

# if: informativ & feministisch



## Diagnose: Frau

Neues aus der Gendermedizin

**Gendergerechte Medizin**

Wo es immer noch Aufholbedarf gibt

**Frausein als Krankheit**

Weibliche Körper als Abweichung von der Norm

**Psyche im Patriarchat**

Klischees rund um Frauen und psychische Krankheiten

# Liebe Leserinnen und Leser!

**Daniela Gutschi**  
Landesrätin für Frauen,  
Diversität, Chancengleichheit



**F**rauen und Männer sind vielseitig, haben vieles gemeinsam und sind trotzdem sehr unterschiedlich. Dieser Umstand ist in unserer Gesellschaft allgemein bekannt und akzeptiert, aber dennoch spielen diese Unterschiede in der Medizin eine immer noch viel zu kleine Rolle. Wer von Übelkeit und Erbrechen hört, denkt vermutlich zuallererst an einen viralen Infekt oder eine Lebensmittelvergiftung, aber nicht an einen Herzinfarkt. Doch genau diese Symptome können bei Frauen – anders als bei Männern – auf eben jenes lebensbedrohliche Geschehen hindeuten.

Es ist daher essenziell, die Gendermedizin gezielt zu fördern, um Frauen und Männer in Zukunft besser behandeln zu können und die geschlechterbezogenen

Unterschiede stets zu berücksichtigen.

Auch wenn diesem Bereich in den letzten Jahren mehr Bedeutung zugekommen ist, so haben wir noch einen langen Weg vor uns.

In meiner Zuständigkeit für Gesundheit ist es mir als Landesrätin daher ein großes Anliegen, mein Augenmerk auch darauf zu richten, dass die Gendermedizin in Zukunft mehr Beachtung findet und Unterstützung erfährt, um in unserer Gesellschaft einen weiteren Schritt in eine gleichgestellte Zukunft von Frauen und Männern gehen zu können. Mein Dank gilt all jenen, die mit ihrem Engagement und ihrem Einsatz dieses so wichtige Thema zum Wohle aller vorantreiben und zu einer besseren Gesundheitsversorgung beitragen. Allen Leser\*innen wünsche ich nun eine spannende Zeit mit der neuen Ausgabe dieses Magazins.

© MANUEL HÖRN

## inhalt

### 03\_Standpunkt

Aline Halhuber-Ahlmann

### 04\_Coverstory

Gendermedizin – Diagnose: Aufholbedarf

### 08\_Interview: Alexandra Kautzky-Willer

Wo steht Österreich im internationalen Vergleich?

### 10\_Frausein als Krankheit

Warum es geschlechtergerechte Medizin braucht

### 12\_Psyche im Patriarchat

Beatrice Frasl: „Patriarchale Belastungsstörung“

### 14\_Geschlechtersensible Medizin

Warum sie lebensrettend sein kann

### 15\_Drei Frauen ...

... und ihre Erfahrungen zu Gendermedizin

## impressum

**if: informativ & feministisch.** Aktuelle Information zu Frauen- und Gleichstellungsthemen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie interessierte Frauen und Männer

**Herausgeberin und Medieninhaberin:** Referat Frauen und Diversität des Amtes der Salzburger Landesregierung, vertreten durch Mag.<sup>a</sup> Eva Veichtlbauer

**Redaktion:** Ursel Nendzig **Salzburg-Redaktion:** Ricky Knoll **Verlagsort:** Salzburg **Lektorat:** Coralie Riedler

**Artdirection und Produktion:** Martin Jandrisevits, Titanweiß Werbeagentur GmbH **Beratung, Konzept, Koordination der Produktion:** „Welt der Frauen“ Corporate Print für das Amt der Salzburger Landesregierung, Referat 2/05: Frauen, Diversität, Chancengleichheit. Adresse: Michael-Pacher-Str. 28, 5020 Salzburg, Tel.: 0662/8042-4041, frauen@salzburg.gv.at

**Druck & Herstellerin:** Samson Druck GmbH **Auflage:** Salzburg 5.100, Gesamtauflage 15.800 **Herstellungsort:** St. Margarethen im Lungau

**DSGVO-Hinweis:** Sehr geehrte Bezieherinnen und Bezieher, mit 25. 5. 2018 ist die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in Kraft getreten. Als Bezieherin/Bezieher haben Sie uns personenbezogene Daten zur Verfügung gestellt, die wir im Rahmen der Erfüllung Ihres Bezugswunsches verarbeiten. Der verantwortungsvolle Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Um unsere Informationspflicht nach der DSGVO zu erfüllen, möchten wir Sie für alle weiteren Details zu unserem Umgang mit Ihren Daten auf unsere Datenschutzerklärung hinweisen.

Diese finden Sie online auf <https://www.salzburg.gv.at/datenschutz>. Wenn Sie das Magazin nicht mehr erhalten wollen, schreiben Sie bitte ein E-Mail an [frauen@salzburg.gv.at](mailto:frauen@salzburg.gv.at).

## 3 FRAGEN AN ...

**Dr. Gerlinde Mara Akmanlar-Hirscher**

Fachärztin für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe, Salzburg

**In welcher Form betrifft das Thema Gendermedizin vor allem Frauen?**

In der Vergangenheit hat sich vieles in der Medizin am „Prototyp Mann“ orientiert – sei es bzgl. typischer Krankheitssymptome oder pharmakologischer Studien. Dadurch wurden Frauen mit Beschwerden nicht oder nur verzögert richtig diagnostiziert. Geschlechtsspezifische Unterschiede spielen in der Biologie sowie im sozialen Verhalten eine Rolle. Auch die Pharmakologie von Arzneimitteln ist je nach Geschlecht verschieden. Ausschließlich an Männern getestete Substanzen können in der Schwangerschaft zu Fehlbildungen führen – das Medikament Contergan aus den 1950er-Jahren ist dafür ein tragisches Beispiel.

**Welche Folgen hat das Ihrer Erfahrung nach?**

Die Integration von genderspezifischen Aspekten kann zu einer präziseren, individualisierteren Medizin führen. Was in einem vertrauensvollen ärztlichen Gespräch an individuellen Eigenheiten einer Person erfasst wird, soll auch im medizinisch-digitalen Bereich beachtet werden – also auch Sex und Gender. Als Gynäkologin ist es mir ein besonderes Anliegen, dass auch andere Fachgebiete den Genderaspekt beachten.

**Wie ließe sich das in Zukunft verbessern?**

In Ausbildung und Lehre sollte Gendermedizin ein selbstverständlicher Baustein sein. Aber auch im Alltag der Kliniken ist ein Umdenken nötig – medizinisch wie auch bzgl. Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass in Forschungsteams, in denen Frauen führend mitarbeiten, mehr frauenrelevante Themen bearbeitet werden.

**Gendermedizin – (k)eine Selbstverständlichkeit**

Unfassbar, dass die biologische Gegebenheit weiblicher Körper in der Medizin so lange konsequent ignoriert werden konnte. Der biologische Unterschied (engl. Sex) wurde nicht zur Kenntnis genommen. Jetzt ist die medizinische Überforderung perfekt, wenn die Frauengesundheit außerdem noch fordert, dass die gesundheitlichen Folgen der weiblichen Rolle in der Gesellschaft (engl. Gender) auch noch berücksichtigt werden sollen.

Seit fast 29 Jahren schlage ich mich mit dem Thema in Salzburg herum und versuche, zu überzeugen, dass das Berücksichtigen von sowohl Sex als auch Gender die Gesundheit für Männer und Frauen verbessern würde. Ich liebe diese Definition: „Sex haben wir zwischen den Beinen und Gender zwischen den Ohren.“ Deshalb gibt es auch den Unterschied zwischen Sex-Medizin, was eine Selbstverständlichkeit sein sollte, und Gendermedizin, die nur dann so genannt werden sollte, wenn der weibliche/männliche Lebenszusammenhang bei Diagnose, Behandlung und in der Prävention berücksichtigt wird. So erkennen Männer ihre Depressionen nicht, die sich anders äußern (Aggressionen, Jähzorn, Schuldzuweisungen an andere), und Frauen ihre Infarkte nicht – beides führt dazu, dass Menschen nicht die schnellste und beste Diagnose und Behandlung bekommen.

Gute Medizin sollte für alle sein, allerdings kann die Gleichbehandlung von Männern und Frauen in diesem Fall ein großer Fehler sein, weil wir uns auch auf der biologischen Ebene grundlegend unterscheiden. Gendermedizin fügt diesem Aspekt weitere Dimensionen der weiblichen und männlichen Realität hinzu.



Aline Halhuber-Ahlmann  
Geschäftsführung  
FrauenGesundheitsZentrum Salzburg

AUF PUNKT UND KOMMA

37%

**Todesursache Nummer eins bei Frauen: Herzinfarkt**

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, vor allem Herzinfarkt, gelten nach wie vor als typische Männerkrankheiten, stellen aber mit 37 % die Todesursache Nummer eins bei Frauen dar (Männer: 32 %). Das Risiko, daran zu sterben, ist bei Frauen um 20 % höher als bei Männern.

Auf Platz zwei folgen mit 21 % Krebserkrankungen. Die Geschlechterungleichheit in medizinischer Forschung und Versorgung (Gender-Health-Gap) bleibt hoch. Ohne rasches Umdenken könnte sich diese Kluft mit dem zunehmenden Einsatz von künstlicher Intelligenz in der Medizin weiter verschärfen, warnt die MedUni Wien. Frauen sind in klinischen Studien immer noch unterrepräsentiert. Dies führt zu Daten- und Wissenslücken, aber auch zu verzögerten Diagnosestellungen.

Quelle: MedUni Wien, 5.3.2024



# GENDERMEDIZIN

## DIAGNOSE: AUFHOLBEDARF

**Jahrhundertlang orientierte sich die Medizin an einem Geschlecht: dem männlichen. Der weibliche Körper wurde als Abweichung davon betrachtet, Medikamente entsprechend nicht für Frauen entwickelt. Bis heute ist diese Diskriminierung auf vielen Ebenen bemerkbar – mit teils gravierenden Folgen.**

**W**ir alle haben gelernt, darauf zu achten: Klagt jemand über stechende Schmerzen in der Brust und wandern diese in Richtung linker Arm, sind wir alarmiert, denn es könnte ein Herzinfarkt sein. Wir leisten Erste Hilfe, rufen so schnell wie möglich die Rettung, denn es könnte um Minuten gehen, die über Leben und Tod entscheiden. So weit, so gut – solange es sich bei dem Betroffenen um einen Mann handelt. Bei Frauen kündigt sich ein Herzinfarkt nämlich ganz anders

an. Sie leiden an Übelkeit oder Erbrechen, haben Rückenschmerzen. Und wir sind nicht alarmiert, weil wir auf diese Anzeichen nicht trainiert sind. Wir raten dazu, sich hinzulegen, auszuruhen, abzuwarten. Doch das kann fatal sein. Frauen, die einen Herzinfarkt erleiden, kommen deshalb im Schnitt eine Stunde später in die Notaufnahme als Männer.

Dies ist nur ein Beispiel unter vielen, die zeigen, wie Frauen medizinisch diskriminiert sind – weil die physiologischen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Körpern lange Zeit in der Medizin ignoriert wurden. Es beginnt schon bei der medizinischen Forschung, die zwar im Lauf der Jahrhunderte Beachtliches hervorgebracht hat, aber dennoch weiterhin einen „blinden Fleck“ hat, wenn es um das Thema geschlechtergerechte Medizin geht. Es beginnt bei mangelnder Gendersensibilität in den Forschungsfragen, geht über die Verwendung männlicher Tiere für Laborversuche in der Medikamen-

tenentwicklung und der Unterrepräsentation von Frauen in klinischen Studien und endet leider noch lange nicht bei den geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Wirkung von Arzneimitteln.

### Ein langer Weg

Dass Frauen in der Medizin benachteiligt wurden und werden, ist keine neue Erkenntnis. Sie lässt sich sogar bis in die Schriften von Hippokrates zurückverfolgen. Der Geschlechter-Bias, könnte man sagen, ist also so alt wie die Medizin selbst. Gendermedizin hingegen ist ein im Vergleich junges Feld und wurzelt in den 1980er-Jahren. Die US-amerikanische Kardiologin Marianne Legato gilt als Pionierin der Gendermedizin. Sie forschte und publizierte zum weiblichen Herz und stieß auf geschlechterspezifische Unterschiede bei Herzerkrankungen.

Kurz darauf wurde das sogenannte „Yentl-Syndrom“ identifiziert: In einem viel beachteten Artikel der Kardiologin Bernadine Healy riet diese Frauen dazu, sich vor dem Besuch bei Ärzt\*innen als Mann zu verkleiden, weil sie dann mit teureren und besseren Methoden versorgt werden würden. Sie nahm damit Bezug auf die Geschichte des jüdischen

**Medizin, die auf Frauenkörper zugeschnitten ist: eine nach wie vor unerfüllte Forderung.**

## Die Basics: Was ist Gendermedizin?

Gendermedizin beschäftigt sich mit dem Faktor Geschlecht als Einflussgröße auf Erkrankungen sowie auf die medizinische Behandlung, Forschung und Prävention.

Geschlecht meint dabei nicht Mann und Frau als gegenüberliegende Pole, sondern wird als Kontinuum betrachtet, zusammengesetzt aus biologischen und psychosozialen Einflüssen. Weiblichkeit oder Männlichkeit setzt sich zusammen aus:

- genetischem oder Kerngeschlecht (nach dem Besitz von Geschlechtschromosomen)
- gonadalem Geschlecht (nach der Ausbildung der Keimdrüsen)

- genitalem Geschlecht (nach den körperlichen äußeren Geschlechtsmerkmalen)
- psychischem Geschlecht (nach der sexuellen Selbstidentifikation)
- sozialem Geschlecht (nach der von außen kommenden sozialen Rollenzuweisung)

Zum einen wird der Frage nach den Geschlechtsunterschieden von der subzellulären bis zur Körperebene nachgegangen. Zum anderen werden soziale, psychische und kulturelle Einflussfaktoren auf Entstehung, Verlauf und Behandlung von Krankheiten erforscht. Geschlecht (Sex und Gender)

wird durch vermehrte wissenschaftliche Aufmerksamkeit zunehmend als wichtiger Einflussfaktor auf Gesundheit und Krankheit erkannt, aber auch Diversity gerät mehr in den Mittelpunkt. Nicht nur Geschlecht, sondern auch Alter, ökonomische Verhältnisse und soziale Herkunft zeigen ihre medizinische Relevanz auf Ebene der Symptome, in der Vergabe von Diagnosen, in der Prävention, Behandlung und Wirkung von Medikamenten. Ein bewusster Blick auf Gendermedizin als Querschnittsmaterie, die in allen medizinischen Fächern sichtbar wird, verspricht einen erhöhten Erkenntnisgewinn und in weiterer Folge verbesserte medizinische Angebote.

Mädchens Yentl, das sich als Bursch verkleiden muss, um den Talmud studieren zu dürfen. In der Medizin beschreibt das Syndrom die Vernachlässigung von Frauen in Forschung und Therapie aufgrund fehlender wissenschaftlicher Fakten – wie das fehlende Wissen darüber, dass sich die Symptome eines Herzinfarkts bei Frauen von jenen bei Männern unterscheiden. Es dauerte aber ein weiteres Jahrzehnt, bis die geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen

verschiedenen Krankheiten. Später wurden die unterschiedlichen Krankheitsverläufe der Geschlechter untersucht. Erst danach folgte die Grundlagenforschung, die den Fokus darauf legte, die Ursachen für diese Unterschiede zu ermitteln. Das war die Grundlage dafür, dass die medizinische Forschung nun auch das soziologische Geschlecht miteinbezog – und damit war die Gendermedizin geboren, welche die Ursachen für Gesundheit und Krankheit jedes Menschen sowohl in der Biologie als auch im Körperbau, in den Genen und Zellen wie auch in seiner gesellschaftlichen Rolle sieht.

### Frauenmangel bei Studien

Ein Bereich, in dem die Relevanz von Gendermedizin greifbar wird, ist die Entwicklung von Medikamenten. In der Vergangenheit waren Frauen kaum in klinische Studien zu Arzneimitteln eingebunden. Dosierungs- und Behandlungsempfehlungen leiteten sich aus den Daten, die für die meist männlichen Probanden generiert wurden, ab. Dabei erzielten Medikamente bei einem Geschlecht häufig eine völlig andere Wirkung als beim anderen.

Das wird bei bestimmten Schmerzmitteln besonders deutlich. Weil Frauen die Wirkstoffe im Körper anders verarbeiten als Männer, wirken die Medikamente schneller. Daher bräuchten sie oft eine geringere Menge, erhalten aber häufig eine zu hohe Dosis, da diese von männlichen Probanden abgeleitet wird. Die Folge: Frauen leiden häufiger und stärker unter Nebenwirkungen von Schmerzmitteln. Auch das ist eine Folge davon, dass klinische Studien in der Vergangenheit stärker auf Männer fokussiert waren. Der Grund dafür ist eigentlich trivial: Werden Studien zur Wirkung von Medikamenten durchgeführt, melden sich oft mehr Männer als Frauen. Die Ergebnisse der Studien sind aber oft über Jahre hinweg die Grundlage für die Dosierungsempfehlungen, die Ärztinnen und Ärzte aussprechen. Bis heute beeinflusst so die Forschung der Vergangenheit die medizinische Versorgung der Gegenwart.

Eine weitere Besonderheit sind Schwangere und Stillende: Um sie keinem Risiko auszusetzen, werden sie von Medikamentenstudien meist ausgeschlossen, die Medikamente also offiziell nicht für sie zugelassen. Teilnehmen dürfen an den Studien meist nur Frauen, die doppelt verhüten, also hormonell (z. B. mit der Pille) und mit Kondom, um ungeborenes Leben besonders gut zu schützen. Es werden also Frauen, die einen von Verhütungsmitteln unbeeinflussten Zyklus haben, von Studien ausgeschlossen – und das erhöht wiederum den Anteil männlicher Probanden. Der gute Wille, Schwangere, Embryos



**Symptome für Krankheiten können bei Frauen anders aussehen als bei Männern. Ein Grund, warum Frauen bei einem Herzinfarkt später versorgt werden.**

Frauen und Männern systematisch untersucht und wissenschaftlich aufgearbeitet wurden. Im Jahr 2001 brachte schließlich die WHO eine Empfehlung heraus, Strategien zur geschlechtsspezifischen Prävention von Krankheiten umzusetzen.

Die Forschenden fokussierten sich anfangs auf die ungleiche Sterblichkeit von Frauen und Männern bei

und Föten zu schützen, führt also paradoxerweise dazu, dass sie keine passenden Medikamente bekommen, sondern im Zweifelsfall auf niedrigere Dosierungen gesetzt wird, von denen nicht klar ist, wie sie sich auf ihren Organismus auswirken.

Doch es gibt auch gute Nachrichten: So müssen in der EU seit 2022 klinische Studien eine repräsentative Geschlechter- und Altersverteilung aufweisen. Das ist ein Schritt in die richtige Richtung. Denn nur eine solche Vorgehensweise kann künftig in eine sichere und gleichberechtigte Arzneimittelversorgung münden. Die klinische Forschung von bereits zugelassenen älteren Medikamenten basiert allerdings weiterhin auf den nicht gender-adjustierten Daten.

### Ausweg Esoterik

Geschlechtergerechte Medizin hat eine weitere Folge. Weil sich viele Frauen von der sogenannten „Schulmedizin“ nicht ernst genommen fühlen, wenden sie sich angeblichen „Alternativen“ zu: Rund 60 Prozent aller Frauen und nur 40 Prozent der Männer, so die „Gesundheitsstudie“ der Versicherung Wiener Städtische, haben sich einer Behandlung mit Homöopathie, Akupunktur oder Ähnlichem unterzogen. Dafür, dass sich besonders Frauen für Globuli begeistern, mag es viele Gründe geben – einer davon ist vermutlich, dass die Medizin die Frauengesundheit lange Zeit systematisch vernachlässigt hat. Und auch wenn die Forschung im Bereich Gendermedizin bereits große Fortschritte gemacht hat, ist sie noch nicht im Alltag der medizinischen Praxis angekommen. ●

## ROLE



### Antonella Santuoccione Chadha

Zusammen mit drei Kolleginnen gründete sie das „Women's Brain Project“ mit dem Ziel, die weiblichen Besonderheiten bei Hirnerkrankungen zu erforschen. Bei vielen psychischen oder neurologischen Krankheiten gibt es einen Unterschied zwischen Männern und Frauen, so sind Frauen häufiger von Depressionen, Angsterkrankungen, Multipler Sklerose, aber auch von einigen Formen von Hirntumoren betroffen. Dieser Unterschied werde in der Forschung viel zu wenig beachtet, so Santuoccione Chadha.

## Der Gender-Health-Gap

**Das Fehlen einer geschlechtsspezifischen Forschung und Gesundheitsversorgung wird auch als Gender-Health-Gap bezeichnet – und ist ein weltweites Problem.**

Frauen sind anders. Männer auch. Die Geschlechterungerechtigkeit in der medizinischen Forschung und Versorgung wird dieser Tatsache nach wie vor nicht gerecht. Frauen leben zwar, so die Zahlen der Statistik Austria, länger als Männer – die Lebenserwartung ist bei Frauen mit 84 Jahren um fast fünf Jahre länger als bei Männern mit 79,3 Jahren. Die Jahre, die sie in guter Gesundheit verbringen, sind bei Frauen mit 64,1 aber nur geringfügig mehr als bei Männern mit 63,1.

Frauen verbringen also mehr Jahre in schlechter Gesundheit als Männer. Herzinfarkte gelten nach wie vor als typische Männerkrankheit, sind aber mit 37 Prozent die häufigste Todesursache bei Frauen und häufiger als bei Männern, von denen nur 32 Prozent betroffen sind. Auch Lungenkrebs ist bei immer mehr Frauen als Todesursache zu verzeichnen. Arthrose, Osteoporose und rheumatoide Arthritis kommen bei Frauen im Vergleich zu Männern besonders häufig vor. Das Risiko, im Lauf des Lebens an einer Depression zu erkranken, ist bei Frauen zwei- bis dreimal so hoch wie bei Männern.

Die Krankheitslast, die Frauen tragen, ist hoch – nicht nur in Österreich. Der Gender-Health-Gap-Report 2024 des Weltwirtschaftsforums, der die Lage in rund 150 Ländern analysiert, zeigt, dass Frauen rund ein Viertel weniger Jahre bei guter Gesundheit leben als Männer. Die Gründe sind allgemein bekannt: Frauen sind in klinischen Studien immer noch unterrepräsentiert, was zu Daten- und Wissenslücken und verzögerten Diagnosen führt. Das bestätigt auch eine Studie, die in Dänemark über einen Zeitraum von 21 Jahren durchgeführt wurde und zeigte, dass Frauen im Fall von mehr als 700 Krankheiten später eine Diagnose erhalten als Männer. Bei Diabetes beispielsweise sind es etwa viereinhalb Jahre. Analysen aus den USA zeigen, dass bei weniger als der Hälfte der Frauen, die mit Endometriose leben, überhaupt eine Diagnose gestellt wurde. Besonders gravierend sind die Auswirkungen der verzögerten Diagnosen bei Herzinfarkt: Das Risiko, daran zu sterben, ist bei Frauen um rund 20 Prozent höher als bei Männern.

# „Frauen werden nach wie vor weniger ernst genommen“

Sie ist Frau der ersten Stunde, wenn es um Gendermedizin geht: Alexandra Kautzky-Willer ist Professorin für Gendermedizin, forscht und lehrt in diesem Bereich und beobachtet seit Jahren dessen Entwicklung.



**if:** Sie wurden vor 14 Jahren die erste Professorin für Gendermedizin in Österreich. Was hat sich in dieser Zeit getan?

**Alexandra Kautzky-Willer:** Gendermedizin ist insgesamt ein junges Fach und aus der Frauengesundheitsforschung sowie der Frauenrechtsbewegung entstanden. Seit dem Jahr 2000 haben die Publikationen dazu zugenommen. Davor kamen sie eher aus den Sozialwissenschaften oder dem Bereich Public Health und fußten auf epidemiologischen Daten. Man hat Männer und Frauen verglichen und gewisse Assoziationen zu Befunden hergestellt, ist aber nie den Ursachen auf den Grund gegangen.

In den letzten Jahren ist auch im Bereich der Grundlagenforschung klar geworden, wie wichtig es ist, das Geschlecht heranzuziehen und bereits im Tierversuch und in der Zellkultur zwischen männlich und weiblich zu unterscheiden. Und auch, dass es darum geht, translational zu forschen: dass man also klinisch bedeutsame Daten aus der Grundlagenforschung in die klinische Anwendung überführt und Beobachtungen aus der Klinik wieder zurück in die Grundlagenforschung spielt. Dann kommt natürlich noch der Einsatz von künstlicher Intelligenz und Big-Data-Analysen mithilfe mathematischer Modelle hinzu.

**Ist die Gendermedizin als Querschnittsgebiet inzwischen in allen Fachgebieten angekommen?**

Ja, mittlerweile findet in allen Fachbereichen Gendermedizinforschung statt. Die Publikationen sind in den letzten zehn Jahren explodiert. Neu dazu kommt jetzt auch die Frage der Genderidentität, die auch miteinbezogen werden sollte und in den älteren Datensätzen überhaupt nicht abgefragt wurde.

**Wie steht Österreich im internationalen Vergleich in Bezug auf Gendermedizin da?**

Eigentlich sehr gut. Eine der ersten Institute für Gendermedizin, die gegründet

wurde, war an der Karolinska Universität in Schweden. An der Charité in Berlin wurde quasi gleichzeitig die Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin gegründet wie in Österreich. Dort gab es auch eine Professur für Gendermedizin an der Kardiologie. Kurz danach, 2010, kam schon unsere Professur in Wien. Mittlerweile gibt es im europäischen Raum etliche Institute sowie eine internationale Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin, in der alle nationalen Gesellschaften vertreten sind. Aktuell ist eine italienische Forscherin dort Vorsitzende, davor war ich es – das zeigt, dass wir international eine Rolle spielen.

**Sie haben die Kardiologie erwähnt. Ist dieser Fachbereich so etwas wie die Keimzelle der Gendermedizin?**

Ja, schon. Alles hat mit dem „Yentl-Syndrom“ begonnen, das Barbara Healy, eine Kardiologin aus den USA, in den 1980ern beschrieben hat. Sie hat beschrieben, dass Frauen bei einem Herzinfarkt oft ganz andere Symptome haben und deshalb häufig nicht diagnostiziert werden. Bis heute ist es so, dass Frauen nach einem Herzinfarkt eine höhere Sterblichkeit haben, und dieses Defizit, obwohl sich gerade im Bereich Kardiologie so viel tut, noch immer auf der Seite der Frauen zu sehen ist. Nach wie vor wird die Rettungskette zu spät in Gang gesetzt. In Notaufnahmen hat sich gezeigt, dass Frauen als weniger dringlich eingestuft werden als Männer, selbst wenn sie die gleichen Symptome haben. Und das ist schon verwunderlich. Es gab eine Studie in den USA, die zeigt, dass, wenn unabhängig vom Geschlecht nach einem genauen Protokoll vorgegangen wird, bei Frauen tatsächlich bessere Ergebnisse erzielt werden. Es ist also nach wie vor so – offensichtlich unbewusst –, dass Frauen weniger ernst genommen werden.

**Welche Baustellen sind in der Gendermedizin noch offen?**

Wir können nicht alle alten Studien noch einmal mit größeren Fallzahlen wiederholen und schauen, dass genug

Frauen darin sind. Das wäre unbezahlbar. Deshalb ist es ganz wichtig – und das ist die größte Baustelle – dass wir in der aktuellen Forschung, in allen Medikamentenstudien, klinischen Studien, in der Grundlagenforschung immer mitdenken, dass wir die Daten für beide Geschlechter brauchen und die Analyse getrennt nach Geschlecht erfolgt. Und dass wir, wenn Unterschiede aufkommen, diesen auf den Grund gehen. Dass wir dahinterkommen, was der eigentliche Auslöser ist, und die Benachteiligung eines Geschlechts – das können ja auch Männer sein, beispielsweise bei Osteoporose oder Depressionen – aufheben können.

**Sie haben künstliche Intelligenz als Faktor in der Gendermedizin erwähnt. Bringt sie einen großen Nutzen?**

Das hängt von der Qualität der Daten ab, die einfließen, sprich: ob Frauen und Männer in ausreichender Zahl enthalten und auch klar deklariert sind. Es kann zu noch schlimmeren Verzerrungen kommen, wenn nicht genügend Frauen in die Datensätze eingeschlossen sind, mit denen das Modell trainiert wird. Der Gender-Health-Gap oder Data-Health-Gap wird dann noch größer. Es braucht außerdem Frauen in Designerteams für die Entwicklung von Apps und Instrumenten. Die Hand- und Körpergröße spielt eine Rolle, wenn es darum geht, ob Dinge leichter oder schwerer bedient werden können. Solche Dinge werden oft nicht bedacht. Wenn in den Entwicklungsteams nur Männer sind, wird es eben eher nach männlichen Bedürfnissen und Wünschen ausgerichtet.

**Welches Ziel würden Sie gerne in der Gendermedizin noch erreichen?**

Dass in jedem Fachbereich Forschungsgruppen installiert sind, die sich speziell mit dem Thema beschäftigen, sodass Gendermedizin irgendwann ein selbstverständlicher Bestandteil wird. Auch bei der Erstellung medizinischer Leitlinien,



**ALEXANDRA KAUTZKY-WILLER**

Univ.-Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer ist Fachärztin für Innere Medizin und Leiterin der Abteilung Endokrinologie und Stoffwechsel im AKH. Seit 2010 hat sie die erste Professur für Gendermedizin in Österreich an der Medizinischen Universität Wien inne. Sie ist außerdem Obfrau der Österreichischen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin. [www.gendermedizin.at](http://www.gendermedizin.at)

an die sich Ärztinnen und Ärzte halten müssen. Es sollte in Beipackzetteln beschrieben sein, ob es eine unterschiedliche Wirkung bei Frauen und Männern gibt. Gendermedizin sollte überall integriert sein, in der Forschungsförderung, im Medizinstudium und auch in den postgraduellen Weiterbildungen. ●

**ROLE**

**Bernadine Healy**

Das „Yentl-Syndrom“ beschreibt das Phänomen der Vernachlässigung von Frauen in Forschung und Therapie aufgrund fehlender wissenschaftlicher Daten. Beim Namen genannt hat es die amerikanische Kardiologin Bernadine Healy, die in einem Artikel im



Jahr 1991 schrieb: „Eine Frau muss erst beweisen, so herzkrank zu sein wie ein Mann, um dieselbe Behandlung zu erhalten.“ Sie prangert außerdem an, dass es für Frauen länger dauert, zu Diagnostik und Therapie zu gelangen.

# FRAUSEIN ALS KRANKHEIT

In der Geschichte gab und gibt es immer wieder Krankheiten, die besonders deutlich zeigen, warum es geschlechtergerechte Medizin braucht.

Viele Krankheiten unterscheiden sich stark zwischen den Geschlechtern. Die Alzheimerkrankheit ist ein Beispiel für eine „typische Frauenkrankheit“: Rund zwei Drittel der Betroffenen sind weiblich. Lange Zeit wurde das damit erklärt, dass Frauen länger leben und Alter der größte Risikofaktor ist. Inzwischen geht man aber davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen die Krankheit bekommen, unabhängig vom Alter ist. Hormone waren die nächsten Verdächtigen, nun zeigt eine Untersuchung der Universitätsklinik des Saarlandes, dass vermutlich geschlechtsspezifische Gene dahinterstecken könnten, die die Durchblutung und Informationsweitergabe im Gehirn und die Immunabwehr negativ beeinflussen.

Wie bei vielen Krankheiten steht die Erforschung dieser geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Alzheimer noch am Anfang – das liegt wie so oft daran, dass in der medizinischen Forschung lange Zeit der männliche Körper als Maßstab galt und Testpersonen überwiegend männlich waren. Mit steigendem Bewusstsein dafür, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Entstehung und Behandlung von Krankheiten eine wichtige Rolle spielen, wird das Geschlecht mehr und mehr in der Grundlagenforschung berücksichtigt.

Dafür muss mehr Geld in die Grundlagenforschung investiert werden. Denn damit Frauen auch in klinischen Studien sichtbar werden, müsste die Menge der Teilnehmenden deutlich vergrößert werden: Dadurch, dass der weibliche Körper im Lauf seines Lebens starke Hormonschwankungen durchlebt, ist es für Forscherinnen und Forscher nämlich schwieriger, Unterschiede in der Therapie oder in der Wirkung von Arzneimitteln nachzuweisen.

Traurige Berühmtheit als Beispiel für die Folgen davon, dass Frauen von klinischen Studien ausge-

geschlossen werden, erlangte das Medikament Contergan. In den 1960er-Jahren wurde dieses vermeintlich harmlose und nebenwirkungsfreie Schlafmittel gegen Schwangerschaftsübelkeit verabreicht. Der Wirkstoff wurde aber nie dahingehend überprüft, ob er ungeborenes Leben schädigen kann, auch nicht an trächtigen Labortieren. Es dauerte mehrere Jahre, bis ein Zusammenhang zwischen dem Medikament und der Tatsache, dass immer mehr Kinder mit Fehlbildungen zur Welt kamen, hergestellt wurde und das Medikament schließlich vom Markt genommen wurde. Als Folge des Skandals wurden gebärfähige Frauen von klinischen Studien ausgeschlossen – was dazu führte, dass wiederum der Großteil der Studienteilnehmenden Männer waren.

Auch bei psychischen Erkrankungen gibt es einen starken Gender-Bias. Ein Beispiel dafür ist ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung). Immer mehr Frauen stellen bei sich selbst Symptome der Störung fest, unter denen sie schon ein Leben lang leiden, während sie damit abgefertigt wurden, „nur“ überfordert zu sein. Tatsächlich werden Frauen bzw. Mädchen oft erst spät mit ADHS diagnostiziert, weil sich die Erkrankung bei Buben und Mädchen häufig unterschiedlich zeigt. Während Buben impulsiv, zappelig oder unruhig sind, haben Mädchen mit ADHS häufiger Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, Ängstlichkeit oder Mutlosigkeit. ADHS wird deshalb bei Frauen häufiger als bei Männern nicht diagnostiziert und kann zu Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen führen.

## ROLE

### Vera Regitz-Zagrosek



Die deutsche Kardiologin gründete das Institut für Gendermedizin an der Charité in Berlin, das einzige seiner Art in Deutschland. Als Gastprofessorin will die Herzspezialistin an der UZH dazu beitragen, Genderaspekte in

Forschung und Lehre zu integrieren und Frauen zu fördern. „Der Herzinfarkt wird gerne als eindrückliches Beispiel genommen: Wenn der Arzt oder die Ärztin den Unterschied der Symptome zwischen Mann und Frau nicht beachtet, stirbt ein Mensch“, sagt sie.

## Zahlen: So unterscheiden sich Krankheiten bei Frauen und Männern

- Frauen sind etwa doppelt so häufig von chronischen Schmerzen betroffen.
- Aufgrund ihrer Anatomie sind Frauen einem höheren Risiko ausgesetzt, sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken (Bsp. Gonorrhoe: Frauen 60–90 % Ansteckungsrisiko, Männer 20–30 %).
- Frauen leiden doppelt so häufig wie Männer an Depressionen und mentalem Stress.
- Frauen begehen mehr Suizidversuche – sind dabei aber weniger „erfolgreich“ als Männer. Männer begehen häufiger tatsächlich Suizid. Man geht davon aus, dass die Dunkelziffer bei Depressionen bei Männern sehr hoch ist.
- Frauen bauen Wirkstoffe von Medikamenten langsamer ab als Männer. Eine Tablette braucht für den Weg durch Magen und Darm bei Frauen doppelt so lang.
- Frauen leiden seltener als Männer an chromosomalen und genetischen Erkrankungen, da sie mit dem zweiten X-Chromosom einige Defizite ausgleichen können.
- Frauen speichern Fett unter der Haut, Männer eher um die Organe. Obwohl Frauen einen höheren Körperfettanteil als Männer besitzen, sind Männer fast doppelt so oft von Zucker- und Fettstoffwechselstörungen sowie Bluthochdruck betroffen.

## Bücher zum Thema

### Gendermedizin zum Weiterlesen



#### Frauenherzen

In ihrem Buch machen zwei Ärztinnen klar: Ein Frauenherz ist nicht einfach ein kleines Männerherz. Von Hormonen, seelischen Einflüssen und anderen Risikofaktoren.

*Sandra Eifert, Suzann Kirschner-Brouns: „Herzsprechstunde: Warum das weibliche Herz anders ist und wie es gesund bleibt“, Bertelsmann Verlag, 302 S., € 25,50*



#### Frau als Risiko

Wie umfassend die Medizin Frauen benachteiligt, zeigt Werner Bartens an vielen Beispielen. Er zieht dafür neueste wissenschaftliche Erkenntnisse heran und präsentiert erste erfolgreiche Schritte zu einer besseren medizinischen Versorgung von Frauen. *Werner Bartens: „Gesundheitsrisiko weiblich“, Heyne Verlag, 288 S., € 20,95*



#### Weiblicher Schmerz

Eine feministische Erkundung darüber, warum Männer Schmerzmittel, aber Frauen etwas „für die Nerven“ verordnet bekommen. Eva Biringers autobiografisches Buch ist ein Plädoyer dafür, weiblichen Schmerz ernst zu nehmen.

*Eva Biringer: „Unversehrt. Frauen und Schmerz“, Harper Collins Verlag, 256 S., € 20,95*



#### Frage des Geschlechts

In ihrem Buch beschreibt Christina Pingel, welche ganz persönlichen Probleme der Gender-Health-Gap im Leben ihrer Mutter und in ihrem eigenen Leben ausgelöst hat. Mit ihrem Buch macht sie klar: Medizin muss für alle da sein. *Christina Pingel: „Diagnose: Frau. Wie mich die männerbasierte Medizin fast das Leben kostete“, Piper, 256 S., € 17,95*

# Psyche im Patriarchat

Beatrice Frasl analysiert in ihrem Buch, wie Patriarchat und Psyche zusammenhängen. Welche Umstände dazu führen, dass Frauen stärker psychisch belastet sind, und warum das Klischee der hysterischen Frau bis heute weiterlebt, erklärt sie im Interview.

**Sie ist eine der bekanntesten feministischen Stimmen des Landes, hat Gender Studies und Anglistik mit kulturwissenschaftlichem Schwerpunkt studiert und war Gleichbehandlungsreferentin im Parlament. In Publikationen wie ihrem Podcast „Große Töchter“ und ihrem Buch „Patriarchale Belastungsstörung“ (Haymon Verlag) widmet sie sich leicht verständlich und doch tiefgehend komplexen Themen der Gleichstellung.**

**if: Welche Beobachtungen und Erfahrungen haben dazu geführt, dass Sie dieses Buch geschrieben haben?**

**Beatrice Frasl:** Ich bin zum Thema psychische Gesundheit bzw. Krankheit als Betroffene gekommen. Als Person, die darin trainiert ist, Strukturen aus einer feministischen Perspektive zu analysieren und zu kritisieren, ist mir aufgefallen, wie wenig bisher zu dem Thema aus feministischer Perspektive gesagt wurde, das gesagt werden sollte.

**Wo überall zeigt sich die „patriarchale Belastungsstörung“, unter der wir alle leiden?**

Ich kann das nur schwer an einem Punkt festmachen. Frauen sind in größerem Ausmaß als Männer von einer ganzen

Reihe an Faktoren betroffen, die zugleich Risikofaktoren für die Entwicklung bestimmter psychischer Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen sind: die höhere Betroffenheit von häuslicher Gewalt und sexueller Gewalt. Allein schon das Aufwachsen im Bewusstsein, dass man Gewaltopfer werden kann, ist ein Dauerstress, den Mädchen viel stärker haben als Burschen. Mehrfachbelastungen durch bezahlte und unbezahlte Arbeit. Ökonomische Faktoren, über die selten im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten gesprochen wird, obwohl wir wissen, dass Armut einer der größten Risikofaktoren für Depressionen und Angststörungen ist und Pensionistinnen und Alleinerzieherinnen zu jenen Bevölkerungsgruppen zählen, die am stärksten armutsgefährdet oder von Ar-



mut betroffen sind. Dann fallen noch Schönheitsideale hinein, die zu einem ungesunden Selbst- und Körperbild führen.

### **Hat sich inzwischen herumgesprochen, dass psychische Krankheiten kein Problem der Frauen sind, sondern dass es ein systematisches Problem ist?**

Wir dürfen nicht vergessen, dass Frauen aufgrund ihres Hormonzyklus, von Schwangerschaft und Menopause auch biologisch vulnerabler sind als Männer, da Hormone und Hormonschwankungen stark in unser psychisches Wohlbefinden hineinspielen. Es gibt also auch biologische Ursachen. Ich habe mir aber die strukturellen Ursachen angeschaut – und da gibt es viel zu besprechen. In meinem Buch gehe ich auch auf die „Hysterie“ als Diagnose ein. Ich denke, dass das Klischeebild der „hysterischen Frau“ bis heute weiterlebt und physische Krankheiten bei Frauen häufig später als bei Männern oder zu spät diagnostiziert werden, weil im ersten Schritt davon ausgegangen wird, dass die Symptome psychosomatisch sind. Frauen bekommen in Folge beispielsweise oft Psychopharmaka als Medikamente oder Therapien. Das ist ein großes Problem und kann sogar lebensbedrohlich werden für Frauen.

### **Seit wann wird Frausein mit psychischen Krankheiten stärker assoziiert?**

Die Verbindung ist kulturgeschichtlich etwas sehr Altes. Es gibt alte Schriften, beispielsweise von Möbius, wo er über den „naturgemäßen Schwachsinn des Weibes“ schreibt. Es war lange so, dass der weibliche Körper als grundsätzlich krankhaft beschrieben wurde, weil er vom männlichen Körper abweicht. Der männliche Körper ist die Norm, alles, was der weibliche Körper macht, ist grundsätzlich suspekt: laktieren, menstruieren, schwanger werden, gebären. Daher kommt die Idee, dass Frausein eine Krankheit ist und dass Frauen

nervenzart und schwach sind, weil sie diese schwächlichen, kränklichen Körper haben.

### **Inwiefern leiden Männer mit psychischen Erkrankungen unter dem aktuellen System?**

Bei Männern ist es genau umgekehrt, psychische Erkrankungen werden häufig zu spät oder nicht diagnostiziert, weil Depressivität oder Ängstlichkeit nicht zu unserer Vorstellung von Männlichkeit passen. Das ist einer der Gründe, warum Männer, die eine behandlungswürdige psychische Krankheit haben, nicht die Behandlung bekommen, die sie brauchen. Was wir bei Männern auch sehen, ist, dass sie psychische Erkrankungen häufig mit Alkoholismus und Suchterkrankungen maskieren. In dem toxisch-patriarchalen Korsett, in dem sie leben, sind das ganz offenbar die Methoden, die Männern ergreifen, um mit Stress umzugehen. Das ist ein großes Problem.

### **Sie schreiben, Depressionen sollten politisiert werden. Was meinen Sie damit?**

Ich denke, Depressionen sind häufig eine Reaktion auf ein System, das nicht menschenfreundlich ist. Interessant ist beispielsweise in der Diagnose von Depressionen: Menschen, die trauern, weil

beispielsweise eine geliebte Person gestorben ist, bilden ganz ähnliche Symptome aus wie bei einer Depression. Und es gab eine „Trauerausschlussklausel“ in der Diagnostik. Wenn in einer gewissen Zeit rund um das Auftreten der Symptome ein Todesfall im nahen Umfeld war, war die Depression nicht zu diagnostizieren. Da stellt sich die Frage, warum der Verlust einer geliebten Person ein Grund ist, eine Depression auszuschließen, andere belastende Lebensereignisse aber nicht. Wenn ich einen Job habe, der mich massiv belastet, wäre eine Depression eine „krankhafte“ Reaktion, nach dem Tod eines Menschen aber nicht? Ich stelle die Frage, ob man das nicht auch in einen politischen Kontext stellen sollte und Depression nicht oft eine Reaktion ist auf die krankmachenden Umstände, in denen die Person lebt.

### **Welche positiven Entwicklungen sind denn zu verzeichnen?**

Was ich als positiv wahrnehme, ist, dass in den letzten drei bis vier Jahren das Thema psychische Erkrankungen viel mehr in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Vielleicht liegt es auch daran, dass es viel mehr Betroffene gibt und der Bedarf größer wird, darüber zu sprechen. Es ist jedenfalls nicht mehr so einfach wegzuschieben – und das ist gut. ●

## **ROLE**

### **Marianne J. Legato**



**Die amerikanische Ärztin gilt als Pionierin der Gendermedizin. Vor über 30 Jahren schrieb sie bereits ein Buch über das weibliche Herz. Sie ist außerdem Gründerin zweier wissenschaftlicher Journals in diesem Gebiet, „The Journal of Gender-Specific Medicine“ und „Gender Medicine“. Dass von Gendermedizin alle Geschlechter profitieren, sagt sie deutlich: „Wenn man sich die Gesundheit und die Bedürfnisse von Frauen anschaut, kann man es gar nicht vermeiden, auch etwas über Männergesundheit zu lernen.“**

# Geschlechtersensible Medizin kann Leben retten



Kardiologin und Internistin Dr. Edith Huber weiß, dass Frauen Symptome häufig nicht richtig einordnen.

Dass Erkrankungen wie z. B. Herzinfarkte bei Frauen und Männern unterschiedlich verlaufen und sich in anderen Symptomen äußern können, ist erst in den 1980er-Jahren klar geworden. Was bei Männern positiv als „Managerkrankheit“ bezeichnet wurde, führte man bei Frauen auf geringere psychische Belastbarkeit zurück. Sprich: Sie wurden nicht ernst genommen.

**W**ährend Männer über Schmerzen in Brust und Armen klagen, macht sich ein Infarkt bei Frauen eher durch Schmerzen zwischen den Schulterblättern, im Nacken, im Kopf, durch Leistungseinbruch oder Übelkeit und Schweißausbrüche bemerkbar. Symptome, die die Medizin als atypisch einstufte, weil der Mann bis dahin als Modell galt. Aus diesen Beobachtungen entwickelte sich die geschlechtersensible Medizin, die biologische Unterschiede sowie soziokulturelle Einflüsse bei der Behandlung und in der medizinischen Forschung berücksichtigt.

Kardiologin und Internistin Edith Huber hat im Lauf vieler Jahre als Praktikerin festgestellt, dass Frauen selbst ihre Symptome nicht richtig einordnen. „Sie nehmen Schmerzen nicht so ernst, fühlen sich unabhkömmlich oder verpflichtet und übernehmen

Verantwortung für alle anderen, bevor sie an sich selbst denken – das heißt, sie schonen sich nicht adäquat.“ Sogar Herzmuskelentzündungen übergehen sie häufiger, Frauen der älteren Generation scheuen sich, in der Nacht einen Arzt/eine Ärztin zu holen, sondern rufen erst in der Früh an. „Dabei kann bereits wertvolles Herzmuskelgewebe zerstört worden sein, das nicht mehr rettbar ist“, warnt sie.

Zusätzlich sind Frauen bei Medikamenten ablehnender, verspüren mehr Nebenwirkungen. „Vor allem, weil sie die Beipackzettel intensiv lesen. Manche gehen sogar so weit, dass sie die Medikation eigenständig anpassen.“ Durch ihre Tendenz, sich gesünder zu ernähren, ist Frauen der Einfluss von pflanzlichen Stoffen nicht bewusst. „Grapefruits, Aro- nia- oder Gojibeeren, auch das bekannte Johanniskraut, verändern die Wirkung von bestimmten Medikamenten.“

Bei Gesundenuntersuchungen wird oft der Blutdruck fehlgedeutet, als zu niedrig anstatt zu hoch. Der abfallende Hormonspiegel lässt bald nach dem Wechsel den Blutdruck in die Höhe schnellen. „Das wird als sogenanntes ‚Arztkittelphänomen‘ interpretiert, nämlich, dass durch die Aufregung bei der Untersuchung der Blutdruck so hoch ist. So steigt jedenfalls das Risiko für einen Schlaganfall.“ Die Kombination Pille und Rauchen – inklusive Snoozes und Vapers – wirkt sich bei jungen Frauen fatal aus. „Das ist wirklich gefährlich und kann zu Gefäßkrämpfen führen“, stellt die Kardiologin fest.

Sie plädiert für Bewusstseinsbildung in der Ärzteschaft und verlangt, Frauen gleich ernst zu nehmen wie Männer. „Immerhin sind in jüngster Zeit die Parameter der Blutuntersuchung bei Frauen erweitert worden. Da tut sich also etwas.“

# Zu Wirkungen und Nebenwirkungen fragen Sie die Apothekerin Ihres Vertrauens



So individuell, wie sich Krankheitsverläufe gestalten, so individuell können auch Medikamente wirken. Denn jeder Mensch reagiert anders, abhängig von verschiedenen biologischen oder sozialen Faktoren und natürlich davon, ob es sich um einen Mann oder eine Frau handelt.

**M**änner- und Frauenkörper funktionieren unterschiedlich, ebenso wie sie unterschiedlich reagieren. Frauen zeigen andere Symptome als Männer, z. B. bei Herzinfarkt oder Schlaganfall. „Wie Medikamente wirken, hängt von mehreren Faktoren ab: Genotyp, Hormonhaushalt, Stoffwechsel sowie soziales und kulturelles Umfeld inklusive Ernährungsweise üben ihren Einfluss aus. Wobei Frauen eher zu ganzheitlichen und natürlichen Behandlungsmethoden neigen, weil es eher ihrer Lebensweise entspricht“, weiß Pharmazeutin Margarete Olesko, Präsidentin der Salzburger Apothekerkammer.

Wie inzwischen bekannt ist, wurden Medikamente lange Zeit hauptsächlich an Männern getestet. Die Pharmaforschung erklärt das damit, dass Frauen schwanger werden können und Medikamente das Ungeborene schädigen

können. Außerdem ist der weibliche Körper bis zur Menopause zyklusbedingten hormonellen Schwankungen ausgesetzt, die sich auf die Verstoffwechslung von Medikamenten auswirken können.

Aber auch manche Nebenwirkungen treten bei Frauen anders auf als bei Männern. „Betablocker beispielsweise haben bei Frauen mehr Nebenwirkungen als bei Männern. Bei blutverdünnenden Medikamenten wie z. B. auch Aspirin ist die Resistenz bei Frauen höher als bei Männern. Das heißt, Frauen können das Medikament schlechter verstoffwechseln – was viele nicht wissen“, wie Margarete Olesko zu bedenken gibt.

Sie beschäftigt sich intensiv mit der Pharmakologie, der Arzneimittelgabe, um Patientinnen besser beraten und aufklären zu können. Inzwischen wurden Gentests entwickelt, mit denen

sich erkennen lässt, wie welcher Wirkstoff im Körper verarbeitet wird. „So weiß die betreffende Person, wie sinnvoll eine Medikamentengabe ist oder nicht, ob sie bei ihr gut oder weniger gut wirkt“, betont die Fachfrau.

Die Österreichische Gesundheitskasse übernimmt die Kosten für diese Tests, die Labore oder Apotheken durchführen, nicht. Sie schlagen immerhin mit etwa 300 Euro pro Test zu Buche. Dennoch kommt ein wirtschaftlicher Aspekt zum Tragen: „Zu wissen, ob jemand mit einem optimal wirkenden Medikament versorgt wird oder nicht, erspart den Krankenkassen beträchtliche Summen, nicht nur an Behandlungs-, sondern auch Folgekosten. Man bedenke nur, wie teuer eine unrichtige Therapie auf längere Sicht kommen kann“, plädiert die Apothekerkammer-Präsidentin für ein Umdenken. ●

## Drei Frauen ... ... und ihre Erfahrungen zu Gendermedizin



**Josefine Gerhart, OP-Assistentin i. R., Elsbethen**

Ich bin selbst eine Betroffene. Bei mir ist erst sehr spät Hämochromatose („Eisenspeicherkrankheit“) mit zu hohen Eisenwerten festgestellt worden. Diese Erkrankung führt unerkannt zu Schädigungen von Leber, Schilddrüse, Bauchspeicheldrüse, Milz und Herz und kann schließlich zum Organversagen führen. Eine besonders aufmerksame Internistin hat bei meinem Bruder diesen Gendefekt festgestellt und daraufhin geraten, die nächsten Verwandten auch zu untersuchen. Denn bei Frauen fällt eher ein zu niedriger Eisenwert auf als ein zu hoher.



**Brigitte Ziedek, Pensionistin, Salzburg**

Mir geht es wahrscheinlich so wie vielen Leuten: Sie haben schon einmal etwas von Gendermedizin gehört, wissen aber nicht sehr viel darüber. Ich bin der Meinung, dass sich da etwas tun muss, um die optimale Behandlung sicherzustellen. Ich frage mich oft, ob die verschriebene/empfohlene Dosis der Medikamente bei Männern und Frauen dieselbe sein kann, schon alleine wegen der physischen Konstitution. Vielleicht können diese Verordnungen Frauen sogar schädigen, weil doch die meisten Medikamente hauptsächlich an Männern getestet werden.



**Doris Goldberger, Sozialarbeiterin, Salzburg**

Mir ist bekannt, dass es Unterschiede bei Untersuchungen gibt. Soweit ich weiß, wird darauf auch beim Medizinstudium eingegangen. Doch es braucht dazu noch mehr Forschung, denn das Wissen darüber ist noch nicht im Alltag angekommen. Es gibt Unterschiede zwischen Männern und Frauen, was Leistungen oder Kraft beim Sport, aber auch die Lebenserwartung anbelangt. Da ist es doch naheliegend, dass auch die Wirkung von Medikamenten unterschiedlich ist. Mein Bedürfnis, umfassende Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen zu bekommen, ist jedenfalls groß.