



FRAUENHERZEN
SCHLAGEN
ANDERS

Healthcare
Frauen

#GoRed – Frauenherzen schlagen anders 2026

Forderungen an die Politik für eine genderspezifische Herzmedizin

Ausgangssituation

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weltweit die häufigste Todesursache bei Frauen. In Deutschland starben allein im Jahr 2024 über 190.000 Frauen an diesen Erkrankungen. Dennoch gelten sie nach wie vor häufig als „männliche“ Krankheiten – ein Irrtum, der dazu führt, dass Frauen ihr Risiko unterschätzen, Symptome später erkennen und im medizinischen Umfeld oft nicht rechtzeitig diagnostiziert, angemessen behandelt oder im Rahmen der Nachsorge seltener in Rehabilitationsprogramme einbezogen werden. Dabei äußern sich Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen häufig anders als bei Männern, was eine frühzeitige Erkennung zusätzlich erschwert.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Symptomatik, Prävention, Diagnose und Therapie spielen eine entscheidende Rolle für eine wirksame Versorgung von Patientinnen. Umso wichtiger ist es, diesen Unterschieden in der medizinischen Forschung, Lehre und Versorgung künftig mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Obwohl Deutschland im europäischen Vergleich besonders hohe (per capita) Gesundheitsausgaben verzeichnet, liegt die Lebenserwartung hierzulande deutlich hinter der anderer westeuropäischer Länder – eine Entwicklung, die vor allem auf die hohe Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen ist.¹

Vor diesem Hintergrund spricht sich die Initiative #GoRed dafür aus, dass sich die Bundesregierung im Rahmen einer gezielten Herz-Kreislauf-Strategie verstärkt für eine geschlechtersensible kardiovaskuläre Versorgung engagiert. Die spezifischen Risiken und Symptome bei Frauen sollten dabei verbindlich berücksichtigt werden – etwa durch folgende Maßnahmen, die Versorgungslücken schließen und Leben retten können:

¹ Deutsche Herzstiftung e.V. (Hrsg.): Deutscher Herzbericht – Update 2024: Herzschwäche und plötzlicher Herztod weiter auf hohem Niveau. Frankfurt am Main, März 2024. Online verfügbar unter: <https://herzstiftung.de/service-und-aktuelles/presse/pressemitteilungen/herzbericht-update-2024-herzschwaechе> [14.04.25].

1. Prävention und Vorsorge²

Jährliche gesetzliche Vorsorge für Frauen ab 40 Jahren bei erhöhtem kardiovaskulären Risiko:

Zuständig: Bundesgesetzgeber (Bundesministerium für Gesundheit) und Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).

Frauen haben nach der Menopause ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.³ Daher sollte ihnen ab 40 Jahren eine jährliche Vorsorgeuntersuchung ermöglicht werden, insbesondere bei erhöhtem Risiko wie beispielsweise nach Schwangerschaftsdiabetes und Frühgeburten.⁴ Ebenso leiden viele Frauen durch die Doppelbelastung von Beruf und Familie stärker an psychischen Erkrankungen, die kardiovaskuläre Erkrankungen mit sich ziehen und erwiesenermaßen prognostisch ungünstig sind.⁵ Auch diese Zusammenhänge sollten bei Check-ups mit beachtet werden.

Eine gezielte, niedrigschwellige und regelmäßige Vorsorgeuntersuchung für Frauen ab 40 Jahren ist entscheidend, um kardiovaskuläre Risiken frühzeitig zu erkennen und dadurch die Gesundheit und Lebensqualität nachhaltig zu fördern.

Integration von genderspezifischer Medizin in Aus- und Weiterbildung:

Zuständig: Kultusministerkonferenz (KMK) für die Lehrpläne der medizinischen Hochschulen sowie die Landesärztekammern und das Bundesministerium für Gesundheit für die ärztliche Fort- und Weiterbildung.

Genderspezifische Medizin muss verpflichtend in das Curriculum der medizinischen Ausbildung und in die Fortbildung von Ärzt:innen und in den Gegenstandskatalog bei den ärztlichen Prüfungen integriert werden, um das Bewusstsein für die unterschiedlichen Risiken, pathophysiologischen Mechanismen und Symptome bei Frauen zu schärfen und sie zur Anwendung zu bringen. Es gibt bereits einige universitäre und andere Einrichtungen, die eine genderspezifische Ausrichtung haben, wie z. B. die Charité oder die Universität Magdeburg, doch ist die Implementierung in die Ausbildung noch nicht flächendeckend und noch nicht alle Einflussgrößen berücksichtigend erfolgt.

Inklusion von geschlechtsspezifischen Aspekten in Disease-Management-Programme (DMPs):

Zuständig: Bundesgesetzgeber (Bundesministerium für Gesundheit) und Gemeinsamer Bundesausschuss

Disease-Management-Programme (DMPs) spielen eine zentrale Rolle in der strukturierten Versorgung chronisch kranker Menschen. Obwohl erste Initiativen zur Berücksichtigung

² Grundlage dieser Forderung wie auch der weiteren dieses Positionspapieres ist u.a. das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, das die bisher vorhandene wissenschaftliche Evidenz zusammenfasst und Empfehlungen gibt: Baessler, A. et al (2024) Geschlechterspezifische Aspekte kardiovaskulärer Erkrankungen, Kardiologie 2024, 18:293–32118:293–321 <https://doi.org/10.1007/s12181-024-00694-9>.

³ American Heart Association, Scientific Session 2023- Associations Between Multiple Dimensions of Poor Sleep and Life's Essential 8 Cardiovascular Health Score During the Menopausal Transition: Findings From the AHA Research Goes Red Weight Study (12. Nov. 2023): https://www.abstractsonline.com/pp8/?_ga=2.252499981.569559676.1693429947-1069604919.1693247687#!/10871/presentation/9760

⁴ Clayton GL, Soares AG, Kilpi F et al (2022) Cardiovascular health in the menopause transition: a longitudinal study of up to 3892 women with up to four repeated measures of risk factors. BMC Med20:299. <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02454-6>

⁵ Wedegartner SM, Kindermann I (2021) Der große „kleine Unterschied“: Gendertypische Aspekte in der Psychokardiologie. Pid – Psychotherapie im Dialog 22:54–58. <https://doi.org/10.1055/a-1215-0861>

geschlechtsspezifischer Aspekte gestartet wurden,⁶ berücksichtigen die bestehenden DMPs für kardiovaskuläre Erkrankungen bislang noch nicht systematisch die unterschiedlichen Bedürfnisse und Versorgungs-Spezifika von Frauen und Männern. Eine Integration dieser Aspekte ist entscheidend, um eine schnelle, qualitätsgesicherte und geschlechtersensible Versorgung sicherzustellen.

Insbesondere in der Lipidsenkung zeigt sich eine deutliche Schlechterstellung von Frauen gegenüber Männern. Frauen mit atherosklerotisch bedingter Herz-Kreislauf-Erkrankung (ASCVD, Atherosclerotic Cardiovascular Disease), die durch Allgemeinmediziner:innen betreut werden, erhalten häufiger gar keine lipidsenkende Therapie und haben entsprechend höhere Cholesterin (LDL-C)-Werte.⁷

Erweiterung von Präventionsleistungen:

Zuständig: Gesetzliche Krankenkassen, Bundesgesetzgeber (Bundesministerium für Gesundheit)

Gesetzliche Krankenkassen sollten Anreize erhalten, spezifische Präventionsprogramme für Frauen mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen anzubieten, die gezielt auf die besonderen Bedürfnisse und Risiken dieser Gruppe abgestimmt sind. Die Vermeidung von Folgeerkrankungen zählt hier ebenso dazu. Diese Programme könnten einen wichtigen Beitrag zur Verminderung geschlechterbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten, wie es auch § 20 SGB V (1) vorsieht – ein Ziel, das bisher noch unzureichend berücksichtigt wird.

Berücksichtigung von Dosierungsunterschieden in der Erstattungsfähigkeit

Zuständig: Medizinischer Dienst Bund, Bundesministerium für Gesundheit als Fachaufsicht

In der Versorgungspraxis zeigt sich, dass aus Angst vor Regress Patient:innen mitunter die Therapie verweigert wird, wenn von der zugelassenen Dosierung abgewichen wird. Hintergrund ist, dass der Medizinische Dienst in seinem 2024 aktualisierten Begutachtungsleitfaden „Hinweise zum Off-Label-Use“ festgelegt hat, dass die Dosierung eines Medikaments Teil der Zulassung ist und eine Abweichung als „Off-Label-Use“ gilt.⁸ Damit ist die Erstattung durch die Krankenkasse erschwert. Frauen sind in der kardiologischen Therapie häufig benachteiligt, da sie in klinischen Studien nach wie vor unterrepräsentiert sind. Dies führt dazu, dass Dosierungsempfehlungen und Therapieprotokolle überwiegend auf männlichen physiologischen Parametern basieren, was die Wirksamkeit und Sicherheit der Behandlung bei Frauen beeinträchtigen kann.

Die Einstufung von Dosierungsabweichungen als Off-Label-Use erschwert eine gendersensible Medizin erheblich. Eine Anpassung des Begutachtungsleitfadens ist daher dringend geboten.

6 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Innovationsfondsprojekt GenderVasc: Genderspezifische Versorgungslücken bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen identifiziert. Pressemitteilung vom 16. Februar 2023. Online verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1169/> [14.04.2025].

7 <https://www.lipid-liga.de/aktuelle-ergebnisse-vom-lipidsnapshot/>

8 https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGL_Off-Label-Use_240701.pdf, S.8.

2. Erkennen von weiblichen Symptomen

Bessere Studien für mehr Evidenz:

Zuständig: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sowie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA).

Es gibt immer noch eine erhebliche Unterrepräsentation von Frauen in klinischen Studien, was die Entwicklung genderspezifischer Leitlinien und die Erkenntnis über Krankheitsverläufe, Therapieansprechen und -verträglichkeit und Prognosen erschwert. Klinische Studien müssen eine repräsentative Geschlechterverteilung (Anhang I der EU-Verordnung 536/2014) sicherstellen und genderspezifische Subgruppen-Auswertungen verpflichtend durchführen, um die Unterschiede in der Herzgesundheit von Frauen besser zu verstehen und behandeln zu können.

Stärkung der individuellen Frauen-Gesundheitskompetenz:

Zuständig: Bundesgesetzgeber (Bundesministerium für Gesundheit)

Frauen sollten besser über ihre spezifischen Herzinfarktsymptome informiert werden. Öffentlichkeitskampagnen und Bildungsinitiativen, verbunden mit Früherkennungs- und Vorsorgeaktionen, sollten gezielt die kardiovaskulären Risiken von Frauen adressieren und deren Gesundheitskompetenz stärken, um eine frühzeitige Diagnose und Behandlung zu ermöglichen. Nach wie vor werden Frauen oft später oder weniger gezielt bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen behandelt. Dies hat viele Ursachen, unter anderem die Tendenz, manifeste Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen zu lange als psychosomatische Beschwerden zu betrachten, statt sie als kardiologische Diagnose zu behandeln. Frauen müssen zudem stärker dafür sensibilisiert werden, kardiale Warnsignale ernst zu nehmen - denn das Abwarten, Verdrängen oder Fehldeuten solcher Symptome kann kritisch und im schlimmsten Fall lebensbedrohlich sein. Eine gestärkte Gesundheitskompetenz kann entscheidend dazu beitragen, solche Risiken frühzeitig zu erkennen und Leben zu retten.

3. Auch Frauen brauchen Erste Hilfe!

Förderung der gesellschaftlichen Sensibilität:

Zuständig: Landesgesundheitsministerien, Bildungsministerien der Länder und Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG)

Frauen werden seltener von Passant:innen wiederbelebt als Männer. Um die Erste-Hilfe-Quote bei Frauen zu erhöhen, bedarf es einer gezielten Aufklärung und der verpflichtenden Einführung von Erste-Hilfe-Kursen mit weiblichen Reanimationspuppen, um Hemmschwellen abzubauen.^{9 10}

Oktober 2025

Healthcare Frauen e. V., Beirat Gesundheitsförderung

⁹ [Eusem - PRESS RELEASE Women less likely to be given CPR than men in public places But in private spaces older people less likely to be given CPR](#)

¹⁰ Perman, S.M. · Shelton, S.K. · Knoepke, C. ... Public perceptions on why women receive less bystander cardiopulmonary resuscitation than men in out-of-hospital cardiac arrest *Circulation*. 2019; 139:1060-1068
[European Resuscitation Council Guidelines 2025 Adult Basic Life Support - Resuscitation](#)