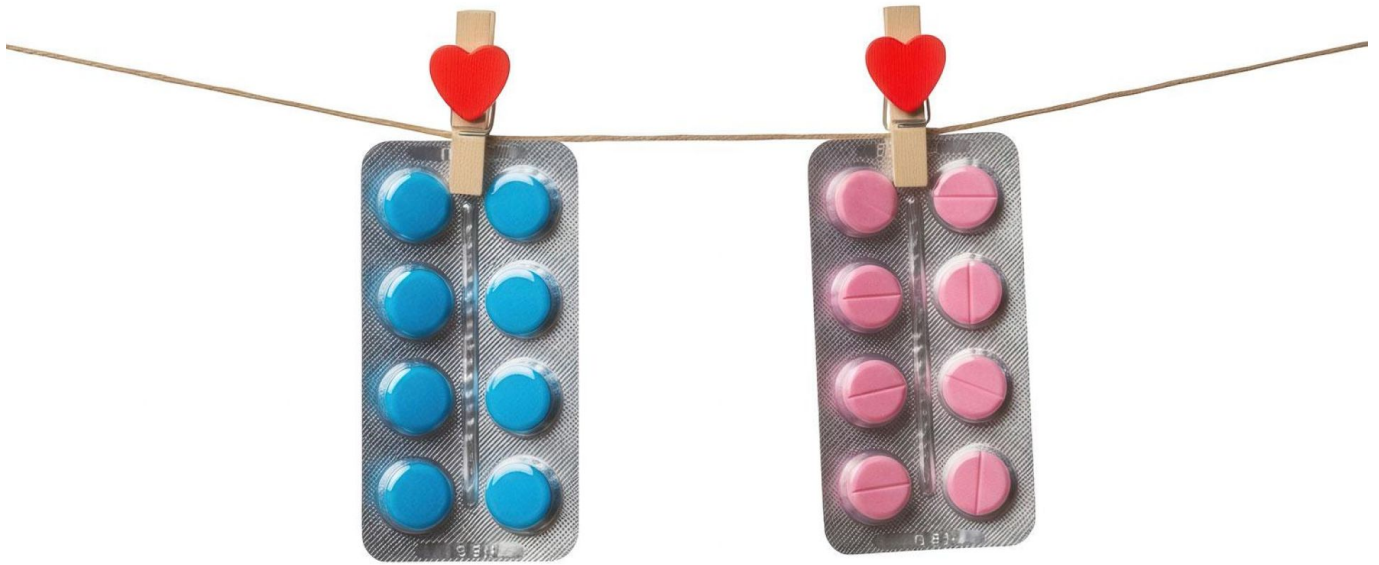




GASTBEITRAG

Unterschätzte Unterschiede – und wie Gendermedizin sie sichtbar macht

Geschlecht beeinflusst, wie Krankheiten auftreten und erkannt werden. Gendermedizin macht diese Unterschiede sichtbar – und zeigt, warum geschlechtersensible Diagnostik und Therapie gerade in der Hausarztpraxis zentral für eine präzise und gerechte Versorgung sind.

Eine Frau mit Übelkeit und Rückenschmerzen kann einen Myokardinfarkt haben, ohne dass dies sofort erkannt wird. Eine Depression bei einem Mann kann unentdeckt bleiben, wenn sie sich durch Aggressivität oder Substanzkonsum äussert. Krankheiten können sich unterschiedlich manifestieren und geschlechtsspezifische Merkmale leicht übersehen werden.

Hier setzt die Gendermedizin an: Sie macht diese Unterschiede sichtbar, indem sie sowohl das biologische Geschlecht (engl. «sex») als auch das soziokulturelle Geschlecht (engl. «gender») und deren Wechselwirkungen

systematisch in die medizinische Forschung, Diagnostik und Therapie einbezieht. Trotz der zunehmenden Aufmerksamkeit für solche Unterschiede hält sich das Missverständnis, Gendermedizin sei vor allem Frauenmedizin, teilweise hartnäckig.

Dies hat historische Wurzeln: Lange galt der Mann als medizinischer Prototyp. Viele Studien – von der Grundlagen- bis zur klinischen Forschung – wurden überwiegend an männlichen Tieren bzw. an Männern durchgeführt. Das führt dazu, dass für viele Erkrankungen und Medikamente eine Datenlücke bei Frauen entstanden ist

und es hier grossen Nachholbedarf gibt.

Zwar finden wir das Geschlecht in der Populationsbeschreibung bei Studien meist ganz zuoberst, jedoch wird es in den Analysen nur selten genügend beachtet. Ebenso ist es nichts Neues, dass wir unsere soziale Rolle in der Forschung oder in der Klinik bei Patient:innen beachten – bereits im Studium hören wir vom biopsychosozialen Model. Dennoch wird dieser Ansatz in Forschung und Praxis bislang nicht immer konsequent umgesetzt.

Konkrete Beispiele verdeutlichen die

Bedeutung des Geschlechts: Beim Myokardinfarkt ist Thoraxschmerz zwar bei Frauen und Männern das häufigste Symptom, Frauen zeigen jedoch oft zusätzliche Symptome wie Übelkeit, Rückenschmerzen oder Schwindel (1). Ein fehlendes Bewusstsein für diese Unterschiede kann zu verzögerten Diagnosen und Therapien führen (2, 3). Zudem werden frauenspezifische kardiovaskuläre Risikofaktoren häufig unterschätzt – darunter Autoimmunerkrankungen oder Schwangerschaftskomplikationen wie ein Gestationsdiabetes oder hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (4, 5).

Ein Gestationsdiabetes betrifft rund 5 % aller Schwangerschaften und erhöht das Risiko für Typ-2-Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen bei Mutter und Kind. Die ESC-Leitlinien 2025 empfehlen eine kardiovaskuläre Nachsorge (inkl. oralen Glukosetoleranztest) 6 bis 12 Wochen nach der Geburt, Wiederholung nach 6 bis 12 Monaten und anschliessende jährliche Kontrollen (5). Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe empfiehlt ebenfalls ein kardiovaskuläres Screening alle 1 bis 3 Jahre je nach Risiko (6). Auch bei hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen wie Präeklampsie oder HELLP-Syndrom (Haemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets), welche circa 3 bis 5 % aller Schwangerschaften betrifft, sollten alle 6 bis 12 Monate kardiovaskuläre Risikofaktoren kontrolliert werden (7).

Männer mit Depressionen werden oft unterdiagnostiziert, da klassische ICD-Kriterien vor allem frauenspezifische Symptome abbilden. Männer zeigen Depressionen häufiger über Aggressivität oder Substanzkonsum (8). Osteoporose betrifft zwar vor allem postmenopausale Frauen, jedoch auch 7 bis 12 % der Männer. Diese sind in Studien jedoch oft unterrepräsentiert, und Medikamente werden

teils nur für postpartale Frauen zugelassen, obwohl sie auch bei Männern effektiv wären (9–11).

Auch das Immunsystem unterscheidet sich deutlich: Frauen haben stärkere Immunantworten, was einerseits mehr Autoimmunerkrankungen, andererseits häufigere Impfreaktionen begünstigt (12). In einer unserer Studien mit über 7'800 Kindern unter fünf Jahren traten bei Mädchen nach SARS-CoV-2 mRNA-Impfungen häufiger lokale und generalisierte Reaktionen auf als bei Jungen (13).

Diese Beispiele zeigen, wie wesentlich geschlechtsspezifische Unterschiede für Diagnose, Therapie und Prävention sind. Damit dieses Wissen konsequent in der Praxis ankommt, ist eine stärkere Verankerung in Ausbildung und Fortbildung aller Gesundheitsfachberufe sowie in Leitlinien erforderlich. Darüber hinaus braucht es weitere Forschung und gesundheitspolitisches Engagement, um diese Erkenntnisse nachhaltig in der Versorgung zu verankern.

Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist die Institutionalisierung der Gendermedizin als Querschnittsfach sowie die Etablierung eines Lehrstuhls für Gendermedizin an der Universität Zürich. Ebenso wird es in Kürze eine Professur für Gendermedizin an der Universität Bern geben. Nationale Netzwerke unterstützen die nachhaltige Verankerung. Spezielle Angebote in der klinischen Versorgung, etwa die Frauenherzsprechstunde und Sprechstunde Gendermedizin in der Kardiologie am Universitätsspital Zürich, sorgen für einen direkten Transfer des neu generierten Wissens zu den Patient:innen.

Gendermedizin verbindet biologische und soziale Faktoren – und ist damit ein zentraler Schritt hin zu personalisierter und gerechter Medizin für alle.

Mehr Informationen zur Gendermedizin mit anschaulichen Beispielen als Videos für Gesundheitsfachpersonen und auch Patient:innen finden Sie unter:

<https://www.gender-med.uzh.ch/en/science-to-go.html>

Gendermedizin in der Hausarztpraxis: angekommen – aber noch nicht verankert

In der Hausarztmedizin ist die Gendermedizin zwar zunehmend präsent, auch in der Schweiz, aber noch nicht systematisch im Praxisalltag etabliert. Viele Hausärzt:innen kennen geschlechtsspezifische Unterschiede bei Symptomen, Krankheitsverläufen oder Medikamentenwirkungen, doch diese Erkenntnisse werden im Alltag noch zu oft nicht konsequent berücksichtigt.

Ein Grund dafür ist die fehlende Verankerung in Leitlinien und Weiterbildungsprogrammen. Zeitdruck und ungleiche Sensibilisierung führen dazu, dass relevante Unterschiede – etwa bei Herzinfarkt-Symptomen oder frauenspezifischen kardiovaskulären Risikofaktoren von Frauen, bei Depressionen bei Männern oder bei der Wirkung bestimmter Medikamente – im hektischen Praxisbetrieb leicht übersehen werden. Gerade die Hausarztmedizin hätte hier eine Schlüsselrolle: Durch die Langzeitbetreuung und den engen Kontakt zu Patient:innen können geschlechtsspezifische Risiken früh erkannt und individuelle Therapien angepasst werden.

Neue Professuren in Zürich und demnächst in Bern sowie Initiativen wie [Swiss Society for Gender Health](#) zeigen, dass geschlechtersensible Medizin in der Schweiz an Bedeutung gewinnt. Damit sie langfristig in der Grundversorgung ankommt, braucht es jedoch gezielte Fortbildung, klare

Leitlinien und dann eine stärkere Integration in den hausärztlichen Alltag.

Referenzen

1. R. E. M. van Oosterhout et al., J. Am. Heart Assoc. **9**, e014733 (2020).
2. L. L. Davis et al., Heart Lung J. Cardiopulm. Acute Care. **42**, 428–435 (2013).
3. V. Regitz-Zagrosek, C. Gebhard, Nat. Rev. Cardiol. **20**, 236–247 (2023).
4. C. A. Moran et al., Circ. Res. **130**, 593–610 (2022).
5. J. De Backer et al., Eur. Heart J. **46**, 4462–4568 (2025).
6. I. Hösli et al.
7. P. Gaß.
8. J. B. Call, K. Shafer, Am. J. Mens Health. **12**, 41–51 (2018).
9. R. Bruhn, A. B. Pedersen, U. Heide-Jørgensen, V. Ehrenstein, Osteoporos. Int. J. Establ. Result Coop. Eur. Found. Osteoporos. Natl. Osteoporos. Found. USA. **34**, 935–942 (2023).
10. N. Salari et al., J. Orthop. Surg. **16**, 609 (2021).
11. E. M. Lewiecki et al., J. Clin. Endocrinol. Metab. **103**, 3183–3193 (2018).
12. S. L. Klein, K. L. Flanagan, Nat. Rev. Immunol. **16**, 626–638 (2016).
13. J. Moor et al., Biol. Sex Differ. **15**, 74 (2024).

Jeanne Moor