

Es gibt Erkrankungen, die man sofort erkennt und andere, die jahrelang im Verborgenen wüten. Endometriose gehört zu letzteren: Betroffene krümmen sich vor Schmerzen, ringen mit bleierner Erschöpfung und laufen gegen Wände des Unverständnisses, ohne je eine Diagnose zu erhalten ([Brandes/ Heinze 2023](#)).

Hinter dieser Unsichtbarkeit steckt mehr als ein medizinisches Problem. Sie zeigt, wie sehr unser Gesundheitssystem noch immer von Geschlechterstereotypen geprägt ist. Diagnoseverzögerungen von im Mittel 8–12 Jahren werden in mehreren mitteleuropäischen Studien seit Jahren beschrieben ([Hudelist et al 2011](#); [Pino et al 2022](#)). Warum also dauert es so lange, bis Betroffene ernst genommen und richtig diagnostiziert werden? Der Begriff [Gender Health Gap](#) beschreibt systematische geschlechtsspezifische Unterschiede in Gesundheit und Forschung, mit klaren Nachteilen für Frauen, etwa durch längere Krankheitsphasen, schlechtere Versorgung oder mehr Fehldiagnosen. Dieser Beitrag geht genau dieser Frage nach: Ist Endometriose nur ein medizinischer Sonderfall oder das Paradebeispiel dafür, wie weiblicher Schmerz systematisch unterschätzt und übersehen wird? Und welche Veränderungen sind nötig, damit diese gesellschaftliche Blindstelle in Zukunft nicht länger bestehen bleibt?

Was ist Endometriose und warum dauert die Diagnose so lange?

Endometriose ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung, bei der gebärmutter Schleimhautähnliches Gewebe außerhalb der Gebärmutter wächst und dort Schmerzen, Entzündungen, Verwachsungen und häufig auch Organveränderungen verursacht ([DGGG-Leitlinie 2025](#) und [Endometriose Vereinigung Deutschland e.V.](#)). Laut [Versorgungsatlas](#) sind weltweit etwa 10 % aller Frauen im fruchtbaren Alter betroffen, das sind in Deutschland schätzungsweise 2–3 Millionen Frauen. Die Dunkelziffer liegt vermutlich deutlich höher. Besonders junge Patientinnen warten am längsten, so beträgt die Verzögerung bei Frauen zwischen 9 und 19 Jahren bis zu 14,8 Jahre, während sie bei 31–45-Jährigen „nur“ 2,9 Jahre umfasst. Vorgeschlagen wird hingegen ein Grenzwert von fünf Jahren als maximal vertretbare Diagnoseverzögerung. Längere Wartezeiten sind mit deutlich schlechteren

Krankheitsverläufen, stärkeren Einschränkungen und erhöhter psychischer Belastung verbunden ([Brandes/ Heinze 2023](#)). Die anhaltende Versorgungslücke ist damit nicht nur medizinisch, sondern auch gesellschaftlich relevant, weil sie die Lebensqualität der Betroffenen mindert, ihre Teilhabe am Alltag und Berufsleben einschränkt und damit auch soziale sowie wirtschaftliche Folgekosten verursacht.

Diagnoseverzögerung als Spiegel struktureller Probleme

Die lange Diagnoseverzögerung lässt sich nicht ausschließlich mit der biologischen Komplexität der Erkrankung erklären. Vielmehr spielen gesellschaftliche Deutungsmuster eine zentrale Rolle. Die Menstruationsschmerzen werden von Betroffenen selbst wie medizinischem Personal häufig als „[normaler Teil des Zyklus](#)“ abgetan, selbst wenn sie Arbeit, Studium oder Partnerschaften massiv beeinträchtigen.

Diese Normalisierung ist strukturell verankert. Betroffene wandern jahrelang durch das Gesundheitssystem und erhalten Psychotherapieempfehlungen, Hormonpräparate oder bloße Schmerzmittel, ohne systematische Endometriose-Diagnostik. [Eine britische Patientenbefragung](#) macht die Dimension greifbar. 58 % suchten mehr als 10-mal Ärzt:innen auf, 43 % waren über fünfmal hospitalisiert, 53 % landeten notfallmäßig im Krankenhaus, alles ohne Diagnose. Endometriose zeigt exemplarisch, wie weiblicher Schmerz strukturell unterschätzt wird, und macht den *Gender Health Gap* in besonders eindringlicher und erschreckender Weise sichtbar. Intersektionale Dimensionen verschärfen die Benachteiligung weiter. [Trans*, inter* und nicht-binäre Personen stoßen häufig auf fehlende spezialisierte Angebote oder Diskriminierung](#). Besonders stark betroffen sind schwarze Frauen. US-Studien zeigen ein deutlich [höheres Maternalmortalitätsrisiko](#) bei schwarzen Frauen gegenüber weißen, selbst bei vergleichbarem Gesundheitsstatus. Menschen mit niedrigem Einkommen oder in Care-Arbeit sind ebenfalls stärker betroffen, da ihnen oft die Zeit für wiederholte Arzttermine, lange Diagnostikwege, Wartezeiten und eine intensive Auseinandersetzung mit der Erkrankung fehlt.

Endometriose wird so zum Brennglas struktureller Blindstellen: Die Verzögerung resultiert aus biologischen Herausforderungen, gesellschaftlicher Normalisierung und intersektionalen Barrieren. Sie zeigt, wie tief Geschlechterstereotype im Gesundheitssystem verankert sind. Doch Endometriose ist mehr als ein medizinisches Versagen. Sie ist ein gesellschaftliches Warnsignal. Jede unnötig verlängerte Diagnoseverzögerung bedeutet mehr Schmerz, mehr Unfruchtbarkeit, mehr psychische Belastung, mehr wirtschaftlichen Schaden. Sie zeigt, dass wir nicht nur bessere Algorithmen oder Leitlinien brauchen, sondern eine grundlegende

Neubesetzung von Schmerz als diagnostischem Signal, unabhängig vom Geschlecht, der Hautfarbe oder dem sozialen Status.

Weiblicher Schmerz und *Bias* in der Behandlung

Die Forschung zur Schmerzmedizin belegt seit Langem, dass die Schmerzen von Frauen systematisch anders interpretiert und behandelt werden als Beschwerden bei Männern ([Hoffmann/Tarzian 2001](#)). Frauen gelten häufiger als „überempfindlich“ oder „emotional“, ihre Schmerzen werden eher psychologisiert denn somatisch abgeklärt. Frauen leiden zwar häufiger unter chronischen Schmerzen, jedoch bestätigen [neuere Meta-Analysen](#), dass Frauen in akuten Situationen später und schwächer analgetische Therapie als Männer erhalten. Dieser „[Gender Pain Gap](#)“ zeigt sich konkret in der Notfallversorgung. Bei gleichen Schmerzbeschreibungen erhalten Frauen nur 38 % vs. Männer 47 % Analgetika, Frauen warten im Schnitt 30 Minuten länger. Ihre Schmerzangaben werden zudem 10 % seltener erfasst. Vor diesem Hintergrund ist die lange Diagnoseverzögerung bei Endometriose wenig überraschend. Eine nahezu ausschließlich bei Frauen vorkommende Schmerzerkrankung fällt genau in diese strukturelle Lücke. Der Bias beschränkt sich nicht auf gynäkologische Diagnosen, sondern zeigt sich auch bei vermeintlich „geschlechtsneutralen“ Erkrankungen wie dem Herzinfarkt. Das klassische Bild vom drückenden Brustschmerz orientiert sich am männlichen Patientenstandard. Frauen präsentieren sich jedoch häufiger mit unspezifischen Symptomen, [wie Atemnot, Übelkeit, Oberbauch-/Rückenschmerzen oder extremer Erschöpfung](#). Diese Symptome passen nicht ins Lehrbuchschema und werden daher, von Betroffenen selbst wie von Ärzt:innen, häufiger als Magen-Darm oder orthopädische Probleme fehlgedeutet. Die Konsequenzen sind gravierend, denn Herzinfarkte bei Frauen bleiben öfter unerkannt (ca. 30 % vs. 16 % bei Männern), werden später behandelt und führen zu höherer Letalität ([Mehta et al. 2016](#)). Obwohl Endometriose und Herzinfarkt auf den ersten Blick wenig gemeinsam haben, spiegeln beide Erkrankungen zentrale Mechanismen des *Gender Health Gaps* wider. Während die Symptome der Endometriose häufig nicht ausreichend ernst genommen werden, bleiben Herzinfarkte bei Frauen oft unerkannt, weil medizinische Standards historisch am männlichen Körper kalibriert wurden. Endometriose ist damit Ausdruck und nicht Ausnahme des *Gender Health Gaps*.

Der männliche Körper als Norm in der Medizin: „The Funding Problem“

Die strukturelle Abwertung weiblicher Körpererfahrungen wurzelt tief in der medizinischen Forschung. Der männliche Körper galt über Jahrzehnte als stillschweigende Norm, da

Dosierungen, Nebenwirkungen und Diagnosekriterien primär an männlichen Probanden entwickelt und erst nachträglich auf Frauen übertragen wurden. Frauen waren in Phase-I-Studien bis in die 1990er systematisch ausgeschlossen, da [hormonelle Schwankungen als „Störfaktor“](#) galten.

Erkrankungen, die Frauen besonders häufig betreffen oder ausschließlich bei ihnen auftreten, darunter Endometriose, das Polyzystische Ovarialsyndrom oder bestimmte Autoimmunerkrankungen, rücken in der Forschung oft in den Hintergrund. Sie gelten als nicht profitabel genug für eine Pharmaförderung. „The Funding Problem“ macht dies greifbar. Während [Viagra seit 1998 über 36 Mrd. USD Umsatz generierte](#), fehlt bei Endometriose nach wie vor eine kausale Therapie. Diese Diskrepanz ist kein Zufall, denn Krankheiten mit hohem Frauenanteil werden systematisch unterfinanziert, [weil sie als weniger wirtschaftlich relevant eingestuft werden](#). Auch in der Medikamentenentwicklung zeigt sich diese Schieflage deutlich. Der Frauenanteil in Phase-I-Studien liegt nur bei 10 bis 40 %, obwohl sich Hormonverläufe und Arzneistoffwechsel bei Frauen und Männern geschlechtsspezifisch unterscheiden und Arzneimittel daher nicht einfach nach dem männlichen Referenzbild beurteilt werden können ([Thürmann, 2008](#)). Für Endometriose-Patientinnen bedeutet dies eine Doppelbenachteiligung. Ihre Erkrankung ist unterforscht, und die wenigen verfügbaren Therapien sind nicht optimal auf die weibliche Physiologie abgestimmt. Die Konsequenz ist eine Medizin, die Geschlechtsneutralität propagiert, aber historisch am männlichen Körper orientiert bleibt.

Endometriose als gesellschaftliche Blindstelle: Zeit für Veränderung

Zurück zur Kernfrage: Ist Endometriose einfach nur eine seltene Ausnahme oder zeigt sie genau, wie unser System weiblichen Schmerz abtut und übersehen hat?

Die vorangegangenen Analysen liefern eine klare Antwort. Endometriose verkörpert eine doppelte Unsichtbarkeit, die weit über biologische Gegebenheiten hinausgeht. Einerseits ist die Erkrankung diagnostisch anspruchsvoll, da die Herde oft klein und schwer sichtbar sind, andererseits sind die Erfahrungen der Betroffenen in einem Gesundheitssystem eingebettet, das weiblichen Schmerz strukturell relativiert, sei es durch alltägliche Normalisierung („Das sind halt Regelschmerzen“), durch Psychologisierung der Symptome oder durch Forschungsstandards, die historisch am männlichen Körper ausgerichtet wurden.

Die Belege sprechen eine unverkennbare Sprache: Diagnosen verzögern sich um 8-12 Jahre, die Forschung bleibt unterfinanziert, 58 % der Betroffenen gehen über 10-mal zu Ärzt:innen ohne Gewissheit. Hinzukommen intersektionale Mehrfachbelastungen durch Herkunft, Einkommen oder Geschlechtsidentität. Dies alles ist kein zufälliges Versagen einzelner

Akteure, sondern ein tief verwurzeltes Muster, das eine grundlegende Frage aufwirft. Wessen Körper gilt als Norm, wessen Erfahrungen als maßgeblich? Über Jahrzehnte war es der männliche, stillschweigend, nahezu unsichtbar als das, was er war. Eine einseitige Referenz, von der die weibliche Physiologie stets als abweichend behandelt wurde.

Christiane Groß, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, beschreibt den Kern des Problems prägnant: [„Wir haben frühzeitig darauf hingewiesen, dass beispielsweise die Grundlagenforschung in der Wissenschaft hauptsächlich von Männern bestimmt wird und dass geschlechtsspezifische Aspekte auch bei Forschungsprojekten kaum eine Rolle spielen.“](#) Hormonzyklen wurden als Störfaktor abgetan, Schwangerschaften galten als Forschungshindernis. Doch Christiane Groß betont auch Hoffnung sinngemäß: [„\[...\] je mehr es von den Patienten und Patientinnen eingefordert wird, umso schneller wird geschlechtersensible Medizin umgesetzt.“](#) Diese Stimme aus dem System ist ermutigend.

Wie schließen wir nun diesen Gap konkret? Das [Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt](#) fördert gezielte Programme zur Schließung des „Gender Data Gap“ in der klinischen Forschung, damit Diagnostik und Therapie endlich auf Daten aus allen Geschlechtern basieren. Universitäten wie die Charité in Berlin richten Lehrstühle für Gendermedizin ein, und der Koalitionsvertrag verankert deren Integration in Studium und Weiterbildung. Internationale Vorbilder zeigen den Weg. So führt beispielsweise Japan seit 1947 bezahlten Menstruationsurlaub. Der [Artikel 68 des Labor Standards Act](#) verpflichtet Arbeitgeber, Frauen bei starken Periodenschmerzen freizustellen. In Deutschland muss dieses Bewusstsein her. Statt Tabus brauchen Betroffene gesellschaftliche Akzeptanz und gesetzliche Optionen. Wirtschaftlich ist der Ansatz absolut überzeugend, er verspricht nicht nur spürbare Kosteneinsparungen durch optimierte Studienplanung, sondern steigert auch die Erfolgchancen neuer Medikamente langfristig. Das [World Economic Forum](#) schätzt, dass bessere Frauenforschung bis zu einer Billion US-Dollar an Produktivität freisetzen könnte, zum Beispiel durch frühere Diagnosen, weniger Krankheitstage und gerechtere Versorgung.

Krankenkassen könnten diesen Weg ergänzen, indem sie spezielle Leistungen schaffen, Aufklärungskampagnen finanzieren und FemTech-Innovationen wie Zyklus-Apps unterstützen. Patientinnenstimmen, wachsende Forschung und politische Verankerung konvergieren hier zu einem vielversprechenden Pfad.

Endometriose kann zur Wegbereiterin werden. Weg von der männlichen Norm hin zu einer Medizin, die alle Körper in ihrer Vielfalt ernst nimmt. Der Ausblick ist optimistisch, doch er erfordert Dringlichkeit. Nur wenn wir weiblichen Schmerz nicht länger als Störung, sondern als dringendes Signal verstehen, schließen wir diese gesellschaftliche Blindstelle endgültig.

Denn unsichtbare Schmerzen verdienen sichtbare Priorität für Millionen Betroffene und eine gerechtere Zukunft der Medizin.

Autorin Hinweis: Johanna Lutz ist Medizinstudentin im 10. Semester und Teilnehmerin am SPC Global Health. Der Beitrag entstand im Rahmen des Seminars zur Geschichte und Ethik der Medizin und beschäftigt sich mit Frauengesundheit und Gender Health in der Medizin.

Zitiervorschlag:

Lutz, Johanna. *Gender Health Gap: Systemische Versorgungsunterschiede in der Medizin*, Uncovering Medicine, 2026-06-22, Online: <https://www.uni-giessen.de/de/fbz/fb11/institute/histor/blog/gender-health-gap/gender-health-gap> DOI: <https://doi.org/10.22029/jlupub-20978>