

Individualisierte Medizin

Ungleich verschieden

Die Forschung in der Gendermedizin fragt nach dem komplexen Verhältnis zwischen biologischem und soziokulturellem Geschlecht. Ein wichtiger Aspekt für die Weiterentwicklung der individualisierten Medizin. Denn manche Krankheitsbilder äußern sich bei Frauen anders als bei Männern. Jüngste Studien zeigen zudem, dass der Behandlungserfolg davon abhängt, ob Frauen von einer Ärztin oder einem Arzt behandelt werden. Frauen und Männer sind also nicht nur ungleich, sie brauchen verschiedene Behandlungsansätze.

Männer sind anders als Frauen und Frauen anders als Männer. So einfach und so kompliziert. Diese Erkenntnis, die leicht in banale Stammweisheiten abgeleitet werden kann, hat in der Versorgungspraxis durchaus Relevanz. Manche, bereits gut erforschten, Krankheitsbilder können sich bei Frauen anders äußern als bei Männern und umgekehrt. Bei der Diskussion um eine individualisierte Medizin, die für einen immer besser werdenden Behandlungserfolg steht, wäre hier bereits der kleinsten gemeinsame Nenner gefunden.

Herzinfarkt

Das Risiko den ersten Herzinfarkt nicht zu überleben, ist bei Frauen immer noch deutlich höher als bei Männern. Obwohl der „weibliche“ Herzinfarkt seit rund einer Dekade erforscht und in Fachkreisen diskutiert wird, ist diese Diagnose für Frauen noch keine Selbstverständlichkeit. Während die „klassischen“ Symptome bei Männern die notwendigen Maßnahmen in der Notfallaufnahme auslösen, können bei Frauen die vermeintlich harmloseren Symptome wie Übelkeit und Erbrechen zu falschen Schlüssen führen und eine entsprechende Notfallversorgung verzögern oder gar verhindern. Der Herzinfarkt bleibt im schlimmsten Fall unerkannt oder wird deutlich verspätet adäquat behandelt. Zu den bisher bekannten Risikofaktoren kämen also Hormonschwankungen und psychischer Stress hinzu; aber auch eine Dia-

betes-Erkrankung erhöht das Risiko vor allem für Frauen. Neben den vom biologischen Geschlecht beeinflussten Faktoren erschwert nicht selten eine dem soziokulturellen Geschlecht geschuldete Wahrnehmung eine angemessene Einschätzung. Der Genderaspekt kann nicht nur bei Ärzten und Ärztinnen, sondern auch bei den Betroffenen selbst zu einer Unterschätzung der Symptome führen. Umfragen zeigen, dass Frauen ihr Risiko, an einem Infarkt zu erkranken und zu sterben, signifikant unterschätzen, dagegen die Gefahr an Brustkrebs zu versterben deutlich überschätzen. In der breiten Öffentlichkeit bildet der Mittfünfziger, gestresste Manager, der zu viel raucht, etwas zu viel trinkt und isst, nach wie vor das Role Model für die Erkrankung.

Psychische Erkrankungen

Blinde Flecken gibt es umgekehrt auch bei der Diagnose vermeintlich typisch weiblicher Krankheiten – wenn Männer davon betroffen sind. Während Frauen bei somatischen Störungen eher auf eine psychische Ursache diagnostiziert werden, sind Männer dagegen im Falle einer psychischen Belastung häufig unterdiagnostiziert. Leistungs- und Wettbewerbsdruck, Arbeitslosigkeit und Krisen im Privatleben oder die Einsamkeit als Witwer bedeuten auch für Männer psychischen Stress, der häufig von den Betroffenen selbst nicht erkannt oder schlicht gelehnet wird. Das Bild des Machers, das Ideal des einsamen

Helden ist im kollektiven Bewusstsein tief verinnerlicht – bei Männern und bei Frauen, bei Patienten, bei Ärzten und auch bei Ärztinnen. Während der Herzinfarkt bei Männern eine durchaus akzeptierte Krankheit ist, verhindert die Furcht vor Stigmatisierung häufig die Diagnose einer „männlichen“ Depression. Externalisierende Symptome wie eine erhöhte Aggressivität, ein erhöhtes Sucht- oder Risikoverhalten entsprechen einem traditionellen Männlichkeitsbild und verstellen so leicht den Blick auf eine mögliche Depression, die sich immer noch an den „weiblichen“ Symptomen des inneren Rückzugs orientiert. Traurige Bilanz der ungenutzten Mischung: eine um das Dreifache erhöhte Suizidrate gegenüber dem weiblichen Geschlecht. Die Tatsache, dass Männer gleichfalls an Depressionen erkranken können, wurde 2013 mit dem Männergesundheitsbericht allmählich aus der Tabu-Ecke geholt. Nach Einschätzung von Prof. Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler von der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München ist für eine erfolgreiche Behandlung die Akzeptanz auf ärztlicher Seite entscheidend. Nur so können Symptome richtig gedeutet und Behandlungsmöglichkeiten für den Patienten aufgezeigt werden.

Arzneimittel

Die Komplexität des biologischen Geschlechts spielt bei der Verschreibung und Verabreichung von Medikamenten eine entscheidende Rolle, wie der Arzneimittelreport der Barmer GEK bereits 2012 zeigte. Abgesehen vom Unterschied in Körpergröße und Körperbau werden einige Medikamente in der weiblichen Leber schlicht anders abgebaut als in einer männlichen und damit Wirkstoffe nicht selten anders aufgenommen. In einigen Arzneimittelstudien ist der männliche Körper heute noch die Norm; Medikamententests wurden und werden immer noch überwiegend an jüngeren Männern vorgenommen und die Erkenntnisse auf den leichteren, weiblichen Organismus schlicht übertragen, häufig ohne Berücksichtigung des Alters. Der Gesundheitsökonom und Versorgungsforscher Prof. Dr. Gerd Glaeske weist darauf hin, dass vorwiegend ältere Frauen zu viel und auch die falschen Arzneimittel erhalten. Gängige Wirkstoffe in Psychopharmaka werden von dieser Patientengruppe grundlegend anders verstoffwechselt, langsamer abgebaut und bleiben länger im System als bei 35-jährigen Männern – mit zum Teil gravierenden Folgen, wie einer erhöhten Unfallgefahr. Die einfache Verrechnung mit einem geringeren Körpergewicht genügt oft nicht für eine angemessene Arzneimittelauswahl und Dosierung. Neben dem unterschiedlichen Leberstoffwechsel sind zudem noch andere Faktoren zu berücksichtigen, um eine angemessene Wirkstoffdosis verabreichen zu können. Männer brauchen durchschnittlich eine 40 Prozent höhere Morphindosis als Frauen, um postoperative Schmerzen in den Griff zu bekommen. Das ist nicht dem Körpergewicht oder dem Abbau und der Ausscheidung des Morphins geschuldet, sondern dem Unterschied in den Opiatrezeptoren bei Männern und Frauen, erläuterte Prof. Dr. Petra Thürmann, Direktorin des Philipp Klee-Institutes für Klinische Pharmakologie am HELIOS Klinikum Wuppertal, auf dem diesjährigen Bundeskongress für Gender-Gesundheit.

Diabetes

Auch bei sogenannten Volkskrankheiten wie dem Typ-2-Diabetes fallen biologische vor allem aber soziale Unterschiede zwischen Männern und Frauen zunehmend ins Gewicht. Während ein niedriger Testosteronspiegel bei übergewichtigen Männern zu einer Insulinresistenz führen kann, lässt dagegen ein hoher Androgenspiegel bei Frauen ein erhöhtes Diabetesrisiko zu, weiß Prof. Dr. Alexandra Kautzky-

Willer vom Universitätsklinikum Wien. Vor allem psychosoziale Unterschiede bestimmen die Erfolge bei der Behandlung. Während die überwiegende Zahl der Diabetikerinnen in Teilzeitjobs tätig sind oder gar keine Berufsausbildung haben, verfügen an Diabetes erkrankte Männer in der Regel über eine qualifizierte Berufsausbildung. Auch erfahren sie häufig früher von ihrer Krankheit als Frauen, die erst nach der Menopause damit konfrontiert werden, obwohl sie rund ein Drittel häufiger von der Stoffwechselkrankheit betroffen sind. Frauen kommen mit der Krankheit nicht selten schlechter zurecht, sind häufiger von Ängsten und Depressionen betroffen, fühlen sich oft allein gelassen und mit der Ernährungsumstellung überfordert. Doppelbelastungen, durch Haushalt, Pflege von Angehörigen und Beruf machen den Diabetes-Alltag nicht leichter und die notwendige sportliche Betätigung tritt in den Hintergrund. Auch beim Schlaganfall, einer der häufigsten Todesursachen bei Diabetikerinnen, liegen Frauen mit einem um 3 bis 7-fach erhöhten Risiko vor den an Diabetes erkrankten Männern. Das erhöhte Risiko blieb in Studien auch bei ähnlicher Behandlung erhalten. Inwieweit Hormone die Wirkung moderner Blutzucker senkender Medikamente beeinflussen und so eine gefäßschädigende Entzündung hervorrufen, wird an der Medizinischen Universität Wien noch erforscht.

Compliance

Die vielfältigen Komponenten des Krankheitsbildes eines Diabetes mellitus Typ 2 eignen sich zudem, um Unterschiede in der Behandlung zwischen Ärztinnen und Ärzten aufzuzeigen. Ein Artikel des Journal of Medicine stellte bereits 2008 eine Untersuchung vor, mit dem Ergebnis: „Physician gender is associated with the quality of type 2 diabetes care“. Dr. Astrid Bühren, die den Bericht auf dem 1. Bundeskongress Gender-Gesundheit zusammenfasste, hob besonders den kommunikativen Aspekt hervor, der es vor allem Ärztinnen ermöglichte, auf die individuelle Lebenswelt ihrer Patientinnen und Patienten einzugehen. Neben der Aufmerksamkeit, die der Ernährungstherapie zuteil wird, setzen Ärztinnen auch auf eine anders gewichtete Verabreichung von Medikamenten, so Bühren. So geben sie z.B. häufiger ACE-Hemmer und haben in dieser Kombination größeren Erfolg, die in den Leitlinien vorgegebenen Zielwerte der Blutglukoseeinstellung (HbA1c), der Lipide (LDL-C) und des Blutdrucks zu erreichen.

Fazit

Während die Medizin und Forschung früherer Jahre eher vom männlichen Körper ausging, der „kalkulierbarer“ ist, da keinen monatlichen Hormonschwankungen oder möglichen Schwangerschaften unterworfen, lenkt die Forschung in der Gendermedizin nun den Blick auf Fragen nach dem komplexen Verhältnis zwischen biologischem und soziokulturellem Geschlecht. Angesichts der steigenden Zahl von Stoffwechselkrankheiten, psychischer oder kardiovaskulärer Erkrankungen könnte eine geschlechtsspezifische Versorgung hier eine signifikante Qualitätssteigerung bedeuten. Zudem erzielen Ärztinnen eine höhere Compliance bei Patienten und Patientinnen und leisten damit einen kostenrelevanten Beitrag zum Gesundheitssystem. □



Dr. Martina Kloepfer, *Female Resources in Healthcare*; Gründerin und Präsidentin des Bundeskongress Gender-Gesundheit, der am 21. und 22. Mai 2015 in Berlin stattfindet.
www.bundeskongress-gender-gesundheit.de