

## **„GenderMedicine – neue Lösungen für Probleme, die so alt sind wie die Menschheit“**

Interview mit Oberärztin Frau Dr. Sandra Eifert vom 23.04.2010



**Die Forschungsergebnisse von Frau Dr. Sandra Eifert, Oberärztin in der Herzchirurgischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilian-Universität München, wurden im Rahmen der Jahrestagung 2010 der Österreichischen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin mehrfach ausgezeichnet. Frau Dr. Eifert belegte den ersten und dritten Platz und den zweiten Platz als Koautorin. Dr. Eifert erforscht seit mehreren Jahren die Genetik von Herz- und Gefäßerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechts.**

*Dr. Bombien: Liebe Sandra, erst einmal herzlichen Glückwunsch zu dieser hohen Auszeichnung.*

Dr. Eifert: Danke, es hat uns sehr gefreut, dass unsere Arbeit auf dem Gebiet der Gendermedizin so gut bewertet wurde.

*Dr. Bombien: Das Themengebiet der geschlechtsspezifischen Medizin (Gender eng. "Geschlecht") ist noch jung. Was bedeutet denn Gendermedizin?*

Dr. Eifert: Gender-Forschung ist eine fachübergreifende Wissenschaft, die wichtige geschlechtsabhängige biologische und psychosoziale Unterschiede wie Gemeinsamkeiten im Gesundheitsverhalten und bei Krankheitsprozessen aufzeigt und komplexe Zusammenhänge zum Nutzen für Mann und Frau untersucht. Denn über das geistige, körperliche und seelische Wohlbefinden eines Menschen entscheidet nicht zuletzt sein Geschlecht. Sowohl die körperlichen Geschlechtseigenschaften (Sex) als auch die sozial erworbenen (Gender) haben einen Einfluss auf die Gesundheit. Hier spielen vor allen Dingen eine traditionell geprägte gesellschaftliche Krankheitswahrnehmung und Symptomdeutung eine Rolle. Ressourcen, die zur Wahrnehmung der seelischen Balance beitragen, zeigen häufig eine geschlechtliche Prägung. Zum Beispiel trägt gesundheitsrelevantes Verhalten, wie Sport oder Ernährung, vielfach zur Herstellung einer Geschlechtsidentität bei. Mit diesem Wissen wäre eine spezifische Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung weiblicher und männlicher Lebenswirklichkeiten möglich.

*Dr. Bombien: Der Titel des ersten Artikels lautet „Off-Pump Technique is superior in 30 Day and 1 Year Mortality of Women in Comparison to Men After Coronary Artery Bypass Grafting: Women benefit most from Offpump Surgery“. Frauen profitieren also am meisten von der Off-Pump Chirurgie. Sollten wir dann alle Frauen nach Möglichkeit ohne Herz-Lungen-Maschine operieren?*

Dr. Eifert: Ja, das wäre wünschenswert. Wir haben an über 3000 Patienten unserer Abteilung untersucht, ob die Operationstechnik einen Einfluss auf die Sterblichkeit nach aortokoronarer Bypassoperation hat. Dabei haben wir herausgefunden, dass es bei den Männern keine Rolle spielt und dass interessanterweise die Sterblichkeit bei Frauen ohne Verwendung der Herz-Lungen-

Maschine viel niedriger ist. Allerdings bräuchte man weitere Studien mit mehreren Zentren und größeren Patientenzahlen, um das Ergebnis zu bestätigen.

*Dr. Bombien: Hat die Gendermedizin in Hinblick auf Herz- Kreislauferkrankungen eine spezielle Bedeutung?*

Dr. Eifert: Ja, denn Frauen erleiden bereits in jungen Jahren ab 45 Herzinfarkte, im höheren Lebensalter sterben Frauen öfter als Männer an einem Herzinfarkt.

*Dr. Bombien: Das ist ja alarmierend. Woran liegt das?*

Dr. Eifert: Frauen sind sich viel zu wenig über ihre Gefährdung durch Herzerkrankungen bewusst. Entgegen der weit verbreiteten Meinung, dass Krebserkrankungen – vor allem Brustkrebs – im Vordergrund stehen, sind bei Frauen kardiovaskuläre Erkrankungen die häufigste Todesursache in Europa und in den USA. Während die Inzidenz bei Männern sinkt, an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben, steigt diese bei Frauen an. Dieses mangelnde Bewusstsein der Frauen gegenüber Herzkreislaufkrankungen bedingt auch ein vermindertes Bewusstsein durch Lebensstiländerung (z.B. mehr Bewegung, das Rauchen zu beenden), und durch Behandlung von Risikofaktoren wie Kontrolle des Blutdrucks und der Blutfette dem Fortschreiten der Erkrankung vorzubeugen. Aber auch der Ärzteschaft sind geschlechtsspezifische Aspekte von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – und damit wichtige Unterschiede im Entstehen und Fortschreiten der Atherosklerose, Unterschiede in der Symptomatik, unterschiedliche Aussagekraft von Untersuchungen und generell geschlechtsdifferenzierte Behandlungserfordernisse – viel zu wenig bekannt und bewusst.

*Dr. Bombien: Dass diese Fakten „zu wenig bekannt und bewusst“ sind, kann ich nur bestätigen. Aber in wieweit ist denn die Diagnosestellung beim Herzinfarkt zum Beispiel vom Geschlecht beeinträchtigt?*

Dr. Eifert: Die Diagnosestellung ist insofern beeinträchtigt, als dass die „typische“ Angina pectoris Symptomatik vor allem von Männern empfunden wird. Männer geben als typische Symptomatik ein präkordiales Druckgefühl, einen Vernichtungsschmerz, Dyspnoe und Angst an. Frauen hingegen berichten häufiger über Müdigkeit, Dyspnoe, diffuse Oberbauchschmerzen, eine Abnahme der Leistungsfähigkeit und Schwellungen der Beine.

Durch diese „unüblichen“ Symptome empfinden sich die Frauen selbst nicht als herzkrank, gehen deshalb vielleicht später zum Arzt oder zur Ärztin. Dies ist möglicherweise auch der Grund, weshalb Frauen eine durchschnittliche längere Wartezeit haben, in ein Krankenhaus zu kommen, als dies bei Männern der Fall ist (je nach Literaturangabe eine halbe bis eine Stunde). Bei stationärer Aufnahme wegen eines Herzinfarktes finden sich bei 48 Prozent der Frauen unter 65 Jahren bereits zuvor abgelaufene Herzinfarkte; im Vergleich dazu nur bei 33 Prozent gleichaltriger Männer.

*Dr. Bombien: Wie kommt es denn zu diesem anderen Erkranken der Frauen im Gegensatz zu den Männern?*

Dr. Eifert: Hier spielen die Hormone eine große Rolle. Generell sind Frauen bei der Erstmanifestation der koronaren Herzkrankheit im Vergleich zu Männern um ungefähr zehn Jahre älter, da Östrogene einen protektiven Effekt auf das arterielle Gefäßsystem und die Endothelfunktion haben. Nach dem 60. Lebensjahr – das heißt nach der Menopause – ist in der Regel der protektive Effekt der Östrogene nicht mehr gegeben, und Frauen haben dasselbe Risiko wie Männer, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu bekommen. Frauen, die allerdings vor dem 60. Lebensjahr einen Myokardinfarkt erleiden, haben im Vergleich zu Männern ein höheres Mortalitätsrisiko. Die Ursachen sind derzeit nicht geklärt.

Des Weiteren bauen Frauen manche Medikamente zeitverzögert ab, was zum einen durch eine von Männern abweichenden Fett-Wasser-Muskelverteilung verursacht wird und zum anderen unterschiedliche Enzymbildungen und Medikamentenverträglichkeiten eine entscheidende Rolle spielen.

In wissenschaftlichen Studien wurden bis vor kurzem diese geschlechtsspezifischen Unterschiede komplett vernachlässigt und Ergebnisse aus Untersuchungen, in denen ausschließlich oder hauptsächlich Männer untersucht wurden (in den meisten Medikamentenstudien wurden ausschließlich Männer eingeschlossen, und die Medikamente an ihnen getestet), einfach auf Frauen übertragen.

*Dr. Bombien: Traten denn Komplikationen bei Therapien auf, die auf geschlechtsspezifische Unterschiede zurückzuführen waren?*

Dr. Eifert: Ja, und zwar ein gravierendes Beispiel: Als in den USA in den 1990er Jahren die antivirale HIV-Therapie eingeführt wurde, litten doppelt so viele Frauen wie Männer an den Nebenwirkungen der Medikamente, wie Leukopenie, Thrombopenie und dialysepflichtiger Niereninsuffizienz. Die Ursache war einfach, aber hart: Die Dosis, die für Männer verträglich war, war den Frauen einfach zu hoch. In den neuesten Studien zeigte sich aber auch, dass es bei Herz- Kreislauf-Medikamenten, die bereits lange bekannt und auf dem Markt sind, signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt, die dann bedeutenden Einfluss auf die klinische Praxis haben.

*Dr. Bombien: Neulich sah ich im Nachtdienst eine Frau mit einer nebenbefundlich neu aufgetretenen schweren Einschränkung der linksventrikulären Pumpfunktion. Dieses „Gebrochenes-Herz-Syndrom“, so wurde mir dann vom kardiologischen Kollegen erklärt, ist nicht selten bei Frauen. Fällt diese Erkrankung denn auch in die Kategorie Gendermedizin?*

Dr. Eifert: Ja, das tut es. Das „Gebrochenes-Herz-Syndrom“, oder Takotsubo-Syndrom, ist eine erstmals 2001 beschriebene akut auftretende linksventrikuläre Pumpfunktionsstörung, die fast ausschließlich bei Frauen (etwa 95 Prozent) nach einer starken psychischen oder emotionalen Stresssituation (Todesfall, aber auch bei positiven emotionalen Situationen) auftritt. Klinisch präsentieren sich die Patientinnen als ein akuter Myokardinfarkt oder sogar als kardiogener Schock mit einer diffusen Pumpleistungsstörung, die das Territorium einer Koronararterie überschreitet. Weiterhin charakteristisch ist eine ballonartige Auftreibung des gesamten Apex bei Erhalt der basalen Kontraktion. Die Kontraktionskraft erholt sich meist wieder von selbst.

*Dr. Bombien: Gibt es denn für interessierte KollegINNen und StudentINNen eine Weiterbildungsmöglichkeit?*

Dr. Eifert: Ja, denn ausgehend von den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollen fachübergreifende Forschungsvorhaben realisiert werden, und die Lehre auf wissenschaftsbasierten Grundlagen weiterentwickelt werden. In diesem Sinne werden 2010 auch erstmals eine Ringvorlesung sowie ein Lehrgang zur „Gendermedizin“ im Pflichtwahlfach starten.

Besonderer Wert wird auf die Verknüpfung von ärztlichem klinisch-praktischen Handeln und wissenschaftlicher Erörterung gelegt. Das Fach „Geschlechtsspezifische Medizin“ bietet die systematische Diskussion der Rolle von Sex und Gender in Krankheitsentstehung und Verlauf in zahlreichen Fächern.

Mit dem vorliegenden Veranstaltungskonzept soll eine geschlechtsspezifische Herangehensweise systematisch in die Lehre integriert werden. Dies geschieht im Rahmen der interdisziplinären Ringvorlesung und den Veranstaltungen im Pflichtwahlfach. Bei detaillierten Anfragen können mich interessierte KollegINNen auch per E-Mail kontaktieren ([Sandra.Eifert@med.uni-muenchen.de](mailto:Sandra.Eifert@med.uni-muenchen.de)).

*Dr. Bombien: Welche Bedeutung wird der Gendermedizin in Zukunft eingeräumt?*

Dr. Eifert: Gendermedizin muss Teil einer modernen individualisierten Medizin und Forschung werden und ist eine der spannendsten Herausforderungen der Medizin der Zukunft.