Langfinger Wie viel Testosteron ein Embryo im Mutterleib abbekommt, lassen die Hände erahnen. Männer haben oft einen längeren Ring- und einen kürzeren Zeigefinger. Bei Frauen sind beide häufiger gleich lang

Anders krank. Warum Männer und Frauen eine unterschiedliche Medizin brauchen

Hormone, Körperbau und Schmerzempfinden sind bei den Geschlechtern verschieden. Wie sich das auf ihre Gesundheit auswirkt und was es für die Therapie von Krankheiten bedeutet, erforscht die junge Disziplin der **Gendermedizin.** Große Wissenslücken kosten noch immer viele Leben

TEXT VON **ALINA REICHARDT**

Hart im Nehmen? Die Qualen bei der Geburt gelten als Beweis, dass Frauen mehr Schmerzen ertragen können als Männer. Studien widerlegen das. Frauen empfinden schneller Schmerz und halten weniger aus

Idealisiert: Auf dem Pallas-Athene-Brunnen in Wien sind die Flüsse Inn und Donau als Mann und Frau in Marmor dargestellt

Foto: Getty Images

Frauen mit Infarkt werden bis zu viermal so oft mit falscher Diagnose nach Hause geschickt

Es entscheidet sich in der Sekunde der Zeugung. Entweder entsteht ein winziger Embryo mit zwei X-Chromosomen oder einer mit einem X- und einem Y-Chromosom. Der erste beginnt schon bald das Sexualhormon Östrogen zu produzieren. Der andere muss zunächst ein paar genetische Schalter umlegen, dann wachsen ihm Hoden, die Testosteron herstellen. Die beiden Wesen schlagen unterschiedliche Wege ein. Sie werden zu Frau oder Mann.

Die Körper der Männer werden in der Regel größer und stärker, die der Frauen entwickeln mehr Fettgewebe. Ihre Organe arbeiten in unterschiedlichem Tempo. Sie empfinden Schmerzen anders, reagieren verschieden auf Medikamente. Das hormonelle Innenleben der Frau ist ein lebenslanges Auf und Ab, das des Mannes eine leicht sinkende Kurve. Die grundsätzlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind offensichtlich. Die Medizin behandelt dennoch beide weitgehend gleich.

Ein noch junger Zweig im Geäst des Gesundheitswesens soll das ändern: die Gendermedizin. Sie will klären, warum Männer öfter krank sind und früher sterben. Sie könnte Schluss machen mit der Benachteiligung von Frauen in der medizinischen Forschung. Und sie möchte die Behandlung beider Geschlechter verbessern. Noch steht sie am Anfang. Die USA und Kanada haben geschlechtersensible Medizin zur Staatsaufgabe erklärt, auch in den Niederlanden und Skandinavien wird viel geforscht. Deutschland liegt noch weit zurück. Zwar tauchte im Koalitionsvertrag der Ampelkoalition der Begriff Gendermedizin auf. Doch bislang sind es nur einzelne Ärztinnen und Ärzte, die in ihren Fachgebieten für mehr Aufmerksamkeit kämpfen. Für Patientinnen und Patienten ist das lebensgefährlich.

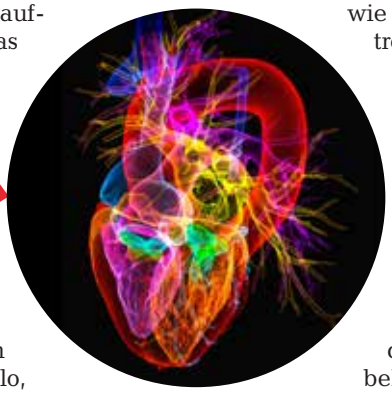
„Es hat gebrannt, als wenn ich etwas ganz Scharfes gegessen hätte. Vom Magen über die Speiseröhre, als ob etwas hochkommt. Die Schmerzen sind bis in die Zähne gezogen, in den Nacken, in die Brust. Es hat so wehgetan, dass es mir die

Sonst mit Pfeil und Bogen, hier beim Baden: die Jagdgöttin Diana von Christophe-Gabriel Allegrain im Louvre

Wird ihre Kerntemperatur unterschritten, beginnen Menschen zu frieren. Das passiert bei Frauen schneller. Ihre Kerntemperatur liegt je nach Zyklustag um 0,3 bis 0,8 Grad über der von Männern

Luft abgeschnürt hat." Saskia Lorenz liegt im Krankenhausbett, während sie erzählt. Ihr Körper ist noch geschwächt von den Qualen, die er nur wenige Tage zuvor durchgestanden hat.

„Ich dachte erst, es ist Sodbrennen", erinnert sich die 45-Jährige. „Am Anfang kamen die Schmerzen wie Schübe, wenn ich aufgestanden bin oder etwas gegessen habe." Saskia Lorenz machte mit ihrem Mann Urlaub auf einem Campingplatz im niederländischen Groenlo, als ihre Pein begann. „Nach ein paar Tagen blieb der Schmerz, ich konnte nicht einmal aufstehen, um mir eine Tasse Tee zu holen."



Verschiedene Symptome
Schmerz in der linken Brust ist bei Männern häufig ein Anzeichen für Herzinfarkt. Bei Frauen macht er sich eher durch Übelkeit, Schwindel, Schmerzen in Kiefer, Nacken und Schulter bemerkbar

Das Ehepaar fuhr zum nächstgelegenen Krankenhaus auf deutscher Seite. Es war das Marien-Hospital Wesel und für die Mutter zweier Töchter wohl ein lebensrettender Glücksfall. Denn als sie ihr vermeintliches Sodbrennen beschrieb, ordnete die diensthabende Ärztin keine Magenspiegelung an. Sie ließ ein Elektrokardiogramm (EKG) durchführen und die elektrische Aktivität der Herzmuskeln messen. Anschließend führten Mediziner einen Katheter über das Handgelenk durch die Armarterie bis in die Herzkranzgefäße von Saskia Lorenz. Das Ergebnis der Untersuchung war für sie ein Schock: Sie hatte einen Herzinfarkt. Eine vermeintliche Männerkrankheit. Auch Lorenz schwebte das Bild eines älteren Herren vor, der sich an die Brust greift. „Ich wäre niemals darauf gekommen", sagt sie.

Bei vielen Frauen macht sich der Infarkt anders bemerkbar. Die Symptome brechen nicht plötzlich los, sondern werden über Stunden und Tage immer stärker. Nicht Brustschmerz, sondern Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen in Nacken und Kiefer stehen im Vordergrund. „Viele Frauen wissen das nicht und kommen deshalb zu spät in die Klinik", sagt Christiane Tiefenbacher, Kardiologin und Chefärztin am Marien-Hospital Wesel.

Schaffen sie es rechtzeitig in ein Krankenhaus, ist die Chance, dass sie mit einer falschen Diagnose nach Hause geschickt werden, doppelt bis viermal so hoch wie bei einem Mann, der über die als typisch geltenden Schmerzen in der Brust klagt. „Oder die Frauen werden in einer falschen Abteilung aufgenommen, wie zum Beispiel der Gastroenterologie, wegen der Magenschmerzen", sagt Tiefenbacher.

Obwohl Männer häufiger einen Herzinfarkt erleiden, sterben Frauen öfter daran. Studien zeigen, dass sie weniger gründlich untersucht werden und seltener die nötige Behandlung bekommen. Sogar wenn sie ähnliche Symptome wie Männer zeigen. Vor allem unerfahrene Ärzte würden einen Herzinfarkt bei Frauen häufig übersehen, sagt Tiefenbacher. „In der Ausbildung kommen geschlechtsspezifische Aspekte bislang kaum vor. Die Leitlinien für die Behandlung basieren auf Studien, die mehrheitlich mit Männern durchgeführt wurden."

Wie kann es sein, dass die Medizin so markante Unterschiede verkennt? Dabei gilt die Kardiologie noch als der am besten untersuchte Bereich der Gendermedizin. In vielen anderen Disziplinen bleiben Rätsel bislang ungelöst.

In der Gastroenterologie ist zwar bekannt, dass Männer häufiger an Darmkrebs erkranken und Frauen erst in höherem Alter. Unklar ist hingegen, warum der Krebs bei Frauen eher auf der rechten, bei Männern auf der linken Seite auftritt, wieso Raucherinnen ein höheres Risiko haben als Raucher und wieso sich Tumoren bei Frauen häufiger im Dickdarm, also im oberen Bereich des Darms, und bei Männern eher im Rektum, weiter unten im Darm, bilden.

Die Neurologie konnte bislang nicht beantworten, warum Frauen häufiger von Alzheimer-Demenz betroffen sind, Schwangerschaften davor zu schützen scheinen, eine Hormontherapie im höheren Alter das Risiko aber womöglich verschärft. In der Onkologie gibt es kaum Daten zu Brustkrebs bei Männern. Sie erkranken deutlich seltener daran, ihre Überlebenschancen sind aber im Ernstfall erheblich schlechter. Eines der größten Probleme tut sich in der Pharmakologie auf. Erforschung und Entwicklung von Medikamenten orientieren sich vor allem an Männern. Um das zu verstehen, muss man in die Vergangenheit blicken.

Schieflage in der Grundlagenforschung

Verschreckt durch den Contergan-Skandal verbot die amerikanische Gesundheitsbehörde FDA 1977 allen Frauen im gebärfähigen Alter, an Medikamentenstudien teilzunehmen. Contergan war in den 60er Jahren unter anderem gegen Schwangerschaftsübelkeit verordnet worden. Die Kinder kamen später mit schweren Fehlbildungen zur Welt. Einige Länder zogen mit einem Verbot nach. In der Forschung stellte sich schnell heraus, dass viele Studien ohne die hormonellen Schwankungen weiblicher Probanden schneller zu Ergebnissen führten. Zwar wurden die Verbote nach und nach zurückgenommen, doch die Zahl der Teilnehmerinnen blieb gering – bis heute.

Die Schieflage besteht bereits in der Grundlagenforschung. Zahlreiche Fachbereiche setzen mehrheitlich männliche Versuchstiere ein und übertragen die Beobachtungen später auf Frauen. Die forschenden Pharmaunternehmen in Deutschland erklären, dass sich das Verhalten neuer Wirkstoffe „im einfachsten Fall" ohne Einfluss von hormonellen Schwankungen untersuchen ließe. In der Summe aller Phase-1-Studien, der ▶

„Ich dachte, es wäre Sodbrennen. Ich hätte niemals gedacht, dass ich einen Herzinfarkt haben könnte"

Saskia Lorenz
Die 45-Jährige fuhr mit starken Magenschmerzen ins Krankenhaus

Fotos: EyeEm/Getty Images, Science Photo Library, Henning Ross für FOCUS-Magazin

Die Pharmaindustrie testet Medikamente lieber ohne „hormonelle Schwankungen“

ersten Stufe nach dem Tierversuch also, finde sich demnach nur ein Frauenanteil von zehn bis 40 Prozent.

Dabei ist bekannt, dass viele Medikamente bei Frauen anders wirken als bei Männern. Bei Männern dauert der Weg eines Medikaments durch den Magen-Darm-Trakt im Schnitt ein bis zwei Tage, bei Frauen einige Stunden länger. So musste etwa die empfohlene Dosis für das Schlafmittel Zolpidem für Frauen im Nachhinein halbiert werden. Es hatte sich herausgestellt, dass Frauen am Morgen nach der Einnahme häufig Autounfälle verursachten, weil das Mittel in ihrem Blut noch nicht abgebaut war.

Keine Auswertung nach Geschlecht

Frauen besitzen mehr Fettgewebe, fettlösliche Medikamente werden bei ihnen also besser gespeichert. Bei beiden Geschlechtern verarbeitet die Leber Medikamente und schickt sie an die Stellen des Körpers, wo sie gebraucht werden. In der weiblichen Leber konkurrieren jedoch die Sexualhormone mit Medikamenten um die Verarbeitung. Je nach Zyklustag wirkt ein Medikament bei Frauen also mal besser, mal schlechter. Werden solche Faktoren bei Zulassungsstudien nicht beachtet, kann das den Patientinnen schaden. In den USA schreiben Gesetze vor, dass die Probanden einer Studie alle Betroffenen repräsentieren müssen. Auch in der Europäischen Union ist kürzlich eine solche Regelung in Kraft getreten.

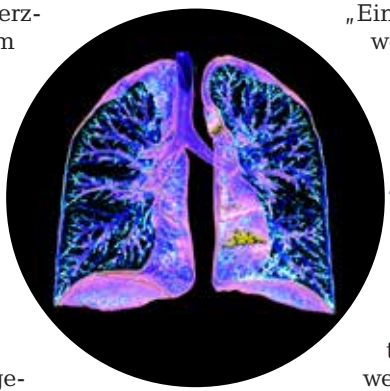
„Aber auch mehr weibliche Probanden nützen nicht viel, wenn die Auswertung nicht nach Geschlechtern getrennt erfolgt. Werden die Daten in einen Topf geworfen, sind die Ergebnisse verzerrt“, sagt die Kardiologin Vera Regitz-Zagrosek von der Berliner Charité. Teilweise werden die Ergebnisse zu einem späteren Zeitpunkt auf Genderunterschiede hin untersucht. Eine solche Post-hoc-Analyse gilt jedoch als weniger relevant und wird bei der Entwicklung von Behandlungsleitlinien meist nicht berücksichtigt.

„Ein Beispiel sind Herzmedikamente mit dem Wirkstoff Digoxin“, erklärt die Medizinerin, die auch im Wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Herzstiftung sitzt. Der Stoff wird aus dem Wolligen Fingerhut gewonnen und ist unter dem Namen Digitalis bekannt. In Zulassungsstudien hatte sich gezeigt, dass das Mittel zwar die Sterblichkeit nicht reduzierte, aber den nötigen Krankenhausaufenthalt verkürzte. Es wurde in die Leitlinie zur Behandlung von Herzinsuffizienz aufgenommen.

„Eine spätere Auswertung der Daten nach Geschlecht ergab, dass Frauen mit dem Medikament deutlich häufiger verstarben, als wenn ihnen ein Placebo verabreicht wurde. Der Effekt war so deutlich, dass man auch das Placebo hätte zulassen können“, berichtet Regitz-Zagrosek. Weil es eine Post-hoc-Studie war, fanden die Daten jedoch kaum Beachtung. „Digitalis wird nicht mehr oft eingesetzt, weil es modernere Mittel gibt, aber in der Leitlinie steht es immer noch.“

Regitz-Zagrosek ist Pionierin auf dem Gebiet der Gendermedizin in Deutschland, gründete die Deutsche und Internationale Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin und initiierte vor knapp 20 Jahren die erste Professur für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen an der Charité. Aus diesem Lehrstuhl ist unter anderem das Berliner Institut für Gender in der Medizin hervorgegangen, das Regitz-Zagrosek bis 2019 leitete. 2018 erhielt sie für ihren Einsatz das Bundesverdienstkreuz. In den Strukturen schlägt sich diese Anerkennung nicht nieder.

„Eine gendersensible Auswertung müsste gesetzlich vorgeschrieben sein, die Auswahl von Probanden bei Studien müsste strenger kontrolliert werden, und es wäre dringend mehr Förderung für Forschung nötig“, fordert die Medizinerin.



Risiko Lungenkrebs
Männer sterben häufiger an Lungenkrebs, weil mehr von ihnen rauchen. Während bei Männern die Sterberate sinkt, steigt sie bei Frauen. Sie haben bei gleich starkem Konsum ein höheres Risiko, weil sich ihre Lungenzellen weniger gut regenerieren

So sei beispielsweise immer noch unklar, warum Frauen beim Herzinfarkt teilweise andere Symptome zeigen als Männer. „Möglicherweise interpretieren Männer und Frauen die Beschwerden unterschiedlich, vielleicht spielen schmerzhemmende Systeme im Gehirn der Frau eine Rolle. Es ist erstaunlich, wie wenig wir darüber wissen.“

Auch der Einfluss der sozialen Prägung sei kaum erforscht. Nicht nur die Gene bestimmten über die Gesundheit von Mann und Frau, sondern auch die Rollen, die ihnen die Gesellschaft zuweist. Studien aus den USA zeigen etwa, dass Frauen, die nach einem Herzinfarkt von einem Arzt behandelt wurden, seltener überlebten als Frauen, die von einer Ärztin behandelt wurden. „Die Kommunikation zwischen Mann und Frau ist ein Faktor, der über Leben und Tod entscheiden kann“, sagt Regitz-Zagrosek. Dabei ist ihr eines wichtig: „Gendermedizin ist nicht nur ein Frauenthema. Von der Genderforschung profitieren beide Geschlechter.“

Das zeigte sich auch in der Corona-Pandemie. Obwohl sich etwa gleich viele Frauen und Männer infizierten, erkrankten Männer häufiger schwer und starben öfter an Covid-19. In höherem Alter lag ihr Sterberisiko teils um bis zu 50 Prozent ▶

„Die Kommunikation zwischen Mann und Frau ist ein Faktor, der über Leben und Tod entscheiden kann“

Vera Regitz-Zagrosek
Kardiologin und Seniorprofessorin an der Charité in Berlin

Fotos: Plainpicture, Henning Ross für FOCUS-Magazin, Science Photo Library

Das für Alkoholabbau zuständige Enzym ist bei Männern fünfmal stärker konzentriert als bei Frauen. Mehr als 0,6 Liter Bier oder ein Viertelliter Wein pro Tag sollten aber auch sie nicht trinken

Der muskulöse Held Herkules mit den Äpfeln, die er den Nymphen stibitzt hat. Zu sehen im Archäologischen Nationalmuseum Neapel

Die wichtigsten Vitamine für Mann und Frau

Der Tagesbedarf unterscheidet sich je nach Geschlecht. Wer **Nahrungsergänzungsmittel** nimmt, sollte darauf achten

Vitamin	Referenzwert Tagesbedarf		100 g Lebensmittel enthalten ...
	Frauen	Männer	
Provitamin A (ß-Carotin)	0,8 mg	1,0 mg	Karotten 1,7 mg, Eier 0,27 mg, Tomaten 0,11 mg
Vitamin B_1	1,0 mg	1,2 mg	Schwein (Muskel) 0,9 mg, Vollkornhaferflocken 0,55 mg, weiße Bohnen 0,5 mg
Vitamin B_2	1,1 mg	1,4 mg	Eier 0,41 mg, Kalbfleisch (Muskel) 0,27 mg, Brokkoli 0,2 mg, Joghurt (1,5 %) 0,18 mg
Vitamin B_3 (Niacin)	12 mg	15 mg	Pute (Brust ohne Haut) 11,3 mg, Lachs 7,2 mg, Sonnenblumenkernbrot (Vollkorn) 4,9 mg
Vitamin B_5 (Pantothensäure)	6 mg	6 mg	Kalbsleber 7,9 mg, Champignons 2,1 mg, Eier 1,56 mg, Brokkoli 1,3 mg, Haselnüsse 1,2 mg
Vitamin B_6	1,2 mg	1,5 mg	Walnüsse 0,87 mg, Schwein (Muskel) 0,5 mg, Banane 0,37 mg, Karotten 0,3 mg
Vitamin B_7 (Biotin)	30–60 µg	30–60 µg	Rindsleber 100 µg, Erdnüsse, 34 µg, Eier 25 µg, Vollkornhaferflocken 20 µg
Vitamin B_9 (Folat)	300 µg	300 µg	Feldsalat 145 µg, Spinat 145 µg, Brokkoli 114 µg, Rosenkohl 101 µg, Eier 67 µg
Vitamin B_{12}	3,0 µg	3,0 µg	Kalbsleber 60 µg , Hering (Atlantik) 8,5 µg, Camembert (30 %) 3,1 µg, Eier 1,9 µg
Vitamin C	95 mg	110 mg	Johannisbeeren (schwarz) 177 mg, Paprika 120 mg, Brokkoli 115 mg, Grünkohl 105 mg
Vitamin D	20 µg	20 µg	Hering (Atlantik) 25 µg, Lachs 16 µg, Eier 2,9 µg, Champignons 1,9 µg
Vitamin E	12 mg	14 mg	Weizenkeimöl 185 mg, Sonnenblumenöl 50 mg, Rapsöl 30 mg, Haselnüsse 26,6 mg
Vitamin K	60 µg	70 µg	Grünkohl 817 µg, Spinat 200–400 µg, Brokkoli 99–205 µg, Vollkornhaferflocken 63 µg

mg = Milligramm; µg = Mikrogramm

Quelle: Regitz-Zagrosek/Schmid-Altringer: „Gendermedizin"

Kleiner Unterschied
Die Werte liegen nah beieinander. Die Differenzen können jedoch bei Mangel oder Überdosierung entscheidend sein

Brunnenrelief eines küssenden Paares im Nationalmuseum Bargello in Florenz

höher. Nebenwirkungen der Impfung gegen Covid-19 betrafen hingegen überwiegend Frauen. Trotzdem wurden nur vier Prozent der zwischen 2020 und 2021 zu Covid-19 durchgeführten Studien so ausgewertet, dass sie Rückschlüsse auf Geschlechterunterschiede zulassen.

„Es ist verrückt, dass wir so wenig wissen", sagt die Infektiologin Clara Lehmann, Leitende Ärztin am Uniklinikum Köln. Sie forscht zu Geschlechterunterschieden bei ansteckenden Krankheiten. „Die Erkenntnisse sind so rudimentär, dass man sie in der Behandlung noch gar nicht umsetzen kann."

Männliche Abwehr reagiert später

Gemeinsam mit einem Team hat sie untersucht, wieso Frauen eine Infektion schneller in den Griff bekommen als Männer. Offenbar besitzen sie mehr Rezeptoren eines bestimmten Typs. Dieser sogenannte Toll-Like-Rezeptor 7 erkennt Strukturen von Krankheitserregern und setzt eine Reihe von Signalen in Gang, um das Immunsystem zu aktivieren. „Die körpereigene Abwehr springt bei Frauen also viel schneller an als bei Männern. Viruserkrankungen können sie deshalb schneller eliminieren, das hat man auch bei Covid gesehen", sagt Lehmann.

Das eifrige Immunsystem könne sich aber auch gegen die Frauen richten. Sie leiden häufiger unter Allergien, Autoimmunerkrankungen und auch unter Long Covid. Ihre Abwehr kommt dann nicht mehr zur Ruhe, beginnt auch ungefährliche oder körpereigene Zellen zu bekämpfen. Die Ursachen sind wenig erforscht, die Anzahl der Toll-Like-Rezeptoren ist nur ein Puzzleteil von vielen. Auch bei den Impfnebenwirkungen gibt es noch viele Unbekannte. Einige Forschende vermuten, dass Frauen weniger Impfstoff brauchen, um Antikörper zu bilden, andere, dass sie mehr auf sich achten und Nebenwirkungen öfter melden. Untersuchungen gibt es dazu bislang kaum.

„Es ist gut möglich, dass für Frauen die halbe Dosis ausreichen würde", sagt Lehmann. Sie plant zur Impfsaison im Herbst eine Studie mit Berücksichtigung des Geschlechts. „Es ist unheimlich schwierig, die Unterschiede sauber herauszuarbeiten. Zum Beispiel ändert sich durch den Menstruationszyklus auch die Immunantwort. Dass Frauen medizinisch wie Männer behandelt werden, kann aber nicht die Lösung sein", sagt die Kölner Professorin.

Fotos: dpa, Science Photo Library, Henning Ross für FOCUS-Magazin

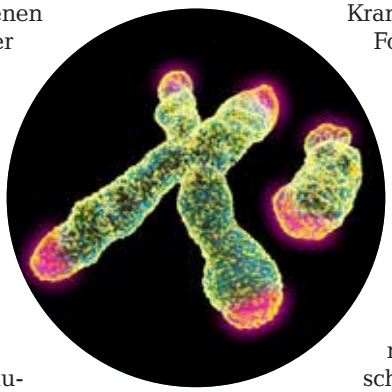
Auch über die Gründe, warum Männer häufiger schwer an Corona erkranken und sterben, können Wissenschaftler bisher nur mutmaßen. Ein Team britischer und deutscher Forscher vermutete bereits Ende 2020, ihnen fehle eine ausreichende Menge des Sexualhormons Östrogen. Es hemme die Überproduktion sogenannter Zytokine. Diese Proteine übertragen Signale zwischen den Zellen und werden von Teilen des Immunsystems gebildet.

Zwar kommt das männliche Immunsystem langsamer in Gang, doch einmal aktiv, reagiert es mitunter extrem. Im Verlauf einer Infektion kann es zu dem gefürchteten Zytokinsturm kommen. Der Körper leidet dann stärker unter dem überaktiven Immunsystem als an der Tätigkeit der Viren. So überlastet, versagen im schlimmsten Fall alle Organe den Dienst und der Patient stirbt.

Andere Untersuchungen legen nahe, dass Testosteron das Immunsystem der Männer unterdrückt und es deshalb erst spät anspringt. Weitere Studien machen den ungesünderen Lebensstil der Männer mitverantwortlich. Sie sind öfter übergewichtig, rauchen häufiger und trinken mehr Alkohol. Das Zusammenspiel von Hormonen und Gebaren kann für Männer fatal sein. Testosteron senkt die Werte des vorteilhaften HDL-Cholesterins und erhöht die des nachteiligen LDL-Cholesterins. Dadurch wird die Verkalkung der Herzgefäße begünstigt. Zugleich bringen einige Studien das Hormon mit riskantem Verhalten und übermäßigem Alkoholkonsum in Verbindung. So erklärt sich zumindest teilweise, warum Männer häufiger an Krebs erkranken, öfter Herzinfarkte haben und insgesamt kürzer leben als Frauen.

Doch selbst wenn Trinkgelage, beruflicher Stress oder Kettenrauchen keine Rolle spielen, bleibt die Lebenserwartung von Männern im Schnitt ein Jahr hinter dem von Frauen zurück. Das zeigt eine Studie deutscher Forscher in bayerischen Klöstern. Sie verglichen über mehr als ein Jahrhundert, wie alt Nonnen und Mönche werden. Bei einer ähnlich gesunden und besinnlichen Lebensweise nähert sich die Lebenserwartung der Männer zwar an die der Frauen an, erreicht sie aber nie ganz. Womöglich sind Männer von Geburt an benachteiligt, die Ursachen sind ungeklärt.

Auch bei Männern gibt es medizinische Felder, auf denen sie aufgrund einseitiger Forschung durchs Raster fallen. Die Leitlinien für Osteoporose etwa basieren größtenteils auf Daten von Frauen. Bei der Erkrankung nimmt die Knochendichte so stark ab, dass es zu Brüchen kommen kann. Bei Frauen schwindet die Dichte nach der Menopause dreimal so stark wie bei Männern. Sie leiden laut Statistik mehr als doppelt so häufig unter Osteoporose. Doch zu den rund neun Millionen Menschen, die sich weltweit pro Jahr Brüche aufgrund von Osteoporose zuziehen, zählen immer noch drei Millionen Männer. Studien zeigen, dass sich zwar dreimal mehr Frauen als Männer, wie für Osteoporose typisch, den Oberschenkelhals brechen, aber doppelt so viele Männer daran sterben. Gleichwohl gibt es keinen wissenschaftlichen Konsens dazu, in welchem Alter die Knochendichte bei Männern vorsorglich gemessen werden sollte und ob dafür eventuell andere Richtwerte benötigt werden.



Genetische Differenzen
Das X-Chromosom trägt über 1500 Gene. Das Y-Chromosom (r.) ist im Laufe der Evolution verkümmert. Es trägt weniger als 100 Gene. Die beiden X-Chromosomen der Frau können sich bei Defekten aushelfen. Bei Männern geht das nicht mehr

Brisant ist der Befund, dass Depressionen bei Männern seltener erkannt werden. Während der Pandemie schoss die Zahl der Fälle in die Höhe, Therapeutinnen und Therapeuten sind in Deutschland oft auf Jahre ausgebucht. Offiziell gibt es hierzulande etwa doppelt so viele Patientinnen wie Patienten, die wegen Depressionen behandelt werden. „Die bekannten Symptome sind aber meist die von Frauen. Depressive Männer haben oft andere Symptome", sagt Christiane Groß, Ärztliche Psychotherapeutin und Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes.

Bei Frauen äußert sich die Krankheit unter anderem in Form von Traurigkeit, Einsamkeit oder Schlafproblemen. Bei Männern mitunter in Form von Schmerzen, Aggressivität, Alkohol- und Drogenmissbrauch. Würde diese Erkenntnis in Fragebögen berücksichtigt, seien etwa ebenso viele Männer wie Frauen depressiv, schrieb ein US-amerikanisches Team 2013 im Fachblatt „Jama".

Groß glaubt, dass diese Unterschiede zumindest in Teilen schon in der Ärzteschaft angekommen sind. „Es gibt ganze Generationen, die sich dem Gedanken verweigert haben, dass Männer und Frauen unterschiedlich krank sind. Aber vor allem bei den Nachwuchsärztinnen und -ärzten ist das Wissen darüber heute schon Realität." Es sei wichtig, dass auch die Patientinnen und Patienten besser darüber aufgeklärt würden.

Laut einer aktuellen Umfrage der Krankenkasse Pronova BKK wissen neun von zehn Deutschen von unterschiedlichen Risiken bei Mann und Frau. Doch in Arztgesprächen spiegelt sich das nicht wider: 67 Prozent der Befragten erhielten keine Informationen über die unterschiedliche Wirkung von Medikamenten. Fast 90 Prozent wünschen sich geschlechtersensible Packungsbeilagen und gesetzliche Vorgaben zu geschlechtergerechter Gesundheitsversorgung.

Medizinerin Christiane Groß hat der Ampelkoalition gemeinsam mit anderen Unterstützerinnen und Unterstützern einen offenen Brief geschickt, in dem sie Standards für die gerechte Versorgung von Frauen und Männern fordern. „Wir hoffen", sagt sie, „dass sich da jetzt etwas mehr tut und die Berücksichtigung des Geschlechts in der Medizin Normalität wird." ■

„In der Ausbildung kommen geschlechtsspezifische Aspekte bislang kaum vor. Die Leitlinien basieren auf Studien an Männern"

Christiane Tiefenbacher
Kardiologin und Chefärztin am Marien-Hospital Wesel