

Geschlechterunterschiede systematisch betrachten

Obwohl Frauen und Männer biologisch und physiologisch unterschiedlich sind, werden geschlechtsspezifische Unterschiede in der medizinischen Versorgung bislang unzureichend berücksichtigt. Dadurch entstehen vermeidbare Gesundheitskosten, die sich mit belastbarer Evidenz und größerer Gender-Sensibilität deutlich reduzieren ließen.



Gender Gaps werden sowohl in der medizinischen Versorgung und Forschung bislang weitgehend unbeachtet. Speziell spielt eine **Gender Data Gap** hier hinein: Frauen sind in klinischen Studien häufig unterrepräsentiert oder werden aufgrund ihrer Bio-Parameter wie Hormonzyklus, Schwangerschaft oder Stillzeit ausgeschlossen, obwohl diese Zustände die weibliche Bevölkerung betreffen. Entsprechend bildet die medizinische Grundlagenforschung die reale Versorgungssituation nicht adäquat ab. Besonders deutlich zeigt sich das Ungleichgewicht in der **Psychiatrie**, wo epidemiologische Daten zeigen, dass Frauen etwa von Depression häufiger betroffen sind. 2024/2025 lag eine Prävalenz depressiver Erkrankungen bei rund 25 % der erwachsenen deutschen Bevölkerung vor.¹

Das **Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR)** hat Ende 2025 eine neue Förderrichtlinie veröffentlicht, die darauf abzielt, die Gender Data Gap in der klinischen Forschung zu reduzieren. Gefördert werden unter anderem Studien

zu **kardiovaskulären, autoimmunologischen und metabolischen Erkrankungen**, etwa im Rahmen der Partnerschaft **ERA4Health**.²

Im Whitepaper „[Quantifying Differences in Female and Male Healthcare](#)“ analysiert das **IQVIA Institute for Human Data Science** datenbasiert, wie sich geschlechtsspezifische Unterschiede entlang der gesamten Wertschöpfungskette des Gesundheitswesens auswirken – von der Krankheitslast über klinische Forschung bis hin zu Arzneimittelentwicklung, -nutzung und Investitionen (vgl. Abb).³

Ob Diagnostik, Therapie oder klinische Studienteilnahme – Frauen und Männer erhalten häufig keine gleichwertige, geschlechtergerechte medizinische Versorgung. Sichtbar durch.

Unterschiedliche Krankheitsmuster

Frauen leben im Durchschnitt länger, leiden jedoch häufiger an chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Männer weisen hingegen eine höhere frühe Mortalität auf, insbesondere infolge akuter Erkrankungen. Trotz guter Evidenz werden diese Unterschiede in Forschung und Versorgung nur unzureichend berücksichtigt.

Unzureichende Repräsentation in klinischen Studien

In vielen Indikationen entspricht die Geschlechterverteilung in Studien nicht der realen Krankheitsverteilung. Besonders deutlich zeigt sich dies in der

¹ Robert Koch-Institut: *Journal of Health Monitoring – Depression und Angst*, 2025

² ERA4Health ist eine Partnerschaft im Rahmen von Horizon Europe zur Stärkung grenzüberschreitender Gesundheitsforschung.

³ IQVIA Institute for Human Data Science: *Report on Quantifying Differences in Female and Male Healthcare*.

Psychiatrie, etwa bei Schizophrenie, Angststörungen oder postpartalen Depressionen. Weiterhin: Zwischen 2015 und 2024 lag bei 43 % der klinischen Studien der Frauenanteil unter 5 %; bei Männern waren es 33 %.

Vor allem in der ONKOLOGIE ist die Unterrepräsentanz weiblicher Studienteilnehmerinnen ausgeprägt:

- 39 % der Studien im Betrachtungszeitraum wiesen eine Beteiligung von Frauen <5 % auf
- Bei Männern waren es hingegen nur 25 %



Ungleichgewicht bei neuen Arzneimitteln

Auch die Zahl neuer Wirkstoffe (New Active Substances, NAS) entspricht nicht immer der geschlechtsspezifischen Krankheitslast. So machten Wirkstoffe für frauenspezifische Erkrankungen 2015 in den USA lediglich 3 % der Neuzulassungen aus; für männerexklusive Erkrankungen lag der Anteil sogar unter 1 %.

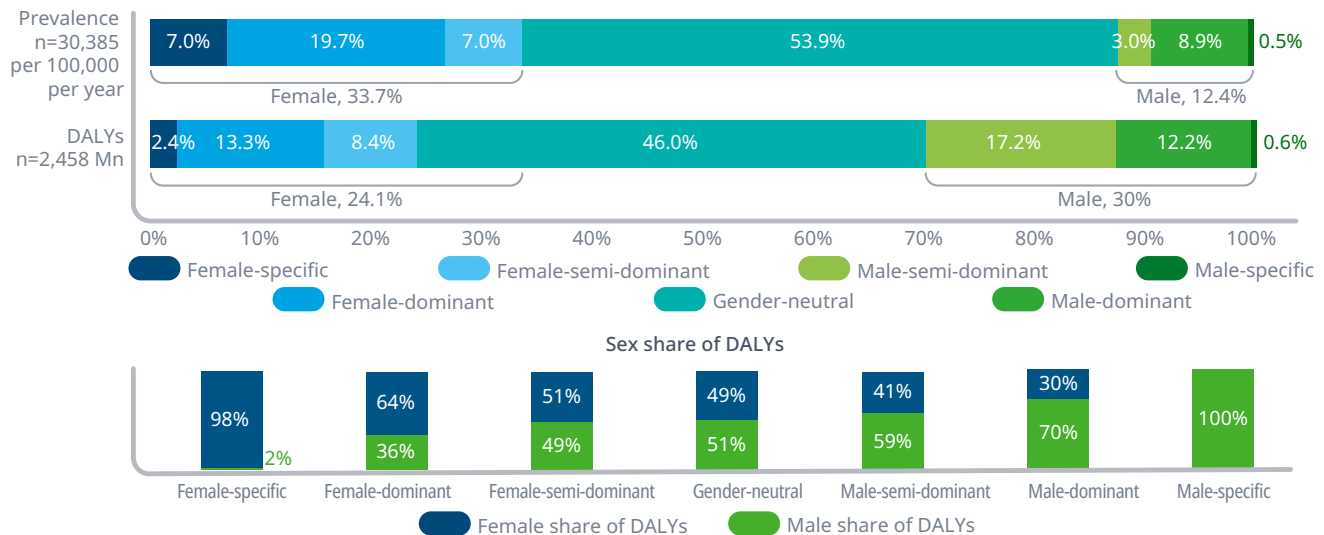
Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Arzneimittelnutzung

Verordnungsdaten zeigen, dass Frauen und Männer in einzelnen Indikationen über- oder unterproportional behandelt werden. So erhalten Frauen häufiger Psychopharmaka oder Adipositas-Therapien, zugleich jedoch seltener neuere Arzneimittel bei Alzheimer-Erkrankungen – obwohl sie von dieser Krankheit häufiger betroffen sind.

Gender Gaps sind keine Randnotiz

Moderne Medizin basiert auf Daten – doch diese Daten bilden die Bevölkerung derzeit nicht immer realitätsgetreu ab, da in klinischen Studien Männer lange als Standard galten. Dadurch entstand eine überwiegend männlich geprägte Evidenzbasis. Die Folgen sind erheblich: Unterschiede in Metabolisierung, Dosierung, Nebenwirkungen und Symptominterpretation bleiben unzureichend berücksichtigt, Krankheitslast und Versorgungsrealität driften auseinander. **Geschlechtergerechte Medizin ist keine Frauenheilkunde – sie ist präzise Medizin.**

Abbildung 1: Anteil der Prävalenz und globalen Krankheitslast (DALYs) nach geschlechtsbezogenen Krankheitskategorien, 2019.



Source: IHME, 2019; IQVIA Institute, Jun 2025.
 Notes: Prevalence at a disease level is not mutually exclusive as patients can suffer from multiple conditions.
 Overall analyzed disease prevalence for 182 segmented diseases total 30,385 people per 100,000 people per year.
 Report: Quantifying Differences in Female and Male Healthcare: Evidence from Epidemiology, Trials, Therapeutics, Medicine Use, and Investments. IQVIA Institute for Human Data Science, November 2025.

KONTAKT

IQVIA Commercial GmbH & Co. OHG
 Unterschweinstiege 2 - 14 | 60549 Frankfurt am Main
 Tel. +49 69 6604-0
 iqvia.de

