Interview mit Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek +++
aufgezeichnet von Anna Lauterbach

„Die Strukturen in der Medizin waren und sind stark männlich geprägt.“



Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek ist Seniorprofessorin an der Charité Berlin und gilt als Wegbereiterin der Gendermedizin in Deutschland. Die Kardiologin erhielt 2018 das Bundesverdienstkreuz für ihre Verdienste in Forschung, Lehre und Versorgung

Geschlechtersensible Medizin ist heute fester Bestandteil vieler gesundheitspolitischer Debatten. Doch der Weg dorthin war lang. Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek zählt zu den wichtigsten Wegbereiterinnen dieses Fachgebiets in Deutschland und Europa. Im Gespräch blickt die Seniorprofessorin der Charité Berlin auf die Anfänge der Gendermedizin, bestehende Versorgungslücken und die Herausforderungen einer nachhaltigen Verankerung in Forschung, Lehre und Praxis zurück.

Frau Prof. Regitz-Zagrosek, wie wurde die geschlechtersensible Medizin in den 1980er- und 1990er-Jahren in der Fachwelt aufgenommen – und wann wurde für Sie deutlich, dass es sich nicht nur um einzelne Forschungslücken, sondern um ein strukturelles Problem in Medizin und Versorgung handelt?

Ich glaube, dass das Thema eigentlich in den 1990er-Jahren in den USA richtig losging – mit der Forderung nach einer Medizin, die auch Frauen einschließt.

Eine wichtige Rolle spielte dabei das National Institutes of Health, das damals mit Bernadine Healy ausnahmsweise eine weibliche Direktorin hatte. Sie hat den Stimmen vieler Frauen Raum gegeben, die gesagt haben: Frauen werden in klinischen Studien nicht wirklich berücksichtigt. Deutlich postuliert wurde das erstmals von Marianne Legato, einer Kardiologin aus New York, die dann einige Artikel dazu veröffentlichte, dass Frauen eine andere Herz-Kreislauf-Physiologie haben als Männer und dass man das berücksichtigen muss.

In Europa kam das Thema Anfang der 2000er-Jahre an. Auch hier waren es zuerst Kardiologinnen, die gesehen haben, dass Frauen bei Herzinfarkten und bei Interventionen nicht adäquat behandelt wurden. Ich selbst bin ja Kardiologin und kam auch über die Kardiologie in dieses Thema. Gemeinsam mit Kolleginnen wie Karin Schenck-Gustafsson vom Karolinska-Institut in Stockholm haben wir dann Mitstreiterinnen gesucht – in Wien, Italien, Budapest und an anderen Orten. Das war die Kerngruppe in Europa.

Zunächst ging es sehr stark darum, Frauen überhaupt stärker zu berücksichtigen. Aber als ich 2003 meine Professur „Frauenspezifische Gesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herz-Kreislauferkrankungen“ bekam und genauer darüber nachdachte, was diese Professur eigentlich leisten sollte, wurde mir klar: Wir müssen uns nicht nur mit Frauen beschäftigen, sondern mit Sex und Gender an sich – also mit Geschlechterunterschieden. Das war eigentlich dann so die Initialzündung für die Gendermedizin in Europa.

2007 haben wir dann die Deutsche Gesellschaft für Geschlechterforschung in der Medizin beziehungsweise Gendermedizin gegründet, ebenso eine internationale Gesellschaft. Wichtig war auch der Austausch mit Sozialwissenschaftlerinnen und Gender Studies. In Berlin gab es zwischen Medizin und der Gruppe Gender Studies enge Kontakte, und ich glaube, wir haben auch für den Rest von Europa, was Gendermedizin angeht, so die theoretischen Grundlagen gelegt. Anfangs wollte es in den Fakultäten niemand hören, doch gab es vereinzelt Männer in wichtigen Positionen, die uns geholfen haben voranzukommen. Mitunter möglicherweise mit dem Hintergedanken "Schadet ja nichts und schafft ein bisschen Vielfalt, lenkt von anderen Problemen ab…“

Wir haben davon profitiert und so viele Förderanträge wie möglich gestellt.

Gerade in der Kardiologie galten Herz-Kreislauf-Erkrankungen lange als „Männerkrankheiten". Welche Fehleinschätzungen über Symptome, Diagnostik und Risiken bei Frauen waren damals besonders prägend – und welche Folgen hatte das für Patientinnen?

Das klassische Bild des Herzinfarkts war das männliche Bild: linksthorakaler Schmerz, der in den linken Arm ausstrahlt. Das steht in den Lehrbüchern, das wurde auf Zeichnungen und Diagrammen festgehalten und hat sich in alle Köpfe eingeschlichen.
Frauen können diese Beschwerden natürlich auch haben. Aber bei ihnen stehen häufig andere Symptome im Vordergrund: Übelkeit, Schwäche, Kaltschweißigkeit, extreme Müdigkeit. Wenn man später nachfragt, sagen viele Frauen: Ja, Druck in der Brust oder im Arm hatte ich auch. Aber am schlimmsten war, dass mir so furchtbar schlecht war.

Das hat mit Wahrnehmung zu tun, aber auch mit Verbalisierung. Schmerzen und Beschwerden werden unterschiedlich erlebt und beschrieben. Wenn man aber nur nach dem klassischen männlichen Bild fragt, werden diese Symptome leichter übersehen oder falsch eingeordnet.

Hinzu kommt, dass bei Frauen, vor allem bei mittelalten Frauen, zum Teil andere Ursachen für Herzinfarkte eine Rolle spielen als die obstruktiven Koronarerkrankungen der Männer. Es geht nicht nur um Kalk- und Fettablagerungen, die große Arterien verschließen. Es gibt auch Längseinrisse in Gefäßen, Verkrampfungen der Gefäße oder Störungen der Mikrozirkulation. Bei letzterer funktioniert die Durchblutung in den kleinen Gefäßen des Herzens nicht richtig.

Diese nicht-obstruktiven Koronarerkrankungen treten gerade bei jüngeren Frauen so um die Menopause herum auf. Lange konnte man damit diagnostisch wenig anfangen. Die Folge war, dass Frauen später erkannt, später behandelt oder nicht angemessen versorgt wurden. Dafür brauchen wir eigene diagnostische Strategien, und dazu gibt es jetzt große internationale Projekte, die sich damit beschäftigen.

Mit welchen Widerständen hatten Sie und andere Pionierinnen zu kämpfen? War die Skepsis vor allem wissenschaftlich begründet oder Ausdruck traditioneller Rollen- und Denkmuster innerhalb der Medizin?

Ich glaube, es sind traditionelle Rollen und Denkmuster. Ich würde auch nicht sagen, dass wir mit den Männern kämpfen. Wir kämpfen mit dieser tradierten Denkweise. Es gibt immer wieder nette, aufgeschlossene und moderne Männer, die mögen wir natürlich gerne.

Es gibt aber eben auch die alten Männer, die darauf bestehen, Leute auf Entscheidungsposten zu übernehmen, die ihnen selbst am ähnlichsten sind – homonyme Konomination nennt man das.

Die Strukturen in der Medizin waren und sind stark männlich geprägt. Die Abgabe von Macht an Frauen ist gerade im medizinischen Bereich offensichtlich sehr schwierig. Das sieht man auch an den Karrierewegen. Bei den Studienanfängerinnen gibt es 60 % Frauen, aber je höher es in der akademischen Hierarchie geht, desto weniger werden es. Bei den Ordinarien und in hochkarätigen Positionen sind Frauen mit unter 5% weiterhin deutlich unterrepräsentiert.

Welche Studien oder wissenschaftlichen Erkenntnisse waren aus Ihrer Sicht entscheidend dafür, dass geschlechtersensible Medizin international und auch in Deutschland mehr Anerkennung gefunden hat?

In der Kardiologie waren die Untersuchungen zur Sterblichkeit beim Herzinfarkt sehr wichtig. Das ist ein harter Endpunkt. Wenn man zählt, wer stirbt, kann man nicht viel beschönigen. Wenn dann deutlich wird, dass mehr Frauen betroffen sind oder dass Frauen schlechtere Ergebnisse haben, hat das eine starke Überzeugungskraft.

Wichtig war auch die Grundlagenforschung. Ein zentraler Durchbruch war, dass Studien belegt haben, dass es biologische Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Organismen gibt– zunächst nachgewiesen in Tierversuchen, etwa bei männlichen und weiblichen Mäusen, aber ebenso zwischen Frauen und Männern. Damit wurde deutlich: Es geht nicht nur um soziale Rollen oder um eine gesellschaftliche Debatte, sondern um biologische Unterschiede in Krankheitsmechanismen.

Das war wichtig, weil soziokulturelle Unterschiede lange als „Genderkram" abgetan wurden. Wenn man aber zeigen kann, dass auch biologische Krankheitsmechanismen unterschiedlich sind, wird es schwerer, das Thema beiseitezuschieben.

Später kamen die Epidemiologinnen und Epidemiologen dazu. Sie haben Krankheitshäufigkeiten und Behandlungshäufigkeiten untersucht. Dadurch wurde beispielsweise sichtbar, dass Endometriose eine relevante Häufigkeit in der Bevölkerung hat, es aber lange kaum vernünftige Studienkonzepte dazu gab. Solche Erkenntnisse haben sehr geholfen. Auch die öffentliche Diskussion mit Journalistinnen und Journalisten hat dann wirklich ein gutes Stück die Diskussion vorangebracht.



Heute finden sich geschlechtersensible Aspekte zunehmend in Forschung, Leitlinien und Ausbildung. Warum hat dieser Prozess dennoch so lange gedauert – und wo sehen Sie weiterhin erhebliche Defizite?

Ein zentraler Punkt ist, dass Leitlinien Daten brauchen. In der evidenzbasierten Medizin wird sehr streng eingeteilt: Klasse A bedeutet, dass Wissen durch mehrere große randomisierte multizentrische Studien gesichert ist. Klasse B ist etwas schwächer, Klasse C beruht im Wesentlichen auf Expertenmeinung und wird oft weniger ernst genommen.

Gerade diese großen Studien fehlten im Bereich Frauen und Geschlechterunterschiede. Wenn niemand das Bewusstsein hat, dass man solche Studien machen muss, werden sie auch nicht geplant Mit anderen Worten, wir hatten erhebliche Wissensdefizite, weil wir die großen Studien nicht hatten.

Heute werden Männer und Frauen zwar häufiger in Medikamentenstudien eingeschlossen. Aber eigentlich müsste man Studien prospektiv so planen, dass man Aussagen für Männer und Frauen treffen kann. Dafür braucht man ausreichende Fallzahlen, eine entsprechende Studienplanung und die richtigen statistischen Verfahren. Es reicht nicht, am Ende einfach Männer und Frauen zu vergleichen, wenn sie unterschiedlich alt sind oder unterschiedliche Begleiterkrankungen haben. Solche Vergleiche führen häufig in die Irre.

Es gibt dafür Leitlinien zur Studienplanung und Publikation, aber sie werden oft nicht ausreichend berücksichtigt. Es gibt da auch sehr viel ‚Nicht-Wissen'.

Ja, muss man sagen, da steht natürlich auch die pharmazeutische Industrie als ‚großer Tanker' mit der Philosophie 'One Shot Fits All' und die sind ganz entsetzt von der Idee, dass sie für Frauen und Männern unterschiedliche Tabletten oder Dosierungen konfirmieren sollen.

Große Defizite sehe ich weiterhin in der strukturellen Verankerung. Es gibt in Deutschland kaum ordentlich finanzierte Institute für Geschlechterforschung in der Medizin. Mein eigenes Institut war zu einem großen Teil aus Drittmitteln finanziert. Man muss also ständig Mittel einwerben, damit solche Arbeit überhaupt möglich ist.

Auch in der Lehre ist das Thema noch nicht ausreichend angekommen. Es wäre schon viel gewonnen, wenn deutlich mehr medizinische Fakultäten Gendermedizin anbieten würden, wenigstens mit einigen verpflichtenden Lehrveranstaltungen. Wenn mehrere Universitäten ein gemeinsames Programm hätten, käme man auch leichter in Prüfungskataloge und medizinische Prüfungsfragen hinein.

Außerdem gibt es keine von den Ärztekammern getragene Zusatzbezeichnung für Gendermedizin. Es gibt Hypertensiologen, Lipidologen und viele andere Zusatzqualifikationen. Aber Gendermedizin ist noch nicht entsprechend verankert.

Sie haben die Entwicklung der geschlechtersensiblen Medizin über viele Jahre geprägt. Was war aus Ihrer Sicht der wichtigste Durchbruch – und welche Gefahr besteht aktuell, dass bereits erreichte Fortschritte wieder relativiert oder infrage gestellt werden?

Für mich war wichtig, dass wir die Grundlagenforschung vorantreiben konnten. Die DFG hat uns sechs Jahre lang eine Forschergruppe gefördert. Das hat geholfen zu zeigen: Es gibt biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen, und diese Unterschiede sind medizinisch relevant. Später kamen Studien aus den USA hinzu, die zeigten, dass auch Krankheitsmechanismen unterschiedlich sein können. Dadurch konnte man besser an die Öffentlichkeit gehen und sagen: Diese Daten gibt es, diese Unterschiede müssen beachtet werden.

Die Gefahr, dass Fortschritte wieder relativiert werden, sehe ich schon. Ich sehe das auch an der Diskussion mit Studierenden. Eine Zeit lang, etwa zwischen 2007 und 2015, waren die Studierenden eigentlich sehr überzeugt, dass sie sich für diese Fragen interessieren sollten. Dann kippte das ein bisschen und die Frauen sagten: „Wir sind doch ganz selbstverständlich gleichberechtigt – warum sollen wir diese Diskussion noch führen?“, da hielt man diese Gleichheit schon für erworben oder gesichert und hatte keine Lust mehr, sich an diesen manchmal etwas anstrengenden Diskussionen zu beteiligen.

> **Es gibt allmählich mehr Strukturen, die Kindererziehung als gemeinschaftliche Aufgabe von Frauen und Männern begreifen. Aber diese Frage muss wirklich gelöst werden.**

Kindererziehung darf nicht nur auf Frauen abgeladen werden. Frauen können im Beruf nicht gut Karriere machen, wenn sie gleichzeitig noch perfekte Hausfrau und Mutter sein sollen und für diese Aufgaben keine Unterstützung finden. Aus dieser Rolle müssen sie heraus. Und es gibt einen immer größeren Anteil von Frauen, der diese Rollen für sich ganz selbstverständlich nicht mehr akzeptiert.

In den USA wurden 1400 Forschungsprojekte gestrichen, die sich mit Gender und Gleichstellung beschäftigt haben. Das ist ein konservativer Trend, den man ernst nehmen muss. Wir müssen sehr darauf achten, dass so etwas in Deutschland und Europa nicht ebenfalls passiert.

Und dann geht es um nachhaltige Verankerung. In der Schweiz ist es gelungen, Genderaspekte stärker in die medizinische Lehre zu bringen und ein nationales Forschungsprogramm Gender einzuwerben. Die Universität Zürich hat inzwischen einen Lehrstuhl für Gendermedizin. Das hat sehr geholfen.

In Deutschland steht das noch ziemlich in den Sternen. Es gibt gerade einmal vier oder fünf von 40 Fakultäten, die das Thema überhaupt in der Lehre haben, und in der Pflichtlehre sind es noch viel weniger. Die nachhaltige Verankerung ist also sicher ein Thema, das weiter bearbeitet werden muss.

Wenn geschlechtersensible Medizin breiter verankert wäre, würden Frauen zumindest bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen schneller und effizienter behandelt. Gendermedizin ist ja wirklich ein personalisierter Ansatz. Davon würden auch Männer profitieren. Wenn sich herumspricht, dass wir gezielter behandeln und auch Geschlecht einbeziehen müssen, kann man sich zum Beispiel auch den plötzlichen Herztod bei Sportlern genauer ansehen, der zu mehr als 90% Männer betrifft. Auch das hat mit Männlichkeit zu tun – mit biologischer und mit soziokultureller. Insofern wäre die Medizin personalisierter, individualisierter und letztlich auch kostensparender, weil man weniger Fehluntersuchungen machen müsste und schneller und individueller zum Ziel käme. Es wäre auch eine mehr sprechende Medizin, die den ganzen Patienten und die ganze Patientin wahrnehmen will. Und das ist ja etwas, was sich viele Patientinnen und Patienten wünschen.

Wir haben schon sehr viel erreicht. Das klingt vielleicht wie eine Plattitüde, aber daran sieht man gerade, dass man noch mehr erreichen kann, wenn man weiterarbeitet.

Frau Prof. Regitz-Zagrosek, ich danke Ihnen für das Gespräch. ▪