

Die Leiden der Frau haben in der Medizin zweite Priorität: Auch hier ist der

# Wann kommt die Anti-Baby-Sprit

53 | 132

VON BARBARA LUKESCH

**D**ie amerikanischen Feministinnen machen mobil und fordern: Schluss mit der ungerechtfertigten Bevorzugung von Männern in der medizinischen Forschung. Sie fragen, warum Aids immer noch wie eine reine Männerkrankheit behandelt wird, warum Brustkrebs und Osteoporose, zwei der häufigsten Todesursachen bei amerikanischen Frauen, nicht entsprechend erforscht werden. Und sie kritisieren, dass Mediziner Herz-Kreislauf-Krankheiten an Tausenden von Männern studieren, nicht aber an Frauen.

Auch in der Schweiz ist der kranke Mann das Mass aller Dinge. Innerhalb der wichtigsten medizinischen Forschungsbereiche - Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Aids - ist die Vormachtstellung des männlichen Patienten ungebrochen. Einzige Ausnahme: die gynäkologische For-

## Selten zurückhaltend

*Wenn Männer die Periode hätten, so schrieb einmal die Genfer Journalistin Laurence Deonna, hätte der Staat wohl längstens ein Ministerium zur Erforschung der Menstruationsbeschwerden gegründet. Und hygienische Monatsbinden gäb's gratis. Barbara Lukesch zeichnet in diesem Beitrag nach, wie männerlastig die Medizinmänner tatsächlich forschen. Bloss in einem Bereich geben sie sich bemerkenswert zurückhaltend - bei der Empfängnisverhütung.*

schung. Das hat Tradition und «gute» Gründe, basierte der männliche Zugriff auf die Frauenmedizin doch immer schon auf der Lust an der Beherrschung des weiblichen Körpers.

Eine Ärztin, die die Medizin immer auch unter feministischen Aspekten betrachtet, ist Ursula Ackermann-Lieblich, Leiterin der Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin in Basel. Schon während ihres Studiums störte sie, dass Brustkrebspatientinnen einer Totaloperation ausgesetzt wurden. An brusterhaltende Eingriffe dachte damals keiner, und das zu einer Zeit, in der Prothesen für Hodenkrebspatienten bereits zum medizinischen Alltag gehörten.

Mann das Mass aller Forscher

## ze für den Mann?

Ganz offensichtlich hatten und haben Männer und Frauen einen unterschiedlichen Stellenwert in der Medizin. Gesteht man den Männern ernsthafte Krankheitsbilder zu, diagnostiziert man bei den Frauen sehr viel häufiger psychosomatische Probleme. Eine Studie von Prof. Dieter Conen, Chefarzt am Kantonsspital Aarau, bestätigt diese Erfahrung: Assistenzärzte, die die Ursachen von Bauchschmerzen zu untersuchen hatten, behandelten Männer meistens mit Pillen und technischen Apparaten. Bei Frauen hingegen diagnostizierten sie eindeutig häufiger psychosomatische Beschwerden.

Aids ist die zurzeit grösste Herausforderung für Mediziner und Forscher. Solange Aids als die Krankheit der Schwulen und der mehrheitlich männlichen Drogenkonsumenten galt, hatten die Mediziner keine Mühe, ihre männerlastige Forschung zu legitimieren. Doch im zehnten Jahr der Immunschwächekrankheit wächst keine Gruppe von Neuinfizierten schneller als jene der Frauen. Waren 1985 erst 7,7 Prozent aller Aidskranken weiblich, sind es im März dieses Jahres bereits 20 Prozent.

Wie hat die Aidsforschung auf diese Verschiebung reagiert? Bis anhin nur schwach. Zurzeit stellt eine einzige Schweizer Studie («HIV und Schwangerschaft») die Frau ins Zentrum. Sie ist mit 150000 Franken pro Jahr dotiert und auf drei Jahre angelegt. Angesichts der jüngst bewilligten 38 Millionen Franken staatlicher Aidsforschungsgelder für die Jahre 1992 bis 1995 ist das eine verschwindend kleine Summe.

Natürlich: Die Frau als Mutter, die ihr Kind anstecken könnte, ist eine wichtige,

klärungsbedürftige Problematik. Noch schneller war man freilich, als es darum ging, die Frau als Prostituierte zu erforschen, die den Mann infizieren könnte; so geschehen in einer Stadtzürcher Erhebung. Genügend Geld und Zeit haben offenbar auch jene US-Forscher, die sich der Schwarzafrikanerin als Krankheitsüberträgerin auf den den weissen Mann widmen. Sie alle sehen die Frau als Gefahr.

Diese Optik ist genau so eindimensional wie gefährlich. Sie lässt ausser acht, dass Frauen beim Geschlechtsverkehr einem vielfach höheren Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind als Männer. Denn: Die Viruskonzentration im Samen ist höher als jene im Vaginalsekret; die Schleimhaut der Frau bildet eine grosse, empfindliche Angriffsfläche; ausserdem prädestiniert die traditionell passive, anpassungsbereite Geschlechterrolle Frauen dazu, den eigenen Schutz zu vernachlässigen.

Wo bleibt angesichts solcher Erkenntnisse die Erforschung der Frau als Gefährdete, Infizierte oder Kranke? Wer erstellt das Aids-Krankheitsbild, das am Körper und der Psyche der Frau orientiert ist? Wer prüft die Vermutung, dass aidskranke Frauen besonders häufig an Gebärmutterhalskrebs und Geschlechtskrankheiten leiden? Soll es dabei bleiben, dass Frauen an undefinierbaren Krankheiten sterben, nur weil frauenspezifische Aidsymptome unerkannt - weil unerforscht - bleiben?

Charlotte Friedli, Präsidentin der Aids-Hilfe Tessin, erinnert zudem an die nach wie vor ungeklärte Rolle des Menstruationsblutes, offenbar ein Tabuthema: «Dabei wäre es eminent wichtig, herauszufinden, wie infektiös Menstruationsblut ist. Wer weiss denn, ob seine Bedeutung für die Krankheitsübertragung nicht grösser ist als die des Vaginalsekrets? Wer weiss andererseits, wie gefährdet eine menstruierende Frau ist?»

Fragen über Fragen, Zweifel, Unsicherheit. Bleibt zu hoffen, dass die seit 1988 laufende schweizerische HIV-Kohortenstudie, die mit 2 Millionen Franken pro Jahr dotiert und «open end» angelegt ist, zu neuen Erkenntnissen führt. Dass der Frauenanteil Ende 1990 bei lediglich 27 Prozent lag (3000 Männer, 1112 Frauen), begründet der Zürcher Professor und Forschungsleiter Ruedi Lüthy damit, dass «wir ausschliesslich über die Aids-Sprechstunden an den Schweizer Universitätskliniken und im Spital von St. Gallen, also nicht gezielt in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, rekrutiert haben.»

Eine Studie als Spiegel der geschlechtsspezifischen Aidsituation in diesem Land erscheint durchaus legitim, auch wenn angesichts des Nachholbedarfs an gesichertem Wissen zum Thema Frau und Aids besondere Anstrengungen zum vermehrten Einbezug von Frauen wünschbar gewesen wären. Zumindest problematisch hingegen ist das Geschlechterverhältnis in der parallel dazu betriebenen HIV-Präventionsstudie, deren 660 Probanden nur zu einem Fünftel weiblich sind. Gesucht wurden

HIV-negative Personen, die spezielles Risikoverhalten an den Tag legen, sprich Männer und Frauen mit wechselnden Sexualpartnern. Die Untervertretung heterosexueller Frauen in dieser Studie, so deren Leiter, sei eine Folge ihrer schwierigen Rekrutierbarkeit.

Herz-Kreislauf-Krankheiten bilden nach wie vor die Haupttodesursache beider Geschlechter, und sie weisen in Auftreten und Ursachen eindeutig geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Grund genug, müsste man meinen, Frauen in die entsprechenden Studien einzubeziehen oder separate Frauenprojekte zu lancieren. Doch abgesehen von wenigen Ausnahmen wurde und wird ausschliesslich an Männern geforscht: so zum Beispiel im Rahmen einer grossangelegten Medikamentenstudie im Bereich Blutdruck und Blutfett. So auch innerhalb des Schweizerischen Hypotonie-Behandlungsprogrammes SHBP. Fehlen zu Themen wie Arteriosklerose oder Herzinfarkt klinische Erhebungen grossen Stils, beruft man sich auf ausländische Arbeiten wie die Helsinki-Herzstudie, die LRC (lipids research clinics) aus den USA oder die Clofibrat-Medikamentenstudie der Weltgesundheitsorganisation WHO! Das Patientengut? Ausschliesslich männlich.

Begründet wird der Ausschluss der einen Bevölkerungshälfte aus den Forschungsbemühungen damit, dass Männer rund zehn Jahre früher als Frauen herzinfarktgefährdet seien und dass die Forschung stets in besonderer Masse an den Ursachen des vorzeitigen Ablebens interessiert sei. Die Beschränkung auf diese Risikogruppe führt natürlich dazu, dass man mit kleineren Patientenzahlen schneller und billiger zum Ziel kommt. Offenbar automatisch gilt damit auch der Leitsatz: Wenn der Mann erforscht ist, wissen wir auch alles über die Frau.

### Beobachtungen gibt es, aber keine Langzeitstudien

Dass dem keineswegs so ist, belegt ein Beispiel von Felix Gutzwiller, Leiter des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin in Zürich. Gutzwiller hält fest, dass das Herzinfarktrisiko von Frauen erst in den Wechseljahren beziehungsweise nach der Entfernung der Ovarien zunehme. Er gibt auch zu bedenken, dass eine Hormonsubstitution nach der Menopause das Herz-Kreislauf-Risiko zwar vermutlich senke, dass sie aber eventuell auch die Gefahr, an Brustkrebs zu erkranken, vergrössere. Beobachtungen, Vermutungen - was allein noch fehlt, sind Langzeitstudien. Auch über den Einfluss der Anti-Baby-Pille und des Rauchens auf Herz-Kreislauf-Krankheiten liegen - so der Präventivmediziner - nur beschränkte Arbeiten vor, während über die Folgen männlichen Tabakkonsums detaillierte Untersuchungen existieren.

Frauen, so argumentieren Forscher, seien in Langzeitstudien schwieriger zu halten, weil sie aufgrund eines Namenswechsels plötzlich unauffindbar würden (!) oder weil sie im gebärfähigen Alter oder während des Stillens nicht ausnahmslos bei der klinischen Erprobung neuer Medikamente eingesetzt werden könnten. Das allein dürfte allerdings kein Grund sein, sie als «Objekte» der Forschung ganz zu streichen. Felix Gutzwiller fordert deshalb: «Auch wenn der Einbezug von Frauen die Forschung verkompliziert, ist es nötig, vermehrt die hormonellen und Stoffwechsel-

unterschiede zwischen den Geschlechtern in Rechnung zu stellen.»

Im Bereich der Krebsforschung belegen mindestens die nackten Zahlen, dass der Erforschung der weiblichen Tumorarten wie Brust- und Gebärmutter(hals)krebs grosses Gewicht beigemessen wird. So arbeiten in Epalinges am Institut ISREC in der Grundlagenforschung drei von fünfzehn Gruppen an den Themen Brustkrebs beziehungsweise Gebärmutterhalskrebs.

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für klinische Krebsforschung SAKK unterstützte von 1965 bis 1991 insgesamt 140 Forschungsprojekte, davon ein Drittel zu frauenspezifischen Krebsformen, auf die mit 11000 Frauen gar zwei Drittel aller Patienten entfielen. Zurzeit laufen allein sechs von insgesamt achtzehn Studien zur Problematik des Brustkrebses und vier zum Lungenkrebs, den bei Frauen beziehungsweise Männern häufigsten Krebserkrankungen.

Woher rührt dieser Forschungseifer zugunsten der Frau? Eine Erklärung leuchtet ein: Brustkrebs ist sowohl operativ wie medikamentös gut behandelbar und gibt damit ein dankbares Tätigkeitsfeld für Wissenschaftler und Mediziner ab. Was allerdings noch ungeklärt ist, sind, gemäss Walter Weber, dem wissenschaftlichen Sekretär der Krebsliga, grundsätzliche Fragen: Macht es überhaupt Sinn, Organe vorbeugend zu entfernen?

Der schnelle Griff zum Skalpell ist es denn auch, den eine Insiderin kritisiert: «Die Argumentation entspringt rein männlichem Denken, dass die Gebärmutter nach der fertilen Phase nichts mehr nütze und höchstens noch Krebs produziere.» Die Tessiner Hysterektomie-Studie ist da ein deutlicher Fingerzeig, ermittelte sie doch, dass mit zunehmender Ärztedichte die Zahl der Gebärmutteroperationen ansteigt. Die breit geführte Diskussion sensibilisierte viele Frauen; sie befolgten den Aufruf, vor der Einwilligung zur Operation jeweils einen zweiten Arzt oder eine andere Ärztin zu konsultieren - und prompt wurde weniger operiert.

Die männliche Interventionsfreudigkeit im Bereich der Frauenheilkunde und der Geburtshilfe müsse, so Ackermann-Lieb-

rich, auch andernorts hinterfragt werden. Bei Kaiserschnitten etwa und der Frage Haus- oder Spitalgeburt. Es ist durchaus bezeichnend, dass die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie den Trend zur Hausgeburt schärfstens (vor)verurteilte, ohne entsprechende Studien vorlegen zu können.

Die medizinische Forschung wird von Männern beherrscht. Können sich Frauen etablieren, werden vermehrt frauenspezifische Fragen aufgeworfen. Wie zum Beispiel an der Neurologischen Universitätsklinik Zürich, wo auf weibliche Initiative hin der Einfluss des Monatszyklus der Frau auf Hirnfunktionen wie visuelle Wahrnehmung, Gedächtnis und Sprache erforscht wird. Und wo der Frage nach der Abhängigkeit von Bulimie (Fresssucht) und Anorexie (Magersucht) von Hirnstörungen nachgegangen wird.

### Die Frauen joggen noch immer in Männerschuhen

Ein unrühmliches Kontrastprogramm dazu bietet das Laboratorium für Biomechanik der ETH Zürich, das seine Laufschuhforschung seit fünfzehn Jahren fast ausschliesslich an männlichen Probanden betreibt - obwohl sich der männliche und der weibliche Fuss in ihrer Anatomie deutlich voneinander unterscheiden. Noch immer joggen die Frauen weltweit in Männerschuhen.

Am Eidgenössischen Forschungsinstitut Magglingen wurden in den letzten fünfzehn Jahren 71 Projekte im Bereich Sportmedizin eingereicht: Ein Drittel bezog sich ausschliesslich auf Männer, keine einzige Arbeit stellte die Frau ins Zentrum, und unter den Gesuchstellern befand sich lediglich eine Frau. Die staatlichen Forschungsorgane tragen generell dazu bei, dass in Sachen Forschung alles beim alten bleibt, will sagen: beim Mann. Liest man die «Ziele der Forschungspolitik des Bundes nach 1992», erfährt man zwar einiges über Dringlichkeiten, Schwerpunkte und Forschungsbedürfnisse dieses Landes, es ist - fett gedruckt - sogar vom «Geist der Öffnung» die Rede. Was man allerdings vergeblich sucht, ist ein einziges Wort zu frauenorientierter Forschung.

Kein Wunder, dass auch der 30köpfige Wissenschaftsrat, der den Bundesrat in Forschungsfragen berät, kein spezielles Sensorium für die Sache der Frau hat. Selbst Philipp Egger, zuständig für forschungspolitische Früherkennung, stellt erstaunt fest, dass frauenspezifische Medizinforschung «tatsächlich ein Thema von prospektiver Bedeutung sei». Geplant ist freilich rein gar nichts.

Wie halten es eigentlich die Pharmakonzerne Ciba-Geigy, Hoffmann-La Roche und Sandoz mit der Erforschung frauenspezifischer Fragen? Sie gedenken der Frau insbesondere dann, wenn der grosse Umsatz mit künstlichen Hormonen winkt. Beispiel Osteoporose, eine unter älteren Frauen häufig auftretende Anfälligkeit für Knochenbrüche. Beispiel Menopause, in deren Zusammenhang gemäss einer Insiderin so aggressiv erworben werde, dass der zwingende Eindruck entstehe, jede Frau, die 50 sei und schwitze, benötige zum anständigen Überleben ein Hormonpflaster.

Der Mann als Mass aller Dinge - auf einem Gebiet zumindest hat er mit ganz und gar unüblicher Zurückhaltung der Frau das Feld überlassen: Dreissig Jahre lang durften Millionen die Anti-Baby-Pille schlucken, die Spirale aushalten und damit die alleinige Verantwortung für anhaltenden Empfängnischutz übernehmen. Was steckt(e) nur dahinter, dass der Mann den Mann für einmal ins zweite Glied treten liess und lässt? Angst vor Nebenwirkungen wie Impotenz und Schädigung des Samens? Die Frauen, mürbe geworden angesichts der ständig drohenden unerwünschten Schwangerschaft, haben doch seinerzeit das gesundheitliche Risiko auch stillschweigend in Kauf genommen?

Das ist eben nicht dasselbe. Dafür, dass die Anti-Baby-Spritze für den Mann je salonfähig werden könnte, bedürfte es zuerst einmal - umfassender Forschung.

Mitarbeit: Reto Pieth