

■ DR. MED. NATASCHA HESS

Im Interview

Die Gendermedizin hat gerade erst begonnen, Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu untersuchen

Dr. med. Natascha Hess führt ihre Praxis als niedergelassene Ärztin in Berlin mit den Fachgebieten Kardiologie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Sportmedizin und Gendermedizin. Nach dem ärztlichen Berufsrecht besteht für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e. V. die Möglichkeit, die Bezeichnung Gendermediziner/-in DGesGM® zu erlangen.

ÄRZTIN: Voraussetzung für die Vergabe dieser Bezeichnung durch die DGesGM ist der Nachweis spezifischer Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich der Gendermedizin sowie drei ausführlich dokumentierte Behandlungsfälle aus dem Bereich der Gendermedizin. Was hat Sie dazu bewogen, diese Bezeichnung zu erwerben?

Dr. med. Natascha Hess: Seit dem Jahr 2005 interessiere ich mich für Gendermedizin und hier im Speziellen für die geschlechtsspezifische Betrachtungsweise von Symptomen, Diagnostik und Therapie im Bereich der Kardiologie. Vor elf Jahren gab es einige kardiologische Publikationen aus den USA und Schweden. In Deutschland war zum damaligen Zeitpunkt noch nicht viel veröffentlicht, geschweige denn in der PatientInnen-Versorgung umgesetzt worden. Ich wollte zusätzliche gendermedizinische Kenntnisse erlangen, um meine PatientInnen individueller und damit besser behandeln zu können.

ÄRZTIN: Gibt es oder gab es Patientinnen und Patienten, die Sie als Gendermedizinerin angesprochen haben oder darüber informiert werden wollten?

Dr. med. Natascha Hess: Aufgrund der Zusatzbezeichnung Gendermedizin kommen Patientinnen und Patienten gezielt in meine Praxis. Sie haben sich bereits über die Medien informiert und wünschen sich eine individuelle, gendermedizinische Behandlung.

ÄRZTIN: Sie sind Kardiologin. Die Kardiologie ist in Deutschland die medizinische Disziplin, die bisher am stärksten geschlechtsspezifische Unterschiede in Symptomatik und Behandlung herausgearbeitet hat. Liegt das am Fach oder an seinen Vertreterinnen?

Dr. med. Natascha Hess: Ich glaube, es liegt am Fach selbst. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen seit Jahren in der Statistik

der Todesursachen auf Platz eins bis vier. Herzinfarkt, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz und Apoplex haben also für die Patientinnen und Patienten eine sehr große Relevanz. Aufgrund der Studienlage vor zehn Jahren wurde auch die höhere Sterblichkeit gerade jüngerer Frauen mit akutem Infarktgeschehen gegenüber Männern kontrovers diskutiert und erhielt großes Interesse in der Öffentlichkeit. Jetzt zeigen neue Erhebungen eine Verbesserung in der Akutversorgung von Frauen.



ÄRZTIN: Geschlechtsspezifische Medizin wird relativ selten praktiziert. Was ist nötig, um bei den Kolleginnen und Kollegen das Bewusstsein für die Gendermedizin zu schärfen, die Männern wie Frauen nutzt?

Dr. med. Natascha Hess: Aspekte der Gendermedizin wurden bereits von einigen Hochschulen in das Regelstudium und direkt in die einzelnen Fachbereiche integriert. Wünschenswert wäre für die sich in Weiterbildung befindlichen (Fach-) Ärztinnen und (Fach-) Ärzte ein Angebot zur Weiter- und Fortbildung über die Ärztekammern. Dies wäre das richtige Signal, nicht nur an die Ärztinnen und Ärzte selbst, sondern auch an die Patientinnen und Patienten, die Krankenkassen sowie die Gesundheitspolitik.

ÄRZTIN: Ein Fall, wie er in Ihrer Praxis vorkommen könnte: Es kommt ein Ehepaar um die 70 zu Ihnen. Beide steigen die Treppe he-



Dr. med. Natascha Hess

Foto: Privat

rauf, beide pusten. Sie denken: „Sie könnten an einer Herzinsuffizienz leiden“ Was raten Sie dem Mann, was der Frau?

Dr. med. Natascha Hess: Ich rate beiden zu einer kardiologischen Diagnostik, die neben dem Ruhe-EKG und der Echokardiografie einen Belastungstest beinhalten sollte. Während einem Mann prozentual meist eine gute ergometrische Ausbelastung gelingt, müssen wir bei Frauen – abgesehen von der höheren Anzahl falsch positiver EKG-Befunde in der Ergometrie – eher auf pharmakologische Belastungsuntersuchungen zurückgreifen. Patientinnen sollten eher bei entsprechenden Risikofaktoren zur schnellen Diagnosefindung einer Stressechokardiografie zugeführt werden – ergometrisch oder pharmakologisch. Bei positiver Stressechokardiografie rate ich wohlgerne beiden zu einer Herzkatheteruntersuchung. Der

Frauenanteil an allen Herzkatheterpatienten liegt erstaunlicherweise deutschlandweit nur bei etwa 35 Prozent. In der medikamentösen Therapie ist das vermehrte Auftreten des ACE-Hemmer-Reizhustens sowie höhere β -Blocker-Sensibilität bei Frauen anzuführen. Lassen Sie mich abschließend noch hinzufügen: Die Gendermedizin hat gerade erst begonnen, krankheitsrelevante biologische und soziale Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu untersuchen. Insbesondere Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung werden hier gebraucht, um das schon vorhandene Wissen anzuwenden.

Das Gespräch führte Gundel Köbke.

E-Mail: hess.mailbox@t-online.de