



Von Männern und Mäusen

Gendermedizin. Weit verbreitet ist der Glaube, die medizinische Versorgung in Deutschland würde sich gleichermaßen am weiblichen und männlichen Geschlecht ausrichten. Wahr hingegen ist, der Mann ist die Norm. Ob im Behandlungszimmer, in der Notaufnahme oder bei Studien. Das führt nicht nur zu Nachteilen bei Frauen – und wird zunehmend diskutiert in Wissenschaft und Politik.

AUTORIN: DR. PASCALE ANJA DANNENBERG

VIELE ALLGEMEINERKRANKUNGEN GEHEN MIT ORALEN ERKRANKUNGEN EINHER. Beispielsweise können Zahnschmerzen oder Kiefergelenkschmerzen auf einen Herzinfarkt hinweisen – gerade bei älteren Frauen. Allerdings wissen das viele Ärztinnen und Ärzte nicht, schon gar nicht ihre Patientinnen und Patienten. So sind nach einer Befragung der BKK VBU aus dem März unter 1.000 Erwachsenen knapp drei Viertel (72 Prozent Frauen und 73 Prozent Männer) der Auffassung, die medizinische Versorgung in Deutschland würde sich gleichermaßen am weiblichen und männlichen Geschlecht ausrichten. Das belegt, dass nicht einmal ein Fünftel weiß, dass der männliche Körper als Bewertungsmaßstab gilt, ob im Behandlungszimmer, in der Notaufnahme oder bei klinischen Studien. So sind Herzinfarktsymptome bei Frauen weniger charakteristisch. Der typische starke Brustschmerz, der in den linken Arm oder auch in andere Körperregionen ausstrahlen kann, macht sich manchmal weniger heftig bemerkbar als bei Männern. Frauen berichten eher von einem Druck- oder Engegefühl in der Brust. Weitere Symptome für einen Herzinfarkt können bei ihnen sein: Kurzatmigkeit, Atemnot, Schweißausbrüche, Rückenschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen im Oberbauch, Ziehen in den Armen, große Müdigkeit und Abgeschlagenheit, Depressionen. Viele dieser Beschwerden führen dazu, dass Frauen zuerst an eine harmlose Magenverstimmung denken.

Vor den Wechseljahren profitieren Frauen noch von einem schützenden Effekt der weiblichen Geschlechtshormone (Östrogene). Sie beeinflussen Entzündungsreaktionen und wirken erweiternd auf die Blutgefäße.

So können Östrogene vor der Bildung arteriosklerotischer Ablagerungen in den Gefäßen schützen und vor einer koronaren Herzkrankheit bewahren. Nach den Wechseljahren lässt der Hormonschutz jedoch nach: Das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, steigt dann bei Frauen rascher an als bei Männern.

„UNTYPISCHE“ HERZINFARKT-SYMPTOME BEI DER FRAU

Aufgrund „untypischer“ Symptome gehen Frauen oft zu spät zum Arzt, und der diagnostiziert auch nicht immer richtig, sodass Frauen in der Regel ein bis zwei Stunden später als Männer ins Krankenhaus eingeliefert werden. Das Klinikpersonal kann gleichfalls zu Verzögerungen beitragen, „da es beispielsweise EKG-Ergebnisse jüngerer Frauen seltener zur Beurteilung an Spezialisten eines Herzinfarktzentrums weiterleitet“, schreibt die Deutsche Herzstiftung auf ihrer Homepage. Und weiter: „Darüber hinaus haben Forscher der Harvard Business School (2018) in einer Studie gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, an einem Herzinfarkt zu sterben, bei Frauen höher ist, wenn sie von jüngeren männlichen Ärzten behandelt werden – und nicht von Ärztinnen oder von älteren männlichen Ärzten, die mehr Erfahrung haben.“

DEFINITION GENDERMEDIZIN

Die Gendermedizin ist ein Teilgebiet der Medizin. Sie beschäftigt sich mit dem geschlechtsspezifischen Einfluss auf die Prävention, Entstehung, Diagnose, Therapie und Erforschung von Erkrankungen. Dabei werden sowohl Fragen thematisiert, die das biologische Geschlecht betreffen, beispielsweise die Genetik und den Hormonstoffwechsel, als auch das soziokulturelle Geschlecht – etwa im Hinblick auf Geschlechterrollen und Lebensstile. Ziel ist eine Verbesserung der Qualität bei der medizinischen Versorgung für beide Geschlechter, für Frauen und für Männer.

Die Behandlung im Krankenhaus ist bei Frauen und Männern dieselbe, die Sauerstoffversorgung des Herzmuskels nach Gefäßverschluss wird meist durch Kathetertechnik wiederhergestellt. Auch die Auswahl und Dosierung der Medikamente unterscheidet sich nicht.

All dies könnten Ursachen für die schlechtere Prognose bei Frauen sein. Fest steht, Frauen werden seltener behandelt und ihr Sterberisiko ist deutlich erhöht, wenngleich sie in Deutschland später und seltener an einem Herzinfarkt erkranken als Männer (Herzinfarkt als Todesursache 2020: 26.444 Männer und 18.085 Frauen).

Weitere Beispiele, die eklatante geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Krankheitsbildern und -verläufen aufzeigen – und die in Wissenschaft, aber auch inzwischen in Politik zunehmende Forderung nach einer Berücksichtigung des Geschlechts bei Grundlagenforschung und klinischen (Arzneimittel-)Studien nachvollziehbar werden lässt:

Bei mittlerweile nahezu gleich hohen Corona-Infektionszahlen (49 Prozent Männer, Stand Februar 2022) müssen mehr Männer auf die Intensivstation und sterben häufiger (zwischen 2020 und 2022 waren dies 73.733 Männer und 64.672 Frauen, Stand Mai 2022), doch Frauen sind öfter von Long-COVID betroffen (46 Prozent Frauen, 35 Prozent Männer, Stand Dezember 2021) und von Impfnebenwirkungen (Verdachtsmeldungen an das Paul-Ehrlich-Institut betrafen je nach Impfstoff 24,6–46,6 Prozent Männer zu 52,0–71,8 Prozent Frauen, Stand



September 2021). Und doch hat eine Metaanalyse Mitte 2021 gezeigt: Nur vier Prozent und damit 178 von 4.420 auf ClinicalTrials.gov registrierten klinischen Corona-Studien im Zeitraum Januar 2020 und Januar 2021 sehen ausdrücklich vor, Geschlechtsspezifika in ihre Analysen einzubeziehen.

OSTEOPOROSE WIRD BEIM MANN HÄUFIG NICHT ERKANNT

Schätzungen zufolge leiden in Deutschland 5,2 Millionen Frauen, aber auch 1,1 Millionen Männer an Osteoporose. Doch denkt der Arzt oft nicht an Knochenschwund, wenn er einen Mann mit gebrochenem Arm behandelt, sodass die Ursachenforschung einer männlichen Fraktur seltener erfolgt als die einer weiblichen. Häufig wird bei Männern dann auch keine Knochendichtemessung durchgeführt – und eine Osteoporose-Therapie unterbleibt, die prinzipiell mit dem behandelnden Zahnarzt abzusprechen ist, da Bisphosphonate und Denosumab in seltenen Fällen (1:1.000) zu Kiefernekrose führen kann. Im Gegensatz zum Hormonmangel bei Frauen ist die Osteoporose bei Männern vor allem durch chronische Erkrankungen und Medikation bedingt.

Im Kindesalter tritt Asthma bronchiale bei Jungen häufiger auf. Das ändert sich nach der Pubertät; aufgrund eines stärkeren Lungenwachstums vergrößert sich dann der Durchmesser der Atemwege im Verhältnis zum Lungenvolumen. Im Alter zwischen 30 und 60 Jahren sind es wiederum Frauen, die häufiger und schwerer erkranken. Danach nehmen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern ab. Allerdings sterben Frauen über 65 Jahre deutlich häufiger an Asthma als ihre männlichen Altersgenossen. Doch wird die Diagnose Asthma weltweit bei Frauen seltener gestellt als bei Männern.

Frauen haben zwei X-, Männer ein X- und ein Y-Chromosom. Auf einem X-Chromosom liegen mehr als 1.000 Gene, auf das Y passen weniger als 100. Deshalb leiden Männer häufiger an Erbkrankheiten wie der Hämophilie (Bluterkrankheit), die über das X-Chromosom vererbt werden. Wenn eine Frau hingegen auf einem X-Chromosom ein defektes Gen hat, reicht in der Regel das zweite intakte auf dem anderen X-Chromosom aus, um die Blutgerinnung normal ablaufen zu lassen. Dass bei einer Frau beide Gene defekt sind, ist sehr selten.

Chronische Niereninsuffizienz betrifft häufiger Frauen. Bei Männern wird sie aber in einem früheren Stadium diagnostiziert. Zudem bekommen Frauen ab 65 Jahren häufiger Medikamente verordnet, die im Alter nur mit Einschränkungen, mit besonderer Vorsicht eingenommen werden sollten.

„Der typische Schmerzpatient ist 55 Jahre und weiblich, das typische Forschungsobjekt in der Pharmaindustrie ist eine acht Wochen alte männliche Maus“, sagte PD Dr. Ute Seeland 2015 bei einem Vortrag in Bremerhaven; sie arbeitet am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité und ist Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin.

Bevor Medikamente an Menschen getestet werden, finden Tierversuche mit Mäusen statt. Überwiegend an männlichen Mäusen, weil Forscher fürchten, dass der weibliche Hormonzyklus die Testergebnisse beeinflusst.



GEFORSCHT WIRD AN DER MÄNNLICHEN MAUS

FRAUEN SIND IN PHARMASTUDIEN UNTERREPRÄSENTIERT

Um Schwangerschaft und Einflüsse von Hormonschwankungen auszuschließen, sind Frauen in Pharmastudien gleichfalls unterrepräsentiert. Bis 1988 seien deshalb die meisten Studien ausschließlich an Männern durchgeführt worden, hält die Deutsche Schmerzgesellschaft fest. Zu den Gründen gehöre auch der Contergan-Skandal in den 1950er und 1960er Jahren, erklärt die München Klinik, die ein Konzept für eine geschlechterangepasste Versorgung entwickeln will. 2021 liegt beim Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA), einer Interessenvertretung von 48 Pharmaunternehmen, der Frauenanteil bei zehn bis 40 Prozent in der Phase-I-Studie für ein Medikament, steigert sich in den Studien mit Erkrankten der Phasen II und III auf 30 bis 80 Prozent (bei entsprechend niedrigerem Männeranteil). „Nur bei den ersten Studien mit einem Medikament überhaupt werden meist ausschließlich männliche gesunde Teilnehmer benötigt. Es handelt sich um Studien, bei denen nicht die Wirkung, sondern zunächst einmal das „Verhalten“ des neuen Wirkstoffs im Körper untersucht werden muss; und dies im einfachsten Fall, das heißt ohne Einfluss von Hormonschwankungen oder hormonellen Verhütungsmitteln“, schreibt der VFA auf seiner Homepage.

FRAUEN KOMMEN MIT PROTHESEN OFT NICHT ZURECHT

Warum allerdings werden auch Medizinprodukte überwiegend an Männern entwickelt? Frauen kommen etwa mit Gelenkprothesen oft nicht zurecht, wie die *Süddeutsche Zeitung* 2018 in ihrer „Implant Files“-Recherche berichtet hat. Bei Zahnimplantaten hingegen sei es irrelevant, ob sie an Männern oder Frauen entwickelt würden aufgrund derselben Kieferanatomie, teilt die Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (DGI) mit und empfiehlt, nur solche Zahnimplantate einzusetzen, deren Langzeiterfolg wissenschaftlich belegt ist. Eine CE-Kennzeichnung hingegen sei kein Beleg für eine klinische Dokumentation. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die sich mit Gendermedizin beschäftigen, fordern auch eine stärkere Berücksichtigung des weiblichen Geschlechts bei der Dosierung von Medikamenten – wegen eines meist geringeren Gewichts und weil eine Tablette für den Weg durch Magen und Darm einer Frau etwa doppelt so lange braucht wie bei einem Mann; auch der Abbau von Wirkstoffen in der Leber dauert länger.

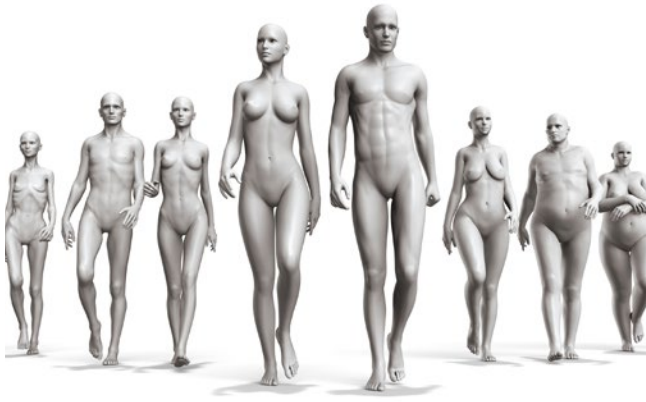
SCHREIBEN AN DEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄTENTAG

Inzwischen wird in internationalen wissenschaftlichen Leitlinien appelliert, mehr Frauen in Studien einzubeziehen. Und im vorigen Jahr formulierten Studenten im Hartmannbund gemeinsam mit dem Deutschen Ärztinnenbund (DÄB) in einem Schreiben an den Medizinischen Fakultätentag (MFT), Gendermedizin als „verpflichtendes Querschnittsfach“ im Medizinstudium zu implementieren. Und auch auf politischer Ebene tut sich was.

Auf EU-Ebene: „Die an einer klinischen Prüfung teilnehmenden Prüfungsteilnehmer sollten repräsentativ für die Bevölkerungsgruppen, z. B. die Geschlechter- und Altersgruppen, sein, die voraussichtlich das in der klinischen Prüfung untersuchte Arzneimittel anwenden werden, sofern nicht der Prüfplan eine begründete andere Regelung enthält“, heißt es in der am 1. Februar in Kraft getretenen EU-Verordnung 536/2014.

GENDERPASSUS IM AMPEL-KOALITIONSVERTRAG

Auf Regierungsebene: „Wir berücksichtigen geschlechtsbezogene Unterschiede in der Versorgung, bei Gesundheitsförderung und Prävention und in der Forschung und bauen Diskriminierungen und Zugangsbarrieren ab. Die Gendermedizin wird Teil des Medizinstudiums, der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe werden. Wir stärken die paritätische Beteiligung von Frauen in den Führungsgremien der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sowie ihrer Spitzenverbände auf Bundesebene sowie der gesetzlichen Krankenkassen“, hält die Ampel in ihrem Koalitionsvertrag 2021 fest. Auf Bundesministerebene: Das Bundesgesundheitsministerium (BGM) fördert seit 2020 mit insgesamt 10,5 Millionen Euro Forschungsprojekte, die geschlechtsbedingte gesundheitliche Ungleichheiten identifizieren und die Qualität der Versorgungsangebote verbessern sollen (Förderschwerpunkt „Spezifische Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung“).



Und in dem 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz heißt es: „Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.“ So lautet der eingefügte § 2b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Das gilt für Prävention, Gesundheitsförderung, Diagnose und Therapie.

Alles nur politische Lippenbekenntnisse? Auf die konkrete Umsetzung des Passus im Koalitionsvertrag angesprochen, teilt das BMG mit: „Im Bereich der Arzneimittelversorgung ist die Erprobung neuer Arzneimittel an Prüfungsteilnehmerinnen und Prüfungsteilnehmern vorgesehen, die die voraussichtliche spätere Nutzergruppe adäquat abbilden sollen.“ Zudem werde im Forschungsdatenzentrum Gesundheit beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte „ein qualitativ hochwertiger Datenbestand für die Gesundheitsforschung aufgebaut, der grundsätzlich auch zur Beantwortung geschlechterspezifischer Fragestellungen“ herangezogen werden solle. Und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gibt an, „Genderdifferenzierung insbesondere im Rahmen der Public-Health-Forschungsförderung“ künftig berücksichtigen zu wollen.

DESIDERATE AUCH IN DER ZAHNMEDIZIN

Die wissenschaftlichen Desiderate sind enorm. Auch in der Zahnmedizin. So wurde lange beobachtet, dass Frauen trotz besserer Zahnhygiene und prophylaktischer Maßnahmen stärker von Karies betroffen waren; vermutet werden hormonelle Einflüsse, früherer Zahnwechsel, verminderter Speichelfluss. Doch nach der jüngsten, der Fünften Mundgesundheitsstudie (DMS V) aus dem Jahr 2016 ist der DMFT-Wert bei zwölfjährigen Mädchen erstmals besser als der von gleichaltrigen Jungen.

Kariesfrei sind demnach 2013/2014, im Erhebungszeitraum der DMS V, 82,7 Prozent der Mädchen gegenüber 80,0 Prozent der Jungen. Insgesamt sind 81,3 Prozent der Zwölfjährigen kariesfrei – im Vergleich zu 41,8 Prozent im Erhebungszeitraum 1997 der DMS III. Allerdings kehren sich die Werte bei den 35- bis 44-Jährigen um, sodass dann Frauen eine um circa einen Zahn höhere „Karieserfahrung“ aufweisen (DMFT-Wert Frauen 11,7 gegenüber Männern 10,8).

Doch auch bei den 65- bis 74-Jährigen zeigt sich erstmals eine Annäherung im Vergleich zu den vorhergehenden Mundgesundheitsstudien. So liegt in dieser Altersgruppe der DMFT-Wert der Männer bei 17,5 und der Frauen bei 17,9 (im Vergleich DMS III: Männer 22,5 zu Frauen 24,3).

Interessant ist auch das Geschlechterverhältnis bei der Wurzelkaries. Davon waren bei den DMS III/IV Männer eindeutig stärker betroffen (DMS III: 35- bis 44-jährige Männer 15,1 Prozent versus Frauen 8,4 Prozent, 65- bis 74-jährige Männer 20,3 Prozent versus Frauen 12,0 Prozent; DMS IV: 35- bis 44-jährige Männer 25,9 Prozent versus Frauen 17,0 Prozent, 65- bis 74-jährige Männer 46,8 Prozent versus Frauen 43,5 Prozent). Doch nach der DMS V weisen 35- bis 44-jährige Männer (11,3 Prozent) etwas seltener Wurzelkaries auf als gleichaltrige Frauen (12,3 Prozent). Allerdings kehren sich auch hier die Werte wieder im höheren Alter um. 65- bis 74-jährige Frauen haben signifikant seltener Wurzelkaries als Männer (21,9 Prozent versus 35,0 Prozent).

Von Parodontalerkrankungen betroffen sind weiterhin mehr Männer als Frauen (CPI-Grad 4/Taschentiefe mindestens sechs Millimeter: 35- bis 44-jährige Männer 11,3 Prozent gegenüber Frauen 9,4 Prozent; schwere Parodontitis nach CDC/AAP: Männer 9,6 Prozent gegenüber Frauen 6,7 Prozent) – im Vergleich zur DMS IV (CPI-Grad 4: Männer 21,8 Prozent gegenüber Frauen 19,1 Prozent) und zur DMS III (CPI-Grad 4: Männer 17,9 Prozent gegenüber Frauen 10,1 Prozent). Während also von Studie zu Studie die Kariesprävalenz abnahm, gab es zwischenzeitlich (DMS IV) gar eine Zunahme der Parodontitisprävalenz.

Beim Zahnverlust zeigt sich, dass Frauen durchschnittlich 0,5 Zähne mehr fehlen als Männern (mittlere Anzahl fehlender Zähne bei 35- bis 44-Jährigen ohne Weisheitszähne: Männer 1,8 gegenüber Frauen 2,3) – im Vergleich zur DMS IV (Männer 2,7 gegenüber Frauen 2,8) und zur DMS III (Männer 4,0 gegenüber Frauen 4,4).

Mundschleimhaut: Bei der Unterteilung nach Geschlecht entspricht der Wert für die 35- bis 44-jährigen Männer bei der Leukoplakie mit 2,3 Prozent dem der DMS III. Der Wert für die Frauen liegt mit 1,5 Prozent über dem der DMS III mit 0,9 Prozent. Lichen planus kann bei beiden Geschlechtern zugleich nicht mehr diagnostiziert werden, wohingegen bei der DMS III der Wert für die Männer bei 1,3 Prozent lag gegenüber Frauen bei 0,7 Prozent. In der DMS IV fand keine entsprechende Erhebung statt.

BIOLOGISCHE SCHUTZMECHANISMEN ENTSCHLÜSSELN

Wenn Krankheitsbilder geschlechtsspezifisch weiter erforscht werden, könnten sie möglicherweise besser behandelt werden. Was schützt Männer besser vor Karies? Was schützt Frauen besser vor Parodontitis? Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek, ehemalige Direktorin des Berlin Institute for Gender in Medicine an der Charité, sagte schon 2014 in einem Interview mit der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung*, die biologischen Schutzmechanismen zu entschlüsseln, könnte helfen, das Krankheitsbild beim anderen Geschlecht zu verhindern.

„Es gibt einen riesigen Nachholbedarf“

INTERVIEW: DR. PASCALE ANJA DANNENBERG

Nachgefragt. Nur sieben Prozent aller 38 deutschen Fakultäten haben Gendermedizin in ihr Curriculum integriert. Nach Ansicht von Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk – Gastprofessorin an der Charité, Senior Consultant des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) und im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin (DGesGM) – gehört Gendermedizin in die Approbationsordnung.



Brauchen Ärztinnen und Ärzte umfangreiche Kenntnisse geschlechterspezifischer Unterscheidungen hinsichtlich Diagnose, Pathogenese, Therapie und Prävention?

Ja, das brauchen sie. Hinsichtlich der Qualität der Gesundheitsversorgung kommen geschlechterspezifische Unterscheidungen der gesamten Bevölkerung zugute, zu der ja auch mehr als 50 Prozent Frauen zählen. Gerade hin-

sichtlich Medikation und pathogener Diagnostik sind geschlechterspezifische Unterscheidungen dringend notwendig. Es geht ja nicht nur um Gerechtigkeit, vielmehr um eine optimale Gesundheitsversorgung für alle – Patientinnen und Patienten.

Sind Inhalte geschlechterspezifischer Medizin an deutschen Fakultäten ausreichend ins Studium integriert?

Nein. Nur sieben Prozent aller 38 deutschen Fakultäten haben Gendermedizin in ihr Curriculum integriert. Es ist nicht damit getan, mal einen Vortrag, eine studentische Arbeitsgruppe oder eine Ringvorlesung anzusetzen. Es muss vor allem auch darum gehen, dass gendermedizinische Prüfungsinhalte abgefragt werden. Im Übrigen werden gendermedizinische Aspekte bislang weniger in Regel- als vielmehr in



„WIR BRAUCHEN EIN LEHRBUCH FÜR GENDER- MEDIZIN“

Modellstudiengängen berücksichtigt, wo für Studierende schon früh der Zugang zu Patientinnen und Patienten erfolgt. Da gibt es also einen riesigen Nachholbedarf.

Nach Aussage des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) – auf Grundlage eines Gutachtens des Bundesgesundheitsministeriums zur geschlechtersensiblen Lehre – ist „die Vermittlung von geschlechtersensiblen Wissen an den Universitäten absolut unzureichend“.

Es muss schon beim Studium, im ersten Semester, angesetzt werden. Nicht zu Unrecht heißt es ja: Was Häschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr. Doch das wird sich bessern. Die Kardiologie etwa berücksichtigt geschlechtsspezifische Unterschiede in ihren Kursen schon seit Jahren. Ganz anders sieht es leider immer noch bei der Pharmakologie aus. Da muss unbedingt nachgebessert werden. So sollte, beim plötzlichen Tod einer Frau, unbedingt auf eine Medikamenteneinnahme untersucht werden.

Warum aber dauert das „Nachbessern“ in der Lehre so lange? Schließlich erfolgte die Gründung der ersten Gendermedizin-Institute bereits 2001 in New York, 2002 am Karolinska-Institut in Stockholm und 2003 an der Charité in Berlin.

Es gab lange Zeit Vorbehalte. Vielen Männern war es per se suspekt, was aus der Frauenecke kam. Doch heute sehen auch Männer häufig eine Notwendigkeit bezüglich der Berücksichtigung ge-

schlechtsspezifischer Aspekte in Forschung und Lehre. Wir brauchen ein Lehrbuch für Gendermedizin; und es muss das Lehrpersonal in die Pflicht genommen werden. Das sind nicht unbedingt die Lehrstuhlinhaber – und damit 87 Prozent Männer bei den wichtigen Fächern, denn die sind meist für die praktische Lehre nicht zuständig. Angesetzt werden muss vielmehr bei ihren jüngeren Assistenten, die sich habitue-

STATEMENT DES FVDZ-STUDIERENDENPARLAMENTS (STUPA)

Die Gendermedizin ist ein äußerst relevantes Gebiet, das leider in der Ausbildung angehender Zahnmedizinerinnen und Zahnmedizinern genau wie in der humanmedizinischen Lehre zu wenig Beachtung findet. Viele Studien belegen, dass das Geschlecht eine maßgebliche Rolle hinsichtlich des Erkrankungsbilds und der Behandlung spielt. Deshalb setzen wir uns als Studierendenparlament des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte aktiv dafür ein, den Aspekt der Gendermedizin fest im Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) für zukünftige Zahnärztinnen und Zahnärzte zu verankern. Dies geschieht unter anderem in der Arbeitsgruppe „Gender & Diversity“ des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP). Unsere Patientinnen und Patienten sollen schließlich die beste Versorgung erhalten – unabhängig von ihrem Geschlecht.

ren, um die Lehrbefugnis erteilt zu bekommen. Die müssen für das Thema sensibilisiert werden.

Der DÄB fordert, die Approbationsordnung neu zu ordnen und geschlechtersensible Lernziele aus dem Nationalen Lernzielkatalog Medizin (NKLM) in den Gegenstandskatalog (GK) und die Prüfungsfragen des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) zu übernehmen. Was heißt das?

Die Gendermedizin gehört in die Approbationsordnung. Alle, wirklich alle Fächer müssen auf den Prüfstand. Es reicht nicht, ein Modul Gendermedizin anzubieten. Zugleich muss der NKLM angepasst werden. Ein gewisser Druck geht von Wissenschaft und Gesellschaft schon aus – interessanterweise auch von den Studierenden. Doch das reicht nicht. Die Bundesärztekammer und die Politik sind gefordert.

Wie sieht es bei der Forschung aus?

In den USA erhalten seit einigen Jahren nur noch medizinische Studien einen Zuschuss des National Institutes of Health, wenn gendermedizinische Aspekte berücksichtigt werden. Doch auch in Deutschland mehren sich entsprechende wissenschaftliche Forschungsvorhaben. Dafür müssen aber Tierexperimente an beiden Geschlechtern vorgenommen werden; das sollte beispielsweise auch das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGeSO) in Berlin endlich begreifen. Sicherlich müssen dann mehr Tiere für Experimente eingesetzt werden, Hormonschwankungen berücksichtigt werden,

„Das Lehrpersonal muss in die Pflicht genommen werden. Es muss für das Thema sensibilisiert werden“

alles aufwändiger, aber das würde sich langfristig auszahlen. So kämen wir etwa dahin, dass bei einer Arzneimitteltherapie beim Menschen hormonelle Schwankungen berücksichtigt werden könnten. Und eben nicht mehr nur Forschungen durchgeführt werden an standardisierten männlichen Ratten oder an standardisierten männlichen Probanden von 25 Jahren mit einem Gewicht von 75 Kilogramm.

Was muss sich in Wissenschaft und Politik ändern?

Menschen müssen generell stärker für die Gendermedizin sensibilisiert werden. So sollten die Editoren wissenschaftlicher Zeitschriften eingereichte Artikel ablehnen, wenn Männer und Frauen nicht gleichermaßen in die Studien einbezogen wurden. Und Forschungsförderergremien wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) sollten danach stärker ihre Fördergelder ausrichten. Die Ampelkoalition verspricht, die Gendermedizin zu berücksichtigen



Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk

© Privat

– aber kann sie erste Ergebnisse schon vorweisen? Wichtig ist auch, Patientinnen und Patienten zu informieren, so dass diese ihre Ärztinnen und Ärzte ansprechen können, etwa auf die ihnen verschriebenen Medikamente: Sind die denn auch an Frauen erprobt? Indes scheint die öffentliche Kenntnis gendermedizinischer Aspekte oft viel höher als die Bereitschaft in der Medizin, diese Aspekte in Forschung und Lehre zu verankern.


Sie sind Gründerin des 2005 an der Charité etablierten Studiengangs „Health and Society-International Gender Studies Berlin“. Warum wurde der sieben Jahre laufende Studiengang zwei Jahre nach Ihrer Pensionierung eingestellt?

Offensichtlich hatte die Charité die Bedeutung des Studiengangs für internationale Public Health damals noch nicht erkannt, obwohl der Studiengang akkreditiert war und eine besondere Förderung erfahren sollte. Die Pandemie gab es damals noch nicht.

25 JAHRE

Herzlichen Dank

Die hohe Qualität und zuverlässige Bereitstellung unserer Produkte sowie ein konstant hohes Beratungsniveau kennzeichnen den erfolgreichen Weg unseres Unternehmens. Bei unseren Kunden möchten wir uns anlässlich unseres 25-jährigen Jubiläums mit besonders attraktiven Angeboten bedanken. Ihr persönlicher Medizinprodukte-Berater steht Ihnen für weitere Informationen gerne zur Verfügung.

 **ORIDIMA QUALITÄT**
MADE IN GERMANY

 **ORIDIMA**
KOMPETENT HANDELN

ORIDIMA Dentalinstrumente · Tel. 08542-89870-0 · info@oridima.de · www.oridima.de

Stress ist ein Trigger für CMD

Erfahrungsbericht. In der zahnärztlichen Praxis der DFZ-Chefredakteurin Dr. Ulrike Stern ist eine Zunahme der Patienten mit Verdachtsdiagnose CMD zu verzeichnen. Fast 90 Prozent sind Frauen. Die Gründe für diese deutlich geschlechterspezifische Gewichtung sind nach Einschätzung der Zahnärztin vielschichtig. Auch die Corona-Pandemie hat in diesem Bereich eine mögliche Triggerfunktion.

AUTORIN: DR. ULRIKE STERN

Die Diagnostik der kranio-mandibulären Dysfunktion (CMD) in der zahnärztlichen Praxis gewinnt zunehmend an Bedeutung. In den vergangenen Jahren hat dank umfangreicher Basisarbeit in Praxis und Wissenschaft, nicht zuletzt durch das Engagement zahlreicher Kolleginnen und Kollegen in der entsprechenden Fachgesellschaft, die Funktionsdiagnostik und -therapie den Wandel vom stiefmütterlichen Dasein zum anerkannten zahnärztlichen Fachbereich vollzogen und auch hierzulande die Relevanz erlangt, die ihr in anderen

Ländern im Rahmen der zahnmedizinischen Lehre bereits seit vielen Jahrzehnten zugestanden wurde.

Vor 30 Jahren, als ich mein zahnärztliches Examen absolvierte, war unser damaliger erster Kurs Funktionslehre in Witten/Herdecke mit Beteiligung belgischer und niederländischer Physiotherapeuten fast eine kleine Sensation in der Lehre und wurde kritisch beäugt.

Heutzutage treffen wir in unserem zahnärztlichen Alltag auf ein zunehmendes Patientenpotenzial mit unterschiedlich ausgeprägten Symptomatiken aus diesem komplexen CMD-Bereich. Zahnärztliche Fortbildungsveranstaltungen ohne CMD-Themenbereiche sind undenkbar geworden.

GEÄNDERTE DIAGNOSTISCHE BRILLE

Mit der damaligen Umbenennung in Deutschland in kranio-mandibuläre Dysfunktion (CMD) – laut der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFD) entsprechen sich „Myoarthropathie“, „temporomandibular disorders“ (TMD) und „craniomandibular disorders“ (CMD) – trug man der Erkenntnis Rechnung, dass die klinischen Symptome eine Änderung der diagnostischen Brille von der rein zahnärztlichen Sichtweise zur interdisziplinären Gesamtdiagnostik erforderlich machten.

Bausteinkonzepte aus der zahnärztlichen Praxis wurden wissenschaftlich weiterentwickelt, die uns nun einen kaskadenartigen Diagnostik- und Therapieaufbau ermöglichen. Die heutigen Konzepte und Studien werden von DGFD in Zusammenarbeit mit anderen zahnärztlichen Fachrichtungen stetig überprüft und weiterentwickelt. Sie bestehen aus differenzierten Stufen mit Indikationsgruppen und umfangreichen Anamneseerhebungen, um die richtigen therapeutischen Konsequenzen für unsere Patienten einleiten und durchführen zu können.

Mit Abschluss des Curriculums der klinischen Funktionsdiagnostik und Schmerztherapie 2011 der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) ist das dort vermittelte Basiswissen in Theorie und Praxis für mich nach wie vor sehr hilfreich, um im täglichen zahnärztlichen Praxisalltag konzeptionell dieses Patientenkontingent fachlich selektieren und beurteilen zu können. Nach nunmehr 30 Berufsjahren weiß ich um die Bedeutung der damaligen Äußerung einer unserer Oberärzte im Examen: „Denken Sie daran, an den Zähnen hängt auch ein ganzer Mensch.“ Damals klang der Satz etwas merkwürdig, weil so selbstverständlich. Der Blick über den Tellerrand, oder fachlich gesprochen der funktionelle Zusammenhang, ist heutzutage glücklicherweise selbstverständlicher Bestandteil des zahnärztlichen Alltags geworden.

Im funktionstherapeutischen Bereich verzeichne ich eine steigende Anzahl an Patienten, die markante geschlechterspezifische Gewichtung hierbei: Circa 90 Prozent sind Frauen.

Meines Erachtens sind die Gründe vielschichtig.

Betrachte ich meinen CMD-Patientenpool, kann ich folgende Einteilung vornehmen:

1. Patienten, die von Fachärzten überwiesen werden, hauptsächlich aus dem Hals-Nasen-Ohren-Bereich
2. Zunehmende Überweisungen von Hausärzten



FORTBILDUNG OHNE CMD IST HEUTE UNDENKBAR

3. Patienten, die ich selbst beim zahnärztlichen Vorsorgecheck entweder aufgrund von bestehenden Beschwerden oder durch den routinemäßig verwendeten CMD-Schnellcheck filterte. Der CMD-Schnellcheck (vergleichbar mit PSI-Screening für den PAR-Bereich) soll den Verdacht auf eine CMD ausschließen oder erhärten. Hierbei werden mehrere kleine Funktionstests durchgeführt zur Mundöffnung, Geräuscentwicklung (Knacken, Reiben) und eventuell auf-

tretenden Beschwerden bei bestimmten Kieferbewegungen. Es gibt verschiedene Konzepte, ich benutze den Sechs-Punkte-Test. Wenn mehr als zwei Punkte zutreffen, erhärtet sich der Verdacht auf eine CMD. Dann tritt nach Aufklärung des Patienten die nächste Diagnostikkaskade in Kraft mit umfangreicher klinischer Funktionsdiagnostik und ausführlicher zahnärztlicher und spezieller allgemeinmedizinischer Anamnese (Stress- und Schmerzbögen, psychosomatische Belastung et cetera).

GUT INFORMIERTE MÄNNER

Handelt es sich unter Punkt 1 und 2 zu 90 Prozent um weibliche Patienten, so schildern unter Punkt 3 durchaus auch Männer Beschwerdesymptome, die dem CMD-Bereich zugeordnet werden können. Hier beobachte ich eine Häufung im Altersfenster von Mitte 20 bis Anfang/Mitte 40.

Diese Patienten sind teils sehr gut informiert durch Internet und Co. Nicht selten haben sie schon den Versuch unternommen, eine eigene Diagnose, deren Hintergründe und Ursachen zu erstellen. Dieses Verhalten finde ich bei weiblichen Patienten eher selten.

Weitere Beobachtungen aus meiner Praxis: Männer gehen zwar heutzutage regelmäßiger zur zahnärztlichen Prophylaxe und Therapie, die Kommunikation von Beschwerden ist aber eher zurückhaltend.

Hingegen zeigen Frauen in der Wahrnehmung der Leitsymptome eine frühere Reaktion, die klinischen Auswirkungen fallen oft intensiver aus. Diese Symptome im allgemeinen Lebensbereich (Familie, beruflicher Stress, Pflege von Angehörigen, zunehmender Leistungsdruck) münden bei weiblichen Patienten scheinbar eher und häufiger in den Symptombereich einer CMD.

BESSERE ÄRZTLICHE KOMMUNIKATION

Die allgemeinen Anamnesen sind umfangreich und erfordern gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und Verzahnung verschiedener Fachrichtungen, ohne die wir Zahnärzte eine nachhaltige CMD-Therapie meines Erachtens nicht durchführen können. Der praxiseigene Aufbau dieses Netzwerks war anfangs mühsam, aber die Mühen lohnen sich. Dabei hat, so meine Erfahrung, die ärztliche Kommunikation deutlich an Qualität und Quantität zugenommen.

Auch die Zusammenarbeit mit den Physiotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen einer CMD-Behandlung funktioniert in der Regel sehr gut und abgestimmt. Zielführend für alle gleichermaßen – für Patienten, Ärzte und uns Zahnärzte.

Die therapeutischen Vorgehensweisen sind jedoch individuell geschlechterunabhängig und richten sich seit vielen Jahren allein nach wissenschaftlich basierten und praxisbewährten Erkenntnissen im zahnärztlichen und interdisziplinären Fachbereich.

Ob die bei Frauen viel häufiger vorkommende Mehrfachbelastung durch Beruf und Familie ein Trigger für CMD sein könnte, ist eine naheliegende Vermutung. In den Anamnesegesprächen in meiner Praxis deutet jedenfalls vieles darauf hin.

Gespannt sein darf man auf weitere Studien und Entwicklungen in diesem Fachbereich.

UNTERSCHIEDLICHES SCHMERZEMPFINDEN

Frauen leiden häufiger unter (fast) allen Arten von Schmerzen als Männer. Sie weisen zudem eine höhere Schmerzempfindlichkeit und eine niedrigere Schmerzschwelle auf. Das erklärt, warum sie auch häufiger unter chronischen Schmerzen leiden, informiert die Deutsche Schmerzgesellschaft. Beispielsweise ist die Migräne eine typische Erkrankung von Frauen im gebärfähigen Alter. Allerdings führen hormonale Veränderungen in der Schwangerschaft zu einer abnehmenden Schmerzempfindlichkeit.

Als Hypothesen für das unterschiedliche Schmerzverhalten der Geschlechter werden diskutiert: Blutdruck, genetische Einflüsse, erhöhte Sensibilität auf mechanische Reize, Unterschiede in Anatomie und Funktion des zentralen und peripheren Nervensystems, Vergrößerung der rezeptiven Felder, Arthrose. Vermutet wird vor allem aber, dass Sexualhormone Einfluss auf Muskulatur, Knochen und Nervensystem und damit auf die Schmerzempfindlichkeit und Schmerzverarbeitung haben. So entwickeln künstlich zugeführte Östrogene bei männlichen Versuchstieren dieselben Schmerzmuster wie bei weiblichen Tieren, wohingegen männliche Hormone bei Weibchen Schmerzen abmildern, ist in der von Dr. Horst Kares 2005 verfassten Studie „Geschlechtsspezifische Faktoren bei chronisch-schmerzhaften kranio-mandibulären Dysfunktionen“ (GZM Praxis und Wissenschaft 2/2005:8–12) zu lesen.

Demnach treten CMD-Schmerzen bei Frauen 1,5- bis zweimal häufiger auf als bei Männern; 80 Prozent der behandelten Fälle sind Frauen. Diese muskuloskeletalen Schmerzen sind zu CMD-Behandlungsbeginn bei weiblichen Patienten meist deutlich höher als bei männlichen, reduzieren sich dafür aber wesentlich mehr innerhalb von zwei Jahren. pad