

Titel Gendermedizin als Standard – der Mensch ist nicht männlich!

AntragstellerInnen Hannover

Zur Weiterleitung an

angenommen mit Änderungen angenommen abgelehnt

Gendermedizin als Standard – der Mensch ist nicht männlich!

1 Frauen* sterben häufiger an Herzinfarkten als Männer, Medikamente wirken bei Frauen* anders, Erkrankungen die
2 nur Frauen betreffen sind oft weniger erforscht. Es gibt in allen Bereichen der Medizin Beispiele dafür, dass eine
3 geschlechtsspezifische Behandlung wichtig wäre – und nicht der Standard ist.

4 Warum ist das so? Und was kann dagegen getan werden. Damit setzt sich die Gendermedizin auseinander.

5 **Gendermedizin - was ist das?**

6 Bei der Gendermedizin handelt es sich um einen noch relativ jungen Teil der Medizin, der sich mit der geschlechts-
7 spezifische Erforschung und Behandlung von Krankheiten auseinandersetzt. Wir befassen uns in diesem Antrag mit
8 einer Gendermedizin, die sich nicht nur mit unterschiedlichen Krankheiten, Symptomen, Verlauf, Behandlung, und
9 Vorbeugung von Beschwerden sowie unerschiedlicher Berücksichtigung bei medizinischer Forschung aufgrund des
10 biologischen Geschlechts ("sex") auseinandersetzt. Hier ist explizit gemeint, dass sich Gendermedizin neben dem "bio-
11 logischen Geschlecht" (sex), welches sich durch genetische, hormonelle und genitale Unterschiede ausprägt auch mit
12 dem psychischen Geschlecht, also der Selbstwahrnehmung und dem sozialen Geschlecht, also der Einordnung und
13 Erwartung durch die Gesellschaft beschäftigt. Es werden sowohl körperliche Unterschiede, aber auch Rollenzuwei-
14 sungen bzw. soziale/ gesellschaftliche Erwartungen an Frauen* und Männer berücksichtigt.

15 Aktuell fokussiert sich die Gendermedizin noch sehr auf die binären Geschlechterkategorien "Mann" und "Frau". Dort
16 ist eine Weiterentwicklung nötig, wie weiter unten ausgeführt wird.

17 **Herzinfarkt ist nicht gleich Herzinfarkt - Warum wir Gendermedizin brauchen**

18 Wenn eine Frau* einen Herzinfarkt hat, dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie daran stirbt, deutlich größer als bei
19 einem Mann, das zeigen Daten aus den USA. (*AHA Scientific Statements*: Mehta et al., 2016). Noch dazu hängt die Sterb-
20 lichkeit davon ab, wer sie behandelt. Werden Frauen* von einer Ärztin behandelt, überleben sie deutlich häufiger,
21 zeigt eine 2018 erschienene Studie. (*PNAS*: Greenwood et al., 2018). Und die Herzinfarkt Diagnose ist dabei kein un-
22 rühmlicher Einzelfall. In der medizinischen Lehre und Forschung gilt immer noch der anatomische Mann als Standard
23 und die Frau* eher als Sonderfall. Das darf nicht sein.

24 **Wir fordern:**

- 25 • **Die umfassende Erweiterung von medizinischer Forschung und Lehre durch geschlechtsspezifische As-**
26 **pekte.**
- 27 • **Eine Anpassung der medizinischen Praxis durch gendermedizinische Diagnostiken, Therapien und Me-**
28 **dikationen.**
- 29 • **Mehr Frauen* in Führungspositionen und eine Frauen*quote in Institutionen wie Leitlinienkomitees**
30 **um die geschlechterspezifische Behandlung zur Normalität im klinischen Alltag zu machen.**
- 31 • **Kampagnen und Aufklärung über die unterschiedlichen Symptome von Frauen* bei lebensbedrohli-**
32 **chen Erkrankungen wie dem Herzinfarkt.**

33

34 Nicht alles ist Biologie

35 Es ist wichtig, dass bei dem Thema Gendermedizin nicht nur die Biologie berücksichtigt wird. Es gibt viele Beispiele, wo Frauen* aufgrund biologische Merkmale andere Symptome für Erkrankungen haben oder Medikamente unterschiedlich wirken. Doch Gendermedizin muss mehr umfassen. Die biologischen Unterschiede der Geschlechter werden verstärkt durch das Gender, also das gesellschaftlich und kulturell definierte Bild von dem, was einen Mann und was eine Frau* ausmacht. Dieses Bild beeinflusst, ob Menschen zu Vorsorgeuntersuchungen gehen, wie sie sich ernähren, ob sie rauchen und ob, wie viel und welchen Sport sie treiben. Zudem sorgt dieses Bild dafür, dass Frauen* und Männer von einem Arzt oder einer Ärztin unterschiedlich behandelt werden. Bei Frauen* werden Depressionen doppelt so häufig diagnostiziert wie bei Männern. Das bedeutet jedoch nicht, dass Männer weniger Depressionen haben. Gesellschaftlich ist es aktuell für Männer noch mehr stigmatisiert psychische Probleme zu haben, als für Frauen*. Deshalb ist der Anteil der Männer mit Depressionen, die sich Hilfe beim Arzt, suchen geringer als bei Frauen*. Höher ist jedoch der Anteil an Männern, die stattdessen zu Alkohol und anderen Drogen greifen.

46 Die geschlechtsspezifischen Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen haben auch die meisten Ärzt*innen internalisiert. Sie vermuten bei Männern eher körperliche Probleme hinter ihren Beschwerden. Das führt häufig dazu, dass eine Depression nicht angemessen behandelt wird. Andersherum kann es bei Frauen* leichter passieren, dass eine organische Ursache übersehen wird und Beschwerden auf Emotionalität oder Psyche geschoben werden. Hier zeigt sich wie wichtig es ist zu reflektieren, wann es angebracht ist sich auf biologische Merkmale und Fakten zu beziehen und zu differenzieren, ob es sich wirklich um ebensolche handelt oder um hinter der Maske der Biologie versteckte kulturelle, gesellschaftlich und soziale Vorurteile und Stereotype.

53 Daher fordern wir:

- 54 • **Konsequente Aufklärung darüber, dass neben dem biologischen "sex" auch das "gender" berücksichtigt wird.**
- 56 • **Ein Abwenden von Rollenklischees und Aufklärung über "toxische Männlichkeit" insbesondere im Rahmen von psychischen Erkrankungen.**
- 58 • **Aufklärungsarbeit zur grundsätzlichen Normalisierung von psychischen Erkrankungen.**
- 59 • **Eine Biologisierung nur da, wo sie wirklich nötig und klar zu Begründen ist.**
- 60 • **Eine Sensibilisierung von Mediziner*innen und Forschende dafür, ob sich hinter scheinbar biologischen Fakten Vorurteile und Stereotype verbergen.**

62

63 Medikamente sind nicht gleich Medikamente - Warum wir Gendermedizin in der Pharmaindustrie brauchen

64 Medikamente und ihre Wirkweise bilden ein ganz eigenes Feld, welches man Beachtung schenken muss. Studien zeigen, dass bei Frauen* 1,5-mal häufiger als bei Männern unerwünschte Nebenwirkungen auftreten, wenn sie verschriebene Medikamente einnehmen. Das hat unterschiedliche Ursachen. Zum einen ist die Dosierungsempfehlung festgemacht an durchschnittlichen Maßen von "Männerkörpern", zum anderen werden Medikamente in "Frauenkörpern" durch die Leber anders verarbeitet (*Molecular Pharmacology: Waxman et al., 2009*) und aufgrund eines (oftmals) höheren Körperfettanteils bleiben Wirkstoffe länger im Körper. Dies kann verschwiegene Folgen haben. Eine 2002 erschienene Studie zeigte zum Beispiel, dass das Herzmedikament Digoxin, welches bei herzkranken Männern, das Leben verlängert, bei Frauen* mit der gleichen Erkrankung das Leben eher verkürzt - also negative Auswirkungen hat. Beim in den USA häufig verschriebenen Schlafmittel Zolpidem wurde die Dosierungsempfehlung für Frauen* erst herabgesetzt, als man feststellte, dass es auffallend viele morgendliche Verkehrsunfälle von Frauen*, die das Medikament am Vorabend einnahmen gab. Dass es erst zu solchen Unglücksfällen kommen muss ist bezeichnend, dafür dass sich die patriarchale Unterdrückung von Frauen* bis in Medizin und Forschung ausgeprägt. Die strukturelle Diskriminierung von Frauen*, um die es sich hier handelt, zeigt auch das Folgende: Zwei Drittel der medikamentenabhängigen Menschen sind Frauen*. Das liegt nicht nur an den oben beschriebenen zu hohen Dosierungen. Frauen* werden auch deutlich mehr Medikamente verschrieben als Männern, insbesondere Psychopharmaka. Die Frau* wird

79 immer eher als Defizit, als reparaturbedürftig betrachtet. Die Problematik liegt nicht nur in der Art und Weise wie Me-
 80 dikamente dosiert und verschrieben sondern auch wie sie erforscht werden. Erst seit 1994 gibt es in den USA medi-
 81 zinische Richtlinien veröffentlicht, die verlangten, auch weibliche Probandinnen in klinischen Studien zu testen. Auch
 82 in den Deutschland gibt es meistens viel mehr männliche Mäuse in Tierexperimenten und oft ausschließlich junge
 83 männliche Probanden in den letzten Phasen einer Medikamentenstudie. Nicht selten machen Forscher überhaupt
 84 keine Angabe zum Geschlecht der Studienteilnehmer*innen. Das hat verschiedene Gründe. Bei einer Einbeziehung
 85 von Frauen* in Studien wird eine kompliziertere Arbeit und Durchführung erwartet. Es werden mehr Teilnehmerin-
 86 nen gebraucht, um verlässliche Ergebnisse zu bekommen, denn Hormonschwankungen durch den weiblichen Zyklus,
 87 Verhütungsmittel oder Wechseljahre müssen mit eingerechnet werden. Genau diese Faktoren sind jedoch eigentlich
 88 Gründe, die umso mehr für Medikamentenstudien mit Frauen* sprechen sollten. Denn auch die späteren Konsu-
 89 mentinnen des Medikaments werden diesen Hormonschwankungen durch Zyklus, Wechseljahren oder hormoneller
 90 Verhütung ausgesetzt sein.

91 **Wir fordern:**

- 92 • **Eine Anpassung von Therapien und Medikationen nach den Bedürfnissen und den anatomischen sowie**
 93 **physiologischen Voraussetzungen von Frauen*.**
- 94 • **Bei Studien und der sonstigen Forschung dürfen finanzielle Erwägungen auf keinen Fall zu einer ge-**
 95 **schlechtsbezogenen Benachteiligung führen.**
- 96 • **Repräsentative klinische Studien, die auch die (Neben-)Wirkungen auf den weiblichen Körper ausrei-**
 97 **chend berücksichtigen.**
- 98 • **Extra Studien, die Untersuchen welchen Einfluss hormonelle Veränderungen auf die Medikamente ha-**
 99 **ben.**

100 Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass weniger Frauen* an Phase 1 Tests in der Medikamentenentwicklung teilnehmen
 101 (können). Phase 1 Tests sind die ersten Tests, die an Menschen durchgeführt werden. Die Tests werden an gesunden
 102 Freiwilligen durchgeführt und es wird das Verhalten des Wirkstoffs im Körper sowie eine mögliche Dosierung getes-
 103 tet. Wenn Frauen* an Phase 1 Tests teilnehmen, müssen sie doppelt verhüten. Das bedeutet häufig hormonell und
 104 mit Kondom. Dies passiert deshalb, da die Sorge besteht, mögliche ungeborene Kinder durch die Tests zu schaden.
 105 Bei einigen Medikamenten ist es nun so, dass keine hormonelle Verhütung für den Test gestattet ist. Das bedeutet
 106 schlussendlich, dass Frauen* nicht teilnehmen können. Hier ist die Frage warum Frauen* nicht zugestanden wird
 107 selbst zu garantieren ob sie schwanger sind oder nicht. Es ist (nicht zuletzt durch den Contergan Skandal) verständ-
 108 lich, dass ein besonderes Augenmerk darauf gelegt wird, dass Schwangere nicht an Medikamententests teilnehmen.
 109 Jedoch ist es anmaßend, dass Frauen unterstellt wird, sie könnten eine Schwangerschaft nur dann ausschließen,
 110 wenn sie hormonell verhüten.

111 **Wir fordern:**

- 112 • **Ein Einbezug von Frauen in Phase 1 Studien, wenn diese garantieren nicht schwanger zu sein.**

113

114 **Unerkannt und unbezahlt - "Frauenerkrankungen"**

115 Es gibt einige Erkrankungen, die hauptsächlich oder nur Frauen* betreffen. Eine davon ist Endometriose. Bei Endome-
 116 triose treten Zysten und Entzündungen (Endometrioseherde) auf, die sich z.B. an Eierstöcken, Darm oder Bauchfell
 117 ansiedeln. Das Gewebe ähnelt dem der Gebärmutter Schleimhaut und die Herde können mit dem hormonellen Zy-
 118 klus wachsen und bluten. Bezeichnend bei dieser Erkrankung ist, wie spät sie diagnostiziert wird. Im Schnitt warten
 119 Menschen bis zu 10 Jahre auf diese Diagnose. Hört man sich die Berichte Betroffener an, fühlten sich viele von ihren
 120 Ärzt*innen nicht ernst genommen. Da die starken Schmerzen, welche Betroffene häufig haben, dem hormonellen
 121 Zyklus unterliegen können, führt dies dazu, dass die Symptome oft für "einfache Regelschmerzen" gehalten werden.
 122 Den Betroffenen wird der Schmerz regelrecht aberkannt und auf das sowieso stigmatisierte Feld der Menstruation
 123 geschoben.

124 Ähnlich sieht es bei der Erkrankung Lipödem aus. Hierbei handelt es sich um eine krankhafte Störung der Fettvertei-
 125 lung. Sie ist extrem schmerzhaft, psychisch belastend und betrifft fast ausschließlich Frauen*. Bezeichnend ist hierbei,

126 dass es für die Krankheit mit ihren drei Stufen der Beurteilung erst seit 2017 eine Codierung im ICD 10 (Internationa-
127 le Klassifikation der Krankheiten, herausgegeben von der WHO) gibt. Eine zusätzliche Einschränkung für Erkrankte
128 ist die Tatsache, dass Krankenkassen eine Liposuktion ("Fettabsaugung") erst ab Stadium III bezahlen (und auch das
129 erst seit 2019). Bei Stadium drei der Erkrankung können sich Betroffene kaum mehr bewegen. Bei dieser Erkrankung
130 kommt neben der Diskriminierung als Frau häufig auch noch fatshamig dazu.

131 Diese beiden beschriebenen Erkrankungen und der Umgang mit ihnen zeigt wieder deutlich, wie Frauen* in und von
132 der Medizin diskriminiert werden und darunter physisch, psychisch und auch finanziell leiden.

133 **Wir fordern daher:**

- 134 • **Eine Sensibilisierung von Ärzt*innen und anderen Menschen in Gesundheitsberufen für Erkrankungen,**
135 **die vor allem Frauen* betreffen.**
- 136 • **Eine Übernahme der Therapiekosten von Krankenkassen.**
- 137 • **Eine Entstigmatisierung von Menstruation durch entsprechende Aufklärung in Schulen und eine rea-**
138 **listische Darstellung in Filmen und Werbung.**

139 Eine weitere "frauenspezifische Erkrankung" kann auch häusliche Gewalt sein. Wenn eine Frau* bei ihrem Arzt oder
140 ihrer Ärztin in der Sprechstunde von anhaltenden Magenschmerzen oder anderen Symptomen berichtet, wird meis-
141 tens an ein "natürliche" Ursache bzw. Krankheit (z.B. Gastritis) als Grund gedacht. Doch da es in Deutschland jährlich
142 knapp 115.000 Fälle von Partnerschaftsgewalt gegen Frauen* gibt (Quelle: BMSFJ 2018), ist es statistisch nicht un-
143 wahrscheinlich, dass eine Gewalterfahrung dahintersteckt. Die kann entweder zu psychosomatischen Beschwerden
144 führen oder durch das ständige Stressniveau eine tatsächliche Gastritis auslösen. Das muss viel stärker in jede Art
145 von ärztlicher Diagnostik und Therapie einbezogen werden.

146 **Wir fordern:**

- 147 • **Eine Schulung von Ärzt*innen dahingehend auch psychosomatische Symptome von Gewalt gegen Frau-**
148 **en* zu erkennen.**
- 149 • **Schulung von Menschen im Gesundheitssektor im Umgang mit Frauen* mit Gewalterfahrung sowie**
150 **Aufklärung über Hilfsangebote.**

151

152 **Gendermedizin - intersektional und queerfeministisch**

153 Das Thema Trans* ist in der Gendermedizin noch ganz in den Anfängen. Aktuell ist es schwierig an Fallzahlen zu
154 kommen, die man für aussagekräftige Studien bräuchte. Zudem gibt es große Unterschiede zwischen den Fällen,
155 was für Studien schwierig ist. Das muss sich ändern. Gendermedizin darf Trans*Menschen nicht vergessen. Das glei-
156 che gilt für intergeschlechtliche Menschen. Auch der Antrag befasst sich in den Schlüssen bezüglich der Medikamen-
157 tenentwicklung und Forschung an Krankheiten auf ein binäres Geschlechtersystem. Uns ist bewusst, dass dies ein
158 überholtes Bild darstellt. Es ist wichtig, dass mit aller Kraft daran gearbeitet wird eine Studienlage zu schaffen, die
159 Trans*Menschen und Intergeschlechtliche Menschen nicht länger ausschließt.

160 **Daher fordern wir:**

- 161 • **Vermehrte Studien mit Trans*Menschen.**
- 162 • **Vermehrte Studien mit Intergeschlechtlichen Menschen.**
- 163 • **Das Bestreben auch in der Gendermedizin das binäre Geschlechtersystem kritisch zu reflektieren.**

164 Des Weiteren ist es wichtig in der Gendermedizin zu berücksichtigen, dass es zusätzlich andere Diskriminierungen
165 geben kann. Gerade in der Medizin ist insbesondere auch Rassismus weit verbreitet und sowohl das Verhalten vie-
166 ler Ärzt*innen als auch die aktuelle Forschungslage reproduziert Rassismen. Auch übergewichtige Menschen erfah-
167 ren im medizinischen Alltag Diskriminierung. Diese Überschneidung mehrerer Diskriminierungen dürfen auch in der
168 Gendermedizin nicht außer acht gelassen werden. **Gendermedizin muss wie unser Feminismus intersektionell**
169 **sein!**

170

171 **Gender Medizin in die Lehre für alle!**

172 Wenn in der medizinischen Lehre vom Menschen gesprochen wird, darf nicht der anatomische Mann gemeint sein.
173 Die Lehre soll an eine geschlechtsspezifische Medizin ansetzen, die Frau* also nicht als medizinisch anormal betrach-
174 ten. Vorbild hierfür kann die Charité in Berlin sein, die als einzige medizinische Fakultät in Deutschland derzeit die
175 Gendermedizin lehrt. Doch nicht nur im Medizinstudium sollte die Gendermedizin Einzug erfahren. Genauso wichtig
176 ist es, sie in die Lehrpläne anderer medizinischer Berufe zu integrieren, wie Gesundheits- und Krankenpfleger*innen,
177 Notfallsanitäter*innen, Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen, Ergotherapeut*innen und viele mehr.

178 **Wir fordern:**

- 179 • **Mehr Institute für Gendermedizin und eine feste Verankerung im Lehrplan - bei allen Gesundheitsbe-**
180 **rufen.**

181 *Begründung*

182 Erfolgt mündlich