

Gendermedizin 2025: Zeit für ein Update

Geschlechtsspezifische Daten sind kein „Nice-to-have“ – warum die Gendermedizin ein Update braucht, erklärt Gerhard Wirnsberger.

Ärzte Woche: Warum braucht die Gendermedizin 2025 ein „Update“ – was hat sich seit dem letzten Jahr messbar verändert?

Gerhard Wirnsberger: Im Jahr 2025 haben sich die regulatorischen Vorgaben internationaler Behörden wie FDA, EMA und der Europäischen Union deutlich verschärft. Klinische Studien sind nun verpflichtet, sex-stratifizierte Daten systematisch auszuweisen. Aktuell haben einmal mehr evidenzbasierte klinische Studien gezeigt, dass geschlechtsspezifische Unterschiede unmittelbare Konsequenzen für Diagnostik, Therapie und klinische Outcomes haben.

Beispiele hierfür sind die geschlechtsspezifischen Troponin-Cut-offs in der Akutdiagnostik oder differenzierte Therapieansätze bei der Herzinsuffizienz. Darüber hinaus belegen aktuelle onkologische Untersuchungen klinisch relevante Unterschiede in der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, die eine präzise, geschlechterdifferenzierte (!) Bewertung therapeutischer Optionen erfordern.

Ärzte Woche: Welche drei Fehlannahmen über Gendermedizin begegnen Ihnen am häufigsten – und was sagen die Daten dagegen?

Wirnsberger: Eine häufige Fehlannahme besteht darin, Gendermedizin mit „Frauenmedizin“ gleichzusetzen. Tatsächlich betrifft sie beide Geschlechter gleichermaßen; so weisen Männer beispielsweise bei Osteoporose nach Frakturen eine höhere Mortalität auf. Ein zweites Missverständnis ist die Annahme, Geschlechtsunterschiede seien marginal. Dem wi-



3x3

Prof. Dr. Gerhard Wirnsberger
Langjähriger Geriater und
Altersmediziner, Department of
Internal Medicine, MedUni Graz

© Sissi Furgler

dersprechen Daten aus der Pharmakovigilanz eindeutig: Frauen zeigen deutlich höhere Raten an Nebenwirkungen, die auf relevante Unterschiede in Pharmakokinetik und Pharmakodynamik zurückzuführen sind. Drittens wird oft angenommen, dass Studien automatisch generalisierbare Ergebnisse für beide Geschlechter liefern. In Wirklichkeit werden direkte Geschlechtsvergleiche in weniger als 1 Prozent aller Studien berichtet, weshalb man aktuell differenzierte Analysen ausdrücklich einfordert.

Ärzte Woche: Wo verhindert das aktuelle Finanzierungssystem geschlechtergerechte Versorgung – und welche Hebel sind realistisch?

Wirnsberger: Das bestehende Finanzierungssystem LKF (leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung) berücksichtigt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, da Qualitätsindikatoren nicht nach Geschlecht differenziert erhoben werden. Auch in

den Versorgungszielen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) fehlen explizite Gender-Indikatoren. Realistische Ansatzpunkte wären u. a. 1. die verpflichtende geschlechtergetrennte Auswertung von Routinedaten in LKF, ÖSG und Qualitätsregistern; 2. die Implementierung von Pay-for-Performance-Komponenten mit sex-stratifizierten Zielgrößen; und 3. die konsequente Anwendung von „Gender-Budgeting“ nicht nur auf Bundes-, sondern auch auf Versorgungsebene. ■

Seminar

Update Gendermedizin bei den Grazer Fortbildungstagen



Mi., 8. Oktober 2025,
9-16 Uhr,
Steiermarkhof, Graz,
Info: www.med.or.at/gender25