



Medizin und Geschlecht



Ausgabe 02/2026

Aktuelles rund um geschlechtersensible Medizin

- Forschungsergebnisse
- Anmerkungen und Veranstaltungen
- Projektvorstellung

MHH
Medizinische Hochschule
Hannover

Impressum:

Ausgabe 01/2026

Prof.'in Dr. Dr. Anette Melk – Sprecherin des Kompetenzzentrums für geschlechtersensible Medizin

Prof.'in Dr. Dr. Sabine Salloch – Stellvertretende Sprecherin des Kompetenzzentrums für geschlechtersensible Medizin

Dr. Zhejia Tian – Koordinatorin des Kompetenzzentrums für geschlechtersensible Medizin

Webseite: <https://www.mhh.de/kompetenzzentrum-fuer-geschlechtersensible-medizin-1>

An- und Abmeldung zum Newsletter: <https://www.mhh.de/gleichstellung/medizin-und-geschlecht/newsletter-medizin-und-geschlecht-1>

Werden Sie Mitglied des Kompetenzzentrums, indem Sie uns eine Mail schreiben an MedizinundGeschlecht@mh-hannover.de -
Wir freuen uns auf Austausch und Anregungen!



Liebe Leser*innen,

Herzlich willkommen zu einer neuen Ausgabe des Newsletters „Medizin und Geschlecht“. In dieser Ausgabe möchten wir auf eine Publikation aus unserem Kompetenzzentrum aufmerksam machen, die sich mit Geschlechterunterschieden im Zusammenhang mit chronischer Nierenerkrankung und kardiovaskulären Ereignissen befasst. Außerdem stellen wir aktuelle Publikationen zur geschlechtersensiblen Forschung aus verschiedenen medizinischen Fachgebieten vor. Dabei rücken wir nicht nur zentrale Erkenntnisse, sondern auch Empfehlungen und konkrete, praxisnahe Hinweise in den Fokus, wie Geschlechtersensibilität systematisch in Studiendesign, Datenerhebung, Analyse und Interpretation integriert werden kann. Ziel ist es, die Qualität und Aussagekraft wissenschaftlicher Ergebnisse zu stärken und eine präzisere, gerechtere Versorgung zu fördern.

Abschließend informieren wir Sie über bevorstehende, besonders relevante Veranstaltungen zu „Gendermedizin“ und „Frauengesundheit“. Insbesondere möchten wir auf den 15. Interdisziplinären Doktorand*innentag der LAGEN sowie die LAGEN-Jahrestagung hinweisen. Die Bewerbungsphase ist derzeit geöffnet.

Am Ende des Newsletters wird ein interdisziplinäres Forschungsprojekt von Herr PD Dr. Afshar und Frau Prof.'in Stiel vorgestellt. Hier wird die Primärversorgung von trans* Personen in Niedersachsen umfassend analysiert, um praxisnahe Empfehlungen für eine barrierefreie sowie bedarfsgerechte Versorgung abzuleiten.

Falls Sie Fragen oder Anmerkungen haben, Ihre Forschung oder bestimmte Themenfelder und Projekte gern in diesem Newsletter abgebildet sehen möchten, schreiben Sie uns gern unter: MedizinundGeschlecht@mh-hannover.de.

FORSCHUNGSERGEBNISSE



Geschlechterunterschiede im Zusammenhang von chronischer Nierenkrankheit und kardiovaskulären Ereignissen: Neue Evidenz zeigt deutlich erhöhtes zusätzliches Risiko für Frauen

Chronische Nierenkrankheit (CKD) wird seit langem als ein wesentlicher unabhängiger Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen anerkannt. Gleichzeitig ist gut dokumentiert, dass Frauen in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu Männern ein niedrigeres kardiovaskuläres Risiko und eine höhere Lebenserwartung haben. Weniger erforscht ist jedoch, wie sich CKD geschlechtsabhängig auf kardiovaskuläre Ereignisse auswirkt, insbesondere bei Personen mit CKD, die aber noch keine Nierenersatztherapie benötigen. Die vorliegende [Studie](#) untersucht daher, ob CKD bei Frauen zu einem überproportionalen Anstieg von kardiovaskulären Ereignissen und Mortalität, also einem größeren zusätzlichen Risiko (Exzessrisiko), führt. In die Analyse werden 328 431 Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die nach Geschlecht und CKD-Status in vier Gruppen eingeteilt werden. Während einer mittleren Nachbeobachtungszeit von rund drei Jahren werden über 12 000 Todesfälle sowie ca. 14 000 kardiovaskuläre Ereignisse dokumentiert. Frauen mit CKD haben im Vergleich zu Männern mit



CKD zwar ein niedrigeres Sterberisiko, doch im Vergleich zu Frauen ohne CKD zeigt sich eine besonders starke Risikoerhöhung. Während Frauen mit CKD ein fast siebenfach höheres Sterberisiko als Frauen ohne CKD haben, liegt dieser Anstieg bei Männern lediglich beim Fünffachen. Diese deutet darauf hin, dass CKD bei Frauen zu einem deutlich größeren Exzessrisiko führt als bei Männern. Ein ähnlicher Trend zeigte sich bei kardiovaskulären Ereignissen: Frauen haben zwar seltener Ereignisse als Männer, doch der Risikoanstieg durch CKD fällt bei ihnen stärker aus.

Die Ergebnisse bleiben auch nach umfangreichen statistischen Anpassungen erhalten. Besonders auffällig ist, dass jüngere Frauen mit CKD ein deutlich erhöhtes zusätzliches Sterberisiko haben. Dieser Befund könnte unter anderem mit einem häufig früher einsetzenden Verlust der kardioprotektiven Wirkung der weiblichen Hormone bei Frauen mit CKD zusammenhängen. Zudem verstärken sich die Geschlechterunterschiede bei stärker eingeschränkter Nierenfunktion. Trotz des bekannten Nutzens bestimmter kardioprotektiver Medikamente, wie SGLT2-Inhibitoren, lässt sich das erhöhte zusätzliche Risiko bei Frauen nicht durch die Einnahme dieser Wirkstoffe abmildern. Die Studienergebnisse fügen sich in ein wachsendes Evidenzfeld ein, das zeigt, dass Frauen im Kontext einer chronischen Nierenkrankheit ihren üblichen kardiovaskulären Vorteil verlieren und teilweise sogar schlechter abschneiden als Männer. Eine mögliche Erklärung liegt in geschlechtsabhängigen Reaktionen auf Risikofaktoren, da beispielsweise Frauen bei gleichem Blutdruck häufiger eine ausgeprägtere linksventrikuläre Hypertrophie entwickeln. Auch strukturelle Faktoren könnten eine Rolle spielen: Frauen werden häufiger unterdiagnostiziert, seltener leitliniengerecht behandelt und sind oft in klinischen Studien unterrepräsentiert. Zusammengefasst stellt CKD als ein erheblich stärkerer kardiovaskulärer Risikofaktor für Frauen dar als für Männer. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer geschlechtssensiblen Versorgung sowie gezielter Strategien zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung von kardiovaskulären Risiken bei Frauen mit CKD. Weitere Forschung ist notwendig, um die biologischen und strukturellen Ursachen dieser Unterschiede besser zu verstehen[1].



Unzureichendes Wissen über die Menopause beeinträchtigt die Gesundheitsversorgung von Frauen

Mit zunehmendem Alter sind Frauen während des Übergangs in die Wechseljahre mit [mehreren gesundheitlichen Risiken](#) konfrontiert. Diese Risikofaktoren, z.B. Übergewicht und Bluthochdruck frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, kann das Risiko für Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen und andere Gesundheitsprobleme senken. Mehr als 42 % der amerikanischen Frauen im Alter von 40 bis 59 Jahren haben einen BMI über 30, und die Prävalenz von Adipositas ist bei Frauen zwischen 40 und 59 Jahren höher als Männer. In der Regel tritt die Menopause zwischen 46 und 54 Jahren ein, und eine abdominelle Fettverteilung ist bei dieser Phase ein besonderes Problem. Einige Faktoren wie Schlafmangel, Stress und neue Medikamente können es Frauen in den Wechseljahren erschweren, ein gesundes Gewicht zu erreichen und zu halten. Selbst wenn, abgesehen von Schlafstörungen, keine Hitzewallungen oder nächtlichen Schweißausbrüche, also die typische menopausale Symptomatik, vorliegen, ist es weiterhin sinnvoll, diese Beschwerden gezielt zu behandeln, um das gesamte kardiometabolische Profil zu verbessern. Eine frühe Menopause ist in bestimmten Gruppen mit einem höheren



Risiko für kardiovaskulären Erkrankungen assoziiert, darunter Schwarze oder Hispanoamerikanerinnen, Frauen mit einem späteren Einsetzen der Menarche, Frauen mit Raucheranamnese sowie Frauen, die während ihrer reproduktiven Lebensphase eine schlechtere kardiovaskuläre Gesundheit hatten. Allerdings ist unklar, ob eine frühere Menopause diesen „kardiovaskulären Sturm“ verursacht oder ob bestimmte Frauen eine genetische Veranlagung sowohl für eine frühere Menopause als auch für ein höheres kardiovaskuläres Risiko haben. Außerdem ist auch eine iatrogene Menopause, also eine durch eine Behandlung verursachte Menopause, mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko verbunden. Bei der Beratung von Frauen zur Menopause ist es wichtig, Übergewicht und Adipositas als biologisch bedingte Stoffwechselerkrankung zu thematisieren. Die Menopause könnte als ein Zeitpunkt der Chance für präventive Maßnahme neu eingeordnet werden[2].



Ungleichheiten bei der Verschreibung von Hormonersatztherapie bei Frauen

Die Hormonersatztherapie ist wirksam bei der Behandlung vasomotorischer Symptome der Menopause. Im Laufe der Jahre haben die Verordnungsquoten geschwankt: Nach der Veröffentlichung der Women's Health Initiative im Jahr 2002 sanken die Raten, in jüngerer Zeit sind die Hormonersatztherapie-Verordnungen jedoch stark angestiegen. In einer populationsbasierten [Kohortenstudie](#) in UK werden die gesamten Verordnungen von Hormonersatztherapie bei Frauen im Alter von 40-60 Jahren quantifiziert und verschiedene soziodemografische Faktoren untersucht, die mit dem Erhalt einer Hormonersatztherapie-Verordnung assoziiert sind. Die Kohorte umfasst ca. 2 Millionen Frauen. Insgesamt erhalten ca. 20% Frauen zwei oder mehr Hormonersatztherapie-Verordnungen. Kombinierte Präparate in einer Verordnung werden am häufigsten verschrieben. Die Raten für zwei oder mehr Verordnungen waren bei weißen Frauen höher als in anderen ethnischen Gruppen und am niedrigsten bei schwarzafrikanischen Frauen. Die Hormonersatztherapie-Verordnungsquoten bei Frauen, die in den wohlhabendsten Wohnvierteln leben, waren mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen in den am stärksten benachteiligten Wohnvierteln. Dieses Muster bleibt in allen ethnischen Gruppen konsistent. Die Trends in den Verordnungen nach ethnischer Gruppe und sozialer Deprivation bleiben auch nach der Veröffentlichung der NICE-Leitlinie zur Menopause im Jahr 2015 bestehen, jedoch sind diese Unterschiede geringer geworden. Diese Ergebnisse deuten auf potenzielle Ungleichheiten bei den Hormonersatztherapie-Verordnungen hin. Zukünftige Studien sollten klären, ob die Frauen mit den schwersten Symptomen diejenigen sind, die eine Hormonersatztherapie erhalten, oder ob einige Frauen, die eine Therapie benötigen, diese Behandlung nicht bekommen, sodass ein ungedeckter klinischer Bedarf besteht. Außerdem ist es wichtig, wie Ärztinnen und Ärzte Beratungsgespräche über die Menopause sowie Behandlungsoptionen einschließlich Hormonersatztherapie führen sollen[3].



Wie verändern sich Blutdruckmuster im Verlauf des Lebens, und wie unterscheiden sie sich zwischen den Geschlechtern?



In den letzten zwei Jahrzehnten hat eine wachsende Evidenz Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Ausprägung der kardiovaskulären Erkrankungen aufgezeigt. Ein erhöhter Blutdruckwert stellt den am leichtesten zugänglichen Indikator der Gefäßalterung dar und leistet zugleich den größten Beitrag zum Risiko für ischämische Herzkrankheit und Herzinsuffizienz sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Um besser zu verstehen, wie geschlechtsspezifische Unterschiede der kardiovaskulären Physiologie in frühen Lebensphasen diesen Unterschieden in späteren Lebensphasen vorausgehen könnten, führt eine [Studie](#) mit populationsbasierte Daten eine umfassende geschlechtsspezifische Analyse der Blutdruckverläufe über den gesamten Lebensverlauf durch. Wenn man davon ausgeht, dass Frauen und Männer Variationen derselben grundlegenden Physiologie aufweisen, würden konventionelle Analysen longitudinaler Blutdruckdaten nahelegen, dass Frauen im Ausmaß vaskulärer Erkrankungen, die sich als altersbedingter Blutdruckanstieg manifestieren, bis zur Lebensmitte zu Männern aufschließen. Wenn man diese Hypothese jedoch aussetzt und die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass die Physiologie bei Frauen und Männern grundlegend unterschiedlich ist, können geschlechtsspezifische Analysen der Daten neue Erkenntnisse liefern. Insbesondere zeigen Frauen im Vergleich zu Männern bei geschlechtsstratifizierten Analysen longitudinaler Daten eindeutig einen steileren Blutdruckanstieg, der bereits ab dem dritten Lebensjahrzehnt beginnt und sich über den gesamten Lebensverlauf fortsetzt. Im Gegensatz zu der Vorstellung, dass wichtige Gefäßerkrankungen bei Frauen Männern um 10 bis 20 Jahre hinterherhinken, deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass sich bestimmte vaskuläre Veränderungen bei Frauen nicht nur früher entwickeln, sondern auch schneller fortschreiten als bei Männern. Weitere Arbeiten sind erforderlich, um den Geschlechtsdimorphismus im kardiovaskulären Risiko besser zu verstehen und Präventions- sowie Behandlungsstrategien für Frauen und Männer zu optimieren[4].



Lernpräferenzen von Medizinstudierenden im Bereich der geschlechtersensiblen Medizin (Sex- and Gender-Sensitive Medicine)

Der Einfluss von biologischem Geschlecht und sozialem Gender auf die Gesundheit wird zunehmend anerkannt und findet verstärkt Eingang in medizinische Curricula. Obwohl hinsichtlich der zu vermittelnden Inhalte weitgehend Einigkeit besteht, ist den entsprechenden Lehrformaten bislang jedoch nur eingeschränkte Aufmerksamkeit zuteil geworden. Vor diesem Hintergrund wollte Modderkolk et al. in einer [Studie](#) herausfinden, wie Medizinstudierende geschlechtersensible Medizin erlernen möchten, wie sich diese Präferenzen mit den verfügbaren Lehrmethoden in Einklang bringen lassen und ob das in der Praxis eingesetzte bevorzugte Lehrformat tatsächlich den Präferenzen der Studierenden entspricht. An der Studie nahmen Medizinstudierende, Studierende der Biowissenschaften sowie Lehrexpertinnen und -experten teil. Obwohl die Studierenden Lernpräferenzen äußern, die den aktuellen Standards entsprechen, führte das Thema der geschlechtersensiblen Medizin zu einer zusätzlichen Komplexität in der Umsetzung. Die Studierenden zeigen deutlich unterschiedliche Lernpräferenzen, insbesondere beim Lernen über Gender. Sie



wünschen sie sich immersive Lernerfahrungen, strukturelle Sicherheit im Lernraum sowie ein ausgewogenes Verhältnis zwischen selbstgesteuertem Lernen und strukturellem Input, während die Expert: innen erfahrungsbasierte bzw. transformative Lernformate empfehlen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass geschlechtersensible Medizin optimal longitudinal im Curriculum verankert wird, indem wissensbasierte Formate zum biologischen Geschlecht mit erfahrungs- und reflexionsorientierten Ansätzen zum Thema Gender kombiniert werden. Zudem ist eine angemessene Unterstützung und Qualifizierung der Lehrenden erforderlich, um sichere Lernräume sicherzustellen[5].



Einfluss genderbezogener sozialer Faktoren auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Die erheblichen geschlechtsspezifischen Unterschiede bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen haben politische Entscheidungsträger in den vergangenen Jahren veranlasst, Richtlinien einzuführen, die die Untersuchung und Berichte von Geschlechtsunterschieden in der präklinischen Forschung vorschreiben. Diese Maßnahmen, die historische Ungleichheiten in der medizinischen Forschung ausgleichen sollen, werden oft so interpretiert, dass die beobachteten Unterschiede vor allem biologisch bedingt sind. Damit bleibt jedoch die Bedeutung genderbezogener sozialer Faktoren für die Wahrnehmung und Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen weitgehend unbeachtet. In einem [Kommentar](#) erörterten die Autor: innen verschiedene konzeptionelle und methodische Ansätze, um diese Forschungslücke systematisch zu adressieren. Ein möglicher Ansatzpunkt zur Untersuchung genderbezogener sozialer Einflüsse auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist die Überprüfung des Verwendungsmusters von Arzneimitteln, z.B. die Berichtshäufigkeit unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei Frauen und Männern und zugrunde liegende unterschiedliche Verschreibungsquoten. Zudem sollen zukünftige Forschungen genderbezogene Mechanismen präziser untersuchen. Eine vertiefte Analyse genderbezogener Determinanten erfordert neuartige Datenquellen, die Variablen wie Geschlechtsidentität, Genderideologie, Bildung, sexualisierte Gewalt und den Zugang zu reproduktiver Gesundheitsversorgung erfassen. Die Verbesserung der Frauengesundheit erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit und neuartige Ansätze, um das Zusammenspiel jener Faktoren einschließlich physiologischer Mechanismen sowie des gesamten Spektrums sozialer und struktureller Prozesse zu erschließen, die sex- und genderbezogene Gesundheitsunterschiede erzeugen[6].



Neuere Entwicklungen in der Frauengesundheitsforschung

Ein [Artikel](#) beleuchtet die aktuellen Entwicklungen in der frauengesundheitsbezogenen Forschung in den USA und zeigt auf, wie weitreichend sich das Forschungsfeld in den vergangenen Jahrzehnten



verändert hat. Ausgangspunkt ist die Feststellung, dass verschiedene Gesundheitsindikatoren, darunter steigende Müttersterblichkeit, zunehmende psychische Erkrankungen sowie eine hohe Prävalenz von Multimorbidität, erhebliche Herausforderungen für die Gesundheit von Frauen darstellen. Ein zentraler Fortschritt besteht in der Erweiterung des Forschungsfokus: Während die wissenschaftliche Betrachtung früher überwiegend auf frauenspezifische Erkrankungen beschränkt war, untersucht man heute die Gesundheit von Frauen über die gesamte Lebensspanne hinweg und berücksichtigt biologische, soziale, kulturelle und strukturelle Einflussfaktoren gleichermaßen. Besonders bedeutsam ist die klare Unterscheidung zwischen „sex“ (biologisches Geschlecht) und „gender“ (soziokulturelle Geschlechterdimension). Die Integration beider Dimensionen verbessert sowohl die Genauigkeit als auch die Aussagekraft wissenschaftlicher Daten und fördert eine inklusivere Forschung.

Umfassende Forschungsprogramme haben wesentliche Fortschritte für Frauengesundheit erzielt. Dazu zählen unter anderem das Women's Health Initiative Program, große epidemiologische Kohortenstudien zur Menopause (SWAN), Forschungsarbeiten zu Zervixkarzinomscreening, klinische Studien zur Behandlung menopausaler Symptome oder Programme zur Prävention maternaler Morbidität und Mortalität. Weitere Fortschritte betreffen HIV-Übertragung, HPV-Impfprogramme, Autoimmunerkrankungen und die Erforschung chronischer Schmerzerkrankungen. Trotz dieser Fortschritte bestehen jedoch weiterhin deutliche Versorgungslücken und strukturelle Ungleichheiten. Es bestehen auch weitere Herausforderungen in verschiedenen Bereichen der Frauengesundheit. Dazu gehören eine hohe Prävalenz von Alzheimer-Erkrankungen bei Frauen, geschlechtsspezifische Unterschiede in der Symptomatik und Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen, ungleiche HIV-Betroffenheit, die hohe Prävalenz von Autoimmunerkrankungen sowie die zunehmende Bedeutung von Multimorbidität. Hinzu kommen Diagnoselücken bei frauenspezifischen Erkrankungen wie Endometriose, deren Erkennung oft bis zu zehn Jahre dauert. Auch reproduktive Gesundheit wird zunehmend von gesellschaftlichen und politischen Veränderungen beeinflusst. Das neue NIH-weite Strategiekonzept für 2024–2028 setzt einen Fokus auf interdisziplinäre Forschung, die Integration sozialer und struktureller Determinanten und den Einsatz moderner Datenwissenschaften. Technologien wie künstliche Intelligenz oder maschinelles Lernen ermöglichen neue Erkenntnisse, etwa bei der Diagnose polyzystischer Ovarsyndrome. Internationale Kooperationen, wie die Zusammenarbeit mit der Gates Foundation im Rahmen des Innovation Equity Forums, identifizieren weitere Zukunftsthemen und strategische Ansätze. Notwendig sind höhere Standards in Studiendesign, -analyse und -berichterstattung sowie eine systematische Berücksichtigung frauenspezifischer Gesundheitsbedarfe in allen Phasen der biomedizinischen Forschung. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit, innovative Technologien und eine auf Inklusion ausgerichtete Forschungsstrategie können bestehende Wissenslücken geschlossen und die Gesundheit von Frauen und Mädchen nachhaltig verbessert werden[7].



Eine umfassende Transkriptom-Metaanalyse zeigt Geschlechtsunterschiede bei Multipler Sklerose auf.

Ausgabe 02/2026 - 7



Multiple Sklerose ist eine chronisch-entzündliche, autoimmune und neurodegenerative Erkrankung, deren Ursachen noch ungeklärt sind. Sie betrifft vor allem junge Erwachsene und stellt in dieser Altersgruppe die häufigste nichttraumatische Ursache für Behinderungen dar. Das biologische Geschlecht hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Erkrankung. Eine [Metaanalyse](#) von neun Transkriptomstudien untersucht geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pathophysiologie der multiplen Sklerose. Hier werden insgesamt 474 Transkriptome aus Gene Expression Omnibus und ArrayExpress analysiert. Für jede Studie wurden drei Vergleichsgruppen gebildet: Multiple Sklerose vs. Kontrollpersonen innerhalb jedes Geschlechts (IDF, IDM) sowie der direkte Geschlechtervergleich (SDID). In Blutproben zeigte die SDID-Meta-Analyse lediglich ein signifikant geschlechtsabhängig verändertes Gen: KIR2DL3, ein Rezeptor von NK-Zellen und T-Zellen, der in männlichen Patienten herunterreguliert war. Die geschlechtsspezifischen Analysen (IDF, IDM) identifizierten jedoch eine größere Zahl weiterer Gene, die an Immunantwort, oxidativem Stress, mitochondrialer Funktion sowie neurodegenerativen Prozessen beteiligt sind, allerdings mit unterschiedlichen Mustern zwischen Frauen und Männern. Die funktionelle Anreicherung zeigte ausgeprägte Unterschiede in immunologischen Prozessen beider Geschlechter: Bei Patientinnen waren vor allem myeloid-vermittelte und proinflammatorische Prozesse (IL-1, IL-2, IL-6, IL-10, IFN- γ) verändert, während bei männlichen Patienten eher lymphozytär vermittelte adaptive Immunmechanismen betroffen waren. Die Studie hebt hervor, dass geschlechtsspezifische Unterschiede auf Gen-, Funktions- und Signalwegeebene tiefgreifende Bedeutung für die MS-Pathophysiologie besitzen und für Diagnostik, Prognose sowie die Entwicklung personalisierter Therapien relevant sein könnten. Gleichzeitig zeigt die Arbeit die Notwendigkeit standardisierter Datenerfassung und der konsequenten Berücksichtigung des Geschlechts als biologische Variable in der biomedizinischen Forschung. Eine open-source Webplattform, Metafun-MS (<http://bioinfo.cipf.es/metafun-MS>), wurde entwickelt, die eine detaillierte Beschreibung der neun Datensätze und 474 in dieser Studie analysierten Proben. Es ermöglicht Nutzerinnen und Nutzern die gezielte Exploration relevanter transkriptomischer Profile für jede einzelne Studie[8].



Analyse geschlechtsbedingter Unterschiede beim Failure-to-Rescue: Erhöhtes Risiko für Frauen nach großen chirurgischen Eingriffen?

Eine [Studie](#) untersucht Geschlechterunterschiede bei postoperativen Ergebnissen nach großen chirurgischen Eingriffen, mit besonderem Fokus auf das Konzept des „Failure to Rescue (FTR)“, definiert als Tod, der nach dem Auftreten einer schweren Komplikation eintritt. Ca. 1,2 Millionen Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren, die zwischen 2017 und 2020 einen größeren chirurgischen Eingriff erhielten, wurden anhand der Medicare database identifiziert. Frauen stellen 42,8 % der Kohorte dar und sind im Durchschnitt älter sowie komorbider als Männer. Zudem unterscheiden sie sich hinsichtlich Art des Eingriffs und Versorgungseinrichtung: Frauen werden seltener in Lehrkrankenhäusern, aber häufiger in Zentren mit hohem Operationsvolumen behandelt. Frauen haben



zwar eine etwas geringere Komplikationsrate (15,0 % vs. 15,9 % der Männer), jedoch eine höhere 30-Tages-Sterblichkeit (5,8 % vs. 5,1 %) und 90-Tages-Sterblichkeit (8,1 % vs. 7,3 %). Entscheidend ist, dass Frauen eine signifikant höhere FTR-Rate aufweisen (17,5 % vs. 15,9 %). Dieser Unterschied besteht unabhängig vom Behandlungsumfeld und zeigt sich sowohl in Krankenhäusern mit geringem, mittlerem und hohem Volumen als auch in Lehr- und Nichtlehrkrankenhäusern. In multivariablen Analysen bleibt das weibliche Geschlecht ein unabhängiger Risikofaktor für FTR (OR 1,11; 95 %-KI 1,08–1,14).

Dies zeigt, dass die höhere postoperative Mortalität von Frauen nicht durch eine höhere Komplikationsrate, sondern durch schlechtere Rettungsraten nach Komplikationen bedingt ist. Als mögliche Ursachen werden diagnostische Verzögerungen, atypische Symptompräsentationen, Fehleinschätzungen durch medizinisches Personal, implizite Vorannahmen und unterschiedliche Eskalationsentscheidungen diskutiert. Diese Muster könnten dazu führen, dass Komplikationen bei Frauen später erkannt werden und Rettungsmaßnahmen seltener oder weniger intensiv erfolgen. Auch strukturelle Faktoren spielen eine Rolle: Frauen haben häufiger eingeschränkten Zugang zur Versorgung, höhere sozioökonomische Belastungen, einen höheren Grad an Gebrechlichkeit und häufigere chronische Erkrankungen wie Anämien oder Stoffwechselstörungen. Solche Faktoren können zu verzögerter präoperativer Risikostratifizierung und postoperativer Verschlechterung führen. Dass Frauen trotz Behandlung in Hochvolumen- oder Lehrkrankenhäusern höhere FTR-Raten zeigen, unterstreicht, dass systemische und geschlechtsbezogene Unterschiede in der Komplikationserkennung und -behandlung bestehen. Gezielte Maßnahmen zur Reduktion geschlechtsbasierter Ungleichheiten, z.B. biassensibilisierende Schulungen, standardisierte Protokolle zum Umgang mit postoperativen Komplikationen, verbesserte Diagnostikpfade sowie eine stärkere Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden in medizinischer Ausbildung und Forschung, sollen getroffen werden. Schließlich sollen klinische Studien systematisch Ergebnisse nach Geschlecht berichten und eine ausgewogene Rekrutierung sicherstellen[9].



Wie Sex und Gender die Ernährung und Gesundheit von Kindern prägen: Erkenntnisse aus der Gender-Medizin

Das Verständnis von Geschlechterunterschieden in der Gesundheit und Ernährung von Kindern und Jugendlichen gewinnt zunehmend an Bedeutung, wird jedoch in der medizinischen Forschung und klinischen Praxis noch immer unterschätzt. Ein [Übersichtsartikel](#) untersucht die Rolle der Gender-Medizin im Kindes- und Jugendalter und zeigt auf, wie biologische Geschlechtsmerkmale sowie soziokulturelle Genderfaktoren die Ernährung, Krankheitsentstehung und klinische Versorgung junger Menschen beeinflussen. Das Zusammenspiel beider Dimensionen führt bereits im Kindesalter zu erkennbaren Unterschieden, die langfristige gesundheitliche Auswirkungen haben können.



Schon bei der Energie- und Nährstoffaufnahme zeigen sich geschlechtsbezogene Unterschiede: Im Verlauf der Kindheit und vor allem während der Pubertät steigen Muskelmasse und Energiebedarf bei Jungen stärker an, während Mädchen typischerweise höhere Fettmasseanteile entwickeln. Obwohl viele Nährstoffreferenzwerte bis zum Beginn der Pubertät gleich sind, unterscheiden sich die Ernährungsgewohnheiten zunehmend. Mädchen neigen häufiger zu gesundheitsbewussteren, pflanzenbasierten Ernährungsformen, während Jungen mehr energiedichte Lebensmittel konsumieren. Studien zeigen, dass Mädchen eher zu Diäten neigen und ein höheres Maß an Körperunzufriedenheit aufweisen, was wiederum verstärkt mit Essstörungen und restriktivem Essverhalten verbunden ist. Jungen hingegen konsumieren oft größere Mengen an Salz, Fett und kohlenhydratreichen Snacks und zeigen weniger Bewusstsein für gesunde Lebensmittel. Die Ernährung spielt eine zentrale Rolle bei der Entstehung zahlreicher pädiatrischer Erkrankungen, die ebenfalls deutliche Geschlechterunterschiede aufweisen. Besonders relevant ist die Adipositas, deren weltweite Prävalenz zunimmt. Ab 5. Lebensjahr weisen Jungen tendenziell mehr viszerales Fett auf, das mit einem erhöhten Risiko für metabolische Komplikationen verbunden ist. Mädchen hingegen zeigen eher eine Zunahme des subkutanen Fettgewebes, was hormonell durch Östrogene beeinflusst ist. Ein weiteres zentrales ernährungsbezogenes Krankheitsbild ist die metabolisch-assoziierte Steatosis hepatis, die heutzutage die häufigste chronische Lebererkrankung im Kindes- und Jugendalter ist. Während einige Studien eine höhere Prävalenz bei Jungen zeigen, weisen Mädchen häufig schwerere metabolische Begleitfaktoren wie Insulinresistenz oder erhöhte Triglyzeride auf. Auch bei Essstörungen im Jugendalter bestehen klare geschlechtsspezifische Unterschiede. Die Prävalenz bei Jungen nimmt in den letzten Jahren zu. Mädchen zeigen häufiger restriktive und gewichtsbezogene Symptome, während Jungen stärker auf Muskelzuwachs und Kraft fokussiert sind. Diese Unterschiede erfordern geschlechtersensible Diagnostik, um atypische Präsentationen nicht zu übersehen. Zöliakie tritt im Kindesalter häufiger bei Mädchen auf und geht bei ihnen häufiger mit klassischer Symptomatik einher, während Jungen häufiger asymptomatisch oder mit atypischer Klinik diagnostiziert werden. Bei entzündlichen Darmerkrankungen zeigen sich differenzierte geschlechtsspezifische Verläufe: Mädchen entwickeln häufiger extraintestinale Manifestationen, während Jungen bestimmte Krankheitsmuster wie Befall des Ileums oder kompliziertere Verläufe aufweisen können.

Geschlechts- und Genderaspekte spielen in der pädiatrischen Ernährung und in ernährungsassoziierten Erkrankungen eine zentrale, aber häufig unterschätzte Rolle. Von metabolischen Erkrankungen über Essstörungen bis zu Mangelernährungszuständen lassen sich zahlreiche Geschlechterunterschiede identifizieren, die bereits im Kindesalter beginnen. Eine geschlechtersensible Ernährungsempfehlung und medizinische Versorgung ist daher essenziell, um langfristige gesundheitliche Risiken zu reduzieren und personalisierte Präventions- und Therapieansätze zu ermöglichen[10].



Mögliche zugrunde liegenden Mechanismen von Nierenfunktionsveränderungen unter der Sexualhormontherapie



Es sind Unterschiede nach Geschlecht und Gender in Auftreten und Progression der chronischen Nierenkrankheit (CKD) bekannt. Diese Unterschiede, z.B. eine höhere CKD-Prävalenz bei weiblichen sowie ein höheres Risiko für akutes Nierenversagen bei männlichen Personen, können auf Unterschiede des biologischen Geschlechts und/oder des Gender zurückzuführen sein. In der cisgeschlechtlichen Bevölkerung gilt Östrogen bei Frauen als protektiv gegenüber CKD, möglicherweise vermittelt über Unterschiede im Blutdruck und in der Aktivität des Renin-Angiotensin-Aldosteron- Systems. Bei cisgeschlechtlichen Männern wird Testosteron als potenziell nierenschädlich angesehen. Insgesamt ist die Literatur zu Mechanismen endogener und exogener Sexualhormone auf die Nierenphysiologie jedoch begrenzt.

Eine prospektive Untersuchung von Sexualhormontherapien bei transgender Personen bietet eine einzigartige Gelegenheit, die Effekte exogener Sexualhormone auf Nierenstruktur und -funktion zu analysieren. Die [KNIGHT-Studie](#) rekrutiert 23 Personen, denen bei Geburt das männliche Geschlecht zugewiesen wurde, und 21 Personen, denen bei Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen wurde, die eine maskulinisierende oder feminisierende Hormontherapie begannen. Die feminisierende Hormontherapie erhöhte Estradiol- und senkte Testosteronspiegel und war mit einer Abnahme des mittleren arteriellen Drucks um 3 mmHg nach 3 Monaten verbunden, ohne BMI oder Körperzusammensetzung zu verändern. Die maskulinisierende Hormontherapie erhöhte Testosteronspiegel und veränderte Estradiol nicht; sie beeinflusste den mittleren arteriellen Druck nicht, veränderte jedoch BMI und Körperzusammensetzung.

Unter feminisierender Behandlung steigt die Nierenfunktion (measured GFR) um 3,6 %, und der effektive renale Plasmafluss steigt um 9,1 %, begleitet von Abnahmen des renalen Gefäßwiderstands, des afferenten Arteriolenwiderstands sowie des afferent-zu-efferent-Widerstandsverhältnisses. Unter maskulinisierender Therapie finden sich keine wesentlichen Veränderungen. Veränderungen von Nierenfunktion, renalem Plasmafluss und intrarenaler Hämodynamik korrelieren mit Veränderungen des Serum-Estradiols. Feminisierende und maskulinisierende Therapie hatten zudem unterschiedliche Effekte auf Biomarker der Nierenschädigung und regulierten zahlreiche Proteine hoch bzw. herunter, die mit Veränderungen von Nierenfunktion, renalem Plasmafluss assoziiert sind. Die feminisierende Therapie führt überwiegend zur Downregulation von Aminosäurestoffwechsel und Proteinsynthese, während die maskulinisierende Therapie überwiegend zur Upregulation von Remodelling der extrazellulären Matrix, Gewebeumbau sowie Immun- und Entzündungsantworten führt.

Die Studie eröffnet zahlreiche weitere klinisch relevante Forschungsfragen. Erstens ist angesichts der vielfältigen Effekte von Sexualhormonen auf Nierenfunktion und biologische Prozesse in dieser Kohorte ein besseres Verständnis der Rolle endogener Sexualhormone über die Lebensspanne nötig, mit besonderem Fokus auf Pubertät, Schwangerschaft, Menopause und Andropause. Darüber hinaus ist bei Personen, die exogene Östrogene oder Testosteron aus anderen Gründen einnehmen nicht ausreichend untersucht, ob ähnliche GFR- oder Proteomik-Änderungen auftreten wie in dieser trans Population. Wenn sich endogenes Östrogen als protektiv und/oder endogenes Testosteron als schädlich



erweist, sollten Zustände von Östrogenmangel oder Testosteronüberschuss (primär/sekundär oder genetisch bedingt) bei Therapieentscheidungen unter Einbezug renaler Endpunkte berücksichtigt werden. Zweitens bleiben geschlechtsbasierte Subgruppenanalysen in CKD-Studien wichtig – nicht nur wegen geschlechtsabhängiger pharmakologischer Unterschiede, sondern auch wegen unterschiedlicher, hormonabhängiger Aktivierung immunologischer Schädigungs- und Reparaturpfade, die für Pathophysiologie und Therapietargets der CKD relevant sein könnten. Schließlich kann die Untersuchung dieser unterschiedlichen Signalwege in Nierengesundheit und -erkrankung zukünftige therapeutische Zielstrukturen identifizieren, die für Wirkstoffentwicklung bei Männern, Frauen und intersexuellen Personen validiert werden sollten[11].



Innovatives Studiendesign und -model zur Verbesserung der Sex- und Gender-Analyse in den klinischen Studien

Ein [Artikel](#) von Peters et al. zeigt eindrücklich, dass klinische Studien noch immer zu wenig zur Geschlechtergerechtigkeit in der Medizin beitragen. Frauen, Schwangere, ältere Menschen und andere unterrepräsentierte Gruppen sind in vielen Studien entweder gar nicht oder nur unzureichend vertreten, und selbst wenn sie eingeschlossen werden, fehlen häufig geschlechts- bzw. genderspezifische Auswertungen und Berichte. Dadurch entstehen relevante Wissenslücken zu Wirksamkeit, Sicherheit und optimaler Dosierung von Therapien für unterschiedliche Geschlechter. Die Autor:innen kritisieren, dass klassische randomisierte Studien oft hochselektierte Populationen mit strengen Ein- und Ausschlusskriterien einschließen. Kommerzielle und regulatorische Anforderungen sowie Effizienz stehen im Vordergrund, während Diversität und reale Versorgungsbedingungen zu kurz kommen. Besonders problematisch ist der routinemäßige Ausschluss von Schwangeren und Stillenden, wodurch für diese Gruppen systematisch evidenzbasierte Grundlagen fehlen. Die Covid-19-Pandemie dient hier als mahnendes Beispiel: Erst wurden Schwangere aus Studien ausgeschlossen, später bestand großer Informationsmangel zur Impfstoffsicherheit in dieser Gruppe. Es ist notwendig, Innovation nicht nur als technische oder pharmakologische Frage zu begreifen, sondern direkt im Studiendesign anzusetzen. Vorgeschlagen werden unter anderem inklusivere und einfachere Einschlusskriterien, weniger pauschale Ausschlüsse, dezentralisierte oder hybride Studien mit digitalen Erhebungswegen sowie die konsequente Beteiligung von Patient:innen und Community-Vertretungen an der Entwicklung von Studien. Solche Ansätze können Zugangsbarrieren senken, die Rekrutierung von Frauen und marginalisierten Gruppen verbessern und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den klinischen Alltag erhöhen. Ein zweiter Schwerpunkt liegt auf innovativen Modellierungs- und Datenansätzen. Diskutiert werden beispielsweise Target-Trial-Emulationen aus Routinedaten, „digitale Zwillinge“ und physiologische Modelle, die weibliche Biologie, hormonelle Zyklen oder Schwangerschaft abbilden. Diese Methoden ermöglichen Antworten auf Fragen, die in klassischen randomisierten Studien kaum realisierbar wären, etwa geschlechtsspezifische Dosierungsbedarfe oder Effekte in seltenen, geschlechtsspezifisch geprägten Er-



krankungen. Der Artikel schließt mit klaren Forderungen: angemessene Repräsentation aller Geschlechter in Studien, verpflichtende geschlechts- und genderspezifische Analysen und Berichte, Nutzung innovativer, inklusiver Designs sowie Investitionen in Schulung, Regulierung und Infrastruktur. Nur wenn Studien von Beginn an auf Diversität und Gerechtigkeit ausgerichtet sind, kann klinische Forschung zu einer wirklich geschlechtergerechten Medizin beitragen und damit zu besserer, sichererer Versorgung für alle[12].



Systematische geschlechtsbezogene Ungleichheit im MELD-basierten Allokations-system für Lebertransplantationen in Deutschland

Auf Basis von Daten von 25.943 Patientinnen und Patienten, die zwischen 2003 und 2017 zur Lebertransplantation gelistet waren, analysiert eine [Studie](#) Transplantationswahrscheinlichkeit, Wartelistenmortalität und Überleben nach Lebertransplantation. Dabei werden die Jahre vor und nach Einführung des MELD-basierten Systems miteinander verglichen. Insgesamt zeigt es, dass das derzeit in Deutschland verwendete, MELD-basierte System zur Leberallokation systematische Nachteile für Frauen erzeugt. Frauen sind auf der Warteliste und unter den Transplantierten unterrepräsentiert: Sie betragen nur rund ein Drittel der gelisteten bzw. transplantierten Personen, obwohl ihr Anteil an schweren Lebererkrankungen höher liegt. Schon vor Einführung von MELD hatten Frauen eine etwas geringere Chance, eine Spenderleber zu erhalten. Nach Einführung des MELD-basierten Systems verschärfte sich diese Ungleichheit deutlich: Die Transplantationswahrscheinlichkeit für Frauen lag nur noch bei 0,77 im Vergleich zu Männern. Interessanterweise lässt sich dieser Nachteil nicht durch eine schlechtere Prognose erklären. Weder die Wartelistensterblichkeit noch das Überleben nach Transplantation sind bei Frauen schlechter, teilweise ist die todesursachenspezifische Hazard Ratio für die Wartelistensterblichkeit sogar niedriger. Die Autorinnen und Autoren schließen daraus, dass das Problem primär in der Priorisierung und Allokation liegt, und zwar nicht in einer geringeren Transplantationswürdigkeit oder einem schlechteren Nutzen der Lebertransplantation bei Frauen. Vier Hauptmechanismen werden für die Benachteiligung von Frauen identifiziert. Erstens werden Frauen insgesamt seltener auf die Warteliste genommen, was auch mit lokalen Praxisgrenzen (absolute MELD-Schwellenwerte) zusammenhängt. Zweitens unterschätzt der MELD-Score, der Serumkreatinin zur Schätzung der Nierenfunktion verwendet, systematisch die Nierenbeeinträchtigung bei Frauen, da sie bei gleicher glomerulärer Filtrationsrate in der Regel niedrigere Kreatininwerte haben. In Modellrechnungen erhielten Frauen bei Korrektur der Kreatininwerte auf Basis der eGFR im Schnitt bis zu drei zusätzliche MELD-Punkte. Drittens spielt die Körpergröße eine Rolle, da kleinere Körperlängen und Lebervolumina Matching und Zuteilung erschweren, wodurch Frauen indirekt benachteiligt werden. Viertens werden sogenannte „exceptional MELD“-Punkte, die bestimmte Diagnosen wie hepatzelluläres Karzinom (HCC) höher priorisieren, häufiger an Männer vergeben. Insgesamt erhielten rund 39% der Transplantierten einen Ausnahme-MELD. Männer profitierten hiervon überproportional, während Frauen insbesondere in der HCC-Gruppe deutlich unterrepräsentiert waren.



Diese Studie weist darauf hin, dass ähnliche Probleme zuvor vor allem aus den USA beschrieben wurden. Es wird argumentiert, dass die identifizierten Mechanismen (Kreatinin-Bias, Körpergröße, Ausnahme-MELD-Praxis) in allen Ländern mit MELD-basierten Systemen relevant sein dürften. Eine Anpassung des Scorings ist dringend notwendig, etwa die stärkere Berücksichtigung von Nierenfunktion oder geschlechtsadjustierten Kreatinin-Grenzen, sowie für transparentere und geschlechtergerechte Kriterien für Ausnahme-MELD-Punkte[13].



Geschlechter- und Genderunterschiede in der kognitiven Resilienz gegenüber Alterungsprozessen und der Alzheimer-Krankheit

Ein [Übersichtsartikel](#) beschreibt geschlechts- und genderbezogenen Unterschiede in „Resistenz“ und „Resilienz“ gegenüber Alzheimerentwicklung. Ausgangspunkt ist die Beobachtung, dass ein erheblicher Teil älterer Menschen trotz deutlicher Alzheimer-Neuropathologie kognitiv unauffällig bleibt. Resilienz beschreibt dabei die Fähigkeit, kognitive Funktion trotz vorhandener Pathologie aufrechtzuerhalten, während Resistenz meint, dass bei erhöhtem Risiko weniger oder keine Pathologie entsteht. Die Autor:innen argumentieren, dass Forschungen diese Konzepte stärker sex- und genderbewusst betrachten müssen, weil Frauen die Mehrheit der Alzheimererkrankten stellen, ein höheres Lebenszeitrisiko und höhere Sterblichkeit aufweisen, die zugrunde liegenden Mechanismen aber unzureichend untersucht sind. Zudem seien viele „Reserve“-Determinanten (z. B. Bildung, Beruf) gesellschaftlich stark gegendiert. Ohne solchen Kontext kann man Effekte fälschlich biologischen Ursachen zuschreiben.

Im kognitiven Profil zeigen Frauen eine stabile Überlegenheit in verbal-episodischem Gedächtnis, Männer tendenziell Vorteile in visuell-räumlichen Leistungen. Bei longitudinalen Verläufen sind Befunde dagegen heterogen: um das 60. Lebensjahr finden Studien sowohl keine als auch gegensätzliche Geschlechterunterschiede, während im sehr hohen Alter häufig keine Unterschiede mehr gesehen werden. Ein wiederkehrendes Muster ist jedoch, dass Frauen in präklinischen Phasen zunächst „besser kompensieren“, diese Resilienz aber beim Übergang zu Demenz verloren gehen kann: Bei vergleichbarer Diagnose schreiten kognitive Verschlechterung und Hirnatrophie (insbesondere des Hippokampus) bei Frauen teils schneller voran. Gleichzeitig kann der verbale Gedächtnisvorteil Diagnosen verzögern (fehlende Erkennung bei Frauen, falsche Positivdiagnosen bei Männern), weshalb sex-spezifische Normwerte und Resilienzmodelle gefordert werden. Bezuglich Alzheimer-Biomarkern finden die Autor:innen insgesamt wenige konsistente Geschlechtsunterschiede für Amyloid- β . Ein zentraler Teil widmet sich modifizierbaren Faktoren in einem geschlechtersensitiven Rahmen: Bildung, affektive Störungen, kardiovaskuläre Risiken und körperliche Aktivität unterscheiden sich in Exposition und teils auch Wirkung zwischen Frauen und Männern. Frauen haben häufiger Depressionen; Männer zeigen häufiger bestimmte Risikoverhalten. Nach der Menopause nimmt bei Frauen das vaskuläre Risiko relativ stärker zu. Körperliche Betätigung ist bei Frauen im Mittel geringer ausgeprägt, gleichzeitig profitieren sie kognitiv aber stärker von Trainingsprogrammen. Genetisch werden geschlechterspezifische Unterschiede vor allem „downstream“ von Amyloid diskutiert: APOE- ϵ 4 wirkt bei Frauen häufig stärker auf Tau-Biomarker und klinische Progression. Erste genomische Befunde



deuten auf geschlechterspezifische Aspekte hinsichtlich Immunität/Autoimmunität und kardiovaskuläre Regulation hin. Zusätzlich werden das X-Chromosom und Hormonsignalwege als potenzielle Resilienztreiber hervorgehoben. Tiermodelle stützen die Idee, dass zwei X-Chromosomen (u. a. über Kdm6a) Überleben und Kognition in Alzheimer-Modellen verbessern können.

Künftige Alzheimerforschung sollte den Schwerpunkt von einer rein deskriptiven Darstellung auf die hypothesen- und mechanistikgeleitete Aufklärung geschlechter- und genderbezogener Determinanten verlagern und dabei auch Null- bzw. Negativbefunde systematisch berichten, um Publikationsbias zu minimieren. Darüber hinaus sind nichtbinäre Erfassung von Geschlecht und Gender (einschließlich LGBTQIA+-Populationen), die standardisierte Erhebung von Gender-Aspekte in Kohorten sowie eine engere Translation und wechselseitige Validierung zwischen Tiermodellen und Humanstudien erforderlich. Schließlich sind geschlechtsbezogene Befunde insbesondere bei gendergeprägten Proxies (z. B. Bildung, Beruf) vorsichtig zu interpretieren und potenzielle soziokulturelle Confounder sollten explizit berücksichtigt werden[14].



Geschlechterunterschiede in den Schweregrade der Posttraumatischen Belastungsstörung und den Schmerzoutcomes

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und chronischer Schmerz treten häufig gemeinsam auf und gehen zusammen mit stärkeren funktionellen Einschränkungen sowie höherer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einher. Veteraninnen berichten im Durchschnitt häufiger PTBS und häufiger bzw. schwerere Schmerzprobleme als Veteranen, sind aber in klinischen Studien oft unterrepräsentiert. In einer [Studie](#) wurde untersucht, ob sich der Zusammenhang zwischen PTBS-Symptomen und chronischen Schmerzfolgen bei US-Veteran:innen nach Geschlecht unterscheidet. Es ist eine Sekundäranalyse der Baseline-Daten der pragmatischen, multizentrischen LAMP-Studie. Eingeschlossen wurden Veteran:innen mit dokumentierten chronischen Schmerzdiagnosen und mindestens sechs Monaten Schmerzdauer sowie aktueller Schmerzstärke $\geq 4/10$. Personen mit bestimmten schweren psychiatrischen Diagnosen oder akuter Suizidalität werden ausgeschlossen. Frauen werden gezielt überrepräsentiert, sodass die Stichprobe annähernd geschlechtsausgeglichen ist (48% Frauen). PTBS-Symptome werden mit der PCL-5 (Skala 0–80) erfasst und als kontinuierliche, standardisierte Variable analysiert. Die Schmerzendpunkte werden mittels Pain Catastrophizing Scale (PCS) sowie Brief Pain Inventory (BPI; Subskalen Intensität und Interferenz) erhoben. Die Analysen nutzen lineare Regressionsmodelle und prüfen Effektmodifikation durch Geschlecht über Interaktionsterms. Zusätzliche Sensitivitätsanalysen berücksichtigten Opioidgebrauch und PTBS-Symptomcluster, ohne die Hauptergebnisse wesentlich zu verändern.

Deskriptiv berichten Frauen höhere durchschnittliche Werte für PTBS-Symptome und alle Schmerzmaße als Männer. In den adjustierten Modellen sind höhere PTBS-Symptome jedoch bei beiden Geschlechtern



konsistent mit ungünstigeren Schmerzoutcomes assoziiert: besonders stark mit Schmerzkatastrophisieren (standardisierter Effekt 0,57), gefolgt von Schmerzinterferenz (0,46) und Schmerzintensität (0,30). Es fanden sich keine Hinweise darauf, dass diese Zusammenhänge bei Frauen stärker oder schwächer ausfielen als bei Männern. Die Autor:innen interpretieren dies als Hinweis darauf, dass die wechselseitige Verstärkung von PTBS und Schmerz bei Veteraninnen und Veteranen ähnlich funktionieren könnte. Gleichzeitig diskutieren sie, dass Ein-/Ausschlusskriterien der zugrunde liegenden Studie (z. B. Ausschluss schwerer aktueller Psychopathologie) potenzielle geschlechtsspezifische Unterschiede in stärker belasteten klinischen Populationen abschwächen könnten. Praktisch unterstreichen die Ergebnisse die Notwendigkeit integrierter, trauma-informer Versorgung, die sowohl PTBS-Symptome als auch chronische Schmerzen adressiert. Besonders relevant erscheint die gezielte Behandlung von Schmerzkatastrophisieren, da hier der stärkste Zusammenhang mit PTBS-Symptomen beobachtet wird. Die Studie stärkt zudem die Evidenzbasis durch eine große und geschlechtsbalancierte Veteran:innen-Stichprobe, erbringt aber auch auf offene Fragen, etwa zur Rolle spezifischer Traumaarten, zur Abgrenzung biologischer Geschlecht-Effekte von Gender-Einflüssen und zur Übertragbarkeit auf Veteran:innen, die nicht aktiv nach Behandlung suchen[15].



Mehrere mütterliche chronische Erkrankungen und das Risiko schwerer neonataler Morbidität und Sterblichkeit

Chronische Erkrankungen nehmen weltweit zu und bereits ein relevanter Anteil schwangerer Frauen ist von mehreren Vorerkrankungen betroffen. Während multiple chronische Erkrankungen (MCC, multiple chronic conditions) in der Medizin häufig im Kontext von Geriatrie und Primärversorgung betrachtet werden, wird zunehmend deutlich, dass sie auch in der Geburtshilfe relevant sind. Mit steigender Zahl chronischer Erkrankungen nimmt das Risiko schwerer maternaler Komplikationen zu. Ob dies in ähnlicher Weise für schwere kindliche Outcomes gilt und ob Komplexität, Typ und Schweregrad der multiplen chronischen Erkrankungen eine Rolle spielen, war bislang unzureichend geklärt. Eine [Studie](#) untersucht in einer bevölkerungsbasierten Kohorte aus Ontario, ob und in welchem Ausmaß mütterliche chronische Erkrankungen vor der Schwangerschaft mit schweren neonatalen Morbiditäts- und Sterblichkeitsereignissen assoziiert sind.

Ca. 1 Million Einlings-Lebendgeburten ab 20 Schwangerschaftswochen zwischen April 2012 und März 2021 sind eingeschlossen. Voraussetzung ist eine kontinuierliche Krankenversicherung in Ontario in den zwei Jahren vor der Konzeption, um Vorerkrankungen valide erfassen zu können. MCC werden primär als Zahl von 22 vordefinierten chronischen Erkrankungen in den zwei Jahren vor der Schwangerschaft operationalisiert (0, 1, 2 oder ≥ 3 Erkrankungen), darunter u. a. Diabetes, chronische Hypertonie, chronisch-entzündliche Darmerkrankung, chronische Herzinsuffizienz, Adipositas, psychische Erkrankungen, Asthma, rheumatologische Erkrankungen und Nierenversagen. In Sekundäranalysen werden auch komplexe MCC (≥ 3 Erkrankungen in ≥ 3 Organ systemen), kardiometabolische MCC (z. B. Diabetes, Hypertonie, Adipositas, kardiale Erkrankungen, Schlaganfall) und ein Schweregrad-Marker berücksichtigt, definiert als Krankenhausaufenthalt wegen einer chronischen



Erkrankung während der Schwangerschaft. Primärer Endpunkt ist schwere neonatale Morbidität oder Sterblichkeit, gemessen über einen validierten Near-Miss-Index (Neonatal Adverse Outcomes Indicator) plus neonatale Sterblichkeit bis <28 Tage nach Entlassung. Sekundäre Endpunkte sind spontane und ärztlich initiierte Frühgeburt (<37 Wochen) sowie schwere angeborene Fehlbildungen. Die Risiken werden mittels modifizierter Poisson-Regression, die u. a. für Alter, Parität, Immigration, Einkommen und ländlichen Wohnort adjustiert ist, als adjustierte relative Risiken (aRR) geschätzt. Die Ergebnisse zeigen eine klare Dosis-Wirkungsbeziehung: Gegenüber Müttern ohne chronische Erkrankung steigt das Risiko bei 1 Erkrankung auf 7,8% (aRR 1,26), bei 2 Erkrankungen auf 10,0% (aRR 1,58) und bei ≥ 3 Erkrankungen auf 12,8% (aRR 2,01). Ähnliche Muster finden sich für Frühgeburt und angeborene Fehlbildungen. Besonders ausgeprägt ist das Risiko bei komplexer MCC (aRR 1,97) im Vergleich zu nicht-komplexer MCC (aRR 1,62). Kardiometabolische Erkrankungen sind mit den höchsten Risiken verbunden: Bei ≥ 3 kardiometabolischen Erkrankungen liegt das aRR für schwere neonatale Morbidität oder Sterblichkeit bei 2,67, verglichen mit 1,94 bei ≥ 3 nicht-kardiometabolischen Erkrankungen. Am stärksten steigen die Risiken, wenn MCC mit einer schwangerschaftsbezogenen Hospitalisierung wegen chronischer Erkrankung einhergehen: Bei ≥ 3 Erkrankungen plus Hospitalisierung beträgt das aRR 3,11 (vs. 1,99 ohne Hospitalisierung).

Die Ergebnisse sollen als Hinweis interpretiert werden, dass Multimorbidität, insbesondere mit komplexen, kardiometabolischen und/oder schweren Verläufen, bereits vor der Geburt über Plazentafunktion, fetales Wachstum und die Indikation zu iatrogenen Frühgeburten zur neonatalen Morbidität und Sterblichkeit beiträgt. Klinisch betont die Studie die Bedeutung präkonzeptioneller Beratung und Optimierung des Managements der chronischen Erkrankungen, einer multidisziplinären Schwangerschaftsbetreuung sowie der Planung von Geburt und Neonatalversorgung in entsprechend ausgestatteten Kliniken. Langfristige Entwicklungsoutcomes der Kinder von Müttern mit MCC sollten in künftigen Studien systematisch untersucht werden[16].



Grundlagenforschung: Geschlechtsspezifische kardiale Dysfunktion bei Mäusen mit chronischer Nierenerkrankung

Chronische Nierenkrankheit (CKD) ist weltweit häufig und erhöht das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankung (CVD) deutlich. Viele CKD-Betroffene sterben an kardiovaskulären Komplikationen, bevor ein terminales Nierenversagen eintritt. Als zentrale Treiber gelten u. a. endotheliale Dysfunktion, chronische Inflammation, Gefäßverkalkung und Veränderungen der Darmbarriere und des Mikrobioms. Zu den potenziell relevanten, mikrobiell gebildeten Toxinen zählen p-Cresylsulfat (pCS), Indoxylsulfat (IS) und Trimethylamin-N-oxid (TMAO), die mit höherer kardiovaskulärer Morbidität und Sterblichkeit bei CKD assoziiert sind. Unklar ist jedoch, wie sich Herzfunktionsparameter zwischen CKD-Modellen und zwischen den Geschlechtern unterscheiden und wie diese mit urämischen Toxinen zusammenhängen. Eine [Grundlagenstudie](#) untersucht geschlechterspezifische Unterschiede der kardiorenalen Pathophysiologie in zwei etablierten präklinischen CKD-Modellen der Maus und adressiert damit eine zentrale



Lücke in der translationalen CKD-Forschung. Erwachsene männliche und weibliche C57BL/6J-Mäuse werden randomisiert in die Kontroll-, Adenininduzierte-CKD- und 5/6-Nephrektomie-CKD-Gruppe zugeteilt. Fünf Wochen nach Induktion der Urämie werden Herzstruktur und -funktion mittels Echokardiographie erfasst, Blutdruck gemessen, urämische Toxine quantifiziert und eine RNA-Sequenzierung des linken Ventrikels zur Erfassung kardialer Transkriptom-Signaturen durchgeführt.

Beide CKD-Mausmodelle führen zu einer ausgeprägten Nierenfunktionsstörung, jedoch unterscheiden sich die Profile darmassozierter urämischer Toxine deutlich nach Modell und Geschlecht. Auf Modellebene ist TMAO vor allem im Adenin-Modell erhöht, IS ist in beiden Modellen erhöht, während pCS im 5/6-Nephrektomie-Modell stärker ansteigt. Nach Geschlecht stratifiziert zeigen weibliche nephrektomierte Tiere signifikant höhere TMAO- und IS-Spiegel als männliche, was auf modell- und geschlechtsspezifische Unterschiede in Mikrobiom-abhängiger Toxinbildung, intestinaler Permeabilität sowie Metabolisierung/Elimination jenseits reiner Filtrationseffekte hindeutet. Echokardiographisch zeigen sich ebenfalls klar modellabhängige Phänotypen: Die 5/6-Nephrektomie ist mit linksventrikulärem Remodeling (größere LV-Volumina in Systole und Diastole) und reduzierter systolischer Funktion assoziiert, während im Adenin-Modell primär ein vermindertes Herzzeitvolumen ohne vergleichbare Volumenzunahme beobachtet wird; zudem tendiert der systolische Blutdruck bei männlichen Nephrektomie-Tieren zu höheren Werten. Geschlechtsspezifisch zeigen männliche CKD-Tiere in beiden Modellen ein reduziertes Herzvolumen und die ausgeprägteste Ejektionsfraktion-Abnahme nach Nephrektomie, während weibliche CKD-Tiere die beide Parameter weitgehend erhalten, a.e. vereinbar mit einer östrogenvermittelten Kardio-/Renoprotektion. Korrelationsanalysen deutet auf eine sexspezifische Niere-Darm-Herz-Achse hin: Bei Männchen sind Kreatinin/Cystatin C sowie TMAO/IS mit niedrigerem Herzvolumen assoziiert, während bei Weibchen pCS mit ungünstigeren systolischen Parametern korreliert und TMAO/IS trotz höherer Spiegel keine konsistenten Funktionskorrelate zeigen. Die Transkriptomanalysen des Herzgewebes zeigten Geschlechterunterschiede in Matrix-Metalloproteinase- und mitochondrialen Signalwegen, die mit einer kardialen Dysfunktion assoziiert waren.

Zusammenfassend zeigen zwei etablierte präklinische CKD-Modelle eindeutige Geschlechterunterschiede in Echokardiographie-Parametern und urämischen Toxinspiegeln. Ein vermindertes Herzzeitvolumen tritt vor allem bei männlichen Tieren auf und korreliert mit TMAO und IS, während bei weiblichen Tieren pCS mit der Ejektionsfraktion assoziiert ist. Transkriptom- und Pathway-Analysen des Myokards weisen zudem auf eine reduzierte GTPase-Aktivität bei CKD-Männchen und eine supprimierte mitochondriale Synthese bei CKD-Weibchen hin, was weitere mechanistische Studien zur Modulation dieser Signalwege durch im Magen-Darm-Trakt gebildete Toxine und die konsequente Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden in Forschung und Wirkstoffentwicklung nahelegt[17].



Geschlechterunterschiede im linksventrikulären Remodeling zur Risikostratifizierung von Patient:innen mit Aortenklappeninsuffizienz



Linksventrikuläre Dilatation ist bei Aortenklappeninsuffizienz ein wichtiger Marker für ungünstige Verläufe. In der klinischen Entscheidungsfindung wird bei asymptomatischer schwerer Aortenklappeninsuffizienz bisher vor allem der linkventrikuläre endsystolische Durchmesserindex (LVESDi) herangezogen, wobei in Leitlinien üblicherweise ein einheitlicher Grenzwert unabhängig vom Geschlecht gilt. Gleichzeitig sprechen frühere Untersuchungen dafür, dass volumetrische Parameter, insbesondere der linkventrikuläre endsystolische Volumenindex (LVESVi), das krankheitsrelevante Remodelling präziser erfassen und Ereignisse wie Herzinsuffizienz, Mortalität oder Klappenoperation besser vorhersagen könnten als lineare Maße. Die Leitlinie belässt bisher den Grenzwert (45 ml/m^2) sowohl bei Frauen als auch bei Männern.

Vor diesem Hintergrund prüft eine multizentrische [Studie](#), ob sich linksventrikulärer Remodelling und Prognose bei Frauen und Männern mit mindestens moderat-schwerer Aortenklappeninsuffizienz und einer erhaltenen linksventrikulären Funktion unterscheiden und ob geschlechtsspezifische Schwellenwerte für LVESVi die Risikostratifizierung verbessern könnten. Die Kohorte umfasst 488 Männer und 320 Frauen bei einem mittleren Alter von 56 Jahren. Während einer medianen Follow-Up von sieben Jahren sterben 125 Patient:innen (15%). Insgesamt werden 323 Patient:innen (40%) operiert, jedoch deutlich häufiger Männer als Frauen (46% vs. 31%). Unter konservativer Behandlung ist das Überleben bei Frauen signifikant schlechter als bei Männern. Die adjustierten Überlebensraten betragen nach sechs Jahren 80% (Frauen) versus 89% (Männer). Nach Klappenoperation zeigt sich hingegen kein signifikanter Geschlechterunterschied in der Mortalität, was darauf hindeutet, dass der prognostische Nachteil von Frauen vor allem im Verlauf ohne Intervention entsteht und potenziell mit einer späteren Zuweisung zur Operation zusammenhängt. Für die prognostische Grenzwertbestimmung ergibt sich beim LVESDi ein identischer Cut-off für beide Geschlechter: $\text{LVESDi} \geq 20 \text{ mm/m}^2$ ist unter konservativer Behandlung mit einer erhöhten Mortalität assoziiert. Beim LVESVi unterscheiden sich die optimalen Grenzwerte jedoch nach Geschlecht: Für Frauen liegt der diskriminierende Grenzwert bei 40 ml/m^2 , für Männer bei 45 ml/m^2 . In den Regressionsmodellen zeigt sich zudem eine signifikante Effektmodifikation durch das Geschlecht für LVESVi, d. h. bei Frauen steigt das Sterberisiko bereits bei niedrigeren indexierten linkventrikulären Volumina stärker an als bei Männern. Insgesamt weist LVESVi eine höhere prognostische Relevanz auf als LVESDi, sowohl unter konservativer Behandlung als auch nach Operation. Besonders klinisch bedeutsam ist, dass präoperative, geschlechtspezifische LVESVi-Grenzwerte auch nach der Operation unabhängig mit der Mortalität assoziiert bleiben, während LVESDi seine prognostische Aussagekraft für die postoperative Mortalität verlor. Die Ergebnisse unterstützen somit die Annahme, dass volumetrische linksventrikuläre Messungen das maladaptive Remodeling bei Aortenklappeninsuffizienz besser abbilden als lineare Dimensionen und dass ein geschlechtsneutraler LVESVi-Grenzwert Frauen mit prognostisch relevanter Dilatation potenziell zu spät identifizieren kann. Ein LVESVi-Schwellenwert von 40 mL/m^2 für Frauen und 45 mL/m^2 für Männer kann dazu beitragen, den beobachteten Mortalitätsunterschied unter konservativer Therapie zu reduzieren und eine frühzeitigere, risikoadaptierte Indikationsstellung zur Operation zu ermöglichen[18].



ANMERKUNGEN UND VERANSTALTUNGEN

Call für den 15. Interdisziplinären Niedersächsischen Doktorand: innentag der LAGEN

Der 15. Interdisziplinären Niedersächsischen Doktorand_innentag Gender Studies der Landesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen für Frauen- und Geschlechterforschung in Niedersachsen (LAGEN), ausgerichtet vom HAWK-Netzwerk Genderforschung der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminden/Göttingen findet am Montag, 28. September 2026, in Hildesheim statt. Ziel des Doktorand: innentags ist die niedersachsenweite Präsentation und Vernetzung der Forschung von Wissenschaftler: innen in der Qualifizierungsphase aus den Gender Studies/Frauen- und Geschlechterforschung.

Geplant sind Vorträge und Poster-Präsentationen von Doktorand: innen (in allen Promotionsphasen), die an niedersächsischen Hochschulen und Forschungseinrichtungen zu Themen der Gender Studies/Frauen- und Geschlechterforschung promovieren. Außerdem können Masterstudierende (in der Abschlussphase) ihre wissenschaftlichen Abschlussarbeiten im Rahmen einer Posterpräsentation vorstellen. Die Vortragenden und Präsentierenden erhalten ein Feedback von Expert: innen aus der Wissenschaftscommunity. Die Teilnahme ist für Doktorand_innen und Studierende aller Fachrichtungen möglich. Die eingereichten Beiträge sollen eine geschlechtertheoretische Fragestellung fokussieren.

Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte per E-Mail an die LAGEN Koordinations- und Geschäftsstelle: lagen@nds-lagen.de.

Bewerbungsschluss ist der 15. April 2026

[Mehr Informationen und Bewerbung](#)

Call für die LAGEN-Jahrestagung „Arbeits- und Lebensverhältnisse in ländlichen Räumen. Intersektionale Analysen“

Die Jahrestagung 2026 der Landesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen für Frauen- und Geschlechterforschung in Niedersachsen (LAGEN) und dem HAWK Netzwerk Genderforschung findet am 29. September 2026 an der HAWK am Standort Hildesheim statt.

Die Jahrestagungen der LAGEN dienen als Plattform für den Austausch in der interdisziplinär und divers aufgestellten Geschlechterforschung in Niedersachsen sowie Hamburg und Bremen. Sie bieten Raum für Diskussionen über aktuelle Entwicklungen, neue Erkenntnisse, methodische Innovationen sowie die kritische Reflexion bestehender Ergebnisse der Geschlechterforschung.

Ländliche Räume und hier insbesondere Arbeits- und Lebensverhältnisse stellen für Geschlechter- und Intersektionalitätsforschung interessante Perspektiven dar, die (noch) nicht umfassend untersucht wurden. Die Jahrestagung 2026 möchte diese Themengebiete erkunden. Beiträge können an die Tagung eingereicht werden, wenn sie sich zu folgenden drei Themenkomplexen auf ländliche Räume in Deutschland, Österreich oder der Schweiz beziehen:

- Soziale Bewegungen als Motor sozialen Wandels – Frauen in Bewegungen
- Lebensentwürfe, Lebensweisen und Lebensverläufe
- Queere Sorge-, Schutz- und Solidaritäts-Arrangements



Bitte senden Sie Ihre Abstracts für ein Vortrags- oder Workshopangebot bzw. Panel **bis zum 15.04.2026** per E-Mail an die LAGEN-Koordinations- und Geschäftsstelle: lagen@nds-lagen.de.

[Mehr Informationen](#)

Check-up Aachen: Wie geschlechtersensibel sind wir in Klinik, Lehre und Forschung?

04. Februar 2026, RWTH, Aachen

Die Arbeitsgruppe Geschlechtssensible Medizin in der RWTH Aachen lädt herzlich ein, einen kreativen Beitrag zum Thema „Geschlechtersensible Medizin in Klinik, Forschung und Lehre“ zu präsentieren. Ziel ist es, die Relevanz der geschlechtersensiblen Medizin in Klinik, Forschung und Lehre an der Fakultät zu thematisieren und aufzuzeigen.

[Mehr Informationen und Anmeldung](#)

Frühjahrestagung: Geschlechter des Sozialen: Dialoge zu Verortungen und Perspektiven soziologischer Theorien

12. März 2026, TU Dortmund, Dortmund

Die DGS-Sektionen Frauenforschung und Soziologische Theorie veranstalten an der TU Dortmund einen Dialog zu Verortungen und Perspektiven soziologischer Geschlechtertheorien.

[Mehr Informationen und Programm](#)

Auftaktveranstaltung „Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung – Expertisen und Erfahrungen entlang von Rassismus, Behinderung und Geschlecht“

11. März 2026 von 17:00 bis 20:00 Uhr Online

Unter dem Titel „Ungleich versorgt? Diskriminierung im Gesundheitssystem“ widmet sich die Veranstaltung unterschiedlichen Perspektiven auf Diskriminierung entlang von Rassismus, Behinderung und Geschlecht. Es werden verschiedene Formen von Diskriminierung, deren Zusammenspiel im Gesundheitssystem und historische Entwicklungen vorgestellt, sowie aktuelle Forschungsergebnisse diskutiert. Bei Fragen zur Veranstaltung oder zum Projekt wenden Sie sich gern an Bruenig.Lisa@mh-hannover.de.

[Mehr Details and Anmeldung](#)

Tagung für Ärztinnen aller Karrierestufen – Raum für Austausch, Vernetzung und Empowerment

20. und 21. März, Kongress am Park, Augsburg, Augsburg

Karriere in der Medizin ist für Frauen immer noch eine Herausforderung. Mit FEM.IN.MED soll Raum für Austausch, Vernetzung und Empowerment geschafft werden. Die zweitägige Veranstaltung widmet sich den Schwerpunkten Networking, fachlicher Austausch und lösungsorientierte Ansätze zur Stärkung von Frauen in der Medizin. Ziel ist es, inspirierende Role Models sichtbar zu machen, erfolgreiche



Karrierewege vorzustellen und gemeinsam konkrete Lösungen für aktuelle Herausforderungen im ärztlichen Berufsalltag zu entwickeln.

[Mehr Informationen und Anmeldung](#)

3rd Global Conference on Women's Health

09. und 10. Juli 2026, Hotel NH Frankfurt Airport West, Frankfurt am Main

Die „3rd Global Conference on Women's Health“, organisiert vom United Research Forum, ist eine führende Hybridveranstaltung, die darauf ausgerichtet ist, Innovation, Zusammenarbeit und Wissensaustausch im Bereich der Frauengesundheit zu fördern. Dieses internationale Forum bringt Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen, Forschende, Lehrende, politische Entscheidungsträger:innen sowie Vertreter:innen aus der Industrie aus aller Welt zusammen, um Erkenntnisse zu teilen, neue Trends zu diskutieren und Initiativen zur Verbesserung der Frauengesundheit voranzutreiben.

[Mehr Informationen und Anmeldung](#)

PROJEKTVORSTELLUNG

Im Rahmen des Treffens Januar 2026 des Kompetenzzentrums für geschlechtersensible Medizin stellten Herr PD Dr. Afshar und Frau Prof. Dr. Stiel ein neues Projekt vor: "Trans*power" (Primary care for trans people in Lower Saxony: Using health care data, experiences with care, and participatory approaches to enhance medical care and medical education). Hier ist eine kurz Zusammenfassung des Projekts.

Am 1. Oktober 2025 startete das interdisziplinäre Forschungsprojekt „Trans*power“ (Primary care for trans people in Lower Saxony: Using health care data, experiences with care, and participatory approaches to enhance medical care and medical education) unter der Leitung von Prof. Dr. Stephanie Stiel vom Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover.

Ziel des Projekts ist es, die Primärversorgung von trans* Personen in Niedersachsen umfassend zu analysieren und praxisnahe Empfehlungen für eine barrierefreie sowie bedarfsgerechte Versorgung abzuleiten.

Mit einem Mixed-Methods-Ansatz und Elementen partizipativer Forschung werden die Bedürfnisse, Erwartungen und Erfahrungen von trans* Personen, nahestehenden Personen sowie medizinisch Versorgenden (v.a. Hausärzt:innen, Gynäkolog:innen, Kinderärzt:innen) systematisch untersucht.

Das Projekt konzentriert sich auf drei zentrale Aspekte:



-
1. Perspektiven von trans* Personen und deren Umfeld: Über longitudinale Interviews und schriftliche Fragebögen werden die Erfahrungen von trans* Personen ab 14 Jahren sowie deren Umfeld erfasst. Dabei stehen negative und positive Versorgungserfahrungen im Fokus.
 2. Analyse der Versorgungsleistungen und Behandlungspfade: Mithilfe von anonymisierten Routinedaten der AOK Niedersachsen wird untersucht, welche medizinischen Leistungen trans* Personen in Anspruch nehmen, welche Behandlungswege beschritten werden und welche Morbiditätsmuster vorliegen.
 3. Aus- und Weiterbildungscurrícula: Eine systematische Bewertung von Curricula in verschiedenen Ausbildungs- und Weiterbildungsprogrammen wird Aufschluss geben, wie umfassend Themen wie trans* Gesundheit und gender-affirming care Berücksichtigung finden.

Das Projektteam besteht aus Mitarbeitenden der Institute für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover und der Universitätsmedizin Göttingen. Die Projektumsetzung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der AOK Niedersachsen sowie einer Stakeholdergruppe aus trans* Selbsthilfeorganisationen und Verbänden, Kliniken und Praxen sowie gesundheitspolitischen Organisationen. Diese Zusammenarbeit gewährleistet, dass die Ergebnisse praxisnah und partizipativ entwickelt werden.

Das Projekt wird vom Niedersächsischen Ministerium für Wissenschaft und Kultur für 48 Monate gefördert und läuft bis zum 30. September 2029.

Weitere Informationen finden Sie auf der Projektwebsite: <https://www.mhh.de/allpallmed/trans-power>

Kontakt Bei Rückfragen oder Anregungen freuen wir uns über Ihre Kontaktaufnahme unter: trans-power@mh-hannover.de

QUELLEN

1. Tian Z, Hillebrand UC, Casper J, Schmidt-Ott KM, Melk A, Schmidt BMW. Chronic kidney disease confers increased excess risks of mortality and cardiovascular events in women compared to men. *Nephrol Dial Transplant*. 2025. doi:10.1093/NDT/GFAF217
 2. Menopause and Age Increase Women's Risks for Diabetes, CVD. Available: https://www.medscape.com/viewarticle/menopause-and-age-increase-womens-risks-diabetes-cvd-2025a1000yi4?ecd=mkm_ret_260112_mscpmrk_obgyn_latest-news_etid8023353&uac=167916EJ&implD=8023353
-



3. Hirst JA, Mtika WM, Coupland C, Dixon S, Hippisley-Cox J, Hillman S. Inequalities in hormone replacement therapy prescribing in UK primary care: population based cohort study. *BMJ Medicine*. 2025;4: e001349. doi:10.1136/BMJMED-2025-001349
4. Ji H, Kim A, Ebinger JE, Niiranen TJ, Claggett BL, Bairey Merz CN, et al. Sex Differences in Blood Pressure Trajectories Over the Life Course. *JAMA Cardiol.* 2020;5: 255–262. doi:10.1001/JAMACARDIO.2019.5306
5. Modderkolk L, Jurrius A, Oertelt-Prigione S. Students' Learning Preferences in Studying Sex- and Gender-Sensitive Medicine: An Exploratory Multimethod Study. *J Med Educ Curric Dev.* 2025;12. doi:10.1177/23821205251396178
6. Gompers A, Rushovich T, Richardson SS, Lee KMN. Exploring the Contributions of Gendered Social Factors to Sex Disparities in Adverse Drug Events. *Womens Health Issues.* 2026. doi:10.1016/J.WHI.2025.12.003
7. Clayton JA, Bianchi DW, Hodes R, Schwetz TA, Bertagnolli M. Recent Developments in Women's Health Research at the US National Institutes of Health. *JAMA.* 2025;333: 891–897. doi:10.1001/JAMA.2024.25878
8. Català-Senent JF, Andreu Z, Hidalgo MR, Soler-Sáez I, Roig FJ, Yanguas-Casás N, et al. A deep transcriptome meta-analysis reveals sex differences in multiple sclerosis. *Neurobiol Dis.* 2023;181. doi:10.1016/j.nbd.2023.106113
9. Zindani S, Khalil M, Altaf A, Rashid Z, Sarfraz A, Woldesenbet S, et al. Unmasking sex-based disparities in failure to rescue: Are women at greater risk after major surgery? *Surgery (United States).* 2026;190. doi:10.1016/j.surg.2025.109925
10. Tagi VM, Fiore G, Tricella C, Eletti F, Visioli A, Bona F, et al. Sex- and gender-based medicine in pediatric nutrition. *Ital J Pediatr.* 2024;50: 159. doi:10.1186/S13052-024-01734-6
11. van Eeghen SA, Pyle L, Narongkiatikhun P, Choi YJ, Obeid W, Parikh CR, et al. Unveiling mechanisms underlying kidney function changes during sex hormone therapy. *J Clin Invest.* 2025;135. doi:10.1172/JCI190850
12. Peters SAE, Graham BM, Berwanger O, Harris K, Woodward M, Hirst JE. Innovative design and modelling to improve sex and gender analysis in clinical trials. *BMJ.* 2025;391. doi:10.1136/BMJ-2025-085681
13. Wiering L, Aigner A, van Rosmalen M, Globke B, Dziodzio T, Raschzok N, et al. Systematic Sex-Based Inequity in the MELD Score-Based Allocation System for Liver Transplantation in Germany. *Transplant International.* 2025;38. doi:10.3389/TI.2025.13844
14. Arenaza-Urquijo EM, Boyle R, Casaletto K, Anstey KJ, Vila-Castelar C, Colverson A, et al. Sex and gender differences in cognitive resilience to aging and Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2024;20: 5695–5719. doi:10.1002/ALZ.13844
15. Friedman JK, Taylor BC, Campbell EH, Allen K, Bangerter A, Branson M, et al. Gender differences in PTSD severity and pain outcomes: Baseline results from the LAMP trial. *PLoS One.* 2024;19. doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0293437
16. Brown HK, Fung K, Cohen E, Dennis C-L, Grandi SM, Rosella LC, et al. Multiple Maternal Chronic Conditions and Risk of Severe Neonatal Morbidity and Mortality. *JAMA Netw Open.* 2026;9: e2555558. doi:10.1001/JAMANETWORKOPEN.2025.55558



-
17. Zhao Y, Yang K, Nguyen CM, Wu H, Liu H, Velez LM, et al. Sex-specific cardiac dysfunction in mice with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant.* 2025;40: 1865–1875. doi:10.1093/NDT/GFAF056
 18. Lopez Santi P, Fortuni F, Bernard J, Sarrazyn C, Chua AP, Butcher SC, et al. Sex Differences in Left Ventricular Remodeling for Risk Stratification of Patients With Aortic Regurgitation. *JAMA Cardiol.* 2026. doi:10.1001/JAMACARDIO.2025.5249
-

Wir bedanken uns für Ihr Interesse an geschlechtersensibler Medizin und freuen uns, wenn Sie mit Rückmeldungen, Fragen oder anderen Anliegen an uns [herantreten](#)!

Dr. Zhejia Tian, Prof.'in Dr. Dr. Sabine Salloch, Prof.'in Dr. Dr. Anette Melk