

Antrag

der Abgeordneten Julia-Christina Stange, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, Jorrit Bosch, Anne-Mieke Bremer, Maik Brückner, Mandy Eißing, Kathrin Gebel, Christian Görke, Ates Gürpınar, Mareike Hermeier, Maren Kaminski, Cansin Köktürk, Ina Latendorf, Sonja Lemke, Stella Merendino, Sören Pellmann, Heidi Reichinnek, Zada Salihović, David Schliesing, Evelyn Schötz, Donata Vogtschmidt, Sarah Vollath und der Fraktion Die Linke

Frauengesundheit intersektional und strategisch denken – Für eine Gesamtstrategie Frauengesundheit

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Frauen in Deutschland haben eine höhere Lebenserwartung als Männer, geben jedoch im Durchschnitt altersunabhängig einen schlechteren Gesundheitszustand an.¹ Ein bedeutsamer Erklärungsfaktor liegt in systematischen Geschlechterlücken der medizinischen Forschung: Studien, diagnostische Standards, Behandlungsleitlinien und Versorgungsstrukturen wurden historisch an männlichen Referenzpopulationen entwickelt und ohne hinreichende Anpassung auf Frauen übertragen. Diese Lücke kann zu Diagnoseverzögerungen, inadäquaten oder potenziell schädlichen Behandlungen sowie dem Vorenthalten wirksamer Therapien beitragen. Da auch die medizinische Ausbildung hierzulande nach wie vor weitgehend an männlichen Normkörpern orientiert ist, werden geschlechtsspezifische Symptomatik in der Praxis häufig nicht erkannt oder fälschlicherweise als psychosomatisch fehlklassifiziert.² Einige Studien zeigen, dass Frauen bei akuten Schmerzen seltener Schmerzmittel erhalten und stattdessen häufiger an psychologische Fachkräfte überwiesen werden.³

Gesundheitliche Ungleichheiten überlagern sich mit weiteren Dimensionen sozialer Ungleichheit, wie Alter, Bildung, Einkommen, Familienform und kulturellem Hintergrund und tragen wesentlich zum Gesundheitszustand bei. Frauen übernehmen den überwiegenden Teil der Sorgearbeit, sind häufiger in prekären Beschäftigungsverhältnissen tätig und Lohndiskriminierung ausgesetzt, was das Risiko für Armut sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen signifikant erhöht. Frauen, die an sozioökonomisch schlechter gestellten Wohnorten leben, haben eine 4,3 Jahre geringere Lebenserwartung als der Durchschnitt der

¹<https://www.bundesstiftung-gleichstellung.de/gleichstellungsindikatoren-und-gender-gaps-wie-koennen-wir-gleichstellung-messen/gender-health-gap/>

²<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8812498/>

³https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskriminieren_diskriminierung_gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Bevölkerung; diese Differenz hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich vergrößert.⁴ Bei mehrfach benachteiligten Frauen wie Frauen mit Behinderung, trans Personen und schwarzen Frauen treten gesundheitliche Belastungen, erschwerter Zugang zu Unterstützungsangeboten und Diskriminierung häufig gleichzeitig auf. Dadurch haben sie oftmals unterschiedliche und erhöhte Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe.¹

Trotz wachsender wissenschaftlicher Evidenz fehlt es in Deutschland bislang an einer umfassenden, verbindlichen Gesamtstrategie mit messbaren Zielen, klaren Zuständigkeiten und gesicherter Finanzierung. Einzelne Berichte, befristete Modellprojekte und punktuelle Förderungen können eine strategische Gesamtkonzeption nicht ersetzen. Diese Fragmentierung erschwert die Überführung wissenschaftlicher Evidenz über geschlechts- und genderspezifische Gesundheitsunterschiede in die Versorgungspraxis. Ein weiteres Defizit liegt in der Datenbasis: Der zuletzt 2020 veröffentlichte Frauengesundheitsbericht des RKI ist derzeit die umfassendste verfügbare Grundlage, jedoch nicht in ein kontinuierliches Monitoring eingebettet. Bestehende Datensätze sind nur äußerst begrenzt für intersektionale Auswertungen nutzbar, da Daten zu beispielsweise trans und nicht binären Personen im Gesundheitssystem kaum vorliegen.¹

Deutschland hat durch die Ratifizierung der UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW) sowie der Istanbul-Konvention konkrete völkerrechtliche Verpflichtungen zur Förderung der Frauengesundheit und reproduktiven Rechte übernommen. Der CEDAW-Ausschuss benannte 2023 erhebliche Umsetzungsdefizite. Zugleich verpflichtet Art. 3 Absatz 2 GG den Staat zur Förderung von Gleichberechtigung und dazu, auf die Beseitigung bestehender Nachteile hinzuwirken. Ein strukturell bedingter Gender Health Gap ist mit diesem verfassungsrechtlichen Auftrag unvereinbar.

Die Bedingungen für einen Kurswechsel waren selten günstiger. Das Europäische Parlament verabschiedete im November 2025 einen Initiativbericht, der die EU-Kommission zur Vorlage einer Gleichstellungsstrategie aufforderte. Die Kommission legte diese Strategie für 2026-2030 vor, welche erstmals einen eigenständigen Abschnitt zu Frauengesundheit enthält. Gleichzeitig fördert die Bundesregierung in der laufenden Legislaturperiode mehrere Forschungsprojekte im Bereich Frauengesundheit, deren strategische Steuerung bisher unklar bleibt.^{5,6}

Österreich und England zeigen das Potenzial bundesweiter Strategien. Österreich verabschiedete 2017 den „Aktionsplan Frauengesundheit“ mit 17 Wirkungszielen und 40 Maßnahmen, der zentrale Bereiche wie Forschung, Versorgung, Gesundheitskompetenz sowie sexuelle, reproduktive und psychische Gesundheit abdeckt und soziale Determinanten von Gesundheit besonders berücksichtigt.⁷ England führte 2022 eine sektorenübergreifende Frauengesundheitsstrategie ein. Eine erste Evaluation des RCOG berichtete messbare Fortschritte, darunter 25 Millionen Pfund Investitionen in regionale Women's Health Hubs und einen verbesserten Zugang zu Hormonersatztherapien, wies aber weitere bestehende Ungleichheiten aus (u.a. erhöhte maternale Sterblichkeit schwarzer Frauen), die bei der Strategieerneuerung adressiert wurden.⁸ Beide Beispiele belegen, dass eine Monitoring-gestützte Strategie ein lernfähiges Steuerungsinstrument ist, an das Deutschland anknüpfen sollte.

Deutschland verfügt bereits über vielversprechende Forschungsprojekte, erste Gendermedizin-Einrichtungen und einzelne spezialisierte Versorgungsstrukturen.

⁴https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/12441/JHealthMonit_2025_01_Lebenserwartungsluecke.pdf

⁵https://eurohealth.ie/eu_strategy_for_womens_health/

⁶<https://womenlobby.org/gender-equality-strategy-analysis/>

⁷https://academic.oup.com/eurpub/article/31/Supplement_3/ckab164.780/6405269?login=true

⁸<https://www.rcog.org.uk/media/eqlnvfyf1/a-work-in-progress-evaluation-of-the-womens-health-strategy.pdf>

Diese Initiativen bleiben jedoch fragmentiert, zeitlich begrenzt und ohne strategischen Gesamtrahmen. Es ist Aufgabe des Deutschen Bundestages, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, damit Frauengesundheit flächendeckend und dauerhaft zur politischen Priorität wird.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. eine ressortübergreifende Gesamtstrategie für Frauengesundheit vorzulegen, die in einem intersektionalen Prozess, unter Beteiligung von Wissenschaft, Mitarbeitenden der Versorgungspraxis, Nicht-Regierungsorganisationen und Patient*innenvertretungen erarbeitet wird, dem Lebensphasenansatz folgt und messbare Indikatoren zur Erfolgskontrolle enthält;
2. ein dauerhaft und mit bedarfsgerechten Titellansätzen versehenes Kapitel im Einzelplan 15 des Bundeshaushalts zu schaffen, welches die Maßnahmen und Programme der Gesamtstrategie Frauengesundheit gebündelt umfasst, mit dem Ziel die Gesamtstrategie dauerhaft zu finanzieren, kurzfristige Projektförderungen durch strukturelle Finanzierungsinstrumente zu ersetzen und dabei einen Anteil für intersektionale und zielgruppenspezifische Maßnahmen vorzusehen;
3. bei einer nachgeordneten Behörde (z.B. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)) eine bundesweite Kontaktstelle für Frauengesundheit zu errichten, die als wirksame Steuerungsstruktur nach österreichischem Vorbild fungiert und die Koordination und Bündelung von Informationen aus Forschung, Politik und Gesundheitsberichterstattung übernimmt, diese in Berichten aufbereitet sowie auf die Etablierung korrespondierender Kontaktstrukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst aller Länder hinwirkt;
4. zu evaluieren, inwiefern die bisherige Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in Forschungsprogrammen des Bundes ausreichend ist, um Lücken bei Forschungsdaten bezogen auf Geschlecht und Geschlechtsstereotypen zu schließen und ggf. bestehende Vorgaben anzupassen oder weitergehende Rahmensetzungen zu entwickeln, um diese zu schließen;
5. die geschlechtssensible Qualifizierung im Gesundheitswesen verbindlich zu stärken, indem entsprechende Inhalte auf Bundesebene für die Länder in Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe, inklusive der ärztlichen Approbationsordnung, gefördert und verankert werden sowie darauf hinzuwirken, dass Geschlechter- und Gendersensibilität als Querschnittsthema in landesrechtlich geregelten Studien- und Ausbildungsgängen von Gesundheitsberufen aufgenommen, prüfungsrelevant ausgestaltet und evaluiert wird;
6. den Deutschen Bundestag jährlich über den Umsetzungsstand der Strategie zu unterrichten und vier Jahre nach Verabschiedung eine unabhängige Evaluation durchzuführen, um deren Ergebnisse verbindlich in die Fortschreibung der Strategie einfließen zu lassen.

Berlin, den 7. Juli 2026

Heidi Reichinnek, Sören Pellmann und Fraktion

Begründung

Zu 1. In Deutschland existieren zahlreiche Einzelvorhaben zu Frauengesundheit in Politik, Wissenschaft und Zivilgesellschaft. Um einen evidenzbasierten Transfer von Forschungsergebnissen in Versorgung und Politik sicherzustellen, bedarf es einer strategischen Bündelung unter messbaren Zielgrößen. Der Lebensphasenansatz ermöglicht es, spezifische Bedarfe von Mädchen und Frauen, von Kindheit bis ins hohe Lebensalter, systematisch zu erfassen und zielgruppenspezifische Maßnahmen zu entwickeln.⁹ Gleichzeitig bietet der Health-in-All-Policies-Ansatz die Möglichkeit, gesundheitliche Zielsetzungen ressortübergreifend entlang der sozialen Determinanten von Gesundheit nachhaltig zu erreichen.¹⁰ Dass sektorenübergreifende Verankerung ein zentrales Merkmal erfolgreicher Gesamtstrategien ist, belegen vergleichende internationale Vorhaben.¹¹ Eine intersektionale Ausrichtung ist erforderlich, da gesundheitliche Ungleichheiten und Zugangsbarrieren durch das Zusammenwirken mehrerer Diskriminierungsdimensionen wie Geschlecht, Behinderung, sexueller und geschlechtlicher Identität sowie Migrationsgeschichte erheblich verstärkt werden. Das Robert-Koch-Institut (RKI) benennt für diese vulnerablen Gruppen erhebliche Datenlücken, die aktuell eine differenzierte Versorgungsplanung erschweren.¹²

Zu 2. Strukturreformen in der Versorgung, dauerhaftes Monitoring und institutionelle Koordination erfordern mehrjährige, verlässlich planbare Mittel. Ein eigenständiges Haushaltskapitel schafft drei unmittelbare Steuerungseffekte: politische Transparenz und parlamentarische Verbindlichkeit; Planungssicherheit für Forschungseinrichtungen, Versorgungsstrukturen und zivilgesellschaftliche Akteur*innen; sowie eine belastbare Grundlage für eine mehrjährige strategische Ausrichtung.

Zu 3. Das RKI hat zuletzt 2020 einen umfassenden Frauengesundheitsbericht vorgelegt. Datenlücken bestehen insbesondere bei intersektionalen Dimensionen, frauenspezifischen Erkrankungen und bei der Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen.¹² Eine kontinuierliche, systematische Berichterstattung auf Bundesebene ist Voraussetzung für eine wirkungsorientierte Strategieumsetzung. Österreich zeigte, dass länderübergreifende Koordinierungsstellen und ein kontinuierliches Monitoring zu nachweisbaren Fortschritten bei der Schließung von Datenlücken und Verbesserung institutioneller Koordination führen können. Durch die Ansiedlung von Ansprechpersonen in den Ländern können regionale Versorgungsdaten systematisch erfasst werden und nach dem Vorbild der Gesundheitsberichterstattung des Bundes an die entsprechende nachgeordnete Behörde (z.B. BIÖG) übermittelt werden. Durch die Angliederung an bestehende Strukturen können bundeseinheitliche Standards etabliert, Dopplungen vermieden und auf Bundesebene gebündelt sowie koordiniert werden.

Zu 4. Da klinische Studien historisch überwiegend an männlichen Populationen durchgeführt wurden, bleiben geschlechtsspezifische Krankheitsverläufe und Erkrankungen mit vorwiegend weiblicher Betroffenheit, wie PMS, PMOS und Vulvodynie, unterforscht. Insbesondere für vulnerable Gruppen, wie queere Frauen, Frauen mit Fluchterfahrung oder Frauen mit Behinderung, fehlen Daten, die intersektionale Analysen¹² und zielgruppenspezifische Ansätze ermöglichen würden. Eine Evaluation bestehender Forschungsprogramme ermöglicht es, diese Lücken systematisch zu identifizieren und durch angepasste Rahmensetzung zu schließen.

Zu 5. Klinisches Wissen über geschlechts- und genderspezifische Aspekte ist in der gesundheitlichen Ausbildung weiterhin nur punktuell verankert. Eine im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführte Erhebung zeigt, dass sich Mediziner*innen sowie weitere Gesundheitsfachkräfte mehrheitlich für die Aufnahme von Geschlechtsaspekten in Ausbildungs- und Prüfungsordnungen aussprechen, wies allerdings auf erhebliche Defizite bei der strukturellen Integration hin.¹³ Die aktuell geltende Approbationsordnung für Ärzt*innen sowie Curricula der Gesundheitsfachberufe sehen eine Verankerung der Gendermedizin als eigenständige, verpflichtende Querschnittskompetenz nicht vor. Mit der geplanten Reform der Approbationsordnung und der

⁹<https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/lebenslagen-und-lebensphasen/>

¹⁰<https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheits-in-allen-politikfeldern-health-in-all-policies-hiap/>

¹¹<https://www.health.gov.au/sites/default/files/2025-09/national-women-s-health-strategy-2020-2030-baseline-assessment-report.pdf>

¹²https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitsberichterstattung/Berichte/Frauenbericht/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.pdf?__blob=publicationFile&v=3

¹³https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Kurzbericht_Integration_von_Aspekten_der_Geschlechtersensibilitaet.pdf

damit verbundenen Verankerung des weiterentwickelten Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) sollen künftig verbindliche Grundlagen für die Berücksichtigung geschlechtssensibler Medizin geschaffen werden¹⁴; Zeitpunkt, Umfang und Umsetzungstiefe bleiben jedoch bislang unklar. Für andere Gesundheitsfachberufe fehlen vergleichbare Regelungen bislang. Eine konsequente Verankerung von geschlechts- und gendersensiblen Inhalten in Curricula sowie Fort- und Weiterbildungen bietet erhebliches Potenzial, diagnostische Verzerrungen systematisch abzubauen und Aufklärung sowie Versorgungsqualität zu verbessern.

Zu 6. Parlamentarische Kontrolle ist ein zentraler Mechanismus zur Sicherstellung der Umsetzungsqualität. Eine verpflichtende, regelmäßige Berichterstattung kann Versorgungslücken offenlegen, strukturelle Entwicklungen sichtbar machen und aufzeigen, welche Strategieanpassungen erforderlich sind, um zukünftige Bedarfe zielgerichteter abzubilden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

¹⁴https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/klinische-angiologie/einfuehrung-in-die-geschlechtersensible-medicin?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-61379-5_211