

Titel neu_Gendermedizin als Standard - der Mensch ist nicht männlich!

AntragstellerInnen Hannover, Braunschweig

Zur Weiterleitung an

angenommen mit Änderungen angenommen abgelehnt

neu_Gendermedizin als Standard - der Mensch ist nicht männlich!

1 Gendermedizin als Standard - der Mensch ist nicht männlich!

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

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

6 Gendermedizin - was ist das?

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

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

18 Herzinfarkt ist nicht gleich Herzinfarkt - Warum wir Gendermedizin brauchen

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

25 Wir fordern:

- 26 • Die umfassende Erweiterung von medizinischer Forschung und Lehre durch geschlechtsspezifische As-
27 pekte.
- 28 • Eine Anpassung der medizinischen Praxis durch gendermedizinische Diagnostiken, Therapien und Me-
29 dikationen.
- 30 • Mehr Frauen in Führungspositionen und eine Frauenquote in Institutionen wie Leitlinienkomiteesum
31 die geschlechterspezifische Behandlung zur Normalität im klinischen Alltag zu machen.

- 32 • **Kampagnen und Aufklärung über die unterschiedlichen Symptome von Frauen* bei lebensbedrohli-**
 33 **chen Erkrankungen wie dem Herzinfarkt.**

34

35 **Nicht alles ist Biologie**

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

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

54 **Daher fordern wir:**

- 55 • **Konsequente Aufklärung darüber, dass neben dem biologischen "sex" auch das "gender" berücksich-**
 56 **tigt wird.**
- 57 • **Ein Abwenden von Rollenklischees und Aufklärung über "toxische Männlichkeit" insbesondere im Rah-**
 58 **men von psychischen Erkrankungen.**
- 59 • **Aufklärungsarbeit zur grundsätzlichen Normalisierung von psychischen Erkrankungen.**
- 60 • **Eine Biologisierung nur da, wo sie wirklich nötig und klar zu begründen ist.**
- 61 • **Eine Sensibilisierung von Mediziner*innen und Forschenden dafür, ob sich hinter scheinbar biologi-**
 62 **schen Fakten Vorurteile und Stereotype verbergen.**

63

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

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

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

92 **Wir fordern:**

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

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

112 **Wir fordern:**

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

114

115 **Unerkant und unbezahlt - "Frauenerkrankungen"**

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

125 Ähnlich sieht es bei der Erkrankung Lipödem aus. Hierbei handelt es sich um eine krankhafte Störung der Fettvertei-
 126 lung. Sie ist extrem schmerzhaft, psychisch belastend und betrifft fast ausschließlich Frauen. Bezeichnend ist hierbei,
 127 dass es für die Krankheit mit ihren drei Stufen der Beurteilung erst seit 2017 eine Codierung im ICD 10 (Internationale

128 Klassifikation der Krankheiten, herausgegeben von der WHO) gibt. Eine zusätzliche Einschränkung für Erkrankte ist
 129 die Tatsache, dass Krankenkassen eine Liposuktion ("Fettabsaugung") erst ab Stadium III bezahlen (und auch das
 130 erst seit 2019). Bei Stadium drei der Erkrankung können sich Betroffene kaum mehr bewegen. Bei dieser Erkrankung
 131 kommt neben der Diskriminierung als Frau häufig auch noch fatshamig dazu.

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

134 **Wir fordern daher:**

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

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

147 **Wir fordern:**

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

152

153 **Gendermedizin - intersektional und queerfeministisch**

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

161 **Daher fordern wir:**

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

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

171

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

173 Wenn in der medizinischen Lehre vom Menschen gesprochen wird, darf nicht der anatomische Mann gemeint sein.
174 Die Lehre soll an eine geschlechtsspezifische Medizin ansetzen, die Frau also nicht als medizinisch anormal betrach-
175 ten. Vorbild hierfür kann die Charité in Berlin sein, die als einzige medizinische Fakultät in Deutschland Gendermedizin
176 im regulären Curriculum für Medizinstudierende hat. Mindestens genauso wichtig ist, dass die Lehre nicht fast aus-
177 schließlich von Männern gehalten wird (wie es vielerorts leider der Fall ist). Und nicht nur im Medizinstudium sollte die
178 Gendermedizin Einzug erfahren. Ebenso wichtig ist es, sie in die Lehrpläne anderer medizinischer Berufe zu integrie-
179 ren, wie Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Notfallsanitäter*innen, Physiotherapeut*innen, Psycholg*innen,
180 Ergotherapeut*innen und viele mehr.

181 **Wir fordern:**

- 182 • **Mehr Institute für Gendermedizin und eine feste Verankerung im Lehrplan - bei allen Gesundheitsbe-**
183 **rufen.**
- 184 • **Ausstattung des Fachbereichs der Gendermedizin mit erheblichen öffentlichen Fördermitteln auszu-**
185 **statten, um es für Universitäten attraktiv zu machen, Forschungszentren für Gendermedizin zu grün-**
186 **den.**
- 187 • **Erhöhung des Anteils von Professorinnen im Medizinstudium durch gezielte Maßnahmen zur Frauen-**
188 **förderung**