



Arbeitskreis Frauengesundheit
in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.

11. AKF-Jahrestagung, 13./14. November 2004, Berlin

Frauengerechte Gesundheitsversorgung am Beispiel von Herz-Kreislaufkrankungen

Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek, Charite und DHZB
Frauenspezifische Gesundheitsforschung für Herz-Kreislaufkrankungen

Herz-Kreislaufkrankungen (HKE) wurden bei Frauen lange Jahre unterschätzt. Erst in jüngster Zeit wird immer deutlicher, welche Rolle sie auch bei Frauen als Ursache von Krankheit und Tod spielen. Frauen sind bei Auftreten erster Symptome von HKE im Durchschnitt 10 Jahre älter als Männer. Aber gerade jüngere Frauen haben im Vergleich zu Männern gleichen Alters ein erhöhtes Risiko nach akutem Myokardinfarkt oder einer Bypassoperation zu versterben und die Gruppe der jungen Frauen ist die einzige Bevölkerungsgruppe, in der die Infarkthäufigkeit zunimmt. Risikofaktoren für HKE wie erhöhte Blutfette, Rauchen oder erhöhter Blutdruck wiegen bei Frauen und Männern oft unterschiedlich schwer.

Zu den eindeutig geschlechtsspezifischen Risikofaktoren für HKE gehören Reaktionen auf familiäre Belastungen, Hormonstörungen im frühen Erwachsenenalter oder Schwangerschaftskomplikationen wie Bluthochdruck und Zuckerkrankheit. Erhöhter Blutzucker erhöht bei Frauen das Risiko für Herzinfarkt und Tod an Herzinfarkt sehr viel mehr als bei Männern. Diese unterschiedliche Bedeutung der Risikofaktoren müsste eine frauengerechte Medizin vermehrt herausarbeiten und in Präventionskonzepte einbeziehen. Frauen sind in der Regel, wenn sie spezifisch angesprochen werden, Präventivmaßnahmen zugeneigt.

Bei Frauen wird die Diagnose einer HKE oder eines Infarktes häufig immer noch zeitverzögert gestellt. Belastungstests sind weniger aussagekräftig, was in der Regel wenig berücksichtigt wird, und die Symptome der Frauen werden in Lehrbüchern häufig als "untypisch" dargestellt. Frauen kommen nach akutem koronarem Ereignis immer noch später zur Klinikaufnahme als Männer. Bei Frauen werden seltener invasive Behandlungsoptionen genutzt; die Komplikationsrate bei invasiven Maßnahmen ist höher, Rehabilitationsmaßnahmen werden seltener durchgeführt - Ursachen unklar.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirkung und im Nebenwirkungsspektrum von Medikamenten beruhen nicht nur auf Gewicht und Größe, sondern auch in Unterschieden im Arzneimittelstoffwechsel. Auch diese sind bis heute nur unzureichend untersucht - Frauen sind in Arzneimittelstudien immer noch unterrepräsentiert.

Was können wir tun:

Neben intensiver Grundlagenforschung zu geschlechtsspezifischen Unterschieden von Krankheitsentstehung- und verlauf ist es ein wichtiger Schritt zu einer frauengerechteren Gesundheitsversorgung, mehr Frauen in Schlüsselpositionen in Forschung und Lehre zu etablieren.