

Medizin ist für Männer gemacht – der stille Skandal um die Gender Health Gap

Gesundheit ist ein zentrales Menschenrecht und Grundvoraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe und berufliche Leistungsfähigkeit. Dennoch zeigt sich in Deutschland und weltweit eine systematische *Gender Health Gap* – die Ungleichheit in Gesundheitsversorgung und Forschung zwischen den Geschlechtern. Die Gender Health Gap betrifft Frauen, die aufgrund unzureichender Forschung und mangelnder Berücksichtigung ihrer spezifischen Bedürfnisse übersehen werden. Sie beschreibt die systematischen Unterschiede in Diagnostik, Behandlung und Prävention, die auf das Geschlecht zurückzuführen sind.

Beispiele dafür reichen von Fehldiagnosen und falscher Dosierung von Medikamenten über lange unentdeckte psychische Leiden und hormonelle Erkrankungen bis hin zu zu spät erkannten Herzinfarkten, die mitunter tödlich verlaufen. All das nur, weil Frau im „falschen“ Körper steckt.

Frauen sind nur defekte Männer

Schon in der **Antike** vertrat der griechische Arzt *Galenos von Pergamon* die Ansicht, Frauen seien nur defekte Männer, denen die nötige „Hitze“ zur vollständigen Ausbildung der Geschlechtsmerkmale fehle. Er glaubte auch, die Gebärmutter könne frei im Körper wandern und diverse Krankheiten verursachen.¹

Das **Mittelalter**, geprägt von der Verfolgung und Verbrennung von Frauen, die sich mit Kräuterkunde beschäftigten oder wegen psychischer Erkrankungen als vom Teufel besessen galten, überspringen wir an



Theresa Härter,
Wirtschaftspsychologin,
BGM Specialist

dieser Stelle und wenden uns direkt *Sigmund Freud* im 20. Jahrhundert zu.

Sigmund Freud, seiner Zeit ein fähiger Neurologe und Begründer der **Psychoanalyse**, führte den Begriff der Hysterie ein – abgeleitet vom griechischen „Hystera“ für Gebärmutter. Frauen, so Freud, litten bei vielfältigen Beschwerden oft einfach nur an Hysterie, unabhängig von den tatsächlichen Symptomen.²

Dieser historische Rückblick zeigt, wie tief sich **geschlechtsspezifische Vorurteile** in der Medizin verankert haben. Man könnte annehmen, dass dieses Problem im 21. Jahrhundert bereits überwunden ist – tatsächlich ist dem jedoch nicht so.

Die Gender Data Gap

Viele Studien, Statistiken und Forschungsdaten wurden jahrzehntelang ausschließlich auf Männer ausgerichtet, während Frauen und deren spezifische Bedürfnisse und Merkmale unzureichend erforscht wurden.³

⁴ Das führte zur sogenannten Gender Data Gap – einer **fehlenden Datenbasis zur Frauengesundheit** und damit die Grundlage der Gender Health Gap.

Erst seit 1994 besteht in den USA eine Richtlinie, die vorschreibt, dass Medikamente an beiden Geschlechtern getestet werden müssen.⁵ Einen bedeutenden Impuls für die Gleichstellung in der Datenerhebung lieferte die vierte **Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking**, auf der beschlossen wurde, geschlechtsspezifische Statistiken systematisch zu erfassen.⁶

Deutschland schloss erst 2013 mit dem Beginn des **Projekts EUGenMed** auf, das darauf abzielt, geschlechtsspezifische Aspekte in die Medizin zu integrieren. Damit wurde eine systematische Förderung geschlechtsspezifischer Daten in der medizinischen Forschung vorangetrieben.⁷

Ausschluss weiblicher Versuchstiere

Dennoch ist das Problem auch damit nicht gelöst. Forschende greifen auch heute noch bevorzugt auf **männliche Zellen und männliche Mäuse** zurück. Mehr als

70 Prozent der Tierversuche werden nach wie vor ausschließlich an männlichen Ratten durchgeführt, während weibliche Tiere nur zu etwa 10 Prozent eingesetzt werden. Bei rund 20 Prozent der Versuchstiere wird das Geschlecht nicht genau angegeben.⁸

Ein Grund dafür ist die „kompliziertere“ **Analyse und Datenerhebung** bei Frauen. Der weibliche Körper reagiert in seinen Zyklusphasen unterschiedlich auf Tests und Medikamente – ebenso während der Schwangerschaft und in den Wechseljahren. Die gewonnenen Daten müssten daher getrennt analysiert werden. Das kostet Zeit und Geld. Ob mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung diesen Aufwand und das Geld wert ist?

Besonders kritisch ist, dass Medikamente, die ausschließlich an männlichen Tieren getestet wurden, dennoch für die Anwendung bei Frauen zugelassen werden. Dieses Muster setzt sich in klinischen Studien fort, die teilweise noch immer ausschließlich mit männlichen Teilnehmern durchgeführt werden.⁹



(c) Tim Reckmann, pixelio.de

Über 700 Erkrankungen werden bei Frauen später diagnostiziert als bei Männern

Eine in Dänemark über 21 Jahre durchgeführte Studie ergab 2019, dass Frauen noch immer bei über 700 Krankheiten später diagnostiziert werden als Männer. Bei **Diabetes** betrug die Verzögerung beispielsweise viereinhalb Jahre.¹⁰

Ein dazu oft zitiertes Beispiel ist der **Herzinfarkt**. Symptome wie Atemnot, Engegefühl in der Brust oder Schmerzen, die in den linken Arm ausstrahlen, werden häufig mit einem Herzinfarkt assoziiert. Diese Symptome treffen allerdings hauptsächlich auf Männer zu. Seit der Etablierung des Krankheitsbildes in den 1980er Jahren konnte die Überlebensrate bei männlichen Patienten nach einem Herzinfarkt erheblich verbessert werden. Bei Frauen hingegen blieb

das Risiko für eine Mortalität infolge eines Herzinfarkts über mehr als 20 Jahre erhöht.¹¹

Pain Gender Bias

Obwohl sich in der Gender-Medizin etwas tut, haben Frauen bis heute ein höheres Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben. Aufgrund der Gender Data Gap hat die Medizin schlicht nicht gewusst, dass **Symptome** wie Kurzatmigkeit, Erbrechen, Rückenschmerzen, Atemnot, Schmerzen im Oberbauch, Schwindel oder auch unerklärliche Müdigkeit bei Frauen Anzeichen für einen Herzinfarkt sein können.^{12 13} Auch heute ist das noch nicht vollständig in der Bevölkerung angekommen.

Hinzu kommt der „Pain Gender Bias“ – auch die **Schmerzen** von Frauen werden sowohl in der Medizin als auch der Gesellschaft weniger ernst genommen als die von Männern.¹⁴ Das führt weiterhin zu Fehldiagnosen und dazu, dass Frauen ihre eigenen Symptome nicht richtig einordnen können oder herunterspielen.

Weitere Beispiele der Gender Health/Data Gap

- **Physische Erkrankungen** werden übersehen oder fehlinterpretiert, weil körperliche Symptome bei Frauen fälschlicherweise oft als Folge psychischer Belastungen, etwa Stress, und somit als psychosomatisch eingestuft werden.¹⁵
- Fehlbehandlungen bei **Kniegelenkbeschwerden** aufgrund unzureichender Berücksichtigung anatomischer Unterschiede im Becken- und Hüftbereich.¹⁶
- **Fehldosierung von Medikamenten** wie bspw. dem auch in Deutschland gängigen Schlafmittel Zolpidem, das in den USA zu einem Anstieg an Autounfällen am Folgetag der Einnahme führte, da Frauen das Mittel langsamer abbauen.¹⁷
- Gänzlich fehlende Diagnosen und damit Fehlbehandlungen im Bereich der **Neurodivergenz**, wie bspw. ADHS – auch bekannt als „Zappelphilipp-Erkrankung“ – das unentdeckt zu komorbiden Störungen wie Depressionen, Burnout, Angststörungen, Suchterkrankungen u. v. m. führen kann. Es wurde lange angenommen, Mädchen seien nicht von ADHS betroffen. Die Zahlen bei beiden Geschlechtern sind allerdings nahezu identisch.¹⁸
- Rein weiblich bedingte **hormonelle Störungen und Erkrankungen** wie PMS, PCOS, Lipödem,

Endometriose, Adenomyose¹⁹ u. v. m., die allesamt zu erheblichen physischen und psychischen Beschwerden und Folgeerkrankungen führen können.

- Das Ausblenden von Themen wie den **Wechseljahren, Zyklusbeschwerden** und die mitunter starken psychologischen Auswirkungen der **Antibabypille**.²⁰

Auch diese Aufzählung ist nicht das Ende der Fahnenstange.

In der Medizin erreicht man Chancengleichheit eben nicht mit Gleichbehandlung

Männer und Frauen **unterscheiden sich erheblich** in ihrer Körperzusammensetzung, -struktur und Funktionsweise. Diese Unterschiede betreffen unter anderem Stoffwechselprozesse, Verdauung, Hormone, Statur, Gene, Geschlechtschromosomen sowie die allgemeine körperliche Zusammensetzung und vieles mehr.

Eine starre Gleichverteilung der Geschlechter in medizinischen Studien ist nicht das Ziel, da bestimmte Erkrankungen eben ausschließlich oder überwiegend bei einem Geschlecht vorkommen. Gerade in der Medizin erreicht man Chancengleichheit eben nicht mit Gleichbehandlung, jedoch erst recht nicht mit Ausschluss.

Es ist von großer Bedeutung, den Fokus verstärkt auf die **Erfassung frauenspezifischer Daten** zu legen und die bislang vorherrschende männliche Referenz als Standard zu kippen. Nur so lässt sich sicherstellen, dass Frauen eine medizinische Versorgung erhalten, die auf ihre individuellen biologischen Voraussetzungen und Bedürfnisse zugeschnitten ist. Denn:



(c) Rainer Sturm, pixelio.de

Der weibliche Körper ist nicht die Ausnahme der Regel.

Ein Ausblick in die Gendermedizin

Obwohl die Gendermedizin sich noch in der Entwicklungsphase befindet, erhält das Thema zunehmend Aufmerksamkeit in der wissenschaftlichen Gemeinschaft.

Dazu engagieren sich verschiedene **Initiativen und Organisationen** wie die Plattform Data2X, die 17 Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen (Sustainable Development Goals) sowie Open Data Watch für eine umfassendere Erfassung und Nutzung geschlechtsspezifischer Daten in der medizinischen Forschung.

An einigen renommierten Hochschulen, darunter die Charité in Berlin sowie die Universitäten in Bielefeld und Zürich, wurden mittlerweile spezielle **Lehrstühle für geschlechtersensible Medizin** eingerichtet. Die noch junge Disziplin der „Gender-Medizin“ untersucht die biologischen und medizinischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern und verfolgt das Ziel, bestehende Forschungslücken im Bereich genderbezogener Gesundheitsfragen zu schließen.

Ein weiterer bedeutender Fortschritt in Deutschland ist die Eröffnung des **ersten universitären Frauenherzzentrums** im Oktober 2023 in Frankfurt, das sich speziell der kardiologischen Versorgung von Frauen widmet und damit einen wichtigen Schritt hin zu einer geschlechtsspezifisch orientierten Medizin darstellt.

Die Gender Health Gap kostet die Weltwirtschaft eine Billion USD

Die Vernachlässigung von Frauengesundheit ist **teuer**. Laut einem Bericht des McKinsey Health Institute und des Weltwirtschaftsforums könnte die Schließung dieser Lücke die globale Wirtschaft bis zum Jahr 2040 jährlich um mindestens 1 Billion US-Dollar steigern.²¹

Trotz der genannten Fortschritte bleibt eines der größten Probleme das **fehlende Wissen und Verständnis** in der Bevölkerung. Wenn Frauen nicht wissen, was sie haben und ihre Symptome nicht richtig zuordnen können, wie sollen sie diese dann bei ihrem Arzt oder ihrer Ärztin adäquat äußern? Fehlendes Wissen bedeutet auch **fehlendes Selbstbe-**

wusstsein. Das ist besonders dann schlecht, wenn Ärzt:innen die Symptome nicht ernst nehmen.

Wo sitzt also die aufzuklärende Bevölkerung? In den Unternehmen.

Betriebliches Gesundheitsmanagement funktioniert nur genderspezifisch

Unternehmen investieren viel Energie und Kraft in ihr **betriebliches Gesundheitsmanagement**, um Fehlzeiten und verfrühte Kündigungen möglichst zu vermeiden, indem sie präventiv gegen Krankheiten ihrer Mitarbeitenden vorgehen – das ist erst einmal eine großartige Sache.

Die **Präventionsangebote** drehen sich dabei meist um Herzinfarkt, Adipositas, Krebs, Suchterkrankungen und psychische Leiden wie Stress, Burnout oder Depression.

Aber: Wenn bspw. bei einem durch das Unternehmen angebotenen Vortrag zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen fehlt, dass das Risiko für einen Herzinfarkt in den Wechseljahren bei Frauen um fast das Doppelte steigt oder durch Endometriose um 20 Prozent erhöht ist,²² wie nachhaltig ist dann diese Maßnahme? Sport- und Ernährungskurse helfen Frauen nur bedingt bei Übergewicht, wenn sie unter Lipödem, PCOS oder den Wechseljahren leiden. Auch die Krebsvorsorge ist nicht gänzlich zielführend, wenn Frauen mit Endometriose nicht wissen, dass für sie ein erhöhtes Risiko für Eierstockkrebs besteht. Oft wissen die Frauen selbst nicht, was sie überhaupt haben und kennen die Begrifflichkeiten nicht einmal.

Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung **müssen genauso genderspezifisch gedacht werden**, wie die Medizin. Aufgrund eigener Erfahrungen mit hormonellen und psychischen Erkrankungen sowie einer ADHS-Diagnose hat es sich die Autorin zur Aufgabe gemacht, genau das strategisch in Unternehmen zu etablieren und Wissenslücken der Mitarbeitenden zu schließen. So gründete sie **WORK BODY MIND**, eine Unternehmensberatung für genau diese Themen²³. Wissen ist Macht – und nur wer Macht hat, insbesondere über die eigene Gesundheit, kann diese auch positiv beeinflussen.

Die Gender Health Gap kostet auch Männer ihre Gesundheit

Die Gender Health Gap betrifft zwar vor allem Frauen, doch das heißt nicht, dass Männer unbetroffen bleiben. Fehlende geschlechtsspezifische Forschung

und Aufmerksamkeit können auch Männer in ihrer Gesundheit beeinträchtigen. Gendersensible Medizin sorgt dafür, dass **alle Geschlechter** besser verstanden und behandelt werden – eine Win-win-Situation für Gesellschaft und Wirtschaft. Gerade Unternehmen haben hier eine große Verantwortung, Wissen zu verbreiten und Strukturen zu schaffen, die geschlechtsspezifische Gesundheitsbedürfnisse berücksichtigen. Nur so können wir langfristig die Gesundheit aller Mitarbeitenden fördern und die Gender Health Gap nachhaltig schließen.

Anmerkungen

- 1 Cadden, J. (1993): Meanings of Sex Difference in the Middle Ages: Medicine, Science and Culture. Cambridge: Cambridge University Press.
- 2 Freud, S./Breuer, J. (1895): Studien über Hysterie.
- 3 Gaiswinkler, S./Antony, D./Delcour, J./Pfäbigan, J./Pichler, M./Wahl, A. (2023): Frauengesundheitsbericht 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- 4 World Economic Forum (2024): Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies.
- 5 Medizinischer Dienst (2022): Geschlechterunterschiede in der Medikamentenforschung. In: MDK forum 2/2022.
- 6 United Nations (1995): Fourth World Conference on Women, Beijing Declaration.
- 7 White u.a. (2021): EUGenMed: Integrating sex and gender into biomedical research. Biology of Sex Differences.
- 8 Woitowich, N. C. u.a. (2020): A 10-year follow-up study of sex inclusion in biomedical research.
- 9 Robert Koch-Institut (2023): Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland – Wichtige Fakten auf einen Blick.
- 10 Westergaard, D. u.a. (2019): Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. Nature Communications, 10, Article 666.
- 11 Maas, A. H. E. M./Appelman, Y. E. A. (2010): Gender differences in coronary heart disease. Netherlands Heart Journal, 18 (12), 598–602.
- 12 Mustapha u.a. (2023): Sex and Gender Differences in Cardiovascular Disease: A Review of Spontaneous Coronary Artery Dissection.
- 13 An, L./Li, W./Shi, H. u.a. (2018): Gender difference of symptoms of acute coronary syndrome among Chinese patients: a cross-sectional study. European Journal of Cardiovascular Nursing.
- 14 Laughy u.a. (2025): Pain in women: bridging the gender pain gap. PubMed Central.
- 15 Samulowitz, A. u.a. (2018): "Brave Men" and "Emotional Women": A theory-guided literature review on gender bias in health care and how it affects diagnosis and treatment of pain.
- 16 Boissonneault, A. u.a. (2014): Association of hip and pelvic geometry with tibiofemoral osteoarthritis: multicenter osteoarthritis study (MOST). Osteoarthritis and Cartilage, 22(8), 1129–1135.
- 17 Shan, L. u.a. (2013): Sex differences in pharmacokinetics and adverse drug reactions of zolpidem. Journal of Clinical Pharmacology, 53 (8), 837–843.
- 18 Quinn, P. O./Madhoo, M. (2014): A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls. The Journal of Women's Health.
- 19 Yuksel Ozgor, B./Azamat, S. u.a. (2023): Epidemiology of Endometriosis Awareness in Turkey. Cureus.
- 20 Martell, S. u.a. (2023): Psychological effects of hormonal contraceptives. Contraception.
- 21 McKinsey Health Institute & World Economic Forum (2024): Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies.
- 22 Marchandot u.a. (2022): Endometriosis and cardiovascular disease. European Heart Journal Open.
- 23 <https://www.workbodymind.de/>