

„Verhalten und Umwelt prägen die Biologie“

Alexandra Kautzky-Willer, Professorin für Gender-Medizin der Universität Wien, im *forum*-Interview über die Anliegen der Gendermedizin, geschlechtspezifische Krankheitsverläufe, die Formbarkeit der Biologie, und Vorurteile unter Ärzten.

Werden Frauen und Männer anders krank?

Alexandra Kautzky-Willer: Prinzipiell ja, weil Unterschiede zwischen Männern und Frauen in allen Zellen und Organsystemen vorhanden sind. Und selbst die Ergebnisse in Zellkulturen werden durch das Geschlecht beeinflusst, ebenso wie Organfunktionen, Enzymsysteme und der Stoffwechsel... Egal welches Organ man sich anschaut, stellt man Unterschiede fest. Die Biologie wird durch Gene, Geschlechtschromosome und Sexualhormone beeinflusst, aber genauso ausschlaggebend sind der Lebensstil, und wie Krankheiten erlebt, geschildert und innerhalb des medizinischen Feldes wahrgenommen werden.

D. h. die Gendermedizin möchte auch verstehen, wie sich unser Umfeld auf unser Wohlbefinden auswirkt?

A. K.-W.: Ja, die Rollenbilder, die in einer Gesellschaft, in der Familie und im Beruf vorherrschen, die Stressbelastung, die verschiedene Lebensbereiche verursachen, und berufsbedingte Expositionen müssen bei Krankheitsverläufen berücksichtigt werden. Hinzu kommen natürlich auch verschiedene Gewohnheiten wie das Rauchen und der Alkoholkonsum. Zusätzliche Faktoren sind die Bildung und die ökonomische Situation, die beispielsweise mitbestimmen, welchen Zugang der Einzelne zu gesundheitsrelevanten Informationen und Sportangeboten hat. Das Verhalten und die Umwelt prägen wiederum

in hohem Maße die Biologie, da ist sich der Forschungszweig der Epigenetik mittlerweile sicher.

Studien haben gezeigt, dass Ärzte, die jeweils von Männern und Frauen das Krankheitsbild der Depression geschildert bekamen, Frauen häufiger als Männer als depressiv diagnostizierten.

Ist das Geschlecht denn immer relevant, selbst bei Infektionskrankheiten?

A. K.-W.: Auch da spielt der Faktor Geschlecht eine Rolle. Wir wissen heute, dass Frauen bedingt durch die beiden X-Chromosome und durch die Östrogenwirkung im Durchschnitt ein besseres Immunsystem haben. Männer sind demnach anfälliger für Infektionserkrankungen, wie Parasiteninfektionen, Tuberkulose, HIV oder Hepatitis. Letztere sind auch durch einen höheren Drogenkonsum unter Männern bedingt. Der Verlauf von Infektionskrankheiten wird also durch biologische Gegebenheiten und den Lebensstil beeinflusst. Andererseits ist die Wirkung von manchen Antibiotika und antiviralen Therapien bei Frauen nicht so gründlich untersucht worden, auch deshalb weil das Risiko besteht, dass die Testperson schwanger ist. Oft weiß man aber deshalb nicht, wie solche Medikamente bei Schwangeren wirken. Das war der Fall

bei der Vogelgrippe, bei der es tatsächlich einige Todesfälle gab, weil bei Schwangeren durch Unterdosierung der antiviralen Therapie vermehrt Resistenzbildungen auftraten.

Frauen wurden also von der Pharmaindustrie weniger berücksichtigt als Männer?

A. K.-W.: Ja, die Testpersonen waren meistens Männer. Das hat sich gebessert, weil nun auch gesetzlich vorgeschrieben ist, dass Medikamente an beiden Gruppen getestet werden müssen. Trotzdem ist es bei vielen Studien so, dass die Testpersonenzahl für beide Gruppen nicht in Relation stehen zu der tatsächlichen Betroffenheit. Bei einem Anteil von nur 20-30 % Frauen, kann das die Ergebnisse schon verfälschen. Bei Nachuntersuchungen von Studien, in denen gezielter auf geschlechtsspezifische Merkmale geachtet wurde, fiel außerdem auf, dass diese bei Frauen anders wirkten und andere Benachteiligungen hervorriefen z. B. weil die Dosis für Frauen zu hoch war. So wurde jüngst bei einem Schlafmittel für Frauen die halbe Dosis von der für Männer empfohlen. Die Pharmaindustrie muss auf diesem Gebiet noch Fortschritte machen.

Sind die Frauen der Testgruppen immer repräsentativ oder nehmen Frauen einer bestimmten Gruppe an den Tests teil?

A. K.-W.: Man muss auch bedenken, dass Frau nicht gleich Frau ist und Mann nicht

gleich Mann. Wie bereits erwähnt sind unterschiedliche Faktoren wie das Alter und das Lebensumfeld wichtig. Die meisten Testteilnehmerinnen befinden sich in einer postmenopausalen Lebensphase, da hier nicht die Gefahr einer Schwangerschaft besteht. In den veröffentlichten Studien findet man jedoch fast nie genaue Angaben zum Hormonstatus der Testpersonen oder ob ein Hormonpräparat (z. B. Pille) eingenommen wurde. Dabei haben die Sexualhormone einen großen Einfluss auf den Körper, insofern wäre diese Angabe sinnvoll.

Wie ist es mit psychischen Erkrankungen, sind hier die Leiden von Frauen besser erforscht?

A. K.-W.: Ja, das auf jeden Fall. Wir wissen, dass Frauen doppelt so häufig Depressionen haben. Diese beginnen zumeist in der Pubertät und können sich bis ins hohe Alter ziehen. Wobei diese Angabe differenziert werden muss, weil derzeit angenommen wird, dass bei Frauen teilweise zu leichtfertig eine Depression diagnostiziert wird. Demgegenüber wird sie bei Männern nicht so schnell erkannt, da sie sich anders äußert, etwa im Alkoholmissbrauch und aggressivem Verhalten. Außerdem haben Studien gezeigt, dass Ärzte, die jeweils von Männern und Frauen das Krankheitsbild der Depression geschildert bekamen, Frauen häufiger als Männer als depressiv diagnostizierten. Wenn man bedenkt, dass Männer 3-mal häufiger Selbstmord begehen, und man annimmt, dass dieser in einer depressiven Phase ausgeübt wird, dürfte die Diskrepanz zwischen beiden Geschlechtern jedoch nicht so hoch ausfallen.

Es besteht also ein Zusammenhang zwischen geschlechtsspezifischen Bildern, die innerhalb einer Kultur herrschen, und diagnostischen Statistiken?

A. K.-W.: Die Eigenschaften „abhängig, schwach“, „selbstzweifelnd“ oder „in sich gekehrt“ werden dem Weiblichen zugeordnet. Obwohl die Verhaltensweisen von Depressiven, wie bereits erwähnt, nicht auf dieses Stereotyp reduziert werden können. Das Problem, das diese einseitige Wahrnehmung hervorruft, ist, dass die Beschwerden von Frauen weniger ernst

genommen werden, und also körperliche Ursachen nicht so gründlich untersucht werden. Unspezifische Beschwerden werden dann gerne als Depression oder Schlafstörung gedeutet. Es kommt also vor, dass körperliche Beschwerden als psychosomatische (psychische Belastungen, die sich körperlich ausdrücken) gedeutet werden. Das ist natürlich gefährlich, da die Betroffenen in dem Fall falsch behandelt werden. Das passiert besonders häufig bei Herz-Kreislaufkrankungen.

Innerhalb der personalisierten Medizin werden Krankheiten oft auf biologische Gegebenheiten reduziert. Wie kann die Gendermedizin in der personalisierten Medizin eingesetzt werden?

A. K.-W.: Die Gendermedizin ist ein wichtiger Teilbereich der personalisierten Medizin. Unser Bereich soll das Blickfeld der personalisierten Medizin aber auch dahingehend erweitern, dass auf die Grenzen der Biomarker hingewiesen wird. Zwar können Biomarker, beispielsweise bei Krebserkrankungen, bestimmte genetische Muster offenlegen, Profile erkennbar machen, und so können spezifischere Behandlungen festgelegt werden, aber die Genetik ist nicht alles. Biomarker zielen nur auf das Genetische ab und nicht auf den Menschen als Ganzes, in seinem Umfeld, seinem psychischen Empfinden und seiner Lebensqualität. Obwohl die Medizin in diesem Gebiet beachtliche Fortschritte gemacht hat, verfolgt eine Medizin, die nur nach Biomarkern verfährt, keine ganzheitliche Medizin, also eine Medizin wie wir sie brauchen.

Sie sind Fachfrau für Diabetes. Welche konkreten Erfahrungen haben Sie in diesem Bereich mit genderspezifischen Merkmalen und Migrantinnen gemacht?

A. K.-W.: Gerade beim Typ 2 Diabetes, also der Volkskrankheit „Altersdiabetes“, die 90 % aller Diabetesfälle ausmacht und die vor allem mit Übergewicht, wenig Bewegung und ungesunder Ernährung einhergeht, gibt es wichtige Unterschiede zwischen Männern und Frauen. In der Regel sind häufiger Männer betroffen, in der Regel sind sie ebenfalls häufiger übergewichtig, aber stark übergewichtig sind wiederum mehr Frauen. Beide Gruppen

reagieren auch unterschiedlich auf die Insulinbehandlungen. Nun, bei den Migrantinnen ist es so, dass generell Migrantinnen der ersten aber auch zweiten Generation ein deutlich höheres Risiko haben, an Diabetes zu erkranken als Einheimische. Im Herkunftsland hatten sie oft andere Gewohnheiten, mehr Bewegung und eine bessere Ernährung, die sie nach der Emigration nicht aufrechterhalten. Vielleicht auch weil frisches Obst und Gemüse in unseren Breitengraden viel teurer ist und Fast Food dann zur Option wird. Dazu kommt der Stress, der die Integration in ein neues Umfeld verursachen kann. In Österreich sind viele Türkinnen der ersten Generation zudem isoliert, weil sie die Sprache nicht können, und die Ärzteschaft ist dann auf Übersetzer angewiesen. Migrantinnen sind doppelt so häufig von Diabetes betroffen, viele sind übergewichtig, leiden an Depressionen und erkranken im Durchschnitt jünger. Unser Team muss auch zusätzlich auf religiöse Praktiken achten, so muss beispielsweise auf die Insulindosis während des Ramadans geachtet werden. Wir müssen also viele Faktoren berücksichtigen und kultursensitiv arbeiten.

In Luxemburg studieren mehr Frauen als Männer Medizin. Verändert dies den Arztberuf?

A. K.-W.: In Österreich interessieren sich mittlerweile auch mehr Frauen für das Medizinstudium, und es schließen auch immer mehr Frauen das Studium ab. Bisher sind aber noch kaum Frauen in Leitungspositionen. Nur 15 % sind Professorinnen, und wir haben noch keine Rektorin gehabt. Was die Gesellschaft und die Politik angeht, müssen in Bezug auf den Ärztemangel, die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen verbessert werden. D.h. die Teilzeitbeschäftigung und die Schicht- und Nachtarbeit müssen optimiert werden, damit den Frauen auch Zeit für die Betreuung ihrer Kinder und eventuell pflegebedürftiger Familienmitglieder bleibt. Die Politik ist hier ganz klar gefordert, neue flexiblere Arbeitsmodelle zu schaffen, damit der Beruf für Frauen attraktiv bleibt. ♦