

Geschlechtsspezifische Ungleichbehandlung in der Medizin am Beispiel des Herzinfarkts

Eine medizinethische Perspektive



1991 veröffentlichte Bernadine Healy, die erste weibliche Direktorin der National Institutes of Health der USA einen Übersichtsartikel im *New England Journal of Medicine* mit dem Titel: *The Yentl Syndrome*. Healy präsentierte in diesem Artikel Daten, die belegen, dass Frauen in der Behandlung des akuten Myokardinfarkts (AMI) und der koronaren Herzerkrankung Nachteile erfahren. Sie erlebten Verzögerungen bei der Behandlung, wurden häufig nicht korrekt diagnostiziert und therapiert. Healy betonte, dass jahrzehntelange geschlechtsspezifische Forschung den Mythos verstärkt habe, dass KHK und AMI ausschließlich männliche Erkrankungen seien. [1]

Seit den 1990er-Jahren wurden viele Anstrengungen unternommen, die geschlechtsspezifische Ungleichbehandlung beim AMI zu überwinden. Unter Healy wurde 1992 die *Womens Health Initiative* in den USA ins Leben gerufen. 2001 gab die WHO eine Empfehlung zu geschlechtsspezifischen Präventionsstrategien heraus. Weltweit wurden diverse Institute für Gender Medizin gegründet (in

Deutschland bspw. an der Charité 2003). In der Folge ließ sich ein großer Wissenszuwachs verzeichnen. Schon bald setzte sich die Erkenntnis durch, dass die Symptome eines Herzinfarkts bei Frauen sich von denen bei Männern unterscheiden können; in der Folge fand dieses Wissen Eingang in die medizinische Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten. Ein aktueller Forschungsschwerpunkt liegt bspw. auf dem Einfluss hormoneller Faktoren auf die Herzgesundheit. Dies verdeutlicht, wie notwendig es ist, die spezifische Situation von Frauen in den Blick zu nehmen, um eine angemessene Versorgung zu gewährleisten. Ein Rückblick auf die vergangenen 35 Jahre der Forschung und Initiativen zur Frauengesundheit beim Myokardinfarkt veranschaulicht, dass das Bewusstsein für geschlechtsspezifische Unterschiede im Kontext des Myokardinfarkts gewachsen ist, dass Investitionen in die Forschung und Gründung von Instituten getätigt wurden und die Fachliteratur bestätigt einen enormen Wissenszuwachs.

Trotz der Vielzahl von Bemühungen zur Überwindung der geschlechtsspezifischen Ungleichbehandlung beim AMI lassen sich 35 Jahre später jedoch noch immer geschlechtsspezifische Nachteile feststellen. Frauen unter 50 Jahre, die einen STEMI erleiden, weisen bspw. eine erhöhte Krankenhaussterblichkeit auf. [2]

In Deutschland zeigen sich zudem Verzögerungen und Nachteile bei Diagnostik und Therapie des AMI. [3] Der Hinweis Healys von 1991, dass Männer als normativer Standard der Forschung gelten, verliert auch 2026 nicht an Gültigkeit. Die empfohlenen Dosierungen bestimmter Medikamente (bspw. ACE Hemmer und Beta Blocker) sind für Frauen zu hoch angesetzt. Die Dosis für Frauen müsste reduziert werden, um für Frauen sicherer und wirksamer zu sein. [4] Es findet sich jedoch nicht standardmäßig eine geschlechtsspezifische Dosierungsempfehlung. Die geschlechtsspezifische Unge-

rechtigkeit beim Myokardinfarkt ist somit noch nicht überwunden. Der Status quo wirft hingegen Fragen auf: Betrifft diese Ungleichbehandlung auch andere Gruppen? Außerdem verleitet es zu der Frage, warum trotz großer Bemühungen die Ungleichbehandlung bislang nicht oder nur kaum überwunden werden konnte.

Rassismus, Armut und Intersektionalität im Kontext des AMI

Möchte man die Lage der Frauen beim AMI einordnen, lohnt sich die Betrachtung anderer Formen von Diskriminierung und Benachteiligung im Gesundheitswesen. Zunächst bestätigen Daten, dass andere Gruppen bei Prävention, Diagnostik und Therapie des AMI ebenfalls Nachteile erfahren. In den USA zeigt sich, dass *People of Color* im Kontext des AMI benachteiligt sind. [5, 6] Es gibt Hinweise auf eine Verstärkung dieser Ungleichbehandlung bei schwarzen und hispanischen Frauen. [7] Das Zusammenfallen von mehreren Merkmalen, die diskriminierend markiert werden, und die daraus resultierende Verstärkung der Diskriminierung werden als *Intersektionalität* bezeichnet.

Für Deutschland liegen kaum Daten zu rassistischer Diskriminierung im Kontext des Herzinfarkts vor. Es ist jedoch anzunehmen, dass rassistische Diskriminierung auch beim Herzinfarkt in Deutschland zu finden ist. Der *Rassismusmonitor Deutschland* hat rassistische Diskriminierung auch im deutschen Gesundheitssystem nachgewiesen. [8] Im Zusammenhang mit dem Herzinfarkt kann diese also nicht ausgeschlossen werden. Dass Zugang zu Prävention und Therapie innerhalb der Bevölkerung nicht gleich verteilt sind, ist zudem bekannt. So zeigt sich, dass ein Leben in Armut es erschwert, Prävention zu betreiben, und sozial benachteiligte Personen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten eines AMI aufweisen. [9]

Diese Betrachtung führt vor Augen, dass nicht allein Frauen benachteiligt sind. Das Geschlecht wird jedoch im Gegensatz zu anderen Merkmalen standardmäßig in empirischen Studien erfasst und so sind geschlechtsspezifische Benachteiligungen leichter zu detektieren. Der Blick auf geschlechtsspezifische Ungleichbehandlung lädt somit ein, auch andere benachteiligte Gruppen in den Blick zu nehmen.

Hürden bei der Überwindung von Ungerechtigkeiten – medizinethische Perspektive

Warum ist es nun trotz jahrzehntelanger Forschung und eines großen Engagements der Forschenden so schwierig, die geschlechtsspezifische Ungleichbehandlung zu überwinden? Aus ethischer Perspektive kann es an dieser Stelle sinnvoll sein, die Ebene der strukturellen Diskriminierung in den Blick zu nehmen, die nicht allein die Medizin, sondern weitere gesellschaftliche Bereiche durchdringt. Ihre Überwindung gestaltet sich schwierig, da sie häufig implizit wirkt. In der Medizinethik hat sich das Konzept der epistemischen Ungerechtigkeit als ein Instrument bewährt, das einen Einblick in die Mechanismen struktureller Diskriminierungen geben kann. Epistemische Ungerechtigkeit nach Miranda Fricker [10] beschreibt eine Ungerechtigkeit im Zusammenhang mit Wissen. In der Medizin wirft sie Fragen auf, wem Glaubwürdigkeit zugesprochen wird, wessen Erfahrungen als Leiden ernst genommen werden und einen diagnostischen Code erhalten.

Gelten nur Atemnot, der linksseitige Thoraxschmerz und die Ausstrahlung des Schmerzes in den linken Arm als Symptome eines Herzinfarkts, wird der Kieferschmerz als zu unspezifisch gewertet. Kieferschmerzen oder Übelkeit übertreten somit nicht die Schwelle, um als medizinisches Symptom eines Herzinfarkts gewertet werden zu können. Das Wissen über den Herzinfarkt ist dann an einer (männlichen) Norm orientiert, die es verhindert, andere Leiden korrekt einzuordnen. Diese konkrete Problematik der Fehleinordnung weiblicher Symptome ist durch den Einsatz vieler Forschender und engagierter Mediziner:innen weitgehend überwunden. Doch zeigen auch die Dosisempfeh-

lungen bei ACE-Hemmern und Betablockern, dass das medizinische Wissen noch immer blinde Flecken aufweist, die auf epistemische Ungerechtigkeit verweisen und sich an einer männlichen Norm orientieren.

Die Frage, wer als glaubwürdig gilt, ist beim Herzinfarkt ebenfalls von Bedeutung. So wurde nachgewiesen, dass die Schmerzintensität bei Frauen teilweise niedriger bewertet wird als bei Männern. [11] Wenn die Schmerzdarstellung von Frauen als wenig glaubwürdig eingestuft wird, kann das dazu führen, dass Diagnostik und Therapie als weniger dringlich bewertet werden. Dieser Art der Einschätzung scheint ein strukturelles Problem zugrunde zu liegen, das unbewusst bzw. implizit wirksam wird.

Das Konzept der epistemischen Ungerechtigkeit kann eine Hilfestellung sein, wenn man Antworten darauf sucht, warum die Überwindung der Ungleichbehandlung in der Medizin sich derart schwierig gestaltet. Biomedizinische Forschung hat große Erkenntnisgewinne hervorgerufen. Neben diesen biomedizinischen Bemühungen kann jedoch auch der Blick in andere Disziplinen und benachbarte gesellschaftliche Bereiche sinnvoll sein, um die strukturellen Facetten dieser Ungerechtigkeiten im Blick zu behalten.

Lösungsansätze und Ausblick

Lösungsansätze zur Überwindung von Ungerechtigkeiten und Diskriminierung in der Medizin bauen einerseits auf eine vertiefte biomedizinische Forschung. Die Konzeption dieser Forschung sollte divers gestaltet sein. [12] Es zeigt sich, dass die Zusammensetzung von Forschungsgruppen Einfluss auf die Forschung haben kann. [13] Zudem muss die Datenerfassung derart konzipiert werden, dass andere Benachteiligungen neben der geschlechtsspezifischen Diskriminierung erfasst werden können. In der Folge können gezielte gruppenspezifische Risikovorhersagen und Präventionsstrategien entwickelt werden. [14, 15] Für den AMI haben sich zudem standardisierte STEMI-Protokolle als hilfreich erwiesen, um die geschlechtsspezifische Diskriminierung zu minimieren. [16] Sie wirken der Voreingenommenheit entgegen und können bei

der richtigen Einordnung der Anamnese und einer zügigen Zuführung zu weiterer Diagnostik und Therapie helfen. Auch in anderen Fachrichtungen zeigen sich Ansätze, die vielversprechend sind, um der strukturellen Ungerechtigkeit entgegenzuwirken. Patient-Reported-Outcomes, die die PatientInnenperspektive als Endpunkt in Studien integrieren, können die Erfahrung der PatientInnen stärken und diese in die empirische Datenerfassung integrieren. Medizinethische und sozialmedizinische Bestrebungen, die zum Patient-Empowerment beitragen – wie bspw. der Informed Consent – verweisen auf die strukturelle Ebene, um die Ungleichheiten im Wissen anzugleichen und die Erfahrungen der Betroffenen ernst zu nehmen. Neben Diagnostik und Therapie muss somit die soziale Interaktion in der Medizin im Fokus bleiben, um auch im Kontext der Anamnese Stereotypisierungen entgegenzuwirken.

Letztlich markiert die Aufmerksamkeit für geschlechtsspezifische Diskriminierung nicht den Endpunkt, sondern den Auftakt auf dem Weg zu einer diskriminierungsfreien Medizin. Die Beachtung der geschlechtsspezifischen Ungerechtigkeiten ist vielversprechend, wenn sie in eine strukturelle Analyse von Diskriminierungsverhältnissen eingebettet wird. Soziale Lage, Herkunft und Machtverhältnisse prägen Diagnostik, Behandlung und Versorgung. Zur Verwirklichung des Menschenrechts auf bestmögliche Gesundheit für alle [17] müssen diese Zusammenhänge berücksichtigt werden.

**Dr. med.
Antonia Sahn, M.A.**
Fellow
an der Professur
für Ethik in der
Medizin,



Foto: privat

Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg
Schillerstr. 25, 91054 Erlangen

Die Literaturhinweise finden sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.