

FLUGSCHREIBER

Mein Leben für Olympia



Über Fans

VON SEVERIN FREUND

Und, wie genießen Sie den Wintersport? Von der Couch aus mit hochgelegten Füßen? Keine Angst, ich will Sie nicht aktivieren, das ist nichts Schlimmes. Das machen wir Skispringer schließlich mitunter auch, wenn wir zu Hause oder im Hotel sind. Ehrlich gesagt, freut es mich als jungen Sportler so kurz vor den Olympischen Spielen sogar, zu wissen, dass Sie auf der Couch sitzen. Das tut meiner Motivation gut. Denn Sie können sicher sein: Es ist für mich, wie für jeden Sportler, nicht egal, ob ihn einige wenige, viele oder massenhaft Zuschauer spüren lassen, dass wir etwas tun, das interessiert, vielleicht sogar fasziniert, dass unsere Leidenschaft andere ansteckt und mitreißt.

Wir Skiflieger bekommen oben auf der Schanze mit, wenn sich die Menge im Stadion bewegt und begeistert, auf die Ansagen des Sprechers reagiert. Sicherlich nimmt man in der Vorbereitung seines Sprungs nicht jede Nuance wahr, doch die Grundstimmung, diese Energie in einem Stadion, nimmt man auf jeden Fall auf. Aus den Emotionen der Zuschauer kann man Kraft ziehen.

Die Vierschanzentournee ist in dieser Hinsicht einzigartig, erst zwei Mal in Deutschland und dann zwei Mal in Österreich erleben wir Länderspielstimmung. Ein Podestplatz bei der Tournee ist anders als sonst wo. Wenn man, wie ich, das schon erleben durfte, ist es verständlicherweise auch sehr schwer, wenn man die eigenen Ziele zunächst nicht erreichen kann. Aber das ist eben auch der Mythos der Tournee: Sie steht vor, oder man kann auch sagen: über allen anderen Weltcup-Wettbewerben. So weit wie einige andere Springer, die sagen, sogar Olympia stehe im Schatten der Tournee, will ich nicht gehen, kann ich auch gar nicht: In gut vier Wochen beginnen – regelmäßige Leser wissen es – meine ersten Olympischen Spiele.

Zurück zu Ihnen auf dem Sofa: Sie können was für uns Sportler tun als Fans, wahrscheinlich müssen Sie nicht mal aufstehen dafür. Sie müssen nur zum Handy oder zu dem Tablet greifen und www.annfeuern.de eingeben. Auf dieser Website können Sie Fangruße an die deutsche Olympia-Mannschaft für die Winterspiele in Sotschi ab-

Stand man schon mal auf dem Podium, ist ein Misserfolg besonders hart.

schicken. Auf Deutschland-Fahnen gedruckt, können wir sie mit nach Russland nehmen und zum Beispiel in die Quartiere hängen. 2012 habe ich erlebt, wie die Olympia-Mannschaft bei den Sommerspielen in London mit dem Slogan „Wir für Deutschland“ etwas ausgelöst hat, was viele nur dem Fußball zugetraut hätten. Ich freue mich, dass wir jetzt auch eine so starke Aktion für die Winterspiele haben.

Es sind meine ersten Olympischen Spiele, etwas ganz Besonderes. Aber ich und auch die anderen Sportler kennen auch all die Diskussionen um Sotschi – aber wir fahren als Spitzensportler dorthin, als nichts anderes. Und deshalb ist wichtig zu wissen, dass man Menschen hat, die einen dabei mit positiver Einstellung zu allem, was den Sport ausmacht, begleiten: Herzflimmern, Gänsehautgefühle, Bauklötzestauen. Positive Reaktionen von Fans geben einem bei jeder Gelegenheit kleine psychologische Energieregale, die helfen und anspornen. Schön, wenn Sie dabei sind, ruhig auch mit den Füßen auf der Couch.

„Flugschreiber“ wechselt sich im Wochenthrhythmus an dieser Stelle mit der Kolumne „Fetter“ ab; darin berichtet der Autor über den Kampf mit dem Übergewicht.

Frau Regitz-Zagrosek, Sie sind Direktorin am einzigen deutschen Institut für Geschlechterforschung in der Medizin. In medizinischen Lehrbüchern und auch im Alltag ist häufig nur von „dem Patienten“ die Rede. Was ist aus der Sicht der Gender-Medizin daran falsch?

Die alten Lehrbücher hatten die Tendenz, den Menschen als Neutrum darzustellen. Dieses Neutrum hatte aber sehr viele männliche Züge. Das versuchen wir im Moment zu korrigieren. Wir denken, dass sich Patientinnen und Patienten bei vielen häufigen Erkrankungen signifikant voneinander unterscheiden.

Das heißt, dieses Neutrum soll nun weiblicher werden? Ist Gender-Medizin ein feministischer Ansatz?

Gender-Medizin sorgt für eine Verbesserung in der medizinischen Versorgung für beide Geschlechter. Das hat nichts mit Feminismus zu tun. Wir wollen, dass Männer und Frauen gleich gut und gleich spezifisch behandelt werden.

Worin genau liegen die Unterschiede, die eine spezielle Behandlung von Männern und Frauen notwendig machen?

Bei den Erkrankungen unterscheiden sich die Geschlechter in der Häufigkeit, den Symptomen und dem Verlauf – das alles liegt vor allem am unterschiedlichen Stoffwechsel. Welche Stoffe zu welchen Anteilen im Körper produziert werden, bestimmt unsere Erbinformation. Auf den sogenannten Geschlechtschromosomen ist vorgegeben, dass Mann und Frau zum Beispiel unterschiedliche Anteile der verschiedenen Hormone produzieren, und die spielen in allen Körperzellen eine Rolle. Daher wirken viele Medikamente bei Mann und Frau unterschiedlich. Auch der Einfluss von Risikofaktoren ist bei Männern und Frauen nicht gleich. Frauen reagieren zum Beispiel empfindlicher auf die schädlichen Wirkungen von Nikotin oder auf erhöhte Blutzuckerwerte.

Aber dass Frauen und Männer einen unterschiedlichen Stoffwechsel haben, ist doch schon lange bekannt?

Ich glaube, dass Hausärzte früher schon empirisches Wissen darüber hatten oder es zumindest geahnt und zum Teil danach gehandelt haben. Das ist aber nicht wirklich in das Bewusstsein geholt worden und stand in der Lehrbuchmedizin einfach nicht drin.

Und wie bewusst ist den Medizinern der Unterschied heute?

Ich glaube, dass das Bewusstsein zunimmt. In Amerika ist es messbar. Da wussten vor etwa zehn Jahren weniger als 30 Prozent der Hausärzte, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache bei Frauen sind – heute sind es über 60 Prozent. Eine ähnliche Bewegung gibt es etwas verzögert auch in Deutschland. Zum Beispiel wird bei Männern inzwischen vermehrt auf Erkrankungen geachtet, die früher als typische Frauenkrankheiten galten.

Warum dauert diese Entwicklung so lange?

Wenn Mediziner glauben, dass Patientinnen oder Patienten nur bestimmte Symptome haben können, werden sie auch vorwiegend diese Symptome sehen. Ich erinnere mich an eine achtzig Jahre alte Frau, die eine jahrelange Odyssee wegen ihrer Brustschmerzen hinter sich hatte, die nicht ganz in das Lehrbuchwissen passten, aber immer sehr heftig waren. Zum Schluss hat sie der Psychiater an einen Kardiologen überwiesen, denn sie hatte eine schwerste Erkrankung der Herzkranzgefäße.

Da geben ja auch Lebensqualität und Lebensjahre verloren...

Natürlich, und da werden wichtige Ressourcen im Gesundheitssystem vergeudet. Wenn jemand erst mal eine Magenspiegelung, eine Wirbelsäulen- und Leberdiagnostik hinter sich bringen muss, bevor man auf die Idee kommt, dass eine Erkrankung der Herzkranzgefäße besteht.

Wo unterscheiden sich Frauen aus medizinischer Sicht besonders von Männern?

Antidepressiva wirken bei Frauen anders als bei Männern, ebenso wie Chemotherapie, die haben bei Frauen mehr Nebenwirkungen. Diabetes macht sich in der Frühform bei Patientinnen anders bemerkbar und schlägt bei ihnen eher auf Herz. Ärzte sollten daher bei Diabetikerinnen immer klären, ob eine koronare Herzkrankung im Anmarsch ist. Männer kommen bei rheumatischen Erkrankungen häufiger in den Ge-



Foto Visum

„In der Medizin sind die Männer die Norm“

Arzneimittelforschung wird oft nur an Männern gemacht. Lange hat man dabei auf die Nachteile für Frauen nicht geschaut. Erst langsam entdeckt die Medizin, wie wichtig aber eine geschlechtsspezifische Behandlung ist. Eine Gender-Medizinerin im Gespräch.

nuss moderner Therapieverfahren; einige Mittel wirken bei Männern auch besser. Dabei sind rheumatische Erkrankungen bei Frauen viel häufiger.

Und auf was sollte bei Männern mehr Wert gelegt werden?

Wir wissen zum Beispiel, dass Depressionen bei Männern unterdiagnostiziert werden und dass Männer große Hemmschwellen haben, diese richtig behandeln zu lassen. Wir wissen auch, dass Osteoporose bei Männern häufiger weniger sorgfältig diagnostiziert und behandelt wird. Einige Osteoporose-Medikamente sind beispielsweise nur für Frauen getestet und zugelassen.

Leiden Frauen und Männer denn auch unterschiedlich?

Sicher, bleiben wir bei dem Beispiel Depression. Männer gehen nicht wegen Niedergeschlagenheit zum Arzt. Sie schlucken Probleme gerne mal mit einem Bier runter. Wird der Leidensdruck so groß, dass sie doch wegen Schwermut zum Arzt gehen, stellen sie eher körperliche Beschwerden in den Vordergrund wie beispielsweise Kopfschmerzen und sind dann meist erschrocken, wenn die Diagnose Depression lautet.

Macht eigentlich auch das Geschlecht des Behandelnden einen Unterschied?

Ärztinnen schneiden einigen Untersuchungen zufolge besser ab, Erkrankungen beim anderen Geschlecht zu erkennen. Eine deutsche Untersuchung hat sich damit beschäftigt, wie effizient Ärztinnen und Ärzte Diabetes behandeln. Es zeigte sich, dass Ärztinnen erhöhten Blutzucker bei ihren Patienten besser senkten als ihre männlichen Kollegen und dazu weniger Messgeräte einsetzten. Wahrscheinlich haben die Ärztinnen ihre Patienten besser geschult, und diese änderten deshalb ihre

Essgewohnheiten erfolgreicher. Eine andere Studie zeigte, dass männliche Ärzte Frauen mit Herzschwäche weniger intensiv behandelten, während Ärztinnen auf beide Geschlechter gleich gut eingingen.

Was muss sich aus Ihrer Sicht ändern, damit alle Patienten, ob Mann oder Frau, gleich gut versorgt werden?

Das Bewusstsein muss sich ändern. Man kann nicht davon ausgehen, dass Frauen kleine Männer sind. Sondern dass es bei beiden Geschlechtern spezifische Krankheitsmechanismen gibt. Es ist auch wichtig, anzuerkennen, dass Männer und Frauen gleich wichtig sind. Häufig hat man ja die Formulierungen: Die Frauen weichen davon ab, die Frauen sind nicht normal. Man setzt das Krankheitsbild eines Geschlechts als Norm und bezeichnet das andere Geschlecht als Abweichter.

Auch in der Arzneimittelforschung gelten die Männer als Norm, oder?

Ja, häufig wird die Angst vor Schwangerschaft bei einer Frau als Hindernis genannt. Diese sicher ausschließen ist in der Forschung recht aufwendig. Aber man kann es ausschließen, das ist der eine Punkt. Und zum andern spielen sich die häufigen Volkskrankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Schlaganfälle im Alter über 60 ab, und da sind Schwangerschaften nicht so furchtbar häufig. Das heißt, man könnte große Studien an Männern und Frauen ganz gut machen, ohne Nebenwirkungen zu haben.

Ist eine mögliche Schwangerschaft der einzige Grund?

Nicht allein, Männer sind insgesamt einfacher in eine Studie einzuschließen. Sie haben in der Regel weniger kritische Fragen zum Studienprotokoll und zu möglichen Nebenwirkungen; sie sind in der Re-

gel mobiler, da sie häufiger über das gemeinsame Familienauto verfügen. Und sie sind zeitlich flexibler, da sie keine Kinder versorgen.

Neue Wirkstoffe werden in der frühen Phase im Tierexperiment getestet. Sind hier die Geschlechterunterschiede richtig abgebildet?

Fast alle unsere Medikamente werden an acht Wochen alten männlichen Mäusen getestet. Das entspricht jungen Männern zwischen 18 und 25 Jahren. Ältere Mäuse sind zu teuer und weibliche sind wegen des Zyklus zu kompliziert, sagen die Forscher. Denn das führt zu unerfreulich großer biolo-



Vera Regitz-Zagrosek ist Direktorin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité in Berlin. Foto privat

gischer Streuung. Man weiß also, dass der weibliche Zyklus mit vielen Erkrankungen interagiert, aber man klammert ihn im Tierexperiment bewusst als störend aus.

Wie kann man Ihrer Meinung nach das Wissen der Gender-Medizin besser in die Praxis bringen?

Genderspekte müssen in der ärztlichen Ausbildung besser vermittelt werden. Die Ärztekammern müssen ihren Anteil leisten, indem sie das entsprechende Wissen in den Ausbildungskatalog aufnehmen. Sonst ist es nicht prüfungsrelevant, und das heißt, dass es eigentlich nicht berücksichtigt wird. Wir bemühen uns an unserem Institut, entsprechende Fortbildungen anzubieten – über die Charité und über die Deutsche Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin, die wir 2007 gegründet haben.

Und wie sieht es mit der Gesundheitspolitik aus? Leistet sie mit Kampagnen wie „Infarkt – Von wegen Männersache“ genug Beitrag zur Aufklärung?

Das sind wichtige Beiträge. Aber ich glaube, dass es nicht nur die Aufgabe der Gesundheitspolitik ist, mit Kampagnen auf einzelne Krankheiten hinzuweisen, sondern auch systematisch in Mittel zu investieren, damit man herausfindet, wo wichtige Unterschiede zwischen den Geschlechtern liegen und wo beide Geschlechter gleich sind. Solche Ergebnisse haben Konsequenzen für viele Behandlungs- und Präventionsstrategien, für Arzneimittelentwicklung und Forschung.

Gibt es Länder, die uns voraus sind?

Kanada ist uns voraus, die haben ein staatlich finanziertes Büro im Gesundheitsministerium, das sich um Geschlechterunterschiede kümmert, unter anderem um die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Jungen und Mädchen. Beide Geschlechter wachsen so bereits gesundheitsbewusster auf. Die Vereinigten Staaten tun jetzt wieder mehr. Die Kampagne „genderforwomen“, die von vielen Prominenten, auch Laura Bush, unterstützt wurde, hat die Aufmerksamkeit des ganzen Landes auf die Unterschätzung der Herz-Kreislaufkrankungen bei Frauen gerichtet.

Wie ist es in Europa?

Norwegen und Schweden sind uns eindeutig voraus, die hatten schon früher ein Institut für Gender-Medizin am Karolinska-Institut in Stockholm. Diese Institute werden dort seit mehr als zwanzig Jahren finanziell gefördert, um geschlechtsspezifische Forschungsprojekte und Gesundheitsprogramme für Frauen und Männer zu entwickeln. Königin Silvia erscheint auf den großen Treffen persönlich.

Sind die Erkenntnisse aus anderen Ländern übertragbar auf deutsche Patienten?

Man kann die Erkenntnisse aus anderen Ländern nicht immer übertragen. In Amerika hat man zum Beispiel rausgefunden, dass Frauen ihr Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen unterschätzen. Die meisten Frauen denken, Brustkrebs wäre die größte Gefahr, dabei sterben wesentlich mehr Frauen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ob deutsche Frauen das gleiche Risikobewusstsein haben, versuchen wir gerade mit einer Studie herauszufinden. Erste Ergebnisse zeigen tatsächlich: In Deutschland ist es ähnlich schlecht um das Risikobewusstsein der Frauen bestimmt.

Worin könnte der Profit für das Gesundheitswesen bestehen, wenn man geschlechtsspezifisch behandelt?

Ich glaube, dass wir viel effizienter sind, wenn wir Männer und Frauen mit der Strategie behandeln, die am besten zu ihnen passt. Damit spart man Fehlversuche. Wenn man den Unterschied zwischen Mann und Frau miteinbeziehen würde, hätte man einen ganz wesentlichen Schritt in Richtung personalisierte Medizin gemacht, der zudem extrem kostengünstig wäre. Denn man muss keine teuren Sequenzierungen oder Analysen machen, um den Unterschied zwischen Mann und Frau festzustellen. Wenn wir die biologischen Unterschiede weiter erforschen, ergeben sich möglicherweise neue Impulse für die Arzneimittelentwicklung. Beispielsweise, wenn erkannt wird, was ein Geschlecht vor bestimmten Erkrankungen schützt. Dann könnte man mit diesem Wissen versuchen, die Krankheit auch beim anderen Geschlecht zu verhindern.

Vera Regitz-Zagrosek ist Fachärztin für Kardiologie und Professorin für Innere Medizin sowie außerordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission, Gründungspräsidentin der Deutschen und Internationalen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin.

Die Fragen stellte Jasmin Andresch.