

Kardiologie – Forschung und Klinik

Vera Regitz-Zagrosek

Direktorin Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM), komm. Vorstandsmitglied Center for Cardiovascular Research (CCR), Charité – Universitätsmedizin Berlin und Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB)

Sex und Gender stehen für biologisch bedingte (sex) und soziokulturelle (gender) Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Beispiele für biologisch bedingte Geschlechterunterschiede im Bereich der Herz-Kreislaufkrankungen sind einmal die unterschiedlichen Manifestationen von Koronarerkrankungen. Männer entwickeln etwa 10 Jahre früher als Frauen eine klinisch manifeste Arteriosklerose der großen Gefäße und auch der Herzkranzgefäße. Bei Frauen finden sich dagegen relativ häufiger Herzinfarkte bei offenen Herzkranzgefäßen und Zeichen einer koronaren Minderperfusion ohne makroskopisch erkennbare Veränderungen an den großen Kranzgefäßen. Letzteres ist als Syndrom X bekannt und nach neueren Erkenntnissen auf Störungen der Mikrozirkulation zurückzuführen. Biologische Grundlagen dieser Veränderungen sind noch unklar. Neueste Erkenntnisse weisen darauf hin, dass bei Frauen eine stärker ausgeprägte, permanente endogene Reparatur, zu der oft zirkulierende Stammzellen beitragen, die Gefäße jünger erhält.

Biologisch bedingte Unterschiede zwischen Frauen und Männern (die sich auch im Tierexperiment reproduzieren lassen) finden sich auch bei der Herzinsuffizienz. Männer haben häufiger eine systolische Herzinsuffizienz als Frauen und bei dieser einen schlechteren Verlauf. Frauen haben häufiger eine diastolische Herzinsuffizienz, also eine Störung der Dehnbarkeit, die ebenfalls eine ungünstige Prognose hat. Unterschiede im Bindegewebsgehalt im Tiermodell weisen auf die biologischen Ursachen hin. Die Tako-Tsubo-Kardiomyopathie ist eine Erkrankung, die zu 90% Frauen betrifft. Sie geht mit einer schweren Störung der Pumpfunktion bei normalen Koronarterien einher und folgt meistens einer massiven psychologischen Stressexposition.

Soziokulturell bedingte (Gender-) Unterschiede im Herz-Kreislaufsystem finden wir vor allem im Bereich der Wahrnehmung. Frauen nehmen ihre Brustschmerzen beim Herzinfarkt zum Teil anders wahr als Männer und auch ihre Umgebung scheint auf Brustschmerzen bei Frauen anders zu reagieren als bei Männern. Frauen kommen in der Regel deutlich später als Männer in die Klinik und werden dort langsamer als Männer einer Akutversorgung zugeführt. Regional unterschiedlich erhalten Frauen immer noch weniger Katheteruntersuchungen und primäre Katheterinterventionen als Männer. Gerinnungshemmer werden relativ überdosiert, da die Dosierungsrichtlinien für Männer erarbeitet wurden. Blutungskomplikationen bei Katheterinterventionen und Gabe von Thrombolytika bei Frauen sind deutlich häufiger als bei Männern. Frauen erhalten seltener als Männer eine leitliniengerechte Therapie zur Lipidsenkung, auch wenn sie Hochrisikopatientinnen mit Diabetes und koronarer Herzerkrankung sind. Sie sind präventiven Maßnahmen eher zugewandt und bei ihnen können eher Erfolge durch Lebensstiländerungen erzielt werden.

In der klinischen Realität greifen Sex und Gender ineinander: Unterschiedliche biologische Manifestationen von Erkrankungen überlagern sich mit weiblichen und männlichen Rollenbildern und Rollenverhalten. Diese Kombination kann zur Unter- oder Überversorgung eines Geschlechtes führen. Daher ist es wichtig, geschlechtsspezifische biologische Manifestationen zu kennen, wie bei der nicht-obstruktiven Koronarerkrankung, der diastolischen Herzinsuffizienz oder Tako-Tsubo-Kardiomyopathie und gleichzeitig zu verstehen, dass auch Geschlechterrollen Krankheitswahrnehmung und Versorgung bestimmen.