

Modul 1: Geschlecht und Medizin/Einführungsartikel

Die sogenannte geschlechtersensible Medizin gewinnt im Zuge individuengerechter medizinischer Behandlung immer mehr an Bedeutung. Geschlecht wird dabei nicht nur als möglicher Risikofaktor für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten eingeordnet, sondern nimmt zudem entscheidenden Einfluss auf den gesamten Behandlungsprozess. Geschlechtersensible Medizin umfasst weniger eine eigene Fachdisziplin, als eine interdisziplinäre Perspektive, die den meisten Fachgebieten eine neue Dimension eröffnen kann und muss. **Die geschlechtersensible Medizin beschreibt eine interdisziplinäre Betrachtungsweise der Humanmedizin, die den Einfluss des biologischen und psychosozialen/soziokulturellen Geschlechts auf Gesundheit und Krankheit berücksichtigt.** Die geschlechtersensible Sichtweise dahinter ist eigentlich selbstverständlich: Frauen und Männer unterscheiden sich in vielem. Wichtig ist, dass diese Unterschiede bei weitem nicht auf körperliche Merkmale zu beschränken sind. Neben biologischen gilt es auch soziale Unterschiede von Geschlecht bezüglich Aspekten wie Krankheitsanfälligkeit, Erkrankungshäufigkeit oder auch Bewältigungsstrategien und Therapietreue zu berücksichtigen, um adäquate Behandlungsmaßnahmen gewährleisten zu können. Dabei kann sowohl das Geschlecht der Patientinnen und Patienten als auch das Geschlecht des medizinischen Fachpersonals Einfluss auf den Versorgungsprozess nehmen.^[1]



Die englische Sprache ermöglicht (anders als der deutsche Ausdruck „Geschlecht“) eine begrifflich genaue Unterscheidung zwischen sozialem und biologischem Geschlecht. Der Begriff „Gender“ beschreibt alle sozialen Aspekte von Geschlecht und nimmt damit Bezug auf geschlechterspezifische Rollenverteilung, die beeinflusst wird von Umweltfaktoren wie soziokulturelle Erwartungen und Erziehungsstrukturen. Dagegen werden biologische Faktoren von Geschlecht (u. a. Chromosomale Grundlage, Sexualhormone, Immunsystem oder Stoffwechsel) dem Begriff „Sex“ zugeordnet.^[2] Wichtig dabei ist, Sex und Gender keinesfalls als getrennte Dimensionen zu begreifen. Vielmehr ergibt sich ein lebenslanges Zusammenspiel auf biologischer und sozialer Ebene, das für fast alle Krankheitsbilder eine Rolle spielt.

1998 wurde vom Statistischen Bundesamt der erste Gesundheitsbericht für Deutschland herausgegeben.^[3] Dieser wies einen deutlichen Mangel auf: Obgleich die Frauengesundheitsforschung und -praxis bis zu diesem Zeitpunkt schon auf eine mehr als 20-jährige Tradition zurückschauen konnte, wurden nur sehr wenige der aufbereiteten Daten nach Geschlecht unterschieden. Dieser Mangel in der Berichterstattung verstärkte den nationalen Diskurs rund um Geschlecht und Medizin und schon wenige Jahre später (im Jahr 2001) wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) der "Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen" herausgegeben, der bis heute als ein wichtiger Meilenstein

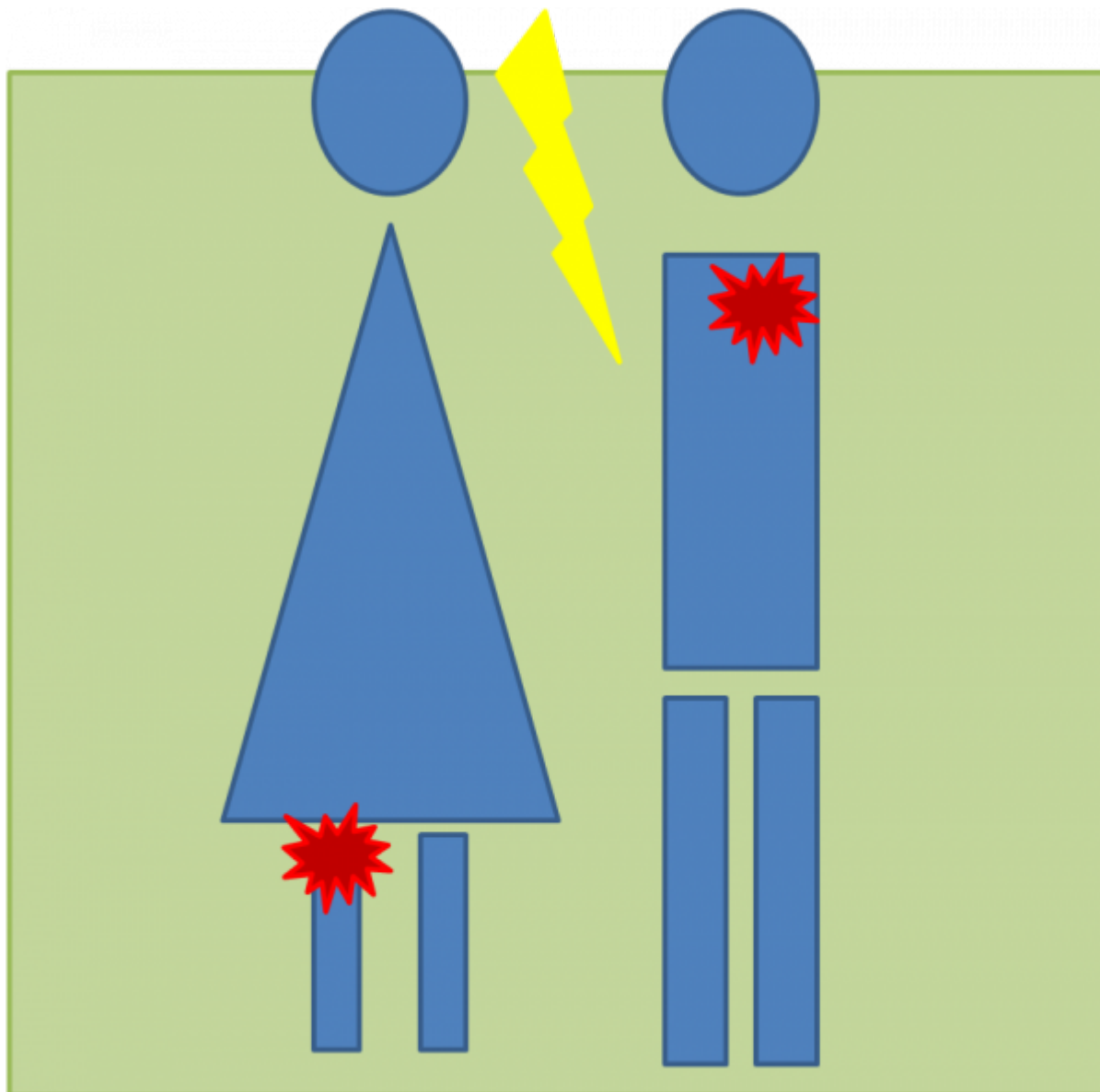
der geschlechtersensiblen Medizin gilt.^[4] Der deutsche Diskurs hatte nun Anschluss an die internationale Gesundheitspolitik gefunden und bereits 2002 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Region Europa eine Deklaration, die die Bedeutung von Geschlecht auf die Gesundheitsforschung hervorhob.^[5] Auch wenn die geschlechtersensible Medizin gegenwärtig noch lange nicht ausreichend in die medizinische Theorie und Praxis integriert wurde, hat sich dennoch seit 2002 das Themenfeld „Geschlecht und Gesundheit“ maßgeblich weiterentwickelt. Es lassen sich Fortschritte in der medizinischen und interdisziplinären Forschung sowie in einer geschlechtersensiblen Versorgungspraxis beobachten, wobei auch das Thema der Männergesundheit verstärkt berücksichtigt wird.^[6]

Geschlechterrelevanz in der Gesundheitsversorgung

Schon angesichts der hohen Gesundheitskosten sollte das Gesundheitssystem ein so offensichtliches Merkmal wie das Geschlecht von Patient oder Patientin sowie Arzt oder Ärztin bei Diagnose und Therapie nicht außen vor lassen. Leider achten Ärzte und Ärztinnen in ihrem Behandlungsalltag immer noch zu wenig auf geschlechtersensible Unterschiede. Folge ist, dass bei einer Vielzahl von Erkrankungen falsche Diagnosen gestellt werden und damit geeignete Therapien nicht eingeleitet werden können. Gravierende Konsequenz kann dann eine erhöhte Sterblichkeit sein.^[7] Medizinische Versorgung ist nicht geschlechterneutral. Dabei nimmt nicht nur das Geschlecht der zu behandelnden Person Einfluss auf den Versorgungsprozess. Entscheidend kann auch sein, ob das jeweilige Fachpersonal weiblich oder männlich ist (siehe auch Geschlecht des Fachpersonals).

Ein gesunder Lebensstil kann das Risiko zu erkranken reduzieren und deutlichen Einfluss auf die Ergebnisse einer Behandlung nehmen. Beeinflussende Faktoren sind dabei vor allem Rauchen, sportliche Betätigung, sicherer Sex, Alkoholkonsum und gesunde Ernährung. Damit können Männer und Frauen aufgrund von bewussten Gesundheitsentscheidungen enormen Einfluss auf ihren gesundheitlichen Zustand ausüben und damit das Risiko senken, von Erkrankungen wie Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen oder Krebs betroffen zu sein. Lebensstil und gesundheitsbezogenes Verhalten unterscheiden sich zwischen den Geschlechtern. Einer niederländischen Studie von 2013 zufolge konsumieren Männer mehr Alkohol als Frauen, rauchen häufiger und sind deutlich öfter opioidabhängig. Hintergrund ist ein unterschiedlicher Umgang mit Genussmitteln.^[8]

Zudem unterscheiden sich Frauen und Männer in ihren Einschätzungen bezüglich Gesundheit und Krankheit. Dabei scheint ein Geschlechterunterschied bezüglich der Wahrnehmung und Interpretation von Körperfunktionen zu bestehen. Auch kommunizieren Patientinnen und Patienten verschieden und präsentieren bzw. erklären ihre Symptome in unterschiedlicher Weise (oder versäumen dies). Zum Beispiel sind Männer mehr als Frauen geneigt dazu, gesundheitliche Beschwerden (einschließlich psychischer Probleme) zu verleugnen oder eigene Lösungsversuche zu finden. Frauen berichten dagegen früher und häufiger von gesundheitlichen Problemen.^[9] Auch scheint ein Geschlechterunterschied bezüglich der Bewältigung von Problemen (gesundheitsbezogenen und anderen). Daraus ergeben sich unterschiedliche Verhaltensweise bezüglich des Aufsuchens und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Unklar dabei bleibt, ob Frauen zuweilen „übermäßigen“ Gebrauch von Gesundheitsangeboten machen (Frauen verursachen höhere Gesundheitskosten) oder ob Männer diese „ungenügend“ nutzen.



Arthrose der Kniegelenke ist eher weiblich? Und Herz-Kreislauf-Erkrankungen eher männlich? Stereotype Zuordnungen können eine adäquate Behandlung verhindern. [Quelle: GenderMed-Wiki (2016)]

Geschlechterunterschiede in der Symptomatik bestimmter Erkrankungen können zu verspäteten (oder versäumten) Diagnosen führen und damit den Behandlungsbeginn verzögern oder verhindern.^[10] Beispielsweise werden Diagnosen für einen Herzinfarkt^[11] oder eine HIV-Erkrankung^[12] bei Frauen erst zu einem sehr späten Zeitpunkt gestellt. Grund dafür ist unter anderem, dass diese Erkrankungen als „untypisch“ für das weibliche Geschlecht eingeordnet werden und Frauen deshalb nicht als wahrscheinliche Kandidatinnen gelten. Herzinfarkte werden immer noch häufig als „Männerkrankheit“ charakterisiert. Dabei ist oft nicht bekannt, dass sich die Symptome eines Herzinfarktes zwischen den Geschlechtern deutlich unterscheiden können. Während bei Männern charakteristische Symptome (z. B. Engegefühl in der Brust und ausstrahlender Schmerz in den Armen) auftreten, treten bei Frauen häufig Schmerzen der Kiefergelenke und des Rückens sowie Beschwerden wie Schweißausbrüche, Übelkeit und Kurzatmigkeit auf.^[13] Die Chancenungleichheit von Männern und Frauen hinsichtlich kardiologischer Behandlungen (z. B. werden Frauen mit akutem Infarkt circa 40 Minuten später ins Krankenhaus eingeliefert) wird durch statistische Daten zur Todesursachenklärung deutlich: So sterben mehr Frauen als Männer infolge einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, obgleich es sich doch eigentlich um eine klassische "Männerkrankheit" handelt.^[14]^[15] Auch AIDS gilt immer noch häufig als typische Krankheit homosexueller Männer oder drogensüchtiger Personen. Dabei sind gegenwärtig über 50 Prozent der an AIDS Erkrankten weiblichen Geschlechts. Dem entgegen werden stereotyp weibliche Krankheiten wie Osteoporose

(oft sind postmenopausale Frauen betroffen) bei Männern häufig übersehen und wenig erforscht (beispielsweise wurden häufig (junge) Frauen als Referenzgruppe für Knochendichte bei älteren Männern herangezogen).^[16]

Aktuell beruht unser medizinisches Wissen noch hauptsächlich auf Basis des männlichen Organismus (männliche Versuchsteilnehmer sowie männliche Versuchstiere). Beispielsweise ist noch heute bei 22 bis 42 Prozent der physiologischen, neurowissenschaftlichen und biologischen Studien das Geschlecht der Versuchstiere nicht ersichtlich.^[17] Dabei soll die Forschung am männlichen Organismus vor allem Verzerrungen infolge von hormonellen Unterschieden vermeiden.^[18] So fluktuiert das weibliche Hormonlevel unter anderem während des Menstruationszyklus und kann dann mit experimentellen Ergebnissen interagieren. Der systematische Ausschluss weiblicher Organismen aus wissenschaftlichen Untersuchungen gilt nicht nur für Grundlagenforschung und Medikamentenstudien, sondern für die gesamte Bandbreite der medizinischen Gesundheitsversorgung (Ausnahme bilden frauenspezifische Gesundheitsaspekte). Aufgrund dessen kam und kommt es zu Fehldiagnosen und inkorrekt medikamentöser Dosierungen bei Frauen mit zwangsläufig negativen Konsequenzen. Verstärkt geschlechtersensible Forschung am Menschen, am Tier und an Zellen ist dringend notwendig und scheint im Zuge individualisierter Medizin zunehmend in den wissenschaftlichen Fokus zu gelangen.^[19]

Literatur

Klicken Sie auf "Ausklappen" um die Literaturverweise anzuzeigen.

2. Kindler-Röhrborn A, Pfleiderer B. Gendermedizin - Modewort oder Notwendigkeit?: - Die Rolle des Geschlechts in der Medizin. XX 2012; 1(03):146-52
4. Kindler-Röhrborn A, Pfleiderer B. Gendermedizin - Modewort oder Notwendigkeit?: - Die Rolle des Geschlechts in der Medizin. XX 2012; 1(03):146-52
6. Statistisches Bundesamt. Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 1998.
8. BMFSFJ - Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen. Bonn: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend; 2001.
10. WHO Euro - WHO Regional Office for Europe. Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward. Madrid Statement. Copenhagen; 2002.
12. Kolip P, Hurrelmann K. Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Hogrefe; 2016. (Programmbereich Gesundheit).
14. Kindler-Röhrborn A, Pfleiderer B. Gendermedizin - Modewort oder Notwendigkeit?: - Die Rolle des Geschlechts in der Medizin. XX 2012; 1(03):146-52
16. Visscher TL, Am Bakel, van Zantinge EM. Overgewicht samengevat. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> (accessed 8 May 2014) 2013.
18. Gijsbers van Wijk, C M, Kolk AM. Sekseverschillen in gezondheidsbeleving. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 1997; 141(6):283-7.

20. Mosca L, Banka CL, Benjamin EJ, Berra K, Bushnell C, Dolor RJ et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update. *Journal of the American College of Cardiology* 2007; 49(11):1230-50.
22. Mosca L, Banka CL, Benjamin EJ, Berra K, Bushnell C, Dolor RJ et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update. *Journal of the American College of Cardiology* 2007; 49(11):1230-50.
24. Sordo del Castillo, Luis, Ruiz-Pérez I, Olry de Labry Lima, Antonio. Biological, psychosocial, therapeutic and quality of life inequalities between HIV-positive men and women - a review from a gender perspective. *AIDS reviews* 2010; 12(2):113-20.
26. Saner H. Manifestation und Verläufe der koronaren Herzkrankheit bei Männern und Frauen- Konsequenzen für Diagnose und Therapie. *Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique* 2007; 64(6):305-10.
28. Austria, S. (2007). Todesursachenstatistik. Download vom, 23, 2007.
30. Hochleitner M. Gender Medicine: Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck. Wien: Facultas.wuv; 2008.
32. Orwig DL, Chiles N, Jones M, Hochberg MC. Osteoporosis in men: update 2011. *Rheumatic diseases clinics of North America* 2011; 37(3):401-14, vi.
34. Beery AK, Zucker I. Sex bias in neuroscience and biomedical research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2011; 35(3):565-72.
36. Becker JB, Arnold AP, Berkley KJ, Blaustein JD, Eckel LA, Hampson E et al. Strategies and Methods for Research on Sex Differences in Brain and Behavior. *Endocrinology* 2005; 146(4):1650-73.
38. The Netherlands Organisation for Health Research and Development. *Gender and Health: Knowledge Agenda*. Den Haag; 2015

Lizenz

Dieser Artikel ist unter der Creative Commons Lizenz veröffentlicht. Den vollen Lizenzinhalt finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/legalcode>

Autoren

Julia Schreitmüller

Zuletzt geändert: 2021-09-28 11:08:23