

Der bulimische Mann

Essstörungen gelten als Frauensache, aber Männer holen auf. Die Diagnose gestaltet sich bei ihnen indes noch schwer.

chungen unterziehen, bevor eine Diagnose erstellt wird, solche, die mit dem Notarzt oder dem Helikopter kommen, landen sofort in der Intensivstation.

Im Frauengesundheitsbericht finden sich noch weitere Zahlen zur ungleichen Behandlung von Herzpatientinnen: Im Jahr 2000 etwa wurden an mehr als doppelt so vielen Männern wie Frauen Herz-Katheteruntersuchungen durchgeführt, viermal so viele Männer erhielten Bypassoperationen. Der Bericht nennt sogar „eine Tisendverachtfachung für Frauen“. Die Daten decken sich weitgehend mit internationalen Erkenntnissen: weniger High-Tech-Medizin, längere Wartezeit auf die richtige Diagnose und in der Folge eine höhere Mortalität im Akutfall.

Klischees. Die Ursachen dafür liegen in einer Fülle von positiven wie negativen Klischees über Biologie und Lebensstil von Frauen: So wird häufig postuliert, dass Frauen ohnehin durch ihre Östrogene vor ernsthaften koronaren Erkrankungen geschützt seien. Das ist nicht falsch, gilt jedoch nur bis zur Menopause. Das Hormon schützt die Blutgefäße vor Verengung; zu den Effekten, die durch exogen verabreichtes Östrogen erzeugt werden, zählt etwa auch die Reduktion des koronaren Risikofaktors LDL-Cholesterin. Mit dem Abfallen des Östrogenpiegels nach der Menopause steigt das Herzkrankheitsrisiko für Frauen aber rasch an. Von Frauen wird generell auch erwartet, dass sie in das durch zahlreiche Studien erhärtete Bild des gesundheitsbewussten Geschlechts passen. Sie erzählen sich gegenseitig und nekeln nach Präventionsmaßnahmen über wahr. Kann es also wirklich das Herz sein, an dem Frauen leiden? Soziale Missionsarbeit: „Diese Vorstellung fällt Frauen oft auf dem Kopf. Sie erhalten in der medizinischen Kommunikation nachweisbar weniger Gesundheitsratschläge, weil angenommen wird, dass sie diesbezüglich das aufgeklärteste Geschlecht sind.“

Supermodels und Princesin Diem – Frauen gelten als die prototypischen Opfer der Essstörungen Anorexia nervosa (Magenucht) und Bulimia nervosa (Eis-Brech-Sucht). Die Ursachen dafür sind zumeist kulturell bedingt. Zwangsläufige Ideale bringen die Krankheiten zum Ausbruch, wie die Harvard-Anthropologin Anne Becker das in einer großen Studie belegt hat. Sie analysierte über einen längeren Zeitraum das Körpererleben von Frauen auf den Fidschi-Inseln. 48 Prozent der Probandinnen gaben dort auch westlichen Maßstäben als Übergewichtig oder gar fettüchtig. Vor dem Dünnerwerden wurden die Testpersonen von ihrer Umwelt mit Kräutermitteln geschützt. Als schließlich 1995 das Fernsehen entlegene Inseln erreichte und mit ihm TV-Serien aus den USA, Großbritannien und Australien, verflachte sich die Zahl junger Mädchen, die zur Gewichtskontrolle Erbrechen einsetzen, innerhalb von drei Jahren. 50 Prozent empfanden sich plötzlich als zu dick, 30 Prozent unterzogen sich Diäten. Das Bild der schlanken westlichen Frau setzte sich ziemlich rasch in den Klippen fest. Lifestyle-Trends aber, wie die männliche Metrosexualität, haben nur dazu geführt, dass Männer bei Essstörungen „rasch aufholen“, wie die Wiener

Psychiaterin Gabriela Fischer sagt. Der Anteil der Männer an den Anorexia-Opfern wird derzeit auf etwa zwei Prozent, der Anteil an den Bulimia-Patienten auf bis zu 15 Prozent geschätzt. Eine aktuelle Studie legt nun dar, wie schwer sich die Medizin mit dieser Entwicklung tut. „Die diagnostischen und therapeutischen Kriterien für den Umgang mit Essstörungen wurden am Beispiel weiblicher Frauen festgelegt“, sagt Beateka Peebles von der Stanford University. Die Kinderärztin verglich erkrankte Kinder und Jugendliche beiderlei Geschlechts im Alter von acht bis 18 Jahren. Dabei kam heraus, dass Burschen weniger oft Erbrechen herbeiführen oder Abführmittel nehmen – Parameter, die in der täglichen klinischen Praxis eine wesentliche Diagnosehilfe bilden. Das führt oft zu verunsichernden Aussagen. Burschen, die tatsächlich an Anorexia oder Bulimia leiden, werden dann sogenannte Edmes („eating disorder not otherwise specified“) umschrieben. Problem: „Die Annahme, dass Jungen keine Essstörungen bekommen, führt häufig zu langwierigen Diagnoseverfahren, bei denen gastroische Prozeduren wie Histamine gesucht werden.“ Die vermeintliche Frauenkrankheit hat offenbar ebenfalls neue geschlechtsspezifische Zugänge nötig.

Magenucht Das brasilianische Model Ana Carolina Restin starb im vergangenen November



„Männer sprechen über ihre Beschwerden so, wie Mediziner es von ihnen erwarten“ Sprachwissenschaftler Florian Menz

Mellenstein im Höratz

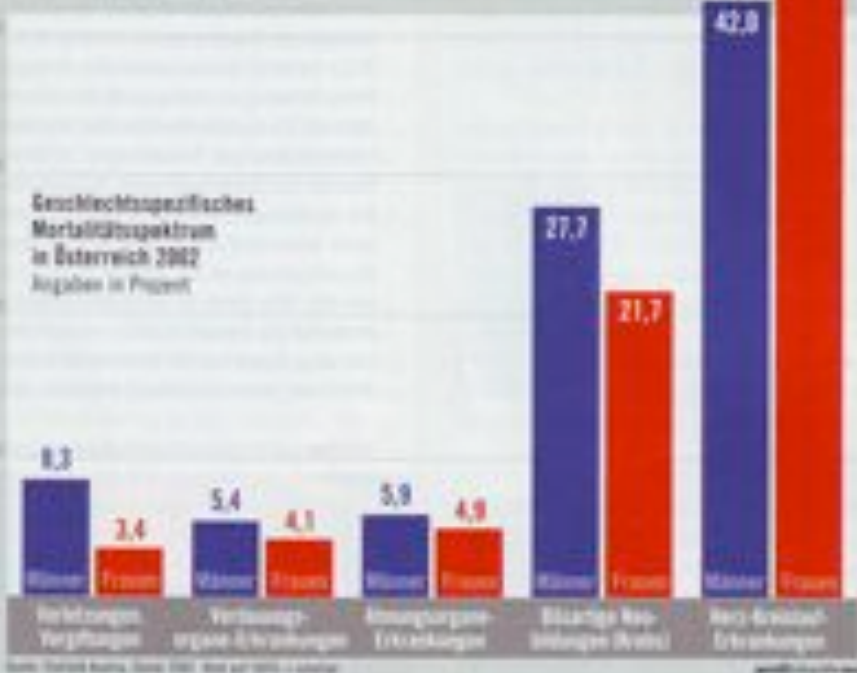
Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist ein zentraler Bestandteil der Medizin. Doch wie wird sie in der Praxis gelebt?

Vor allem aber zeigen jüngere Forschungsberichte, dass die Symptome eines Herzinfarkts bei Frauen ganz anders verlaufen können als bei Männern, nämlich „weniger dramatisch und diffus“, wie die Wiener Kardiologin Jeanette Strauss-Jurasek, Organisatorin des Gender-Kongresses im Wiener AKH, erklärt. Die Ärztin forscht seit Jahren auf dem Gebiet der genderspezifischen Herzerkrankungen und macht auch hochschulpolitisch Stimmung für eine bessere entsprechende Ausbildung für eine bessere entsprechende Ausbildung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Diese werden nämlich häufig als Erste mit dem bedrohlichen Krankheitsbild bei Frauen konfrontiert. Während Männer mit den auch in Kampagnen hässlichst kommunizierten typischen Infarktssymptomen sofort zum Fall für die Notfallmedizin werden, suchen Frauen oft wegen allgemeinen Unwohlseins den Hausarzt auf. Strauss-Jurasek: „Bei Frauen kündigen sich Infarkte häufig durch Übelkeit und schwer zu bestimmende Brust- und Bauchschmerzen an. Das führt Ärzte immer wieder auf die falsche Spur.“ Die US-Ärztin Bernadine Healy nannte diese missglückten Forays von Kommunikation 1991 das „Yentl-Syndrom“. So wie sich die junge Jüdin Yentl im Ostropa der vorvergangenen Jahrhunderte als Mann verkleiden musste, um den Tabak studieren zu können, müssen Frauen erst einmal beweisen, tatsächlich so krank zu sein wie ein Mann, um zumindest eine annähernd gleiche medizinische Versorgung zu bekommen.

Schmerzsprachen. Die Ursachen dafür liegen aber auch in der Kommunikation. „Männer sprechen über ihre Beschwerden so, wie Mediziner es von ihnen erwarten.“ Zu diesem Schluss kam der Wiener Sprachwissenschaftler Florian Menz in seiner Studie über die unterschiedlichen „Schmerzsprachen“ der Geschlechter. Sie liefert in konkreter Weise jene Daten, die Ärztinnen und Ärzte für eine Diagnose gleaning wissen zu müssen, wie etwa Beginn und Dauer der Symptome. „Frau- ▶

Mortalität

Entgegen dem Klischee sterben mehr Frauen an Herz-Kreislauferkrankungen als Männer.



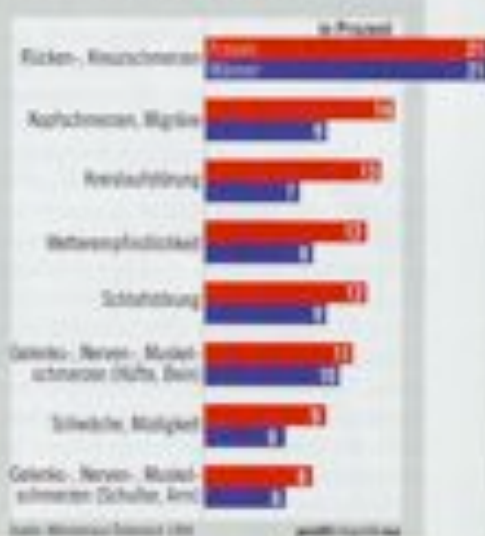
Medikamentenkonsument

Frauen schlucken mehr Medikamente und erheblich mehr Antidepressiva als Männer.



Behandelte Beschwerden

Nur bei Rücken- und Brustbeschwerden liegen Männer und Frauen gleichauf.





Alkohol 3:1



Nikotin 3:2



Illegale Drogen 3:1



Medikamente 1:3

Meilenstein im Hörsaal

Nur langsam entwickelt sich die geschlechtsspezifische Medizin an Österreichs Universitäten.

an“, so Menz. „Neben diffuser und neigen dazu, ihre Schmerzen zurückzustufen oder gar als unwichtig darzustellen.“ Sie verwenden dabei auch mehr Metaphern und reflektieren über die möglichen Ursachen. Das mache Mediziner gelegentlich sogar ungeduldig.

Zum Dilemma in der authentischen Vermittlung von Schmerzen tragen neuerdings aber auch psychologische Studien bei. Demnach erscheinen die Ausführungen weniger attraktiver Frauen Mediziner und Pflegebediensteter glaubwürdiger als jene besonders gut aussehender Patientinnen; ganz nach dem Motto: Wer schön ist, kann nicht krank sein. Umgekehrt neigen Männer dazu, ihre Beschwerden im Angesicht attraktiver Ärztinnen herunterzuspielen.

Fehldiagnosen. Andere Studien jedoch belegen Heilys eindringlich formalisierte Vord-These: Frauen, die mit identen Symptombeschreibungen wie die Männer einer Vergleichsgruppe Ärzte konsultierten, wurden weniger intensiv behandelt und seltener zu Spezialisten überwiesen. Sie erhielten allerdings keineswegs weniger Medikamente, doch diese zielten nicht unbedingt auf das gefühlte Leiden.

„Weibliche Erkrankungen werden überdurchschnittlich oft mit dem Reproduktionsapparat in Zusammenhang gebracht“, sagt die Wiener Psychiaterin Gabriele Fischer. „Ich halte die so genannte psychosomatische Dysonie, einen auf seelischen Ursachen beruhenden Schwächezustand, für eine der häufigsten Fehldiagnosen.“ Vor der Menopause ist demnach der weibliche Zyklus schuld an scheinbar mysteriösen Beschwerden, in späteren Jahren das fortgeschrittenere Alter und der veränderte Hormonstatus. Das spiegelt sich weltweit auch in der Arzneimittelliteratur wider. Mit einem Anteil von mehr als zwei Dritteln der verschriebenen Antidepressiva befinden sich auch Österreichs Frauen im internationalen Durchschnitt.

Dabei sind „another's little helpers“, mit

An der Berliner Charité-Klinik gibt es seit 2003 ein Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin. Vera Rigitz-Zapisek führt dort als erste deutsche Professorin für frauenspezifische Medizin vor allem kardiologische Studien durch. Bereits seit 2001 betreibt ihre schwedische Kollegin Karin Schenck-Gustafsson am Stockholmer Zentrum für Gender-Medizin des Karolinska Institutet ähnliche Forschungen. In diesem Bereich hat Österreich noch Aufholbedarf. Die Kardiologin Jeanette Strametz-Jurasek leitet zumindest eine Stabstelle für Gender-Mainstreaming an der Wiener Medizin-Universität. Ihre Ziele: in Wien ebenfalls eine Professur für Gender-Medizin einzurichten und eine Quote von 40 Prozent für Frauen, die direkt in der Forschung arbeiten, zu er-

reichen. Als Professorin gehört Strametz-Jurasek noch einer kleinen Minderheit an, ihre Stabstelle hat – Stand 2004 – ermittelt, dass der Frauenanteil an der Wiener Medizin-Universität im Verlauf der Karriere stetig sinkt. Bei Studierenden beträgt er 55 Prozent, bei den Promotionen 53 Prozent. Nur noch 23 Prozent der Dozenten sind Frauen – und bei den Universitätsprofessoren sind es nur noch sechs Prozent. „Es geht vorwärts, wenn auch mühsam“, sagt die Innsbrucker Kardiologin Margarethe Hochleitner. Noch im Jahr 2000 habe in Tirol kaum jemand von Gender-Medizin gehört. Mittlerweile ist Hochleitner Vizekanzlerin der Medizinischen Universität Innsbruck. Ab Herbst 2007 soll es deshalb eine Gender-Pflichtvorlesung geben. „Ein Meilenstein“, sagt sie.

Kardiologin Strametz-Jurasek Forderung nach Professur für Gender-Medizin in Wien





Magersucht/ Ess-Brech-Sucht 1:3



Spielsucht 9:1



Kautsucht 1:2



Sexsucht 3:1

Suchtverhalten

Männer neigen mehr zu Drogen- und Spielsucht.
Frauen mehr zu Medikamenten- und Magersucht.

denen auch die Desperate Housewives in klischeehaft schnell zur Hand sind, nicht ganz so harmlos, wie lange Zeit geglaubt wurde. Die so genannten Benzodiazepine führen bei längerer Einnahme sehr wohl zu „einer gewissen Abhängigkeit“ (Fischer). Beim Kaufen in der Schwangerschaft können die leichtfertig verschriebenen Medikamente bei Neugeborenen zu Missbildungen im Gesichtsbereich oder zum „floppy infant syndrome“ (Entropfer-schwärmgen beim Baby) führen.

Was die Proporzentinnen und Proporzentner der geschlechtsspezifischen Medizin dabei besonders erregt: Viele Medikamente, vor allem solche, die bereits länger auf dem Markt sind, wurden nur an Männern getestet. Ausgerechnet weiß Frauen in den klinischen Testphasen hormonellen Schwankungen ausgesetzt sind und sogar schwanger werden können, mussten sie jahrelang Medikamente schlucken, die gar nicht an ihnen erprobt wurden. Süßwasser-Konsumstarke der Gender-Medizinerin Stranitz-Furusk: „Verlangen Sie doch einmal von einem Mann, eine Pille zu nehmen, die an keinem einzigen Vertreter seines Geschlechts getestet wurde.“

Dabei ist die geschlechtsspezifische Wirkweise von Medikamenten seit Langem bekannt. Schon in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts, erläuterte Donald Mattison von den amerikanischen National Institutes of Health (NIH), reigten Experimente mit Ratten, dass bei Weibchen nur halb so viele Barcharate im Vergleich zu Männchen nötig sind, um den Schlaf einzuliefern. „Pharmakologische Geschlechtsunterschiede sind sogar bei Hasen, Ziegen, Hamstern und Ferkeln lange bekannt“, erklärt Mattison pointiert. Doch bis 1993, als die US-Zulassungsbehörde FDA geschlechtsspezifische Richtlinien für die Testphasen erließ, waren Frauen in klinischen Pharmastudien deutlich unterrepräsentiert. Zum Teil hat dies auch historische Gründe. Das bis in die fünfziger Jahre verwendete Östrogen Diethylstilbest-

rol (DES), ein im Übrigen nicht sehr wirkungsreiches Medikament zur Vermeidung von Fehlgeburten, führte Jahrzehnte später zu signifikanten Häufungen einer seltenen Form von Scheidenkrebs bei Töchtern jener Frauen, die zur Zeit der Einnahme mit ihnen schwanger waren. Und dann geschah der Contergan-Skandal, der – wie Gender-Artistin Legato formuliert – „zu einem so sorgfältigen Schutz von Frauen führte, dass sie aus vielen Studien ganz herausgehalten wurden“.

Nebenwirkungen. Aber immer noch werden reichlich spät Gefährten für Patientinnen bekannt. Von zehn Medikamenten, die zwischen 1997 und 2000 in den USA aus dem Verkehr gezogen wurden, bergen acht, darunter Antidiabetika und Appetitzügler, schwere Risiken für Frauen; fünf davon waren erst nach 1999 zugelassen worden.

Frauen haben allgemein ein 1,5- bis 1,7-fach höheres Risiko, schwer unerwünschte Nebenwirkungen zu erleiden, lautet der Wiener Pharmakologe Hubert Wiener. Zwei Drittel der Fälle von *Toussades de pointes*, einer besonders gefährlichen Herzrhythmusstörung, betreffen Frauen. „Was wir brauchen, sind Daten über Frauen“, sagt Wiener. Und diese dürfte die Zukunft von endlich bringen. Bis 1975 erschienen kaum Arbeiten über Wirkungen und unerwünschte Wirkungen von Medikamenten bei Frauen. Seit Ende der neunziger Jahre waren es an die 3000. Doch immer noch widersprechen manche Studien einander. So sprechen jüngere Arbeiten der weit verbreiteten Acetylsalicylsäure, dem Wirkstoff von Aspirin, die infarktpräventive Wirkung bei Frauen weitgehend ab. Allenfalls die Forschungen der Johns Hopkins University in Baltimore jedoch deuten darauf hin, dass die Substanz doch geschlechtsneutral wirkt.

Pharmakodynamik und Pharmakokinetik, also Wirkweise, Verteilung und Ausscheidung, sind im weiblichen Körper ▶



Gabriele Fischer:
Warum Frauen größer leben & Männer früher sterben.
Geschlechtsspezifische Krankheiten
Ulmer, Bielefeld, Weinheim,
2006, 248 Seiten,
EUR 17,80



Martina Legato: Eva Rippe.
Littoral Taschenbuch, 2004,
244 Seiten, EUR 9,20



Anita Kuster, Brigitte Löff:
Gender Medizin.
Geschlechtsspezifische Aspekte
für die klinische Praxis, Springer
Verlag, Wien, 2004, 443 Seiten,
EUR 59,80