

Unterrepräsentation in Studien & Gender Data Gap

Autor: Wolfram Klatt

Veröffentlicht am: 10.08.2026

Dokument generiert über Gesundheitsmythen.de

ZUSAMMENFASSUNG (ABSTRACT)

Die evidenzbasierte Medizin litt lange unter der Orientierung am männlichen Standardpatienten, was zu Datenlücken bei Frauen, älteren multimorbiden Menschen und ethnischen Minderheiten führte. Dieser Gender Data Gap resultiert in häufigeren Nebenwirkungen, Fehldiagnosen und unpassenden Dosierungen. Echte Reformen verlangen geschlechtersensible Forschung, diversifizierte Probandengruppen und verpflichtende Vorgaben bei der Zulassung.

Der blinde Fleck der evidenzbasierten Medizin: Wer in der Forschung fehlt – und wie wir das System heilen können

Ein Medikament kommt auf den Markt. Es hat alle Phasen der strengen klinischen Prüfung durchlaufen, wurde von nationalen und internationalen Zulassungsbehörden auf Herz und Nieren geprüft und von Ärztinnen und Ärzten millionenfach verschrieben. Doch Wochen, manchmal erst Jahre später, zeigt sich ein erschreckendes Bild: Bei einer bestimmten Gruppe von Patientinnen und Patienten wirkt das Präparat nicht wie erhofft. Schlimmer noch, es löst bei ihnen unverhältnismäßig oft schwere Nebenwirkungen aus. Dieser Moment ist leider kein bedauerlicher Einzelfall in der Medizingeschichte, sondern ein strukturelles Symptom eines tief

verwurzelten Problems im globalen und deutschen Gesundheitssystem.

Die evidenzbasierte Medizin (EbM) hat in den letzten Jahrzehnten historische Triumphe gefeiert und die Lebenserwartung sowie die Lebensqualität von Milliarden Menschen drastisch erhöht. Doch diese Evidenz hat einen systematischen blinden Fleck. Die fundamentale Basis unseres medizinischen Wissens – die klinische Studie – ist historisch verzerrt. Wer nicht dem klassischen Bild des sogenannten „Standardpatienten“ entspricht, wurde und wird in der Datenerhebung allzu oft übersehen. Dieser umfassende Artikel beleuchtet die gravierenden Lücken in der medizinischen Forschung, visualisiert, wie diese strukturellen Fehler von der Pseudomedizin instrumentalisiert werden, und skizziert echte, evidenzbasierte Lösungswege für ein gerechteres Gesundheitssystem, das allen Menschen dient.

1. Problemdefinition: Der Mythos des „Standardmenschen“

Das Kernproblem im modernen Gesundheitssystem liegt in der historischen und strukturellen Konzeption medizinischer Forschung. Lange Zeit – und in vielen Bereichen bis in die heutige Zeit hinein – galt in der medizinischen Wissenschaft ein unausgesprochener, aber strikter Standard: Der Prototyp des menschlichen Körpers ist männlich, weiß, mittleren Alters und wiegt etwa 75 Kilogramm. Dieser sogenannte „Standardmensch“ (oft als *Reference Man* bezeichnet) bildete jahrzehntelang die universelle Blaupause für die Erforschung von Krankheiten, die Entwicklung neuer Medikamente, das Design von medizinischen Geräten und die Festlegung von Dosierungsrichtlinien.

Frauen wurden in der medizinischen Lehre lange Zeit lediglich als "kleinere Männer mit Fortpflanzungsorganen" betrachtet – ein Phänomen, das in der Fachwelt kritisch als "**Bikini-Medizin**" bezeichnet wird. Diese Sichtweise ignoriert die fundamentale biologische Realität, dass jede einzelne Körperzelle ein Geschlecht (XX oder XY) hat. Stoffwechsel, Immunsystem, Herz-Kreislauf-System und sogar die Schmerzwahrnehmung unterscheiden sich bis auf die zelluläre und molekulare Ebene.

Die Gründe für diesen historischen Ausschluss waren anfangs oft von dem Wunsch geprägt, Risiken zu minimieren. Nach der verheerenden Contergan-Tragödie (Thalidomid) in den späten 1950er und frühen 1960er Jahren, bei der ein Beruhigungsmittel schwere Fehlbildungen bei Ungeborenen verursachte, erließen Behörden weltweit strenge Regeln. Frauen im gebärfähigen

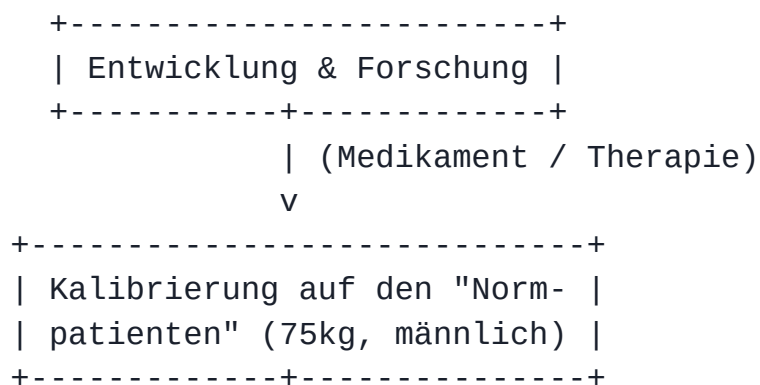
Alter wurden pauschal aus den frühen Phasen klinischer Studien (Phase I und II) ausgeschlossen, um mögliche fruchtschädigende (teratogene) Nebenwirkungen gänzlich auszuschließen.

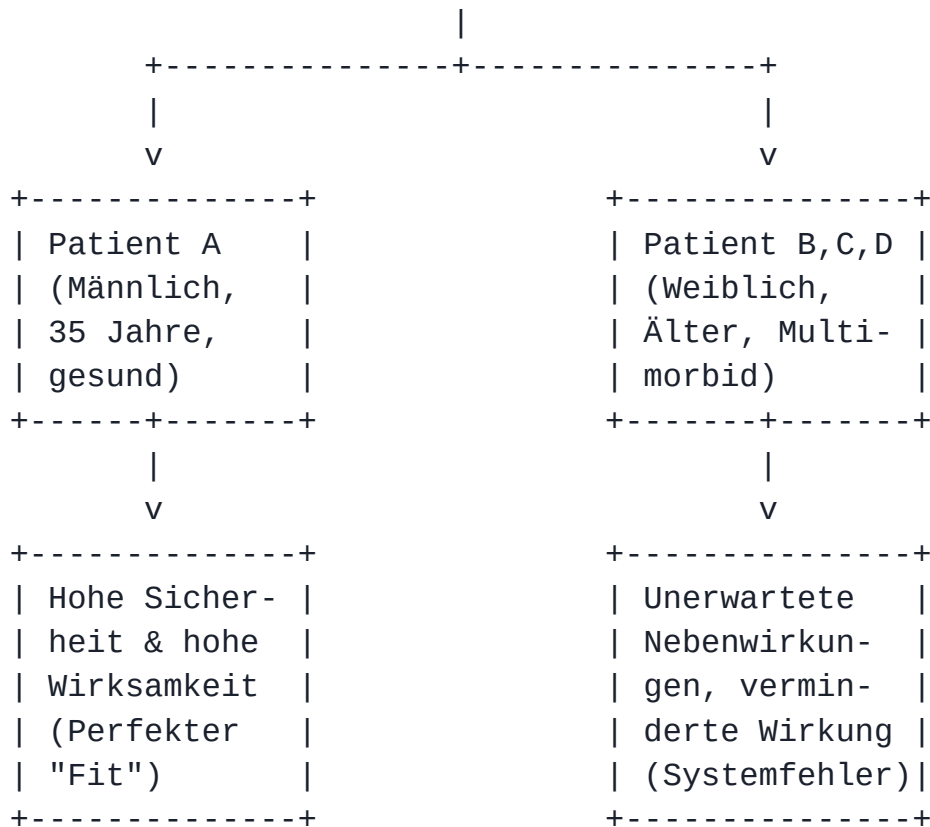
Zusätzlich argumentierten viele Forscher aus einer Haltung der methodischen Bequemlichkeit heraus: Der weibliche Menstruationszyklus und die damit verbundenen hormonellen Schwankungen würden die Studienergebnisse „verunreinigen“. Ein durch Hormone bedingtes Rauschen in den Daten mache die Auswertung komplizierter, langwieriger und teurer. Der männliche Körper galt als die stabilere, "reiner" und mathematisch unkompliziertere Norm.

Ähnlich pragmatisch, aber ebenso fatal für die spätere Versorgung, war und ist der Ausschluss älterer Menschen mit Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität). Um in einer Studie eine glasklare, statistisch signifikante Kausalität für ein einziges neues Medikament nachweisen zu können, benötigt man "saubere" Probanden – Menschen, die idealerweise nur an der zu erforschenden Krankheit leiden und keine weiteren Medikamente einnehmen. Auch ethnische Minderheiten und Menschen aus sozial schwächeren Schichten waren und sind aufgrund von strukturellen Barrieren (wie fehlender Aufklärung, sprachlichen Hürden, weiten Wegen zu Studienzentren) massiv unterrepräsentiert.

Die Metapher des Crash-Test-Dummys

Um dieses Problem zu veranschaulichen, hilft ein Blick in die Automobilindustrie. Jahrzehntlang wurden Crashtests ausschließlich mit Dummys durchgeführt, die in Größe und Gewicht dem 75-Kilogramm-Standardmann entsprachen. Die Sicherheitsgurte, Airbags und Knautschzonen wurden perfekt auf diesen Körperbau abgestimmt. Das Resultat: Bei identischen Verkehrsunfällen erlitten Frauen ein um fast 50 Prozent höheres Risiko für schwere Verletzungen, weil die Sicherheitsmechanismen nicht auf ihre Anatomie, Nackenmuskulatur oder Sitzposition ausgelegt waren. Die Medizin operiert vielerorts noch immer mit diesem einen "Dummy".



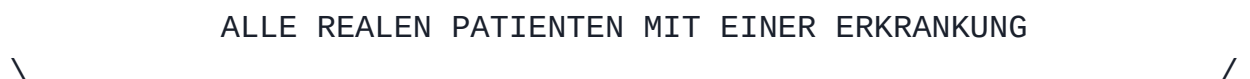


Das Ergebnis dieser Entwicklung ist eine evidenzbasierte Medizin, die zwar für den „Standardmenschen“ hochgradig optimiert und extrem sicher ist, für die Mehrheit der realen Bevölkerung – Frauen, Ältere, Kinder und genetisch diverse Gruppen – jedoch oft auf einer erschreckend dünnen Datenlage operiert.

2. Die wahre Faktenlage: Der Filter der Exklusion

Die Dimension dieses Problems, oft als **Gender Data Gap** oder allgemeiner als **Diversity Data Gap** bezeichnet, ist enorm und lässt sich durch unzählige Berichte von Gesundheitsbehörden wie dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder der amerikanischen FDA klar belegen.

Um zu verstehen, warum die Datenlage so einseitig ist, müssen wir uns den Rekrutierungsprozess einer klassischen randomisierten kontrollierten Studie (RCT) als strengen Filter vorstellen:



Erleiden Frauen jedoch einen Herzinfarkt, zeigen sie weitaus häufiger unspezifischere Symptome. Dazu gehören extreme, unerklärliche Erschöpfung, Übelkeit, Schmerzen im Oberbauch, Rückenschmerzen oder Kurzatmigkeit. Die Konsequenz dieser "atypischen" (was eigentlich nur heißt: nicht-männlichen) Präsentation: Herzinfarkte bei Frauen werden in der Notaufnahme oft als Magenverstimmung oder Panikattacke fehldiagnostiziert. Wertvolle Zeit, in der Herzmuskelgewebe abstirbt, verstreicht ungenutzt. Das **Yentl-Syndrom** beschreibt dieses Phänomen: Frauen müssen die Symptome eines Mannes aufweisen, um die adäquate Behandlung eines Mannes zu erhalten.

Die Alters- und Multimorbiditäts-Lücke

Daten gesetzlicher Krankenkassen zeigen eindeutig: Der durchschnittliche Patient in deutschen Krankenhäusern ist hochbetagt und leidet an drei oder mehr chronischen Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität). In klinischen Studien liegt das Durchschnittsalter der Probanden jedoch oft Jahrzehnte unter dem der tatsächlichen Zielgruppe.

Wir testen hochkomplexe Medikamente an relativ gesunden 50-Jährigen, wenden sie aber später in der Praxis an gebrechlichen 80-Jährigen an, die bereits zehn andere Medikamente einnehmen (Polypharmazie). Wie der neue Wirkstoff mit den altersbedingt veränderten Organen oder den zahlreichen anderen Tabletten interagiert, bleibt zum Zeitpunkt der Zulassung oft ein riskantes Blindflug-Experiment am Patienten.

Der blinde Fleck bei Kindern und ethnischen Minderheiten

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Ihr Stoffwechsel ist völlig anders getaktet, Organe befinden sich noch im Wachstum. Dennoch müssen Kinderärzte mangels pädiatrischer Studien oft Medikamente im sogenannten "Off-Label-Use" verschreiben, indem sie die Erwachsenenendosis einfach grob nach Körpergewicht herunterrechnen.

Auch die ethnische Diversität ist erschreckend gering. Medizinische Standardwerke zeigen Hauterkrankungen (wie Hautkrebs, Lyme-Borreliose oder Masern) fast ausnahmslos auf heller, weißer Haut. Auf dunkler Haut sehen diese Rötungen und Ausschläge völlig anders aus, was in der Praxis zu dramatischen Diagnoseverzögerungen bei People of Color führt. Während der COVID-19-Pandemie zeigte sich zudem, dass Pulsoximeter (Geräte zur Messung des Blutsauerstoffs am Finger) bei dunkelhäutigen Menschen den Sauerstoffgehalt systematisch

überschätzten, da sie primär an hellen Hauttypen kalibriert worden waren – ein Umstand, der buchstäblich Leben kostete, da lebensrettende Sauerstofftherapien zu spät eingeleitet wurden.

3. Die Instrumentalisierung durch Pseudomedizin: Das falsche Rettungsboot

Wo die evidenzbasierte, wissenschaftliche Medizin durch strukturelle Fehler Lücken aufweist und Patientenbedürfnisse unbefriedigt lässt, wächst ein gigantischer Markt für einfache, trügerische Antworten. Anbieter von Alternativmedizin, Esoterik und Pseudomedizin haben diesen realen Missstand längst als äußerst lukratives Geschäftsmodell für sich entdeckt und instrumentalisiert.

Ihre Argumentationsmuster sind hochgradig manipulativ, psychologisch raffiniert und greifen berechnete Ängste auf. Die absolut valide Kritik an der mangelnden Repräsentation wird umgedeutet in ein verschwörungsideologisches Narrativ: *"Die Pharmaindustrie interessiert sich nicht für Frauen"*, *"Die harte Schulmedizin ist toxisch für deinen sensiblen weiblichen Rhythmus"* oder *"Das System unterdrückt deine Individualität zugunsten von Profiten"*.

Die Metapher des falschen Rettungsbootes

Stellen wir uns das medizinische System als ein großes Passagierschiff vor. Für manche Passagiere – insbesondere Frauen, chronisch Kranke und Minderheiten – hat dieses Schiff ein Leck. Sie frieren, sie fühlen sich unsicher, sie merken, dass die Rettungswesten (die Standardtherapien) für sie nicht richtig passen.

In dieser Verzweiflung springen einige von Bord und retten sich auf ein bunt bemaltes Rettungsboot, das von Heilpraktikern oder esoterischen Gurus angeboten wird. Dieses Rettungsboot verspricht absolute Sicherheit, individuelle Wärme und eine "ganzheitliche" Reise. Das fatale Problem: **Dieses Rettungsboot besteht aus Pappe.**

Anbieter von Pseudomedizin nutzen gezielt den Schmerz und die Enttäuschung von Patientinnen, deren Symptome (wie bei Endometriose, Lipödem oder chronischem Fatigue-Syndrom) von der regulären Medizin jahrelang ignoriert oder psychosomatisiert wurden. Sie verkaufen Globuli, energetische Ausleitungsverfahren, teure "Bio-Hormoncremes" ohne Zulassung oder obskure Kräutermischungen als sanfte, angeblich an den weiblichen Körper

angepasste Alternative.

Der rhetorische Trick besteht darin, einen echten Mangel der Wissenschaft aufzugreifen, um als Lösung eine Methode anzubieten, die *überhaupt keine* Wissenschaft oder Evidenz besitzt. Wer aus Frustration über eine lückenhafte evidenzbasierte Medizin zu pseudomedizinischen Verfahren wechselt, tauscht eine suboptimale, noch zu verbessernde Therapie gegen eine wirkungslose Illusion oder potenziell schädliche Substanzen ein. Pappe schützt nicht vor dem Ertrinken.

4. Auswirkungen auf Patienten: Medical Gaslighting und Resignation

Die negativen Konsequenzen dieses systemischen Data Gaps für den Lebensalltag der Betroffenen sind immens. Physisches Leid wird allzu oft durch tiefgreifende psychische Verletzungen ergänzt – ein Phänomen, das heute als "**Medical Gaslighting**" bezeichnet wird.

Wenn eine Frau mit massiven, den Alltag zerstörenden Unterleibsschmerzen jahrelang von Facharzt zu Facharzt pilgert und ihr immer wieder suggeriert wird, ihre Beschwerden seien psychisch bedingt, Überarbeitung geschuldet oder schlichtweg "normal für eine Frau", richtet das verheerenden Schaden an der menschlichen Seele an. Bis zur korrekten Diagnose einer Endometriose vergehen in Deutschland noch immer im Durchschnitt 7 bis 10 Jahre. Ein ganzes Jahrzehnt voller Fehlbehandlungen, Zweifeln an der eigenen Wahrnehmung und unerträglichen Schmerzen.

Patienten beginnen, an ihrem eigenen Verstand zu zweifeln. Das Vertrauen in Institutionen, in die ärztliche Autorität und in die Wissenschaft als Ganzes erodiert massiv. Diese Erfahrungen von systematischer Ignoranz, vorschnellen Fehldiagnosen und unwirksamen Therapien hinterlassen völlig erschöpfte und verzweifelte Menschen, die sich vollkommen im Stich gelassen fühlen.

5. Empathie & Respekt: Das Leid hinter der Skepsis verstehen

Angesichts dieser systemischen Verfehlungen ist es von essenzieller Wichtigkeit, Menschen, die sich der Alternativmedizin zuwenden, nicht mit Zynismus, Spott oder intellektueller Überheblichkeit zu begegnen. YMYL-Richtlinien (Your Money or Your Life) im Gesundheitswesen verlangen höchste Sensibilität: Wenn eine Patientin Tausende von Euro für unwissenschaftliche "individuelle Naturheilverfahren" ausgibt, tut sie das in aller Regel nicht aus mangelnder Intelligenz, Ungebildetheit oder naiver Leichtgläubigkeit. **Sie handelt aus nackter Verzweiflung und aus der Not heraus.**

Viele dieser Patienten haben eine regelrechte Trauma-Odyssee durch das reguläre, durchökonomisierte Gesundheitssystem hinter sich. Sie haben am eigenen Leib erlebt, wie ihre Schmerzen als psychosomatisch abgetan wurden, wie Ärzte im Minutentakt Diagnosen stellten, ohne auch nur einmal wirklich Blickkontakt aufzunehmen, oder wie unpassende Standardmedikamente bei ihnen wochenlang schwere, ignorierte Nebenwirkungen auslösten.

In der Praxis eines alternativen Heilers oder einer Heilpraktikerin finden sie oft zum ersten Mal seit Jahren einen Menschen, der sich eine ganze Stunde Zeit nimmt. Jemanden, der intensiv zuhört, der ihre Wahrnehmung validiert und ihnen das Gefühl gibt, als komplexes, individuelles Wesen gesehen zu werden. Dieses zutiefst menschliche Bedürfnis nach Zuwendung, Respekt und ernsthafter Auseinandersetzung mit dem eigenen Leid ist der stärkste Treiber der Pseudomedizin.

Die Arroganz, mit der manche lauten Vertreter der wissenschaftlichen Medizin über Patienten urteilen, die nach alternativen Strohhalmen greifen, ist absolut fehl am Platz. Der berechtigte wissenschaftliche Zynismus sollte sich niemals gegen die leidenden Patienten richten, sondern gegen ein Gesundheitssystem, das durch enormen Zeitdruck, das Fallpauschalensystem (DRG) und eben jene historischen Datenlücken genau diese verletzbaren Patienten immer wieder aus dem Raster fallen lässt. Wir müssen tiefes Verständnis für die Flucht in die Pseudomedizin aufbringen, ohne die unwissenschaftlichen Mittel der Pseudomedizin in irgendeiner Form wissenschaftlich zu legitimieren.

Auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind in den meisten Fällen keine böswilligen Akteure, sondern selbst Opfer dieses Systems. Sie arbeiten mit den Leitlinien und Lehrbüchern, die ihnen zur Verfügung stehen, und sind gezwungen, in unmenschlich kurzen Zeittakten zu funktionieren. Es handelt sich um ein strukturelles, kein individuelles Versagen.

6. Echte Lösungsansätze: Die Heilung der Wissenschaft

Wie lässt sich dieses fundamentale Problem evidenzbasiert lösen? Die Antwort der seriösen Fachwelt und der Wissenschaftsgemeinschaft liegt nicht im esoterischen Rückzug in die Magie, sondern in einer radikalen, strukturellen Reparatur der medizinischen Forschung. Echte Lösungen erfordern mutige politische Entscheidungen und klare finanzielle Weichenstellungen. Der Wandel von "Equality" (Gleichbehandlung – jeder bekommt blind dasselbe) hin zu "Equity" (Gerechtigkeit – jeder bekommt genau das, was seine individuelle Biologie benötigt) muss vollzogen werden.

EQUALITY (Gleichbehandlung)

Alle bekommen dieselbe Dosis des exakt gleichen Medikaments.

[Pille 50mg]	[Pille 50mg]
Männlich	Weiblich
(75kg)	(55kg)
Wirkt	Überdosierte!
perfekt	(Nebenwirkungen)

EQUITY (Gerechtigkeit)

Jeder bekommt die Dosis, die seine spezifische Biologie benötigt.

[Pille 25mg]	[Pille 80mg]
Weiblich	Männlich
(55kg)	(90kg)
Wirkt	Wirkt
perfekt	perfekt

1. Verpflichtende und strikte Vorgaben für Zulassungsbehörden: Behörden wie die europäische EMA und die amerikanische FDA verschärfen ihre Vorgaben, doch das muss gesetzlich verbindlich werden. Die Demografie der Teilnehmer in Phase-III-Studien *muss* zwingend die Demografie der Patienten widerspiegeln, die das Medikament später in der Realität einnehmen sollen. Betrifft eine Krankheit zu 80 Prozent ältere Frauen, müssen diese 80 Prozent der Studienkohorte ausmachen. Eine geschlechts- und altersspezifische Auswertung der Daten darf kein fakultatives „Nice-to-have“ der Pharmaindustrie mehr sein, sondern die harte Grundvoraussetzung für jede Marktzulassung.

2. Gendermedizin als absoluter Standard im Curriculum: Geschlechter- und diversitätssensible Medizin (Gendermedizin) darf kein exotisches Wahlfach mehr sein. Sie muss vom ersten Semester an fest im Kerncurriculum jedes Medizinstudiums verankert werden. Die Charité in Berlin leistet hier mit ihrem Institut für Geschlechterforschung in der Medizin

herausragende Pionierarbeit, doch dieses Wissen muss zwingend bundesweiter Standard an allen medizinischen Fakultäten und in ärztlichen Fortbildungen werden.

3. Nutzung von Real-World-Data und dezentralen Studien: Um Randgruppen, Menschen aus dem ländlichen Raum oder körperlich eingeschränkte Personen besser in Studien einzubinden, müssen klinische Studien dezentraler werden. Digitale Biomarker (etwa über Wearables), telemedizinische Überwachung und mobile Studienteams können Hürden abbauen. Zudem muss die Phase IV der Arzneimittelzulassung (die Überwachung *nach* Markteinführung) massiv gestärkt werden, um systematische Registerdaten aus dem echten Leben (Real-World-Data) zu nutzen und Leitlinien laufend anzupassen.

4. Staatliche Forschungsförderung für "unsichtbare" Krankheiten: Krankheitsbilder, die historisch bedingt vorwiegend Frauen oder marginalisierte Gruppen betreffen (wie das Lipödem, Endometriose oder ME/CFS), sind chronisch unterfinanziert. Hier ist der Staat in der Pflicht. Die Priorisierung der medizinischen Forschung darf nicht allein den Profitinteressen der freien Wirtschaft überlassen werden, sondern muss durch gezielte öffentliche Förderprogramme ausgeglichen werden, die den gesellschaftlichen Bedarf widerspiegeln.

7. Fazit: Bessere Wissenschaft statt Magie

Das deutsche und das globale Gesundheitssystem leiden unter einer tiefgreifenden historischen Schieflage: Die medizinische Evidenz basiert zu weiten Teilen auf einem normierten, männlichen Konstrukt, wodurch Frauen, Ältere, Kinder und ethnische Minderheiten in der alltäglichen Versorgung strukturell benachteiligt werden. Dieser Gender und Diversity Data Gap ist kein theoretischer Diskurs, sondern ein brandgefährlicher Missstand, der tagtäglich zu schmerzhaften Fehldiagnosen, toxischen Fehlbehandlungen und immensem, absolut vermeidbarem Leid führt.

Doch die einzig logische und moralisch vertretbare Lösung für lückenhafte Wissenschaft ist nicht die frustrierte Abkehr von der Evidenz. Wenn die evidenzbasierte Medizin für bestimmte Bevölkerungsgruppen bisher unzureichend kalibriert ist, dann dürfen und können wir diesen lebensbedrohlichen Mangel niemals durch esoterische Methoden kompensieren, die den Anspruch auf objektiven Wirksamkeitsnachweis von vornherein komplett ablehnen. Pseudomedizinische Heilsversprechen füllen die Lücken im Wissen nicht mit heilsamen Wahrheiten, sondern lediglich mit teuren, im Ernstfall tödlichen Illusionen.

Der einzige verlässliche Weg zu einer wahrhaft gerechten und sicheren Gesundheitsversorgung führt über mehr, bessere, inklusivere und strengere Wissenschaft. Wir brauchen gnadenlos diverse Studiendesigns, eine hochgradig diversitätssensible Ärzteausbildung und eine Gesundheitspolitik, die exzellente Forschung für ausnahmslos *alle* Bevölkerungsgruppen hartnäckig einfordert. Nur durch das schonungslose Anerkennen eigener blinder Flecken und die konsequente methodische Verbesserung kann das Vertrauen der enttäuschten Patienten zurückgewonnen werden. Das ultimative Versprechen der evidenzbasierten Medizin darf kein Privileg des "Standardmenschen" bleiben – es ist das Grundrecht eines jeden einzelnen Individuums, unabhängig von Geschlecht, Alter oder Herkunft.

Dieses Dokument ist ein offizieller Export von Gesundheitsmythen.de (COMUN e.V.). Alle Fakten und Quellenangaben sind auf der Website einsehbar.