



if:faktum

Chancengleichheit für Tiroler*innen



Gendergerechte Medizin

Wo es immer noch
Aufholbedarf gibt

Frausein als Krankheit

Der weibliche Körper als
Abweichung von der Norm

Psyche im Patriarchat

Klischees rund um
Frauen und psychische
Krankheiten

© ISTOCKCOM / PROT TACHARNIT

Diagnose: Frau

Neues aus der Gendermedizin

03 **Standpunkt**

Eva Jabinger, fh gesundheit



© ISTOCK.COM / IMAN-BALWAN

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 **Interview: Sabine Ludwig**

Über gendersensible Forschung

16 **Infos zur Ringvorlesung**

Gesundheit von Menschen mit Behinderung – eine diversitätssensible Perspektive



© PRIVAT

Mag.ª Eva PawlataLandesrätin für
Frauen und Gleichstellungbuero.lr.pawlata@tirol.gv.at
www.tirol.gv.at/diversitaet**Abkehr von der männlichen Norm**

Früher galt der Männerkörper als die Norm und stand im Zentrum der medizinischen Forschung und Lehre, die lange ausschließlich von Männern dominiert wurde. Nun kommt es – langsam, aber stetig – zu einem Umdenken. Gendermedizin ist ein relativ junger Forschungsbereich, der immer mehr an Bedeutung gewinnt. Er geht der Frage nach, ob Gesundheit und auch Krankheiten geschlechtsspezifisch sind. Bei Diagnose und Behandlung muss nicht nur das biologische, sondern auch das soziale Geschlecht berücksichtigt werden. Menschen unterschiedlicher Geschlechter haben nämlich nicht nur physisch unterschiedliche Voraussetzungen, sondern unterscheiden sich auch aufgrund ihres gelernten Verhaltens voneinander.

Im Regierungsprogramm für Tirol 2022–2027 wurde festgehalten, dass das Land Tirol ein besonderes Augenmerk auf Gendermedizin und Frauengesundheit legt, diese fördern und dezentral ausbauen sowie einen Frauengesundheitsbericht erarbeiten wird. Erste Schritte wurden bereits gesetzt: Das bestehende Angebot wurde evaluiert und ein Expert*innengremium Frauengesundheit eingesetzt. Zur Steigerung der Frauengesundheit sollen unabhängige Anlaufstellen für Frauen und Mädchen jeden Alters und jeder sozialen Schicht eingerichtet werden. Darüber hinaus soll ein Fokus auf Prävention gelegt und eine ganzheitliche Gesundheitsstrategie erarbeitet werden.

Im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheitsstrategie müssen Gesundheit und Gleichstellung immer gemeinsam gedacht werden. Wenn man Gesundheit und Krankheiten betrachtet, so stehen sie immer im Zusammenhang mit der sozialen Situation der*des Einzelnen, den Lebensumständen und der persönlichen Zufriedenheit. Gesellschaftliche Rollenbilder, ungleiche Entlohnung oder unbezahlte Care-Arbeit können die Gesundheit von Frauen ebenso negativ beeinflussen wie biologische Unterschiede. Während biologische Voraussetzungen nur bedingt beeinflusst werden können, kann das soziale Geschlecht, das durch veraltete Stereotype schlechter gestellt ist, durch Gleichstellungsmaßnahmen zum Positiven verändert werden.

IMPRESSUM

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

Medieninhaber und Herausgeberin: Land Tirol www.tirol.gv.at/diversitaet if: ist ein gemeinsames Projekt der Bundesländer Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Burgenland und erscheint in vier Regionalausgaben.**Redaktion:** Ursel Nendzig **Tirol-Redaktion:** Iris Reichkender **Lektorat:** Coralie Riedler **Artdirection und Produktion:** Martin Jandrisevits, Titanweiß Werbeagentur GmbH **Druck:** Samson Druck**Auflage:** Tirol 3.700, Gesamtauflage 15.800 **Beratung, Konzept, Koordination der Produktion:** „Welt der Frauen“ Corporate Print für die Abteilung Gesellschaft und Arbeit, www.welt-der-frauen.at**Einwilligung zur Datenverarbeitung und Information nach Art. 13 DSGVO:** Ich erteile dem Land Tirol/der Tiroler Landesregierung (Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck – Datenschutzbeauftragter: Dr. Norbert Habel, E-Mail: datenschutzbeauftragter@tirol.gv.at, Tel.: +43 512 508-1870) die ausdrückliche Einwilligung, meine personenbezogenen Daten zum Zweck des Versands des if: zu verarbeiten. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Senden Sie uns eine E-Mail an ga.diversitaet@tirol.gv.at. Mit der Kündigung Ihres Abonnements werden Ihre Daten unverzüglich gelöscht. Die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht an die Datenschutzbehörde.

* Mit dem Genderstern (in der Fachwelt auch „Asterisk“ genannt) werden alle Geschlechter und Geschlechtsidentitäten benannt und die Geschlechtervielfalt jenseits eines binären Geschlechtermodells sichtbar gemacht.



3 Fragen an Margarethe Hochleitner

Was sind die gravierendsten medizinischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen?

Gendermedizin ist eine Querschnittsmaterie! Es gibt nicht den einzelnen Geschlechtsunterschied. Alle medizinischen Angebote in Diagnose, Therapie, Prävention und Rehabilitation müssen daraufhin geprüft werden, ob es Geschlechtsunterschiede gibt, um entsprechende gezielte Empfehlungen machen zu können. Die ersten Frauengesundheitsthemen waren Medikamente und Herz: getestete Medikamente auch für Frauen wurden gefordert und zwischenzeitlich durch gesetzliche Zulassungsbestimmungen auch erreicht. Herztod war männlich besetzt, obwohl bis heute jedes Jahr mehr Frauen als Männer an einem Herztod sterben. Inzwischen werden dazu viele Awareness-Aktionen durchgeführt.

Wo orten Sie den größten Handlungsbedarf in Sachen Frauengesundheit?

Frauengesundheit muss ein selbstverständlicher, integraler Bestandteil aller Gesundheitsangebote werden. Sie wird aber oft als Nischenthema behandelt. Es gibt zwar sehr viele Initiativen und Projekte, die aber eine viel bessere Information zu allen bereits vorhandenen Angeboten und eine langfristige Finanzierung brauchen. Das Land Tirol ist auf dem besten Weg dazu: Aktuell läuft eine Initiative zur Entwicklung einer Frauengesundheitsstrategie, bei der alle Akteur*innen einbezogen werden.

Wie hat sich seit Ihrer Berufung als erste Professorin für Gendermedizin an der Medizinischen Universität Innsbruck (MUI) vor zehn Jahren die Gendermedizin entwickelt?

Die Professur für Gendermedizin war ein Baustein im Bemühen, Gendermedizin an der MUI nachhaltig zu implementieren. Schon 1998 konnten wir mit dem Frauengesundheitszentrum sowie einem Ludwig-Boltzmann-Institut für kardiologische Geschlechterforschung starten. An der Medizinischen Universität gibt es Gendermedizin in allen Curricula: in Human-, Zahn- und Molekularmedizin als Pflichtfach, ebenso im klinischen Ph.D. Alle Diplomarbeiten müssen die Berücksichtigung von Gender nachweisen. Mit Nikola Komlenac gab es die erste Habilitation in Gendermedizin in Österreich. Auch im Lehrplan der FH Gesundheit und des AZW ist Gendermedizin integriert. Ebenso gibt es Gendermedizin in den Fortbildungen vieler Gesundheitsberufe. Derzeit leite ich den ersten Diplomkurs Gendermedizin der Österreichischen Ärztekammer.

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Margarethe Hochleitner

ist Pionierin in Frauengesundheit und die erste berufene Professorin für Gendermedizin an der Leopold Franzens Universität Innsbruck (LFU/MUI), initiierte und leitete u. a. die Koordinationsstelle für Gleichstellung, Frauenförderung und Geschlechterforschung, leitete das Ludwig-Boltzmann-Institut für kardiologische Geschlechterforschung und ist Preisträgerin des Gabriele-Possanner-Staatspreises für Geschlechterforschung des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung.

Gendersensible Gesundheitsversorgung

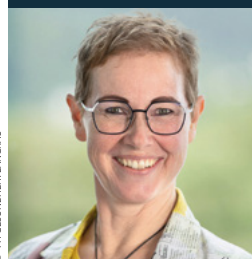
Eine Versorgung, die den Bedürfnissen von Frauen und Männern gleichermaßen gerecht wird, stellt sich nach wie vor als relevantes Problem der öffentlichen Gesundheit dar. Beispielsweise zeigen Studien deutlich, dass Frauen bei einem vergleichbaren Schmerzscore seltener eine adäquate Schmerzmedikation erhalten als Männer.

Wirft man einen Blick in die Unternehmen der Gesundheitsversorgung und betrachtet dort die Verteilung von Frauen und Männern, so stößt man noch auf sehr viel Handlungsbedarf.

Eine Analyse der Geschlechterverteilung in den Führungsebenen der Gesundheitsversorgung zeigt, dass trotz der guten Repräsentativität von Frauen in den Gesundheitsberufen Männer in Leitungspositionen überwiegen. Das zeigt sich besonders in den höheren Ebenen, wobei in diesem Zusammenhang auch die gesellschaftlichen Normen wie Moral und Ethik und daraus resultierende soziale Barrieren eine Rolle spielen.

Die dynamische und schnelllebige Natur der heutigen Gesundheitslandschaft stellt hohe Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit, Kreativität und Resilienz der Gesundheitseinrichtungen. Es gibt zunehmend Diskussionen darüber, wie Vielfalt in Führungspositionen diese Fähigkeiten stärken und die Qualität der Patient*innenversorgung verbessern könnte. Mangelnde Geschlechtervielfalt schränkt die Perspektiven und die Inklusivität in Entscheidungsfindungen ein.

Innovation und Unternehmertum, welche die Bedürfnisse der Patient*innen in den Vordergrund stellen, sind notwendig, um das Gesundheitswesen zu verändern. Studien bestätigen, dass Frauen in leitenden Positionen des Gesundheitssektors als persönlich empfänglicher für frauenspezifische Themen wahrgenommen werden als Männer. Dies wiederum lässt letztlich die Frage im Raum stehen, ob Frauen auch den besseren gendersensiblen Blick in der Behandlung von Patient*innen haben, was somit genügend Stoff für weitere Forschung gibt.



Eva Jabinger, MBA, MSc, MSc, BSc leitet die Masterprogramme Qualitäts- und Prozessmanagement und MBA im Gesundheitswesen sowie das Institut des TIQG – Tirol Institut für Qualität im Gesundheitswesen an der fh gesundheit.



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.

Wir 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, auszuweichen, 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

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

für Laborversuche in der Medikamentenentwicklung 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 in 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 geschlechter-spezifische 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

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.

Quellen: Medizinische Universität Innsbruck

Bezug auf die Geschichte des jüdischen 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.



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

Es dauerte aber ein weiteres Jahrzehnt, bis die geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen Frauen und Männern systematisch untersucht und wissenschaftlich aufgearbeitet wurden. Und 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 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 – 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 auf Basis der 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 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 demzufolge Frauen, die einen von Verhütungsmitteln unbeeinflussten

Zyklus haben, von Studien ausgeschlossen – und das erhöht wiederum den Anteil männlicher Probanden. Der gute Wille, Schwangere, Embryos 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 einer sicheren und gleichberechtigten Arzneimittelversorgung münden. Die klinische Forschung von bereits zugelassenen älteren Medikamenten basiert allerdings weiterhin auf den nicht genderadjustierten 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 diese noch nicht im Alltag der medizinischen Praxis angekommen. ■

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.

RO MODEL LE



Antonella Santuccioni 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 Unterschiede zwischen Männern und Frauen. So sind Frauen häufiger von Depressionen, Angsterkrankungen, Multipler Sklerose, aber auch von Formen von Hirntumoren betroffen. Dieser Unterschied werde in der Forschung viel zu wenig beachtet, so Santuccioni Chadha.

„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 darüber 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 eben ganz andere Symptome haben und deshalb oft nicht diagnostiziert werden. Bis heute ist es so, dass Frauen nach einem Herzinfarkt eine höhere Sterblichkeit haben. Dieses Defizit ist trotz der Fortschritte im Bereich der Kardiologie nach wie vor bei Frauen zu sehen. 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 nicht finanzierbar.

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 dass 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 Forschergruppen installiert sind, die sich speziell mit dem Thema beschäftigen, sodass Gendermedizin irgendwann ein selbstverständlicher Bestandteil wird. Auch bei der Erstellung der medizinischen Leitlinien, an die sich Ärztinnen und Ärzte halten müssen. Es sollte in Bei-



Alexandra Kautzky-Willer
Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ 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

packzetteln beschreiben 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 aus dem 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 davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit für Frauen, die Krankheit zu 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 dem steigenden 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 können, 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.

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.

Traurige Berühmtheit als Beispiel für die Folgen davon, dass Frauen von klinischen Studien ausgeschlossen 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 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, leiden Mädchen mit ADHS häufiger unter Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, Ängstlichkeit oder Mutlosigkeit. ADHS wird deshalb bei Frauen häufiger als bei Männern nicht diagnostiziert und kann zu Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen führen. ■

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 (Beispiel 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. Es dauert bei Frauen bis zu doppelt so lang, bis eine Tablette durch den Magen in den Darm gelangt und die Wirkstoffe in der Leber abgebaut werden.
- 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 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 Pensionis-



tinnen und Alleinerzieherinnen zu jenen Bevölkerungsgruppen zählen, die am stärksten armutsgefährdet oder von Armut 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 Klischee der „hysterischen Frau“ bis heute weiterlebt und psychische 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 für Frauen sogar lebensbedrohlich werden.

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, mens-truieren, schwanger werden, gebären. Daher kommt die Idee, dass Frausein

eine Krankheit ist und 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 Männer 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 ob Depression nicht oft eine Reaktion auf die krankmachenden Umstände ist, 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. ■

MODEL **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.“



„Obwohl Frauen die Hälfte der Bevölkerung darstellen, gelten sie häufig immer noch als atypisch“



Sabine Ludwig ist seit September 2023 Direktorin des Instituts für Diversität in der Medizin an der Medizinischen Universität Innsbruck.

Erst in den 1990ern fanden Geschlechterunterschiede bei Krankheit und Behandlung Einzug in die strukturierte medizinische Forschung. Ist eine geschlechtersensible Forschungspraxis in der Medizin immer noch nicht selbstverständlich?

Die Gendermedizin bzw. Geschlechter- und Diversitätssensible Medizin ist noch nicht ausreichend etabliert. Zwar ist sie inzwischen beim Medizinstudium im Curriculum integriert und es ist davon auszugehen, dass die neue Mediziner*innen-Generation diese Inhalte auch in der Praxis anwendet, doch ein Generationenwechsel braucht seine Zeit. In der Forschung werden die Doktorand*innen mittlerweile für Ge-

schlechter- und weitere Diversitätsaspekte sensibilisiert und sind angehalten, diese unter anderem im Studiendesign, der Datenanalyse und Diskussion der Ergebnisse ihrer Forschungsarbeiten einzubeziehen. Auch die Pharmaunternehmen sind mehr sensibilisiert. Fazit: Wir sind auf einem guten Weg, aber es ist noch einiges zu tun.

In der Gendermedizin wird nicht nur ein Augenmerk auf das biologische, sondern auch auf das soziale Geschlecht gelegt. Wie ist das zu verstehen?

Das deutsche Wort „Geschlecht“ beinhaltet das biologische Geschlecht, aber auch das soziokulturelle Geschlecht, nämlich die Geschlechterrollen – also das, was die Gesell-

schaft von uns erwartet. Stressfaktoren, die Auswirkungen unter anderem auf Krebserkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben können, stehen beispielsweise bei Frauen mit ihren vielen Care-Aufgaben in Zusammenhang. Darum sollte bereits bei der Anamnese das soziale Umfeld vermehrt abgefragt werden. Das Broken-Heart-Syndrom, das häufiger bei Frauen auftritt, hat beispielsweise ähnliche Symptome wie der Herzinfarkt, obwohl die Gefäße keine Verkalkungen aufweisen. Es kann beispielsweise durch Stress, Schock oder einen Todesfall ausgelöst werden. Wir dürfen aber nicht vergessen, dass auch auf Männern unter anderem aufgrund des klassischen Männlichkeitsbildes Druck und Stress lasten – aber eben häufig ein anderer. Männer sind insgesamt häufiger von Krebs betroffen als Frauen, und ein bedeutender Anteil des Krebsrisikos ist auf die Lebensführung zurückzuführen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Männer ein anderes Suchtverhalten haben, in der Regel häufiger rauchen und mehr Alkohol trinken sowie weiterhin andere Ernährungsgewohnheiten haben, was unter anderem auch gesellschaftliche Gründe hat, die auf bestimmte Geschlechterrollenerwartungen zurückzuführen sind.

Nicht nur Krankheitsbilder und -häufigkeiten, auch Medikamente haben je nach Geschlecht oft unterschiedliche Wirkungen. Aber erst seit 2022 ist laut EU-Verordnung in klinischen Studien eine repräsentative Geschlechter- und Altersgruppenverteilung verpflichtend. Warum hat das so lange gedauert?

„Wir brauchen eigentlich rosa und blaue Pillen“, zitiert Sabine Ludwig unter anderem die Gendermedizinerin Vera Regitz-Zagrosek, wenn es um geschlechtersensible Medikation geht.

Obwohl Frauen die Hälfte der Bevölkerung darstellen, gelten sie häufig nach wie vor als atypisch. In der Gendermedizin wird schon lange auf die Notwendigkeit der geschlechtersensitiven Entwicklung von Medikamenten und Therapien hingewiesen, sodass diskutiert wird: Wir brauchen eigentlich rosa und blaue Pillen. Lange waren aber der Contergan-Skandal und die damit verbundene Befürchtung vorherrschend, dass bei Probandinnen eine Schwangerschaft vorliegen könnte und mit der Medikamententestung eine Schädigung des Fötus auftreten kann. Es gab aber auch finanzielle Aspekte, die ausschlaggebend waren: Frauen können beispielsweise durch eine Schwangerschaft für die Testungen ausfallen, weshalb möglicherweise neue Probandinnen rekrutiert werden müssen. Außerdem kann der weibliche Hormonzyklus die Ergebnisse beeinflussen. Aber genau das braucht es ja für aussagekräftige Studien.



Univ.-Prof. Dr. Sabine Ludwig, MSc, MA ist Professorin für Diversität in der Medizin und Direktorin des Instituts für Diversität in der Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck, Gründerin von Women in Global Health Germany, Head of Women in Global European Chapters Executive Board, Mitglied der Women in Global Health Austria und Vorsitzende des Ausschusses „Gender, Diversity und Karriereentwicklung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung“ der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Sie ist Herausgeberin des Major Reference Work Sustainable Development Goal 3 „Good Health and Well-being“, Springer Verlag.

Ist es immer noch so, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit von Frauen steigt, wenn sie von einer Frau behandelt werden oder ein männlicher Arzt bereits viel Erfahrung mit Patientinnen hat?

In einigen Studien gibt es tatsächlich Hinweise darauf, dass beispielsweise in der Versorgung chronisch kranker Patient*innen unter anderem mit Diabetes mellitus das Outcome bei Ärztinnen häufig besser ist. Eine mögliche Begründung kann in unterschiedlichen Kommunikationsstilen liegen. Es zeigt sich beispielsweise, dass die Erwartungshaltungen der Patient*innen auch von Geschlechterstereotypen beeinflusst sind: So sinkt die Patient*innenzufriedenheit, wenn ein Arzt nach dem weiblichen Stereotyp kommuniziert, also eher empathisch und zuhörend, und eine Ärztin hierarchischer und dominanter und somit eher nach dem männlichen Stereotyp agiert. Weitere Forschung ist hierzu noch notwendig.

Braucht es verpflichtend gemischte Teams in der Gesundheitsversorgung?

Medizin wird zwar weiblicher – wir haben mehr Medizinstudentinnen –, aber die Schere zugunsten der Männer öffnet sich in der Regel schon bei der Promotion und wird ganz eklatant bei der Habilitation. Bei

den Führungspositionen sind Männer weiterhin in der Mehrzahl. Insgesamt sind jedoch gemischte Teams wichtig, denn jede*r hat eine eigene Herangehensweise und Lebensperspektive, die sie/er einbringt. Frauen haben einen anderen Zugang, nehmen sich mehr Zeit für die Patient*innen – davon können sicherlich auch die Ärzte etwas lernen.

Die Tirolerinnen haben mit 85 Jahren gemeinsam mit den Salzburgerinnen österreichweit die höchste Lebenserwartung. Auch bei der Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit liegen sie mit 71,5 Jahren im Vergleich mit den anderen Bundesländern ganz vorne. Lassen sich daraus Rückschlüsse für die Gendermedizin in Tirol ziehen?

Wir können aufgrund der Statistik zwei Hypothesen aufstellen: einerseits, dass die Tirolerinnen im Durchschnitt wegen sportlicher Betätigung und Bewegung einen gesünderen Lebensstil führen, und andererseits, dass aufgrund der Bemühungen um die Frauengesundheit die Tirolerinnen länger leben. Ich habe aber für keine der beiden Hypothesen ausreichend Daten, um das zu belegen. Das Land Tirol arbeitet derzeit an einer Frauengesundheitsstrategie,

die eine Frauengesundheitsumfrage beinhaltet, und daraus werden wir vielleicht einige Erkenntnisse ziehen können.

Wo besteht aus Ihrer Sicht der akuteste Handlungsbedarf für jene, die im Gesundheitswesen tätig sind?

Alle Menschen in Gesundheitsberufen müssen sensibilisiert werden und sich über ihre eigenen Geschlechterstereotype klar werden: Diagnostiziere ich anders und verschreibe eventuell andere Medikamente, weil eine Frau bzw. ein Mann vor mir sitzt? Habe ich an Krankheiten gedacht, die vielleicht nicht primär dem Geschlecht der jeweiligen Patientin/des jeweiligen Patienten zuzuordnen sind? Aber auch das Bewusstsein der Bevölkerung muss geschärft werden. Wir veranstalten regelmäßig Ringvorlesungen, um unter anderem für Geschlechter-, aber auch weitere Diversitätsaspekte im Zusammenhang mit Gesundheit zu sensibilisieren.

(Anmerkung: Siehe dazu auch Informationen auf Seite 16.)

Tendieren Frauen vielleicht deshalb häufiger als Männer zu alternativen Behandlungsmethoden, weil sie sich im Gesundheitssystem mit ihren Symptomen nicht ernst genommen fühlen?

Frauen greifen tatsächlich häufiger zur Selbstmedikation. Das ist aber nicht allein darauf zurückzuführen, dass sie sich nicht ernst genommen fühlen. Nehmen wir das Beispiel Wechseljahre: In dieser Lebensphase treten viele Symptomaten auf, bei denen von ärztlicher Seite häufig keine Ursache gefunden werden kann bzw. weiterhin oftmals nicht an einen möglichen Zusammenhang mit den Wechseljahren gedacht wird. Auch in der Bevölkerung gibt es zu wenig Wissen über mögliche Symptome, die in Verbindung mit den Wechseljahren auftreten können. Frauen greifen daher häufig zur Selbstmedikation und alternativen Methoden, um Symptome zu lindern. Gleichzeitig achten sie in der Regel mehr auf ihre Gesundheit, ernähren sich gesünder. Die Auseinandersetzung mit alternativen Behandlungsmethoden ist auch ein Zeichen für das eigene Gesundheitsbewusstsein. ■

Ringvorlesung „Geschlechter- und Diversitätssensible Medizin“



Diese Ringvorlesung wird vom Institut für Diversität in der Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck durchgeführt und widmet sich jeweils im Winter- und Sommersemester unterschiedlichen Themen. Expert*innen geben dabei Einblick in Geschlechter- und Diversitätsaspekte ihres jeweiligen Arbeits- bzw. Forschungsgebiets.

Im Wintersemester 2024/2025 wird in der Ringvorlesung das Thema **„Gesundheit von Menschen mit Behinderung – eine diversitätssensible Perspektive“** behandelt.

Die Vortragsreihe umfasst 15 Termine, die immer donnerstags von 18.30 bis 20 Uhr stattfinden. Alle Veranstaltungen werden per Livestream übertragen und in ÖGS (Österreichische Gebärdensprache) gedolmetscht.

Inhalte der kommenden Ringvorlesung sind unter anderem die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, der Stand der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Behinderung 2022–2030 für Österreich mit Fokus auf Gesundheit und Rehabilitation von Menschen mit Behinderung aus einer Diversitätsperspektive, aber auch die gynäkologische Versorgung und Zahngesundheit von Menschen mit Behinderung, neurochirurgische Interventionen und Behinderung sowie Physiotherapie bei Menschen mit Behinderung.

Nähere Informationen sind unter www.i-med.ac.at/diversitaet/Ringvorlesung.html sowie über den QR-Code abrufbar.

