

Wieviel Frauenforschung braucht die Medizin?

Erhard Taverna

Feminine und maskuline Klischees bestimmen auch den medizinischen Alltag. Mit Schlagzeilen wie «Hilfe, der Patient ist eine Frau» lockte die Sonntagszeitung vom 8. September 2002. Frauen und Männer zeigten für die gleiche Krankheit andere Symptome und müssten anders behandelt werden, behauptet die Autorin und belegt dies mit Fallgeschichten und Zahlen des Schweizer Infarktregisters von 1998, einer Untersuchung des Kinderspitals St. Gallen über Asthma und einer Studie des Kantonsspitals Basel zum Umgang von Assistenten mit weiblichen Bauchschmerzen. Geradezu trist sei die Situation bei Arzneimitteltests. Die Forschung sei weder genügend geschlechtsspezifisch noch geschlechtssensibel. Ärztinnen und Ärzte sollten sich wie Coiffeure auf Männer oder Frauen spezialisieren.

Männliche Forschung ...

Männer leben weniger lang als Frauen und diese sind dafür kränker, lautet eine oft zitierte Kurzformel. Dass es zwischen den Geschlechtern Unterschiede aus biologischer und lebensgeschichtlicher Perspektive gibt ist unbestritten. Zu offensichtlich prägen Rollenbilder den Umgang mit dem anderen Geschlecht oder das eigene Risikoverhalten. Männliche Jugendliche haben im Vergleich zu weiblichen ein dreifach erhöhtes Risiko, an Unfällen, Verbrechen, Suizid oder Aids zu sterben. Frauen fühlen sich kränker und lassen sich häufiger medizinisch untersuchen, sie konsumieren mehr Medikamente und gehen pfleglicher mit sich um. Männer «weinen heimlich», sang Herbert Grönemeyer; dafür greifen sie öfter zur Flasche. Viele Untersuchungen zeigen, dass Vorurteile und Geschlechtsstereotypen das diagnostische und therapeutische Vorgehen mitbestimmen. Der Verdacht besteht, dass weibliche Umbruchphasen wie die Pubertät, die Schwangerschaft und das Klimakterium einseitig nach männlichen Normen medikalisiert werden. Frauen tragen die Verantwortung für Familienplanung und Fertilitätsbehandlungen. Frauenkarrieren sind in der medizinischen Forschung und akademischen Lehre eine Rarität, die Berufsbedingungen im Spital und in der Praxis orientieren sich an überholten Familienbildern. Gibt es auch Defizite im naturwissenschaftlichen Bereich, wo biochemische, pathophysiologische und immunologische Unterschiede ausgeblendet werden? Müssen die Lehr-

bücher revidiert werden, weil sie den weiblichen Körper nur als Abweichung des männlichen behandeln? Aus der unübersehbaren Flut an Publikationen zum Thema sei hier nur «The Journal of Gender Medicine» der Columbia Universität in New York erwähnt, das sich an praktizierende Ärztinnen und Ärzte richtet und konsequent eine geschlechtsspezifische Sicht von physiologischen und pathophysiologischen Vorgängen vertritt.

... gegen weibliche Forschung?

In der Forschung wird die biologische (sex) von der sozialen Geschlechtsdifferenz (gender) unterschieden. Seit 1991 hat in den USA das National Institute of Health NIH eine Abteilung für Frauengesundheitsforschung eingerichtet. Die kürzlich veröffentlichte Studie zur Östrogenprävention im Klimakterium geht auf ein Forschungsprojekt dieses Institutes zurück. Niemand wird bestreiten, dass die Resultate eine Trendwende ausgelöst haben. Die WHO hat 1994 Handlungsprioritäten zur Weiterentwicklung der weiblichen Gesundheit in Europa formuliert. Das European Women's Health Network fördert seither die Vernetzung von Frauengesundheitsprojekten europaweit. Das BAG hat aufgrund einer Motion 1998 im Nationalrat das Konzept für eine nationale Stelle für Frauengesundheit erarbeitet.

Braucht es neue Berufe, haben weibliche und männliche Psychoanalytiker unterschiedliche Deutungsmuster entwickelt, sollen Gynäkologen den Kolleginnen oder besser gleich den Hebammen ihr Terrain abtreten? Und was ist mit der männlichen Menopause? Hier sind die Kollegen lange dem eigenen Rollenbild aufgesessen, oder es kündigt sich ein Rollentausch an, in dem die Medizin zum Frauenberuf wird. Oder es hat weniger mit Emanzipation als vielmehr mit einer neuen Marktoffensive der Pharmaindustrie zu tun. Wie auch immer, es geht immer auch um viel Geld, um Wählerstimmen, Jobs, Abonnenten und Einschaltquoten.

Gewisse Berichte aus den USA relativieren den «gender bias». Bei den von der FDA registrierten antiinflammatorischen, kardiovaskulären, gegen Magenulzera und Parkinson gerichteten Medikamenten waren diese zuvor an 30 bis 69% Frauen erprobt worden. Bei grossen klinischen, multizentrischen Studien, die zwischen 1990

und 1994 publiziert wurden, waren in 78% beide Geschlechter eingeschlossen, in 18% waren nur Frauen und in 4% nur Männer untersucht worden. Die Kritikerinnen und Kritiker einer allzu einseitigen «gender medicine» kommen zu eigenen Schlussfolgerungen: «The gender bias myth

does not truly help women but merely cause them unnecessary alarm. Often it promotes bad science. Nearly always it promotes bad politics. It is time to retire the myth and focus our energy on the best ways to provide health care for everyone.»

Einmachglas

E. Danieli

Als Kind vor den hohen Holzburden im Keller, zuunterst die keimenden Kartoffeln mit ihren grotesken Auswüchsen, Verwachsungen, Augen, zuoberst die grossen, grünen Gläser mit den orangefarbenen Gummiverschlüssen, eben die Einmachgläser für den Winter, war es mir unwohl zumute. Vielleicht vom moderigen Geruch, von den unsichtbaren Spinnennetzen, von der steten Dämmerung, vom uneben-gekiesten Boden, vielleicht aber auch von den Kartoffeln oder vom schwimmenden Inhalt der Gläser, dem Eingemachten: Pfirsiche, Birnen, Aprikosen schwammen im Zitronenzuckerwasser, klebten am Glas im fahlen Licht, manchmal, so kam es mir vor, starrten mich die Augen der Kartoffeln oder der Gläser an. An ihrem Inhalt konnte ich mich nicht erfreuen, denn überreif, pappig, klebrig-süss waren die Früchte im Laufe der Monate geworden.

Als Student vor den Bücherregalen in der Bibliothek der Anatomie fühlte ich mich unwohl. Nicht wegen der gespenstischen Ruhe, die hier herrschte, obwohl an einzelnen Tischen hinter aufgeklappten Anatomieatlanten eifrigst gelernt wurde, nicht wegen der schweren, trocken nach Staub und süss nach Präpariersaal riechenden Luft, nein, es waren die auf dem mit Leitern besteigbaren Obergeschoss in offenen Schränken gelagerten Anatomiegläser mit in Formalin schwimmenden Embryonen in verschiedensten Entwicklungsstadien, mit grotesk grossen Köpfen, verdrehten Rücken und verkürzt-verkümmerten Beinen, die mich ängstigten. Nur folgerichtig, dass das Examen in Anatomie mir Mühe bereitete, und schuld war nicht nur der Prüfungsort – eben jener Bibliotheksaal –, sondern mehr das Thema, auf welches ich mich nur ungenügend vorbereitet hatte und das sich nun an mir rächen sollte; ich hatte nämlich zu Recht befürchtet, dass mich die Embryologie einholen

und plagen würde, und dass also Keimling, Scheitelsteiss, Stirn-, Nacken- und Scheitelhöcker, Primitivorgane, Augen- und Nasengruben, Schlundbogen, Einbuchtungen, Wülste, Nackenbeuge, Rumpfwand, Ursegmentkante und Ursegmentspalte und Ursegmentstiele mich scheitern lassen sollten. Doch anderes, Gott sei Dank, rettete mich. Die Lehre war nun daraus zu ziehen und zu verstehen, dass die embryonale Existenz als Quintessenz alles Humanen zu gelten hat, unter allen denkbaren Umständen und stets in gleicher Art und Weise.

In der Pathologie lernten wir nicht nur direkt an den aus den Leichen entnommenen Präparaten, diese wurden von den Assistenten auf den Sektionstischen ausgelegt und uns zum Anschauen vor unsere Augen und zum Betasten vor unsere Hände gehalten – je frischer das Präparat, desto aussagekräftiger –, sondern mehrheitlich aus den Lehrbüchern, denn aus den farbigen Darstellungen erfuhren wir am detailgetreuesten von den Krankheiten und auch, aufgrund der Vergleiche mit den anatomischen Gegebenheiten, von den krankmachenden, Form und Struktur verändernden Abnormitäten.

Dort in der Anatomie der Präpariersaal und die Gläser mit den Embryonen, hier in der Pathologie die vorsezierten Leichen, dort meine Prüfung über die Keimlinge, hier die mehrfarbigen Abbildungen und Beschreibungen in den Lehrbüchern und tief im Innersten die Holzburden im Keller und die grünen Einmachgläser und die schwimmenden Augen. Es gelang mir nicht, Zusammenhänge herzustellen, natürlich suchte ich sie auch nicht. Es blieb nur dumpf und unheimlich ein Gefühl einer Ungeheuerlichkeit zurück. Auf die Spur zur Aufklärung meines ungunstigen Gefühls führten mich überraschenderweise die Lehrbücher der Anatomie Pernkopf,

Korrespondenz:
Dr. med. Enrico Danieli
Seefeldstrasse 128
CH-8008 Zürich

Voss und Herrlinger: Diese Autoren, auch nach dem Krieg hochgeehrte Medizinprofessoren, erfahre ich, sitzen in Posen neben der Guillotine, um die Leichen der von der Gestapo hingerichteten Polen auszunehmen, der Voss-Herrlinger wie der Pernkopf-Atlas der topographischen und angewandten Anatomie des Menschen werden zu Bestsellern, zu den wichtigsten Lehrbüchern für Generationen von Medizinern. Die Professoren wurden von der Nazijustiz massenhaft mit Leichen beliefert, und das Menschenmaterial war, wunschgemäss, lebendfrisch, denn keines der Präparate wurde später als höchstens drei Stunden nach dem Tod fixiert. Und dass die Holzburden im Keller der gemeinsame Nenner sind, wird mir erst kürzlich bewusst: am 17. April

2001 werden – laut Zeitungsmeldung – in Wien die Gehirne von Hunderten von Kindern, die im Zuge eines Euthanasieprogramms ermordet worden waren, beigesetzt. Die Köpfe seien zu wissenschaftlichen Forschungszwecken im Psychiatrischen Spital in Wien aufbewahrt worden. «Skelette, Augen, Embryonen, abgeschnittene Kinderköpfe schickt Dr. med. Mengele an das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin.» Und da findet es sich, als Beweis für die zitierte Bildlegende, dieses mir stets gegenwärtige, unauslöschbar in meinem Innersten eingebrennte Bild: Ein Einmachglas, darin schwimmend der Kopf eines Knaben mit seidigen Haaren, geschlossenen Augen, stummem Mund.

Humor und 30 000 Nierensteine

H. P. Dreifuss

Nach zahlreichen Koliken der rechten Niere liess ich mir im Insspital Bern (Urologische Universitätsklinik) einen Nierenstein erfolgreich zertrümmern. Ich litt an einer häufigen Krankheit, denn bis zu 10% der Bevölkerung haben Nierensteine, ich das zweite Mal nach Jahren. 60% erleiden ein Rezidiv, nur 10% mehr als drei Rückfälle. Ich hatte wie $\frac{2}{3}$ der Leidensgenossen nur einen Stein, den mit 70% am häufigsten vorkommenden Kalziumoxalatstein. Steinhäufigkeit Männer zu Frauen 2:1.

Der bekannte medizinisch-technische Assistent Rolf Schmutz, ein beruhigend und bescheiden lächelnder sympathischer, heute 51-jähriger Mann, der seit März 1985 15 000 Behandlungen mit ungefähr 30 000 (!) Nieren- und Harnleitersteinen – einer internationalen Rekordzahl – vorgenommen hat, zertrümmerte auch meinen Stein.

Die sogenannte Lithotripsie = Steinertrümmerung durch bis zu 2500 «Stosswellen» in einem angenehmen Wasserbad erfolgt unter Periduralanästhesie oder selten unter Vollnarkose. Die Energie der Funkenentladung von Elektroden wird unter dreidimensionaler Röntgenkontrolle an zwei Bildschirmen durch die intakte Körperhaut auf die Harnsteine geleitet. Der feine Sand wird mit dem Urin durch die Harnwege



«Was sagen Sie zum Nierenstein meines Mannes?»

Korrespondenz:
Dr. med. Hanspeter Dreifuss
Postfach 58
CH-3800 Interlaken

weggespült. Die Behandlung erfolgt unter der Leitung und nach Indikationsstellung eines Arztes und meist mit der Hilfe des Anästhesisten.

Im Inselspital Bern steht der zurzeit erfolgreichste und stärkste Apparat zur Nierensteinertrümmerung, der «Dornier HM3», von dem es nur noch ein Exemplar in der Schweiz gibt. Nochfolgemodelle versagen oft bei harten Steinen und erfordern mehrmalige Anwendungen, verzichten aber auf das Wasserbad und benötigen nur eine Kurzanästhesie. Zahlreiche Kliniken schicken Patienten mit Problemsteinen nach Bern, das noch über weitere sehr moderne Steinmaschinen verfügt, die zum Teil keine Anästhesie erfordern.

Wer an Steinkoliken leidet, dem vergeht meist der Humor. Die folgenden Sprüche und die Zeichnung stammen aus der «Jubiläumsausgabe», d.h. siebten Auflage in drei Jahren mit 1000 statt ursprünglich 600 Sprüchen und Karikaturen des Buchs «Medizin für gute Laune»*.

Zu Nierensteinen passen die zwei nächsten Sprüche nicht:

«Viele Probleme erledigen sich von selbst, wenn man ihnen Zeit dazu lässt.» Und:

«Viele Probleme löst man, indem man sie einfach erträgt.»

Denn viele Steine sind zu gross, um von selbst abzugehen und meist werden die wiederholten Schmerzen unerträglich und es besteht Gefahr von Infektion und Nierenfunktionsstörung.

Auch nicht:

Der höfliche Patient im Wartezimmer: «Bitte nach Ihnen. Ich bin sowieso unheilbar!»

Denn nach der Steinertrümmerung ist man sozusagen geheilt. Die wichtigste Vorbeugungsmassnahme gegen Steinbildung: sehr viel trinken (mehr als zwei Liter pro Tag). Vielleicht gilt sogar:

«Es ist ganz gesund, einmal ein wenig krank zu sein.»

Auch kann man den behandelnden Urologen einladen:

Schweizerische Gastfreundschaft: «Kommen Sie nach dem Mittagessen, dann sind Sie vor dem Nachessen wieder zu Hause.»

Gegen die Bildung von Oxalatsteinen muss man auf Spinat, dunkle Schokolade, Rhabarber, Schwarztee und Spargeln verzichten:

«Wer sein Leben lang Diäten befolgt, stirbt gesünder!»

Bei der Auswahl des nachbehandelnden Arztes beachte man:

«Der ideale Arzt ist nicht jünger als 40, damit er genug Erfahrung hat, und nicht älter als 39, damit er nicht alles verlernt hat.»

* Hanspeter Dreifuss: Medizin für gute Laune. 1000 Sprüche und Karikaturen. Kombination von Ernst und Humor, für Gesunde und Kranke, Mediziner und Nichtmediziner. 7. Auflage. 208 Seiten, 113 Abbildungen, 16 mehrfarbig, ISBN 3-9521811-0-2, Fr. 28.50. Im Buchhandel oder auf www.dreifuss.ch, Fax 033 849 12 41.

Médecin praticien dans une vallée alpine: quatorze ans de pratique dans le val Bregalia*

G. Chebaro

Quatorze ans d'activité professionnelle comme médecin généraliste dans une vallée périphérique des Grisons de langue italienne m'a permis de vivre une expérience unique modulée par le contexte géographique et l'évolution sociale.

C'est le contexte géographique, dans un territoire fascinant et sauvage dominé de magnifiques sommets enneigés, entre une frontière et des cols, qui fixe le cadre de ma pratique au quotidien et dans la durée. C'est l'isolement qui entraîne de longues heures de garde, qui vous coupe de l'avis éclairé des confrères, qui suscite des incertitudes, mais qui pousse aussi à la déci-

sion, à des solutions originales devant des problèmes où l'on est seul habilité à agir. C'est cet isolement, géographique mais aussi linguistique par rapport au reste du canton, qui pousse à des collaborations rapprochées avec les professionnels de santé de terrain, avec les autorités locales et qui intensifie les liens avec les patients et leurs familles.

C'est aussi l'évolution sociale qui marque la pratique médicale de manière fondamentale modulée qu'elle est par la fierté d'un peuple qui a construit son identité sur le dur labeur, la tradition paysanne et une identité religieuse et lin-

* Texte rédigé dans le cadre d'une formation en santé publique de l'Université de Genève.

Correspondance:
Dr Gihad Chebaro
Brentan
CH-7608 Castasegna

guistique propre. Et l'évolution sociale va dans le sens d'une disparition de l'identité avec l'émigration des jeunes qui fragilise de nombreux pans de la société. Il s'en suit des changements démographiques et économiques majeurs: moins d'enfant, des classes d'école supprimées une diminution de la masse salariée avec répercussion sur les finances communales, une augmentation relative importante de la population âgée. Et la pratique médicale s'en trouve modifiée: plus d'accouchements dans la vallée, plus d'épidémie de varicelle, davantage de fractures du col du fémur, davantage de diabète de la personne âgée et davantage de cas de démence sénile, voire de maladies chroniques débilitantes nécessitant un accompagnement spécialisé et la gestion de souffrances physiques et psychiques majeures; la prescription de médicaments augmente, la gestion appropriée de la douleur devient cruciale, l'exigence de soins à domicile apparaît, la nécessité de structures d'accueil médicalisées s'impose.

De plus cette évolution sociale, marquée par l'émigration des forces vives du pays et l'effritement des traditions, apporte en plus une fragilisation du lien social, un émiettement du réseau familial d'entraide et de soutien et un affaiblissement du dynamisme communautaire. Là encore la pratique médicale se trouve confrontée à de nouveaux défis: consolider le réseau de soins comme le spitex et y collaborer activement, former le personnel de soins à des nouvelles pratiques comme les soins palliatifs, faire face à l'éclosion d'une panoplie de maladies psychiques dont la plus importante est la lassitude voire la dépression chronique qui affecte une grande frange de la population.

Bien sûr il y a les activités traditionnelles du médecin du fond d'une vallée alpine: le secours et la gestion des urgences avec la nécessité de former des secouristes compétents; la gestion des épidémies annuelles de grippe et la possibilité de contribuer à leur prévention en conseillant le vaccins à ses patients; le suivi à long terme de l'hypertendu, du diabétique ou de patients per-

clus de rhumatisme ou d'angoisses existentielles; le diagnostic des affections aiguës qui répondent si bien aux traitements médicamenteux et qui font de vous «ce bon docteur»; et aussi la «petite chirurgie et traumatologie» permettant d'éviter la surinfection d'une plaie, d'assurer la bonne guérison d'une fracture de l'avant-bras; le transfert du patient au moment opportun vers un spécialiste.

Et il y a les activités communautaires si importantes pour un médecin praticien: les contrôles scolaires; l'incitation au sport des jeunes; les conseils en matière d'alimentation, de consommation d'alcool ou de tabac. Et si d'aventure, il peut, comme cela à été mon cas, contribuer à la création d'un centre de sport pour les adolescents de la vallée ou encore à l'animation d'un groupe de personnes âgées ou au développement de structures d'accueil comme un Etablissement médico-social doté de personnel soignant performant, alors son bonheur est assuré. Et ce bonheur est total quand il a l'impression que quelques innovations ont permis d'améliorer certaines facettes de la population dont il est en charge.

Mais il reste les longues journées de garde, l'isolement et l'incertitude et aussi un certain désarroi devant des situations qui vous dépasse: comment expliquer à vos patients, qui depuis des années ont accès aux mêmes prestations sanitaires, les raisons de l'explosion de leurs primes d'assurances (en quelques années de 30 Francs par mois à 135)?; comment aux exigences de qualités, ne serait-ce qu'en matière de formation continue des professionnels de santé, de la LAMal quand les ressources sont si limitées, les distances si grandes, le fossé linguistique si important et que la présence médicale dans la vallée doit être assurée 24 h/24 365 jours par an.

Mais quelques soient les difficultés de ce métier de médecin d'une vallée alpine recluse, c'est un métier qui donne beaucoup de satisfaction professionnelle, qui suscite beaucoup d'émotion, qui implique une magnifique participation active à la vie de la communauté.