

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Christoph Birghan, Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Claudia Weiss, Carina Schießl, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Joachim Bloch, Tobias Ebenberger, Nicole Hess, Birgit Bessin, Kerstin Przygodda, Alexis L. Giersch, Martina Kempf, Stefan Möller, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Thomas Fetsch und der Fraktion der AfD

Bevölkerungsgruppenspezifische Gesundheitsforschung

Am 18. Januar 2026 erklärte die Bundesministerin für Forschung, Technologie und Raumfahrt, Dorothee Bär, in einem Interview mit der Süddeutsche Zeitung, Deutschland weise im Bereich der Frauengesundheit weiterhin erheblichen Nachholbedarf auf und sei in Teilen als „Entwicklungsland“ zu bewerten (www.sueddeutsche.de/politik/csu-forschungsministerin-dorothee-baer-high-tech-agenda-sexismus-forschung-li.3364518?reduced=true). Zugleich kündigte sie an, künftig gezielte Fördermittel für die Erforschung frauenspezifischer Gesundheitsfragen.

Die Berücksichtigung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen in der medizinischen Forschung und in klinischen Studien ist auf nationaler wie europäischer Ebene durch verschiedene Rechtsgrundlagen geregelt. Sowohl das Arzneimittelgesetz als auch die einschlägigen EU-Vorschriften, darunter die Verordnung (EU) Nr. 536/2014 über klinische Prüfungen, enthalten Vorgaben zur Zusammensetzung der Studienpopulationen und zur Erhebung differenzierter Daten.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Was versteht die Bundesregierung unter „geschlechtersensibler Forschung“?
2. Was versteht die Bundesregierung unter „Frauengesundheit“, „Männergesundheit“ bzw. „Kindergesundheit“?
3. Wie definiert die Bundesregierung die Begriffe „intergeschlechtliche Gesundheit“, „Gesundheit nichtbinärer Menschen“ sowie „Transmenschengesundheit“?
4. Was versteht die Bundesregierung unter „Geschlecht“ im Rahmen der medizinischen Forschung (insbesondere im Hinblick auf die Differenzierung zwischen biologischen Merkmalen und soziokulturellen Faktoren)?
5. Wie definiert die Bundesregierung den Begriff „Gender Data Gap“?
6. Welche soziodemografischen, biologischen oder gesellschaftlichen Bevölkerungsgruppen betrachtet die Bundesregierung darüber hinaus als relevant für eine differenzierte und evidenzbasierte medizinische Forschung und warum?

7. Auf welche spezifischen internationalen Benchmarks oder Ländervergleiche stützt die Forschungsministerin ihre Einschätzung, Deutschland sei in Teilen ein „Entwicklungsland“ im Bereich der Frauengesundheit?
8. In welchen konkreten Zahlen und statistischen Indikatoren zeigt sich das Gender Data Gap in Deutschland aktuell?
9. Bei welchen Krankheiten oder Gesundheitsstörungen betrachtet die Bundesregierung das Geschlecht als besonders relevante Kategorie für eine differenzierte Forschung?
10. Wie erklärt die Bundesregierung die unterschiedlichen durchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen?
11. Wie erklärt die Bundesregierung eine um etwa fünf Jahre geringere Lebenserwartung von Männern im Vergleich zu Frauen?
12. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Häufigkeit von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) bei Frauen im Vergleich zu Männern und inwieweit führt sie diese auf das Gender Data Gap zurück?
13. Welche weiteren strukturellen Datenlücken oder Defizite in der medizinischen Forschung bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung über das Gender Data Gap hinaus?
14. Woran macht die Bundesregierung eine etwaig vorliegende Benachteiligung bestimmter Bevölkerungsgruppen in der medizinischen Versorgung konkret fest?
15. Wie hat sich die Partizipation der jeweils relevanten Bevölkerungsgruppen, insbesondere von Frauen, in klinischen Studien der Phasen I, II und III seit 1975 entwickelt (bitte in 10-Jahres-Schritten aufschlüsseln)?
16. Aus welchen medizinischen, rechtlichen oder ethischen Gründen kommt es nach Kenntnis der Bundesregierung zur systematischen Über- oder Unterrepräsentation einzelner Gruppen in klinischen Studien?
17. Inwieweit ist die Unterrepräsentanz von Frauen in Phase-I-Studien (gesunde Probanden) durch Sorgen vor potenziellen Risiken für die Fortpflanzungsfähigkeit begründet und wie bewertet die Bundesregierung dieses Hindernis für die Datenerhebung?
18. Welche Rolle spielt die elektronische Patientenakte (ePA) nach Ansicht der Bundesregierung bei der künftigen Schließung des Gender Data Gap und wie wird sichergestellt, dass diese Daten für die Forschung nutzbar gemacht werden?
19. Welche nationalen und europäischen Rechtsgrundlagen (z. B. AMG, Verordnung (EU) Nr. 536/2014) verpflichten seit wann die Berücksichtigung unterschiedlicher Geschlechter in der medizinischen Forschung?
20. Sieht die Bundesregierung bestehende oder potenzielle Regelungslücken hinsichtlich der Rechtsgrundlagen (z. B. AMG, Verordnung [EU] Nr. 536/2014), und wenn ja, in welchen Bereichen?
21. Wie erklärt die Bundesregierung, dass es trotz bestehender gesetzlicher Vorgaben und Prüfverfahren insbesondere bei Arzneimittelzulassungen weiterhin zu einem Gender Data Gap kommen kann?
22. In welcher Höhe wurden seit 2015 durch die Bundesregierung Mittel für die bevölkerungsgruppenspezifische Gesundheitsforschung bereitgestellt (bitte von 2015 bis 2025 nach Zielgruppen aufschlüsseln)?

23. Inwieweit macht die Bundesregierung die Vergabe von Forschungsmitteln (z. B. durch das BMFTR oder die DFG) künftig davon abhängig, dass in den Forschungsdesigns eine nach Bevölkerungsgruppen differenzierte Analyse zwingend vorgesehen ist?
24. In welcher Höhe wurden seit 2015 durch die Privatwirtschaft in Deutschland Mittel für die bevölkerungsgruppenspezifische Gesundheitsforschung bereitgestellt oder investiert (soweit der Bundesregierung hierzu Daten vorliegen)?

Berlin, den 9. März 2026

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.