



## #GoRed – Frauenherzen schlagen anders

### 5 Forderungen an die Politik für eine genderspezifische Herzmedizin

#### Ausgangssituation

- **Übersterblichkeit - Frauen sterben häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Männer:** Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden bei Frauen immer noch unterschätzt, dabei sind diese Erkrankungen die häufigste Todesursache bei Frauen. Über 190.000 Frauen sind im Jahr 2022 daran gestorben.<sup>1</sup> Und nicht nur das: Frauen haben zum Beispiel nach einem Herzinfarkt auch schlechtere Chancen auf Genesung als Männer, wie Studien und Statistiken zeigen.<sup>2</sup>
- **Frauenherzen schlagen anders:** Die Herzgesundheit von Frauen unterscheidet sich auf vielfältige Weise von der von Männern. Frauenherzen sind kleiner und schlagen schneller. Frauen neigen dazu, Herzprobleme später im Leben zu entwickeln als Männer. Die Symptome können subtiler sein und werden häufig anders wahrgenommen. Dies führt oft dazu, dass Herzkrankheiten bei Frauen nicht rechtzeitig erkannt werden. Es ist wichtig, diese Unterschiede zu verstehen, um effektive Präventions- und Behandlungsstrategien zu entwickeln.
- **Unterschätztes Risiko:** Zusätzlich zu den bekannten Risikofaktoren, die das Entstehen von Herzkreislauferkrankungen für beide Geschlechter begünstigen, wie Rauchen, Bluthochdruck, Cholesterinerhöhung, Übergewicht, auch besondere Risiken für Frauen, so z.B. Wechseljahre, Diabetes mellitus und dauerhaft unbewältigter Stress oder Depressionen.<sup>3</sup> Frauen haben nach einem Schwangerschaftsdiabetes – auch wenn sie danach keinen Diabetes Typ2 entwickeln – ein 40 Prozent höheres Risiko für

**Kardiovaskuläre Erkrankungen sind in Deutschland bei Frauen die Todesursache Nr.1. Trotzdem gelten Herz-Kreislauf-Krankheiten weiterhin als typisch männliche Erkrankungen - und nicht nur Frauen selbst unterschätzen häufig ihr Risiko.**

---

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023, (Stand: 14.12.2023)

<sup>2</sup> <https://herzstiftung.de/infos-zu-herzerkrankungen/herzinfarkt/anzeichen/herzinfarkt-frauen-symptome>

<sup>3</sup> Mehta LS (2011) Cardiovascular disease and depression in women. Heart Fail Clin7(1):39–45.

<https://doi.org/10.1016/j.hfc.2010.08.005>

Vaccarino V, Sullivan S, Hammad M et al (2018) Mental stress-induced myocardial Ischemia in young patients with recent myocardial infarction: sex differences and mechanisms. Circulation 137(8):794–805.

<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030849>

Vaccarino V, Wilmot K, Al Mheid I et al (2016) Sex differences in mental stress induced myocardial Ischemia in patients with coronary heart disease. J Am Heart Assoc. <https://doi.org/10.1161/JAHA.116.003630>

Herzinfarkte, bei manifestem Diabetes ist das Risiko fünffach höher als bei Frauen ohne Gestationsdiabetes.<sup>4</sup>

- **Keine adäquate Behandlung:** Studien zeigen zudem, dass Frauen in der Therapie weniger oft die Leitlinien-konformen Therapieziele für Blutzucker (HbA1c), LDL-Cholesterin oder Blutdruck erreichen, was das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zusätzlich verstärkt.<sup>5</sup>

## 5 Forderungen für eine geschlechterspezifische Herzmedizin

1. **Integration von geschlechterspezifischer Medizin in Aus- und Weiterbildung:** Bereits in der ärztlichen Ausbildung muss durch eine **verpflichtende Lehre** im Kerncurriculum der Medizinerausbildung, aber auch in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung geschlechterspezifischer Medizin mehr Bedeutung beigemessen werden. Bislang sind es vereinzelte medizinische Fakultäten, die geschlechtersensible Lehre als Querschnittsfach oder Wahlpflichtfach anbieten. Dieses gilt auch für alle weiteren Gesundheitsberufe.
2. **Bessere Studien für mehr Evidenz und eine gerechtere Gesundheitsversorgung:** Obwohl biologische und soziokulturelle Unterschiede im Vergleich zu Männern belegt sind und sich Pathophysiologie, Prävalenz und Verlauf von vielen Herz-Kreislauf-Erkrankungen unterscheiden, fehlt für Frauen ausreichende Evidenz für die meisten Vorgehensweisen. Frauen sind trotz der Notwendigkeit einer geschlechtersensiblen, individualisierten Medizin in kardiovaskulären Studien unterrepräsentiert.
  - Die EU-Vorgaben für eine **repräsentative Geschlechterverteilung in klinischen Studien** müssen umgesetzt werden, ebenso muss eine genderspezifische Auswertung der Daten verpflichtend gemacht werden.
  - Zudem müssen mehr staatliche Fördergelder für die Forschung zu kardiovaskulären Risiken mit Schwerpunkt auf die Prä- und Perimenopause (Wechseljahre) bereit gestellt werden.
  - Für eine gerechtere Gesundheitsversorgung müssen die geschlechtersensiblen Forschungs-Ergebnisse aus Studien in den **Leitlinien** umgesetzt werden.
3. **Jährliche gesetzliche Vorsorge für Frauen ab 40 Jahren bei erhöhtem kardiovaskulärem Risiko:** Das Herz-Kreislauf-Risiko ist nach der Menopause erhöht, das Risiko steigt weiter bei vorzeitiger oder früher Menopause. Frauen mit erhöhtem Risiko sollte deshalb

**Durch aktive politische Maßnahmen kann die durchschnittliche Lebenserwartung bei Frauen enorm gesteigert werden. Es sind dringende Investitionen in die Frauen-Herz-Kreislauf-Gesundheit und eine Forcierung von Maßnahmen notwendig.**

---

<sup>4</sup> Tobias DK, Stuart JJ, Li S, Chavarro J, Rimm EB, Rich-Edwards J, et al. Association of History of Gestational Diabetes With Long-term Cardiovascular Disease Risk in a Large Prospective Cohort of US Women. *JAMA Intern Med.* 2017;177(12):1735-42. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.2790.

<sup>5</sup> Kautzky-Willer A, Harreiter J. Sex and gender differences in therapy of type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017;131:230-41. doi: 10.1016/j.diabres.2017.07.012.

bereits ab 40 Jahren, eine jährliche Vorsorgeuntersuchung ermöglicht werden. Zudem sollten Frauen mit einer Schwangerschaftsdiabetes und nach Frühgeburten die Möglichkeit eines kardialen Risikochecks postpartal bekommen.

**4. Stärkung der individuellen Frauen-Gesundheitskompetenz:**

Ergänzend zu ärztlichem Bewusstsein und verstärkter Vorsorge muss die individuelle Gesundheitskompetenz (Health-Literacy) gestärkt werden. Dabei müssen sich die Gesundheitsinformationen für Frauen an ihren spezifischen Interessen orientieren und dabei ihre Lebenslagen, ihre Lebensstile und auch ihre gesundheitlichen Probleme berücksichtigen. Konkrete Maßnahmen sind z.B. öffentliche Kampagnen zur Aufklärung über die Symptome bei Frauen und über den niederschweligen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, z.B. pharmazeutische Dienstleistungen in Apotheken, aber auch die bessere Vergütung derprechenden Medizin.

**5. Förderung der gesellschaftlichen Sensibilität:**

Ergänzend zur Schärfung des ärztlichen Bewusstseins und gesetzlichen Vorsorgeprogrammen ist auch eine verstärkte breite Aufklärung über die spezifischen Risikofaktoren für Frauen notwendig. Dies könnte einerseits bereits in der Schulbildung durch einen kooperativen Gesundheitsunterricht analog zur Sexualkunde in der Grundschule, der Sekundarstufe I und II erfolgen und andererseits durch gezielte Kampagnen geschehen, so beispielsweise durch Screening-Initiativen (Bluthochdruck/Diabetes/Cholesterin) in der Öffentlichkeit, in Gesundheitseinrichtungen, Einkaufszentren, Vereine und Sportstätten oder auch in Betrieben. Diese Maßnahmen können Frauen dazu ermutigen sich frühzeitig mit ihrer Gesundheit zu beschäftigen und somit mit ihren Ärzt:innen und Apotheker:innen über mögliche Herzkreislauf-Risiken zu sprechen.

**Autor:innen:**

Madlen Bürge, Dr. Vanessa Conin-Ohnsorge, Dr. Florian Eckert, Roman Godau, Dr. Enise Lauterbach, Anike Oleski, Dr. Viyan Sido, Dr. Leonie Uhl, Cornelia Wanke, Ali Yildiz