

Frau und Gesundheit : Der Gender-Ansatz in der Medizin

Das homogenste Modell ist der Mann

Gespräch: Florianne Koechlin, WOZ 13/28.3.2002

FK: Elisabeth Zemp, Sie haben in der Schweiz das Thema Frau und Gesundheit als eine der ersten aufgegriffen und seither erfolgreich zu einem Thema gemacht. Was ist denn Ihr Arbeitsgebiet?

Z.: Das ist sehr breit; wir versuchen, die vorhandenen Gesundheitsdaten und Gesundheitsprobleme bewusst mit einer Geschlechterbrille anzusehen. Wenn Frauen oder Männer nicht einfach als „Menschen“ angeschaut werden, wenn ihr Geschlecht mitbedacht wird, sehen wir – auch im Gesundheitsbereich – oft etwas sehr anderes. Mein Arbeitsbereich beinhaltet den Einfluss des Geschlechts auf Gesundheit und Krankheit, und für den Bereich der Public Health die Gesundheit von Frauen.

FK: Haben Sie dazu Beispiele?

Z.: Am augenfälligsten sind Geschlechtsunterschiede natürlich im Bereich der reproduktiven Gesundheit: diese hat bei Frauen einen grösseren Stellenwert als bei Männern. Vorsorge- und Verhütungsfragen, Schwangerschaft, Geburt führen Frauen viel öfter zum Arzt oder zur Ärztin; präventive Untersuchungen, zum Beispiel Cervixabstriche und Brustuntersuchungen, beginnen früher im Leben als beispielsweise die Prostatavorsorge beim Mann. Dieser Gesundheitsbereich sozialisiert Frauen stärker mit dem Gesundheitswesen und ist auch ein Erfahrungsbereich bezüglich des eigenen Körpers und der eigenen Gesundheit. Er konfrontiert Frauen auch stärker mit kulturell-gesellschaftlichen Regelungen wie beispielsweise beim Schwangerschaftsabbruch.

Wir befassen uns aber auch mit anderen, weniger geschlechtsspezifischen Gesundheitsbereichen, sei dies Rheuma, Depressionen, psychischen Leiden, Infektionen oder Herzinfarkte. Auch hier spielt das Geschlecht eine vielfältige Rolle.

Buben zum Beispiel sind infektanfälliger als Mädchen, sie haben mehr Atemwegserkrankungen. Wir erklären uns das heute so, dass die Lungenreifung bei Mädchen bei Geburt weiter fortgeschritten ist als bei Buben. Sie haben dadurch eine ausgeprägtere Infektabwehr. Im Verlauf des Lebens entwickelt sich diese bessere Infektabwehr aber wahrscheinlich zu einem Nachteil bei den sogenannten Autoimmunkrankheiten, also Krankheiten, bei denen das Immunsystem quasi überreagiert und sich gegen körpereigene Stoffe richtet. Warum und wie sich dies so entwickelt, wissen wir noch nicht genau. Es ist aber bekannt, dass die fortgeschrittenere Immunsystemreifung der Mädchen bei Geburt auch mit der Hormonkonstellation während der Schwangerschaft zusammenhängt.

FK: Offenbar spielen hormonelle Unterschiede zwischen Frau und Mann eine grosse Rolle, aber es gibt doch sicher auch andere Unterschiede, etwa im physiologischen Bereich oder in der Dynamik der Stoffwechselfvorgänge?

Z.: Ja, genau. Wir haben zum Beispiel hier in der Schweiz eine grosse Studie gemacht, in welcher die Reaktion von Atemwegen auf Reize untersucht wurde. Wir haben bei rund 8'500 Personen einen speziellen Test (Methacholintest) durchführt. Merkwürdigerweise haben dabei mehr Frauen übermässig reagiert; das konnten wir uns zuerst nicht erklären. Bis wir herausfanden, dass die Dosierung bei Frauen grösser war, weil Frauen kleinere Lungen haben. Natürlich wurde der Methacholintest an Männern

entwickelt – an das unterschiedliche Verhältnis von Atemwegen zum Lungenvolumen hat niemand gedacht.

FK: Warum ist denn die Wissenschaft der gender-Biologie erst so jung, wenn doch die Unterschiede so augenfällig sind?

Z.: Das ist eine lange Geschichte. Die Stossrichtung der bisherigen Forschung ging darauf aus, möglichst objektiv Objekte, einheitliche und reproduzierbare Bedingungen zu schaffen. Man versuchte, möglichst nahe an Laborbedingungen heranzukommen und möglichst viele Störfaktoren auszuschliessen. Alles, was Schwankungen verursacht, ist ein Störfaktor. So hat man quasi nach dem homogensten Modell gesucht.

FK: ... und das ist dann der Mann. Keine Schwankungen wegen der Mens, keine Schwangerschaften...

Z.: Ja, das war ja auch eine Kostenfrage: Je mehr Merkmale man untersuchen will, desto grösser muss die Studienpopulation sein. Eine Forschung, die frauen- und männer-spezifische Unterschiede berücksichtigt, verteuert natürlich jede Untersuchung.

FK: Das finde ich spannend. Ueberall zeigt sich heute ein ähnliches Bild: Das vorherrschende reduktionistische Paradigma von sogenannten objektiven Laborbedingungen stösst an Grenzen. Dinge sind komplexer, sei dies in der Molekularbiologie, in den Neurowissenschaften oder eben auch hier. Was hat aus historischer Perspektive dazu geführt, dass die gender Frage dann doch immer mehr eine Rolle zu spielen begann?

Z.: Das hat in den achtziger Jahren in den USA so richtig angefangen. In den USA haben Forschungsinventare aufgezeigt, dass die Forschungsgelder sehr ungleich vergeben wurden. Es entstand eine Forschungskritik, die Lücken und blinde Flecken in den Forschungsagenden betraf. Es gab in der Folge auch politisches Lobbying für Forschung an Frauen und über frauenspezifische Fragestellungen.

Prominent war dabei die Kritik, dass es auch nach den eigenen Regeln der Forschung nicht statthaft ist, einfach von einer Gruppe auf eine andere zu schliessen. Ergebnisse, die an Männern gewonnen wurden, können nicht unbesehen auf Frauen übertragen werden. Es gab in den USA auch zunehmend Frauen, die selber geforscht haben, in Forschungsinstitutionen arbeiteten und diese Kritik innerhalb dieser Institutionen einbrachten.

FK: Hat da beim 'agenda-setting' nicht auch die Frauenbewegung eine Rolle gespielt?

Z.: Klar. Doch die Kritik hat im Forschungsbereich anders gegriffen, als sie fachimmanent kam, formuliert in der Fachsprache von Forschenden. Dabei geht es übrigens auch nicht nur um Frauen, diese Kritik gilt auch bezüglich älteren Menschen, „nichtweissen“ Menschen, Migrantinnen etc. Auch diese wurden von der Forschung meist ausgeschlossen. Auch da wurde keine spezifische Forschung gemacht.

Biomedizinische Geschlechtsunterschiede sind zudem nur ein Bereich, in welchem Geschlechtsaspekte zu wenig berücksichtigt wurden. Die soziale und psychosoziale Dimension von Gesundheit kommt ja noch dazu.

FK: Ein Beispiel?

Z.: Forschungsarbeiten der 90er Jahre zur Betreuung von PatientInnen mit Herz-Kreislaufkrankheiten haben viele Geschlechtsunterschiede gefunden: Frauen erhielten weniger beziehungsweise erst später invasive Abklärungsuntersuchungen als Männer – bei vergleichbaren Symptomen.

Frauen erhielten auch weniger Bypassoperationen. Zudem erhielten Männer und Frauen – bei gleichem Schweregrad und gleichen Symptomen- andere Medikamente. Bei Frauen wurden Rehabilitationsprogramme weniger durchgeführt als bei Männern. Es wurde klar, dass sich da eine unterschiedliche Betreuungspraxis eingeschleppt hatte, die sich nicht nur durch das Krankheitsgeschehen erklären liess. Dieser Geschlechtsunterschied hat seine Ursache auch anderswo. Möglicherweise im psychosozialen Bereich, möglicherweise aber auch in einer Geschlechterdynamik bei der medizinischen Betreuung.

Ein weiteres Beispiel: Eine Studie aus der Ostschweiz hat gezeigt, dass bei Buben die Diagnose für Asthma früher gestellt wird als bei Mädchen, wiederum bei vergleichbaren Symptomen. Ein Grund dafür könnte die grössere Aufmerksamkeit für die Gesundheit von Buben sein, da Buben am Anfang des Lebens kränker sind als Mädchen.

FK: Erst spärlich erforscht ist auch der ganze Medikamentenbereich bei Frauen. Werden denn heute immer noch die meisten Medikamente an Männern geprüft?

Z.: Ich hoffe es nicht! Diese Forschungslücke lässt sich aber nicht so schnell beheben, das wird eine längere Geschichte. Es braucht sehr viel Forschung, um zu eruieren, ob Männer und Frauen auf Medikamente anders reagieren, ob es auch andere Dosierungen oder andere Dosierungsrichtlinien braucht, z.B. bei Asthmasymptomen eine zyklusabhängige Dosierung, oder bei Herz-Kreislaufkrankungen unterschiedliche Strategien vor oder nach der Menopause.

FK: Frau Zemp, was sind Ihre wichtigsten Forderungen für die Zukunft?

Z.: Zuerst einmal: Die Forschungsmodelle müssen heterogener werden. Wir müssen von der Forschungstradition, dass alles möglichst homogen ist, wegkommen. Und dies auf allen Ebenen, bei Modellen in der Zellforschung, bei Forschung auf Organebene, bei der Medikamentenentwicklung und insbesondere bei Forschung an Menschen.

FK: ... auf der Zellebene: In einem Bericht für die US National Academy of Science wird postuliert, dass selbst jede einzelne Zelle ihr eigenes Geschlecht hat. Deshalb spiele es bei Versuchen mit Zellkulturen eine Rolle, ob die Zelllinie von einer Frau oder von einem Mann abstammt. Würden Sie auch so weit gehen?

Z.: Das könnte eine Rolle spielen. Ein weiteres Forschungsfeld ist die unterschiedliche Behandlung und Betreuung von Frauen und Männern. Wie kommen diese zustande? Welche Geschlechterbilder mischen sich da hinein? Diese reflexive Ebene ist wichtig. Weitere zu beforschende Gebiete: Welche Rahmenbedingungen spielen für die Gesundheit von Frauen und für Männer eine Rolle, zum Beispiel sozioökonomische Ressourcen, soziale Stellung, unterschiedliche Belastungsmuster?

FK: Und wo spielt die gender-Frage in der Ausbildung eine Rolle?

Z.: Da sind wir noch sehr am Anfang. Es gibt nur ganz vereinzelte Lehrangebote, so im Medizinstudium in Basel – im Rahmen des Blocks Humanwissenschaften – eine Doppelstunde zum Thema „Gender in der Medizin“. – Ein Anfang, aber noch kein systematischer Einbezug der Fragestellungen und Ergebnisse der Geschlechterforschung.

Elisabeth Zemp Stutz ist Oberärztin am Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Basel, wo sie auch die Abteilung Frau und Gesundheit leitet. Der 1996 erschienene Frauengesundheitsbericht, der unter ihrer Leitung erarbeitet wurde, hatte in der Schweiz die Grundlage für eine gesundheitspolitische Agenda unter Berücksichtigung des gender-Aspektes gelegt. Elisabeth Zemp Stutz hat im Februar 2002 den PD gemacht.