

Thema: Die Medizin wird weiblich – so ist es immer häufiger zu hören angesichts eines Frauenanteils im Beruf von bereits 40 Prozent und sogar von 63 Prozent unter den Medizinstudierenden. Aus Sicht der Genderforschung bleibt jedoch abzuwarten, welche Auswirkungen dies hat: Werden Ärztinnen in Zukunft, geprägt durch die aktuellen beruflichen Herausforderungen, mehr von den heute als männlich geltenden Eigenschaften aufweisen, oder wird das ärztliche Berufsbild künftig stärker durch heute als weiblich geltende Verhaltensweisen geprägt sein? **von Christiane Groß.**

Gendermedizin – Medizin für Männer, Medizin für Frauen



Der Gender-Gedanke hat inzwischen alle Bereiche des öffentlichen Lebens erreicht. Er schlägt sich nieder in Programmen politischer Parteien, in der Umsetzung von europäischen Richtlinien oder in Forschungsprojekten der Universitäten – ob in technischen, naturwissenschaftlichen oder geisteswissenschaftlichen Fächern – und nicht zuletzt auch in der Medizin. Um die Thematik den Kolleginnen und Kollegen näher zu bringen, lud die Ärztekammer Nordrhein kürzlich zu einem vom Ausschuss „Berufliche Angelegenheiten von Ärztinnen“ initiierten Kolloquium ins Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft ein. Wie groß das Interesse war, zeigten die lebhaften Diskussionen und die große Anzahl der Teilnehmer, die trotz strahlenden Sonnenscheins bis in den frühen Nachmittag ausharrten.

Begriff Gender

Die Übersetzung des englischen Begriffes Gender bedeutet Geschlecht. Im deutschen Sprachgebrauch findet sich die Differenzierung zwischen dem biologischen Geschlecht (engl. sex) und dem psychologischen, sozialen Geschlecht (engl. gender). Das psychologisch-soziale Geschlecht und seine Bewertung hängen beispielsweise ab von den vorherrschenden Machtstrukturen in einer Gesellschaft. Genderaspekte in matriarchalischen Gesellschaftsformen sind somit anders ausgeprägt als in patriarchalischen Gesellschaftsformen. Männlichkeit und Weiblichkeit werden zum einen über die eigene Wahrnehmung bestimmt, zum anderen definieren die Erwartungen des Umfeldes die „Normalität“ der Geschlechterrolle.

Genetische Unterschiede

Machen allein die Gene den kleinen Unterschied? Diese Frage beleuchtete Professor Dr. Klaus Peter Zerres, Direktor des Instituts für Humangenetik der Universitätsklinik der RWTH Aachen in seinem Referat „genetische Ansatzpunkte für das Anderssein von Mann und Frau“. Über das Konzept der multifaktoriellen Vererbung näherte er sich an die genetischen Unterschiede bei Mann und Frau an. Wenn epigenetisch die Weitergabe von Eigenschaften an Nachkommen nicht durch Abweichungen in der DNA-Sequenz, sondern durch vererbte Änderung der Genregulation und Genexpression möglich sind, dann muss davon ausgegangen werden, dass es Mechanismen gibt, die die Genexpression der nächsten Generation(en) durch Umwelteinflüsse steuern können.

Zu diesen Umwelteinflüssen gehören sowohl elterliche als auch gesellschaftliche Verhaltensweisen. Aus Tierversuchen ist beispielsweise bekannt, dass väterlich exprimierte Gene dazu tendieren, das Embryowachstum ohne Rücksicht auf die mütterlichen Ressourcen zu steigern, mütterlich exprimierte Gene wirken dem entgegen und reduzieren das Embryowachstum soweit, dass auch weitere Schwangerschaften möglich sind. Weibliche und männliche Tendenzen scheinen so in direkter Konkurrenz zueinander zu stehen. Auch wenn es aus ethischen Gründen nicht möglich ist, die an Tieren reproduzierbaren Versuche mit Menschen nachzuvollziehen, scheinen sich Mechanismen erkennen zu lassen, die einen geschlechtsspezifischen Transgenerationen-Effekt der väterlichen Linie auch bei Menschen belegen. Nach Erkenntnissen der Humangenetik beruhen die Effekte auf Einflüssen in speziellen Entwicklungsphasen. Zeitlich unterschiedlicher mütterlicher und väterlicher Einfluss sprechen dafür, dass geschlechtsabhängige expositionsspezifische Phasen existieren.

Stereotype und funktionelle Bildgebung

Privatdozentin Dr. Ute Habel, leitende Psychologin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Aachen, berichtete unter dem Titel: „Gleich oder ungleich: welche Antworten kann die funktionelle Bildgebung auf die Frage nach Geschlechtsunterschieden liefern?“ Bisher wurden die meisten Untersuchungen an Männern durchgeführt und damit der „Gender“-Aspekt (soziales Geschlecht)

in der medizinischen Forschung zu wenig beachtet. Auch heute noch spielen Geschlechtsaspekte nur bei einem Teil der wissenschaftlichen Untersuchungen und klinischen Studien eine Rolle. Die Erkenntnis, dass Geschlechtsspezifität sowohl durch hormonelle Einflüsse, durch unterschiedliche Hirnorganisationen, durch verschiedene Reifungsgeschwindigkeiten, durch Umgebungseinflüsse und Lernerfahrungen, durch diverse kognitive Bearbeitungsstrategien als auch durch weitere spezifische und/oder unspezifische genetische Ursachen auftritt, beweist zwar Unterschiede zwischen den Geschlechtern, widerlegt aber auch die eine oder andere Mär – zum Beispiel über Frauen und Mathematik oder Männer und Emotionen.

So konnte unter anderem aufgrund von Verhaltensmassen nachgewiesen werden, dass Frauen nicht emotionaler sind als Männer und auch Emotionen nicht besser erkennen können. Frauen sind nicht stärker durch Emotionen irritierbar und sind auch nicht empathischer. Lediglich variiert jedoch bei den Frauen die Erkennungsfähigkeit in Abhängigkeit vom Zyklus. Auch wenn bei den durchgeführten Untersuchungen noch manche Unsicherheiten offen bleiben, besteht die Erkenntnis, dass die üblichen Stereotype der Geschlechtsunterschiede sich nicht ohne weiteres bestätigen lassen, dass sie aber dennoch eine Rolle spielen, weil Frauen und Männer Emotionen unterschiedlich verarbeiten. Aufgrund der funktionellen Bildgebung ist nachzuweisen, dass Männer und Frauen teilweise andere Strategien und andere neuronale Netzwerke verwenden.

Ausprägungsformen von Erkrankungen

Bekanntestes Beispiel für die Erkenntnis, dass Krankheitsbilder bei Mann und Frau unterschiedliche Ausprägungsformen haben können, ist der Herzinfarkt. Da nur die Symptome des Mannes bekannt waren, reduzierte dies die Überlebenschance der Frauen nach einem Herzinfarkt. Mit einer anderen Erkrankung, deren Ausprägungsformen hauptsächlich bei Frauen untersucht sind, beschäftigt sich das Referat von Andre Karger, Oberarzt am Klinischen Institut für psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf unter dem Titel: „Anders krank sein – am Beispiel der Depression bei Männern“.

In allen großen internationalen epidemiologischen Studien ist das Vorkommen der unipolaren Depression bei Frauen – im Gegensatz zu den Männern – mehr als doppelt so häufig. Die Depression wurde daher lange als „Frauenkrankheit“ verstanden. Allerdings sind bei Männern die Sterberaten durch Suizid, Alkohol oder Unfälle um das Zwei- bis Dreifache erhöht. Es gibt deutliche Hinweise dafür, dass mit den in den gängigen Diagnosesystemen definierten Kernkriterien der depressiven Störung nur ein Teil der „depressiv erkrankten“ Männer erfasst werden. Häufiger



Dr. med. Christiane Groß M.A.,
„Wie sich das Bild der Ärzteschaft und deren Betätigungsfeld verändern werden, hängt nicht zuletzt vom eigenen männlichen oder weiblichen Verständnis ab.“
Foto: Altengarten/ÄkNo

als unter den typischen Symptomen der gedrückten Stimmung, der Freudlosigkeit und der Antriebsminderung leiden Männer offenbar unter Reizbarkeit, Ärgerattacken, vermehrtem Suchtmittelgebrauch und Risikoverhalten sowie selbstwertbezogenen Problemen. Unter anderem im angloamerikanischen Sprachraum wird daher das Konzept einer „männertypischen Depression“ diskutiert.

Bereits seit längerem bekannt ist, dass Männer einen anderen, dissimulierenden Umgang mit Krankheitssymptomen, ein mangelndes Hilfesucheverhalten und dysfunktionale Stressverarbeitungsmuster zeigen. Hierbei sind männliche versus weibliche Geschlechterstereotype auf verschiedenen Ebenen wichtige pathogene Einflüsse. Die genannten Faktoren führen möglicherweise zusammen mit dem „gender bias“ in der Depressionsdiagnostik dazu, dass Männer nur unzureichend psychotherapeutische und psychiatrische Hilfen in Anspruch nehmen. Daraus abzuleitende Konsequenzen für die zukünftige Gestaltung medizinischer Versorgungsstrukturen sind zu diskutieren.

Wirksamkeit von Arzneimitteln

Die Pharmakologie gehört zu den „alten Fächern“ der Genderforschung. Die Frage nach möglichen geschlechtsspezifischen Unterschieden in Pharmakokinetik, Pharmakodynamik, Wirksamkeit und Verträglichkeit hat seit Beginn der 90er Jahre zunehmend das wissenschaftliche Interesse geweckt. Dr. Sara-Maria Haack, Assistenzärztin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Abt. II der Universität Ulm hat im Wuppertaler Philipp-Klee-Institut für klinische Pharmakologie bei Professor Dr. Petra Thürmann promoviert und berichtete über „Neuere Erkenntnisse der Wissenschaft in der Pharmakologie“.

Klinisch relevante Unterschiede in der Pharmakokinetik lassen sich vor allem auf Unterschiede in der Metabolisierung verschiedener Systeme zurückführen. Auch in der Plasmaeiweißbindung der Organismen von Männern und Frauen bestehen große Unterschiede. Geringere Metabolisierungsraten bei Frauen konnten mittlerweile mit signifikant höheren PharmakaplasmaKonzentrationen in Zusammenhang gebracht werden. Dies muss vor dem Hintergrund der schon länger bekannten Tatsache, dass Frauen häufi-

ger als Männer unerwünschte Arzneimittelwirkungen erleiden, besonders beachtet werden.

Unterschiede in Wirkung und Wirksamkeit können darüber hinaus auch auf geschlechtsspezifisch unterschiedliche Empfindlichkeit der Zielstrukturen bzw. Rezeptoren von Arzneistoffen beruhen, wie sie beispielsweise für das Herzreizleitungssystem oder einige ZNS-Rezeptoren bekannt ist. Hinzu kommt, dass mittlerweile für immer mehr Krankheiten geschlechtsspezifische Unterschiede in Pathophysiologie und Symptombildung bekannt sind. Gute Beispiele hierfür sind Herzinsuffizienz und Depression.

Problematisch ist nach wie vor, die klinische Relevanz eventueller geschlechtsspezifischer Unterschiede von Wirksamkeit und Verträglichkeit pharmakokinetisch und pharmakodynamisch zu beurteilen. Zurzeit fehlt es hierfür an einer adäquaten Datenlage. Vor allem aufgrund der katastrophalen Erfahrungen mit Thalidomid und der Sorge vor Schadensersatzansprüchen sind Frauen bis in die 90er Jahre hinein konsequent aus klinischen Prüfungen von Arzneimitteln, insbesondere in der Phase I, herausgehalten worden. Auch wenn seitdem mit erheblichem politischem Bemühen ein gewisser positiver Trend zu mehr Fraueneinschluss und Erforschung eventueller Geschlechtsspezifika stattgefunden hat, zeigen aktuelle Analysen, dass Frauen mit 25 bis 35 Prozent in Phase I-Studien bzw. 35 bis 45 Prozent in Phase II und III-Studien nach wie vor deutlich unterrepräsentiert sind. Eventuelle geschlechtsspezifische Therapieschemata zu identifizieren und im klinischen Alltag zu etablieren ist eine der wichtigsten zukünftigen Aufgaben von Pharmaindustrie, Politik, Wissenschaft und klinischer Praxis gleichermaßen.

Zukunftsmodell „virtuelles MVZ“?

Die Medizin wird weiblich, ist immer häufiger zu lesen. Da der Begriff Gender einen Terminus technicus aus der psychosozialen Forschung darstellt, gehören auch die Überlegungen bezüglich der Rahmenveränderungen im Gesundheitssektor in diesen Bereich. Professor Dr. Michael Schütte, Dozent an der Fachhochschule für Organisation und Management (F.O.M.) wagt in seinem Beitrag „Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und Herausforderungen für neue Gesundheitsstrukturen“ einen Blick in die vermutliche Zukunft.

Veränderungen der Rahmenbedingungen resultieren hauptsächlich auf der Veränderung der demographischen Entwicklung, jedoch auch auf dem Umbau der sozialen Sicherungssysteme. Die Zunahme Älterer in der Bevölkerung und die Zunahme der Lebensdauer bei Rückgang oder Stillstand der Geburtenzahl bedingt einen steilen Anstieg der Zahl von chronischen Erkrankungen mit dem daraus resultierenden erhöhten Behandlungsbedarf. Die zunehmende Unattraktivität von Einzel-Niederlassungen wegen finanziell unsicherer Zukunftsperspektive wird den schon heute besonders im hausärztlichen Bereich

sich abzeichnenden Ärztemangel im niedergelassenen Sektor auf Dauer verschärfen.

Nicht zuletzt weil inzwischen schon heute 63 Prozent der Studierenden weiblich sind, ist davon auszugehen, dass sich die Beschäftigungsstruktur zusätzlich dahingehend verändern muss, dass Frauen – und auch Männer – Familie und Beruf vereinbaren können. Neben der Möglichkeit, als angestellte Ärztinnen und Ärzte in MVZs zu arbeiten, die heute schon zum großen Teil zu Klinik-Konzernen gehören, plädierte Schütte für die Errichtung von „virtuellen MVZ“. Darunter versteht er den virtuellen ökonomisch-organisatorischen Zusammenschluss von mehreren Einzel- und Gemeinschaftspraxen (haus- und fachärztlich ausgerichtet) mit dem Ziel der Transformation von Ressourcen in Patienten-Nutzen.

Es ist davon auszugehen, dass Ärztinnen häufiger aus familiären Gründen zu Teilzeitbeschäftigungen neigen als Männer und daher eher die angestellte Tätigkeit vorziehen. Wünschenswert wäre es, dass auch in den virtuellen MVZs die Möglichkeit geschaffen wird, in Teilzeit zu arbeiten. Die Alternative des virtuellen MVZs sollte gegenüber den realen MVZs bevorzugt werden, da die virtuellen MVZs der Prämisse der Erhaltung der Freiberuflichkeit der Ärzte dienen können.

Fazit

Gender in der Medizin bedeutet sicher in erster Linie die Beachtung der Geschlechtsspezifika der Patienten aus dem Blickwinkel des behandelnden Arztes. Wenn aber Umwelteinflüsse und der zwischenmenschliche Umgang genetische Veränderungen auslösen und damit geschlechtsspezifische Vorurteile widerlegt werden können, muss man sich mit einer anderen Vorstellung von Männlichkeit und Weiblichkeit auseinandersetzen. Wenn männlich und weiblich nur zu einem Teil genetisch vorgegeben sind, und vieles sowohl zum Positiven als auch zum Negativen steuerbar ist, sollte zusätzliche Sensibilität gefordert werden. Psychologische und somatische Differenzierungen erklären somit nur in der Summe das Bild von Männlichkeit und Weiblichkeit.

Gender in der Medizin ist aber auch aus innerärztlicher Blickweise psychosozial wichtig in einer Zeit, in der mehr Frauen als Männer den Beruf ergreifen. Wie sich das Bild der Ärzteschaft und deren Betätigungsfeld verändern werden, hängt nicht zuletzt vom eigenen männlichen oder weiblichen Verständnis ab. Ob Ärztinnen in Zukunft durch die heutigen beruflichen Herausforderungen eher mehr von den heute als männlich geltenden Eigenschaften aufweisen, oder ob sich das ärztliche Berufsbild mehr durch heute weibliche Verhaltensweisen prägen lässt, bleibt abzuwarten.

Dr. med. Christiane Groß M.A., Vorstandsmitglied der Ärztekammer Nordrhein und Vorsitzende des Ausschusses „Berufliche Angelegenheiten von Ärztinnen“ der Ärztekammer Nordrhein