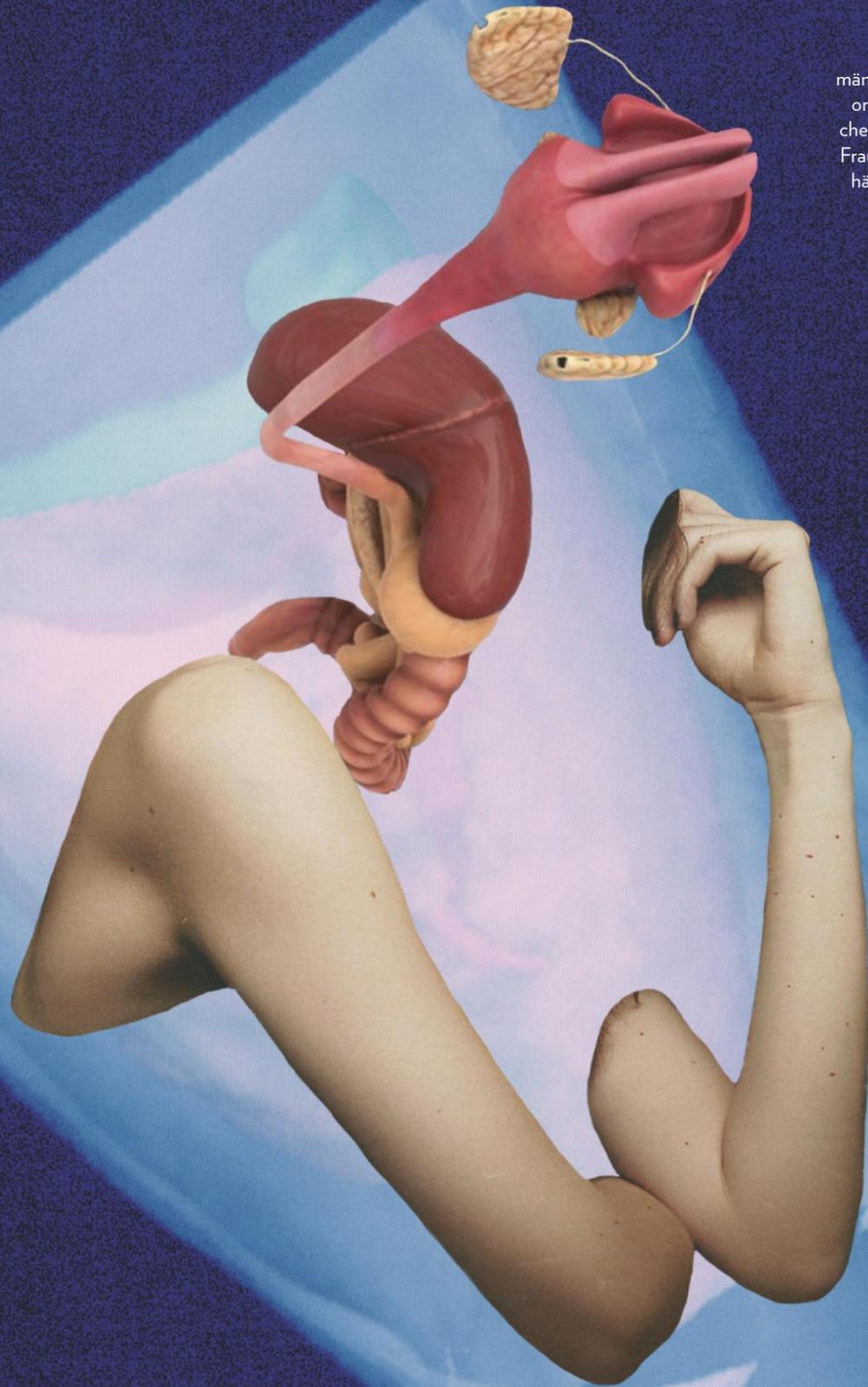
*Männer sind der **Standard in der Medizin**. An ihnen werden Medikamente getestet, auf sie sind Therapien zugeschnitten. Nur langsam reift die Erkenntnis: **Frauen werden anders krank**. Und sie bedürfen einer anderen Behandlung*

Der ignorierte Unterschied

Männer und Frauen unterscheiden sich vom Hirn bis in die Zehenspitzen in Stoffwechsel und genetischer Ausstattung



Ein Mosaik aus männlichen Standardorganen und weiblichen Spezialorganen: Frauenkörper werden häufig nicht in ihren richtigen Proportionen dargestellt



Der Neurologe Paul Julius Möbius verfasste im Jahr 1900 eine Schrift über den „physiologischen Schwachsinn des Weibes“. Die Frau, so Möbius, habe ein kleineres Gehirn als der Mann und sei folglich zu dumm für höhere geistige Aufgaben, etwa ein Studium. Wichtig war dem Arzt dabei vor allem eines: „Die Geschlechtsgleichmacherei ist ein besonders großes Übel.“ Rund 120 Jahre später könnte man sagen: Was diesen letzten Punkt betrifft, hatte der Mann recht. Nur auf andere Art, als er damals meinte.

Denn der weibliche Körper ist anders als der männliche, bis hinein in jede Zelle. Die Folge: Frauen benötigen oft eine andere medizinische Behandlung als Männer, eine andere Dosierung von Medikamenten und eine andere ärztliche Wachsamkeit – weil bei ein und derselben Krankheit die Symptome je nach Geschlecht variieren können. Doch diese vielfältigen Unterschiede rücken erst allmählich in den Fokus der Forschung. Dass sie es endlich tun, ist ein Segen für alle Menschen. Denn die Gendermedizin hat zum Ziel, Männer, Frauen und auch Menschen diversen Geschlechts bestmöglich zu behandeln, indem sie deren Besonderheiten als entscheidende Faktoren anerkennt.

Das mitgemeinte Geschlecht

Das ist eine fundamentale Abkehr von der bisherigen medizinischen Lehre, die die Geschlechter in gesundheitlicher Hinsicht für austauschbar hielt. Zog man ab, was unter die „Bikini-Medizin“ fiel – jene weiblichen Körperteile und Organe also, die der Bikini bedeckt –, galten Frauen schlicht als „klein geratene Männer“. So beschreibt es eine

ad

der Gendermedizin-Pionierinnen, die US-amerikanische Herzspezialistin Marianne J. Legato. Was für Männer galt, musste auch für Frauen passen.

Doch Ende der 1980er-Jahre stieß die Ärztin aus New York zunehmend auf Widersprüche. Sie traf Frauen, die sich mit ernststen Symptomen eines Herzinfarkts in Behandlung begeben hatten und wieder heimgeschickt worden waren, mit der Diagnose „Angstattacke“ oder „hysterischer Anfall“. Auch Legato wusste damals noch nicht, wie sehr sich Infarkt-Anzeichen bei Frauen und Männern unterscheiden können. Sie begann nachzuforschen – und entdeckte immer mehr Fälle, in denen Symptome und Krankheitsverlauf der Patientinnen vom Lehrbuch abwichen. Ihre Arbeiten zu Arteriosklerose etwa „zeigten unzweifelhaft, dass Frauen und Männer ein und dieselbe Krankheit ganz unterschiedlich erfahren.“ Schließlich stellte sich Legato eine grundsätzliche Frage: Ist das, was die medizinische Lehre für normal und gesund hält, überhaupt für alle gültig? Oder brauchen Frauen eine andere Medizin, die ihre Besonderheiten anerkennt?

Die großen Medikamentenstudien wurden zu jener Zeit nahezu ausschließlich an männlichen Probanden durchgeführt. Das Beruhigungsmittel Valium beispielsweise kam 1963 auf den Markt, ohne je an Frauen erprobt worden zu sein – auch wenn die das Medikament nach der Zulassung häufiger einnahmen als Männer.

Ein wesentlicher Grund, Frauen aus klinischen Studien

Lange Zeit galten **Frauen** schlicht als klein geratene **Männer**

auszuschließen, waren die verheerenden Erfahrungen, die man mit dem Schlafmittel Contergan gemacht hatte. Dieses Medikament, Ende der 1950er-Jahre in Deutschland rezeptfrei erhältlich, sollte auch gegen Schwangerschaftsübelkeit helfen, führte jedoch zu schweren Schädigungen der ungeborenen Kinder. Daraufhin verschärften die Behörden die Zulassungsbedingungen für neue Medikamente – und versuchten, ähnliche Katastrophen um jeden Preis auszuschließen. 1977 etwa verhinderte die US-amerikanische Arzneimittelaufsicht FDA Frauen im gebärfähigen Alter die Teilnahme an frühen klinischen Studien nahezu vollständig.

Die Folge: Nebenwirkungen zeigten sich bei Frauen oft erst, wenn das Mittel schon im Handel war. So nahm die FDA zwischen 1997 und 2001 zehn Medikamente aufgrund von schwerwiegenden Nebenwirkungen wieder vom Markt. Acht davon waren für Frauen riskanter als für Männer, etwa das Diabetes-Medikament Rezulin, das Leberschäden verursacht.

Mittlerweile ist das Bewusstsein für die Andersartigkeit der Geschlechter gewachsen.

Dennoch geht die Abkehr von der Einheitsmedizin nur schleppend voran. Schon seit 2001 fordert die Europäische Union, dass in klinischen Studien auch die unterschiedliche Wirkung auf die Geschlechter ermittelt wird. Doch noch immer werden deutlich weniger Probandinnen rekrutiert, ihr Anteil an den Tests beträgt in der Regel 15 bis 20 Prozent.

Zum 31. Januar 2022 soll eine EU-Verordnung in Kraft treten, die bereits 2014 verabschiedet wurde, aber bis heute noch nicht wirksam ist. Künftig sollen für klinische Studien die Probanden nach Alters- und Geschlechtsgruppen repräsentativ ausgewählt werden. Nur in begründeten Ausnahmefällen darf davon abgewichen werden.

Das andere Herz

Dass es ausgerechnet einer Herzmedizinerin auf fiel, wie unterschiedlich Frau und Mann erkranken können, ist kein Zufall. „In der Kardiologie“, sagt Burkhard Sievers, „zeigen sich die geschlechtsspezifischen Symptome besonders deutlich.“ Der Herzspezialist ist Chefarzt am Sana-Klinikum in Remscheid und zertifizierter Gendermediziner, ausgebildet bei der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin (DGesGM).

In Deutschland gibt es derzeit genau drei männliche Ärzte mit dieser Zusatzqualifikation. Sievers wird regelmäßig in der Notaufnahme seines Krankenhauses mit

Weil selten **Brustschmerz** auftritt, bleibt der **Infarkt** oft unentdeckt

DIE CORONA-IMPfung

Die Impfstoffentwicklung aufgrund der Coronapandemie ging mit großen klinischen Studien einher. Zehntausende Probandinnen und Probanden haben die neuen Vakzine gegen COVID-19 getestet. Nahmen aber genauso viele Frauen wie Männer an den Studien teil? Und: Wurden auch geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Wirkungen und Nebenwirkungen erfasst? Sabine Oertelt-Prigione, Internistin und Professorin für geschlechtssensible Medizin an der Universität Bielefeld, forscht zu Gender und COVID-19.

Den aktuell vorhandenen Daten zufolge, sagt sie, sei der Anteil männlicher und weiblicher Studienteilnehmer*innen bei den mRNA-Impfstoffen von Pfizer und Moderna sowie beim Vektorimpfstoff AstraZeneca ausgewogen gewesen. Dabei seien erhebliche Unterschiede in der Verträglichkeit der Impfstoffe zutage getreten: Rund 90 Prozent der allergischen Impfreaktionen betrafen Frauen. Oertelt-Prigione hat das nicht überrascht: „Das kennen wir auch von anderen Vakzinen“, sagt sie, „allerdings nicht in dieser Ausprägung.“ Das Immunsystem von Frauen ist aktiver und reagiert stärker auf Impfungen. Da ein anaphylaktischer Schock aber sehr selten ist, konnte diese Reaktion selbst in großen klinischen Studien nicht vorausgesehen werden.

Was allerdings untergegangen ist: dass einige Frauen nach einer Impfung gegen COVID-19 offenbar Menstruationsstörungen entwickelt haben. Diese potenzielle Nebenwirkung war in den Studien nicht erfasst worden und hat bislang auch nicht die Aufmerksamkeit erhalten, die angemessen wäre.

Erst nachdem Frauen in den sozialen Medien von Zyklusstörungen und stärkeren Blutungen berichtet hatten, wurden Studien aufgesetzt, die das Phänomen untersuchen. Ein direkter Zusammenhang zwischen Impfung und Menstruationsstörungen kann durchaus gegeben sein – das Gewebe der Gebärmutter-schleimhaut trägt viele Immunzellen in sich, die auf eine Impfung reagieren können. Erwiesen ist er bislang jedoch nicht, dazu fehlen schlicht die Daten.

Bei den Zyklusveränderungen handle es sich nicht um schwerwiegende Nebenwirkungen, sagt Oertelt-Prigione. Das ändere aber nichts daran, dass Frauen über solche Begleiterscheinungen hätten informiert werden müssen.

Denn Krämpfe oder Zwischenblutungen verursachen nicht nur körperliches Ungemach, sondern auch Ängste. Weiterhin unklar ist ebenfalls, ob Frauen eine gleich hohe Impfdosis brauchen wie Männer.

den blinden Flecken der Einheitsmedizin konfrontiert: wenn Frauen etwa mit der Verdachtsdiagnose Kolik eingeliefert werden, obwohl gerade ihr Herz versagt.

Einer Studie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie von 2017 zufolge erlagen im Untersuchungszeitraum rund 20 Prozent mehr Frauen als Männer einem Herzinfarkt – bei gleicher Behandlung. Die Gründe dafür sind noch unklar. Auch sterben mehr Frauen als Männer an einem unentdeckten Infarkt, weil bei ihnen seltener jenes Symptom auftritt, das bei Männern so typisch ist: Brustschmerzen, die in den linken Arm ausstrahlen.

Bei Frauen äußert sich ein beginnender Herzinfarkt oft weniger eindeutig, etwa durch Oberbauch- oder Nackenschmerzen, starke Übelkeit oder Atemnot. Selbst die Patientinnen erkennen dann nicht, in welcher Gefahr sie sich befinden. Sie wählen nicht den Notruf, sondern suchen ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin auf. Oder, schlimmer noch: Sie warten ab, ob sich ihr Zustand von selbst bessert. „Zeit ist gleich Herzmuskelgewebe“, sagt Burkhard Sievers. Bei einem Infarkt sind Herzkranzgefäße akut verlegt, zu wenig sauerstoffreiches Blut erreicht dann den Muskel. Je länger der Infarkt unbehandelt bleibt, desto mehr Herzgewebe stirbt ab und desto gravierender ist die spätere Herzschwäche – vorausgesetzt, die Patientin überlebt.

Doch nicht nur abweichende Symptome führen dazu, dass Patientinnen nicht die Behandlung erhalten, die sie brauchen. Sievers sagt: „Das Problem der Frauen ist, dass ihre Symptome häufig als psychische Leiden fehlgedeutet werden. Frauen sind vielfach einer höheren Stressbelastung ausgesetzt als Männer. Sie haben einen Beruf, kümmern sich oft mehr um die Kinder oder sind alleinerziehend, manche pflegen noch ihre betagten Eltern. Für Ärztinnen und Ärzte kann es schwierig sein, dann zwischen Überlastungssymptomen und denen einer Herzerkrankung zu unterscheiden.“

Tatsächlich gibt es eine Stresserkrankung des Herzens, die in mehr als 90 Prozent der Fälle Frauen trifft: die Stress-Kardiomyopathie. Bei Männern kommt sie selten vor. Die Krankheit heißt auch Broken-Heart-Syndrom, weil das Herz unter dem Ansturm von Stresshormonen in eine Art Schockstarre verfällt. Die Gefäße verkrampfen, das Herz schickt weniger Blut durch den Körper; im schlimmsten Fall kommt es zum Pumpversagen. Das Tückische an der Erkrankung ist, dass sie einen Infarkt imitiert. Selbst im EKG zeigen sich typische Veränderungen, wie sie bei einem Gefäßverschluss auftreten – der aber gar nicht stattgefunden hat. Was man im Ultraschall oder in der Magnetresonanztomografie hingegen sehen kann, ist eine Verformung der linken Herzkammer: Sie ist aufgebläht wie ein Ballon. Wird die Krankheit rechtzeitig entdeckt, hat sie eine gute Heilungsprognose. Unbehandelt ist sie lebensbe-

Impfstoffe und **Arzneien** sind für Frauen häufig zu **hoch dosiert**

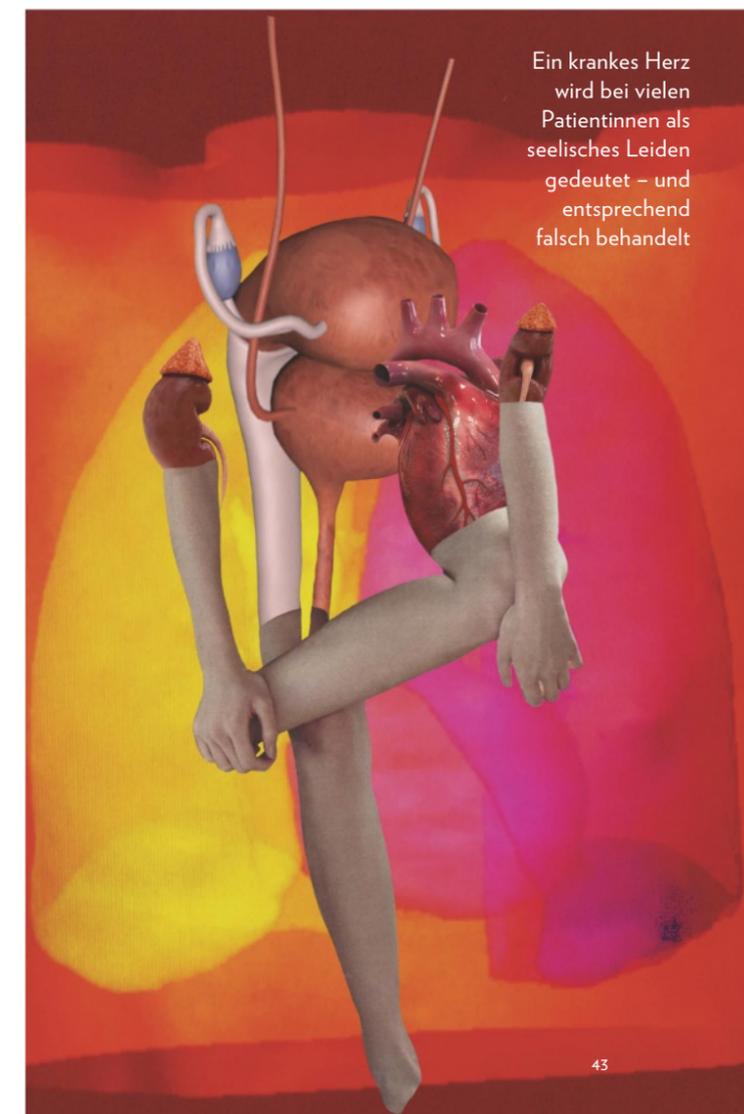
drohlich und kann zum plötzlichen Herztod führen.

Neben fehlerhaften Diagnosen bringt ein weiteres Problem Frauen in Gefahr: die falsche Dosierung von Medikamenten. Etliche Patientinnen, die den Herzspezialisten Sievers aufsuchen, leiden unter Wirkungen und Nebenwirkungen zu hoher Arzneimittelgaben, vor allem bei Blutdruckmedikamenten. „Über den

Daumen gepeilt“, so Sievers, „brauchen

Frauen eine etwa 30 Prozent geringere Dosis, bei Medikamenten und wahrscheinlich auch bei Impfstoffen.“

Woran liegt das? Unter anderem entscheidet die Zeitspanne, in der ein Medikament durch Magen und Darm wandert, darüber, wie viel Wirkstoff in den Organismus gelangt. Bei Frauen dauert die Passage durch den Verdauungstrakt länger als bei Männern: Sie haben we-



Ein krankes Herz wird bei vielen Patientinnen als seelisches Leiden gedeutet – und entsprechend falsch behandelt

niger Magensäure, ihre Darmmuskulatur arbeitet langsamer. Dadurch nehmen sie einen höheren Anteil des Arzneimittels auf. Hinzu kommt, dass bei Frauen der Körperfettanteil im Durchschnitt höher ist als bei Männern. Ihr Organismus baut fettlösliche Medikamente daher langsamer ab. Und noch etwas spielt bei der Medikamentengabe eine Rolle: das hormonelle Regelwerk.

Stärkere Abwehrkräfte besitzt das »schwache« Geschlecht

Die Hormone und das Immunsystem

Frauen durchlaufen bis ins hohe Alter verschiedene hormonelle Phasen, die Männer in dieser Vielfalt so nicht erleben. Allein durch den weiblichen Zyklus ist der Hormonspiegel ständigen Schwankungen unterworfen. Eine Frau in den Wechseljahren befindet sich hormonell in einem anderen Stadium als eine Schwangere oder eine junge Frau, die zum ersten Mal menstruiert. Das ist – neben den dramatischen Erfahrungen mit Contergan – ein weiterer Grund, warum Frauen in Medikamentenstudien unterrepräsentiert sind: Ihre Hormonphasen machen es komplizierter, Ergebnisse zu vergleichen. Es müssten mehr Probandinnen eingebunden werden, die sich in unterschiedlichen hormonellen Phasen befinden – sowohl während ihres Zyklus als auch vor oder nach der Menopause. Die Studien würden dadurch komplexer und aufwendiger.

Doch genau das ist dringend geboten. Der hormonelle Status von Frauen beeinflusst, wie Medikamente wirken. Östrogene, die in der ersten Zyklushälfte verstärkt ausgeschüttet werden (darunter vor allem das Sexualhormon Östradiol), können den Abbau bestimmter Arzneien beschleunigen, sodass sie schwächer wirken. Dazu gehören einige Antibiotika oder Beruhigungsmittel. Nimmt eine Frau jedoch ein Hormonpräparat wie die Pille zu sich, kann das genaue Gegenteil eintreten: Dann verstärkt sich die Wirkung diverser Arzneien, etwa die von Asthma-Medikamenten oder Antidepressiva.

Über den Einfluss von Hormonen auf die Gesundheit der Geschlechter spricht man am besten mit der Endokrinologin Alexandra Kautzky-Willer von der Medizinischen Universität Wien. Sie ist nicht nur eine Expertin auf dem Gebiet der hormonellen Erkrankungen, sondern seit 2010 auch die erste Professorin für Gendermedizin in Österreich. Was die Entwicklung der geschlechtssensiblen Medizin betrifft, ist sie optimistisch. „Als ich um das Jahr 2000 damit begonnen habe“, sagt sie, „galt das noch als feministisches Freizeitvergnügen. Heute ist es eine Wissenschaft, mit der sich weltweit Fachleute beschäftigen.“

Kautzky-Willer forschte beispielsweise zur Schwangerschaftsdiabetes, der häufigsten Komplikation für werdende Mütter – vor allem, wenn sie übergewichtig sind. Ab der 20. Schwangerschaftswoche, so Kautzky-Willer, entwickelt sich eine Insulinresistenz: Das Hormon entfaltet nicht mehr seine volle Wirkung im Körper. Kann die Bauchspeicheldrüse die Insulinproduktion dann nicht hochfahren, gerät der Blutzuckerspiegel aus dem Gleichgewicht. Kautzky-Willer entdeckte, dass die Erkrankung nicht mit der Geburt des Kindes endet, sondern ein hohes Risiko birgt, sich danach dauerhaft zu einem Diabetes Typ 2 zu entwickeln.

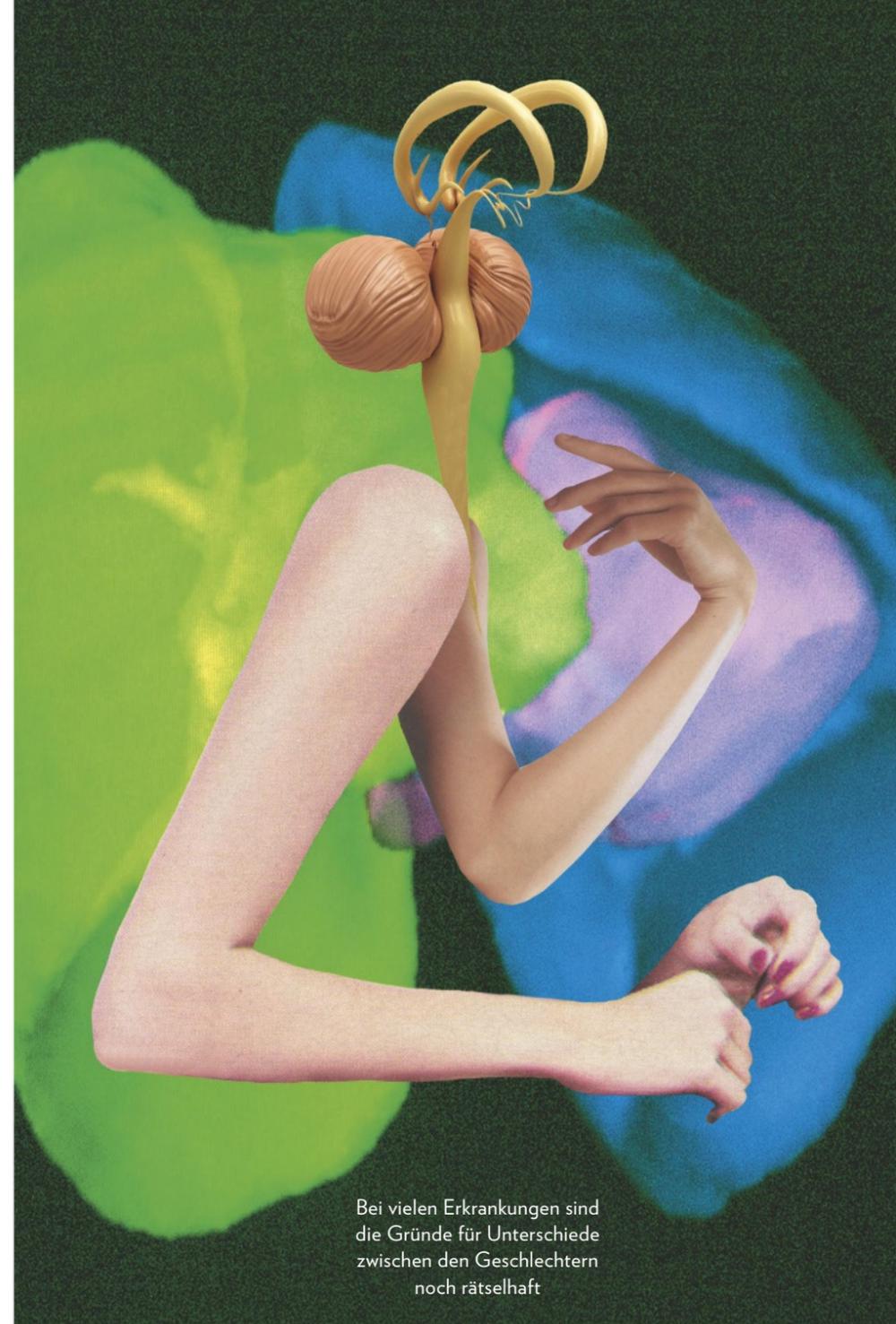
Hormonelle Regelwerke greifen im Körper ineinander, wie bei den Sexualhormonen, den Schilddrüsenhormonen oder der Steuerung des Insulins. Bei Männern und Frauen geschieht dies allerdings auf unterschiedliche, manchmal sogar gegensätzliche Weise. „Ein Mangel an Testosteron erhöht bei Männern das Risiko, an Diabetes zu erkranken“, sagt Kautzky-Willer. „Bei den Frauen ist es genau andersherum: Ein höherer Testosteronspiegel wirkt sich ungünstig auf ihre Bauchspeicheldrüse aus, führt zu einer Insulinsekretionsstörung und steigert ihr Diabetes-Risiko.“

Auch das weibliche Immunsystem unterliegt dem Einfluss der Sexualhormone. Östrogene und teils wohl auch Progesteron aktivieren die Abwehrkräfte. Deshalb gilt das Immunsystem von Frauen als widerstandsfähiger und stärker als das der Männer. Hinzu kommt eine vorteilhafte genetische Ausstattung. Nahezu jede weibliche Zelle besitzt als Geschlechtschromosom zwei X, jede männliche Zelle hingegen ein X und ein Y. Das X-Chromosom trägt weitaus mehr Gene als sein Gegenpart – darunter solche, die für die Körperabwehr wichtig sind. Zwar ist in den weiblichen Zellen normalerweise eines der beiden X-Chromosomen stillgelegt, aber seine Gene können bei Schädigungen des aktiven Chromosoms einspringen. Diese stumme Reserve besitzen Männer nicht.

Der Segen eines tüchtigen Immunsystems wird jedoch zum Fluch, wenn der Körper beginnt, sich selbst zu attackieren. Fast alle Autoimmunerkrankungen, verursacht durch ein überschießendes Immunsystem, treten bei Frauen häufiger auf als bei Männern, darunter etwa Multiple Sklerose oder diverse rheumatische Formen.

Die Erkrankungen des Gehirns und der Seele

Seit 2016 gibt es in der Schweiz das Women's Brain Project (WBP). Die Organisation erforscht die Geschlechtsunterschiede bei Hirnerkrankungen. Sie hat sich dabei auf Metaanalysen spezialisiert: die Be- und Auswertung aller verfügbaren Studien zum Thema. Eine der Gründer*innen des WBP ist die 47-jährige



Bei vielen Erkrankungen sind die Gründe für Unterschiede zwischen den Geschlechtern noch rätselhaft

Hirnforscherin und Ärztin Antonella Santucciono Chadha. Mit ihren Kolleginnen und Kollegen vom WBP sucht sie nach dem „Brain Gap“, wie sie es nennt: Nach den Ursachen dafür, dass einige Hirnerkrankungen bei Frauen so viel häufiger vorkommen als bei Männern. Ein Beispiel sind Demenz-Erkrankungen, insbesondere die Alzheimer-Krankheit, an der Frauen fast doppelt so oft leiden wie Männer.

2018 haben Antonella Santucciono Chadha und die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des WBP eine Übersichtsstudie zu Alzheimer bei Männern und

Frauen veröffentlicht. Dabei stießen sie auf erhebliche Geschlechtsunterschiede. Bei Frauen nimmt die Krankheit einen schnelleren und drastischeren Verlauf. Sie büßen ihre kognitiven Fähigkeiten rascher ein, ihr Hirngewebe baut sich zügiger ab. Auch finden sich in ihren Gehirnen mehr toxische Proteine als in denen der Männer, wenn sie sich im gleichen Stadium des geistigen Verfalls befinden. Diese falsch gefalteten Proteine sind ein typisches Merkmal der Erkrankung.

Die Gründe für die Geschlechterunterschiede sind noch unklar. Das WBP ist gerade dabei, sie zu erforschen. Eine Ursache könnte auch hier in den hormonellen Veränderungen liegen, die Frauen durchleben. „Wir haben den Verdacht“, sagt Antonella Santucciono Chadha, „dass Schwangerschaften eine Rolle spielen könnten. Möglicherweise erhöhen sie das Alzheimer-Risiko, vor allem wenn es viele sind.“ Die Wissenschaftler*innen haben allerdings auch Begleiterscheinungen hormoneller Schwankungen im Blick – darunter die Schlafstörungen, unter denen Frauen beim Stillen oder in der Menopause häufig leiden. Ein ungestörter, erholsamer Schlaf, so die Hirnforscherin, sei eine bekannte Präventivmaßnahme gegen Demenz. Vielleicht trifft auch der Umkehrschluss zu: Dass ungenügender Schlaf einen Risikofaktor für Demenz darstellt. Was zu einem weiteren Gefahrenherd führt: jener chronischen Überbelastung, die so typisch für Frauen ist.

„Interessanterweise haben die Frauen, die eine demente Person betreuen, ein höheres Risiko, selbst an Demenz zu erkranken“, sagt Santucciono Chadha. Offenbar wirken

hier mehrere Stressfaktoren zusammen: eine starke Belastung, sowohl seelischer als auch physischer Natur, und die soziale Isolation. Sich 24 Stunden am Tag um einen dementen Menschen zu kümmern, lässt kaum mehr Zeit für andere Kontakte. Doch genau das erleben viele Seniorinnen, die ihre kranken Männer zu Hause pflegen.

Zu den Hirnerkrankungen zählt Antonella Santucciono Chadha auch die Depression. Tatsächlich werden bei einer chronischen Depression neuronale Veränderungen im Gehirn sichtbar. Auch verkleinert sich

der Hippocampus, eine zentrale Schaltstelle für Gedächtnisfunktionen. Eine Depression erhöht darüber hinaus das Risiko, an Alzheimer zu erkranken – eine Hirnerkrankung befördert offenbar die andere.

Die Depression gilt als Krankheit, die Frauen doppelt so häufig trifft wie Männer. Doch zunehmend stellen sich Gendermediziner die Frage, ob typische Verhaltensauffälligkeiten von Männern, etwa übermäßiger Alkoholkonsum, gesteigerte Aggressivität oder Suchtverhalten, nicht in Wahrheit eine Depression verschleiern. Und ob es hier nicht die Männer sind, die besonderer Aufmerksamkeit bedürfen, vor allem bei der Diagnose. Die Kriterien für eine Depression, die die Weltgesundheitsorganisation in ihren Leitlinien nennt, beschreiben vor allem weiblich konnotierte Anzeichen wie Antriebslosigkeit, gedrückte Stimmung oder Angst. So fallen Männer mit ihren anders gelagerten Symptomen möglicherweise durchs Raster und erhalten nicht die Hilfe, die sie brauchen.

Vom Wissen zur Praxis

Wie kommt nun all das Wissen in die Praxis: zu den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen, den Fachärztinnen, in die Krankenhäuser?

Anruf bei der Pionierin der Gendermedizin in Deutschland. Vera Regitz-Zagrosek ist 67 Jahre alt und Kardiologin. 2003 gründete sie das erste deutsche Institut für Gendermedizin. Sie übernahm den ersten deutschen Lehrstuhl für geschlechtssensible Medizin und leitete an der Berliner Charité den ersten Studiengang in diesem Fach. Sie ist Mitgründerin der deutschen und der internationalen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin und erhielt für ihre Leistungen 2018 das Bundesverdienstkreuz.

Seit 2019 ist sie emeritiert. Doch sie engagiert sich weiter, denn das Fach muss nach wie vor gegen Widerstände ankämpfen. Auf ärztliche Weiterbildungsorganisationen zum Beispiel, darunter so manche Ärztekammer, ist Vera Regitz-Zagrosek nicht gut zu sprechen. „Dort weigert man sich noch immer, Genderaspekte in die Weiterbildung aufzunehmen“, sagt sie. „Dabei wäre gerade das so wichtig.“ Eine Ausnahme bilde die Landesärztekammer Berlin, die mittlerweile einige Fortbildungsveranstaltungen zum Thema durchgeführt hat.

Vor allem setzt sich Vera Regitz-Zagrosek dafür ein, das Medizinstudium zu transformieren. Es besteht

Bei **Männern** bedürfen die Leiden der Seele größerer **Beachtung**

dringender Bedarf. Jahrelang war der Studiengang an der Charité der einzige im deutschsprachigen Raum. Ihn einzurichten und für Studierende verpflichtend zu machen, gestaltete sich als zäher Kampf. Schon allein um die Zeiträume für Vorlesungen wurde hart gestritten. Keiner der Studiengänge, die derzeit in Deutschland, Österreich und in der Schweiz existieren, bietet ein eigenständiges Studium mit Hochschulabschluss. Es handelt sich stets um Lehrveranstaltungen, die in ein bestehendes Curriculum eingepasst werden. Das bedeutet: Neues Wissen muss altes verdrängen, der Platz für Veranstaltungen ist begrenzt.

Wie es hierzulande um die Entwicklung des Faches an den medizinischen Universitäten steht, hat Anfang 2021 ein Gutachten vom Deutschen Ärztinnenbund und der Charité offengelegt. Das Fazit fiel ernüchternd aus. So sagt die Projektsprecherin Ute Seeland: „Soweit es die Humanmedizin betrifft, ist die Vermittlung von geschlechtersensiblem Wissen an den Universitäten leider absolut unzureichend.“ Nur sieben Prozent der medizinischen Universitäten hätten die Inhalte der Disziplin vollständig in ihren Lehrplan integriert. Die überwiegende Mehrheit, rund 70 Prozent, biete lediglich einzelne Veranstaltungen an. Das reiche bei Weitem nicht aus, um das Wissen in der Praxis umzusetzen.

Welche Möglichkeiten sich allerdings eröffnen, wenn Gendermedizin von Anfang an in ein Studium integriert wird, wenn sie als unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Lehre gilt, erlebt derzeit die 43-jährige Internistin Sabine Oertelt-Prigione. Sie hat bereits einen Lehrstuhl für geschlechtssensible Medizin an der Universität Nijmegen. Nun übernimmt sie zum Wintersemester 2021/22 auch eine solche Professur an der Universität Bielefeld.

Dort ist gerade eine medizinische Fakultät entstanden – mit einem brandneuen Curriculum. Darin hat die Gendermedizin in allen Fächern einen festen Platz. In jedem Modul des Studiengangs gibt es reservierte Kontingente für die geschlechtersensible Disziplin, verpflichtend und als Prüfungstoff. Medizinischer Nachwuchs, der sich im Verlauf des Berufslebens etwa auf Orthopädie, Lungenfachkunde oder Allgemeinmedizin spezialisieren will, lernt von Semester eins an, welche Unterschiede bei Frauen und Männern zu beachten sind. Und kann Patientinnen und Patienten später so individuell behandeln, wie diese es verdienen.

Denn die Einheitsmedizin früherer Tage, das One-size-fits-all-Modell, passt eben nicht für einen großen Teil der Bevölkerung. Es unterschlägt die speziellen Bedürfnisse von Menschen unterschiedlichen Geschlechts – und kann für manche sogar lebensgefährlich werden. Es gibt viele gute Gründe, altes Wissen durch neues zu ersetzen. ○



WWW.BLUERIBBON-DEUTSCHLAND.DE

» MIT MEINER
GESUNDHEIT
SPIELE ICH NICHT.«

1 von 8
Männern
erkrankt an
Prostatakrebs

Harry Wijnvoord
TV-Moderator

fotografiert von Ingo Peters, peters-photography.de

WAS MANN ÜBER PROSTATAKREBS WISSEN SOLLTE.

WWW.BLUERIBBON-DEUTSCHLAND.DE

