



Aktuelles aus der Gendermedizin – Ideen für Oberösterreich

Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Vera Regitz-Zagrosek

Seniorprofessorin Charité

Aktuelles – 2024 - 2026

Fachspez.
Leitlinien

Kardiologie, Onkologie,
Diabetes, Nephrologie,

Forschungs-
förderung

Stiftungen, EU, Nationale
Programme, Internat. Pr.

Schwanger-
schaft

Verständnis der Risiken

Lehre

Systematische
Integration von S&G

Therapie

Geschlechtsspezifische
Pharmakotherapie

Gesundheits-
politik

EMA, EU Safe Hearts Plan:
regionale Ansätze

Forschung

Prävention, Herzalterung,
Onkologie

Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Infarkt: Frauen und Männer unterscheiden sich

Männer: Klassische
Koronarerkrankungen:

Erkrankungen der grossen
Herzkranzgefäße

Männer

- Atherosclerose
- Obstruktive Plaques



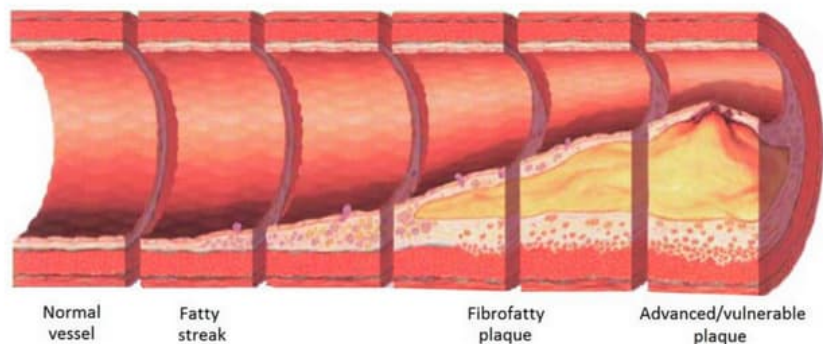
Frauen

- Atherosclerose < 50 %
- Verkrampfungen (Spasmen)
- Einrisse (Dissektionen)
- Erkrankungen der kleinen Gefäße

Nicht-obstruktive Erkrankungen:
INOCA

Unterschiedliche Symptome,
Beschwerdebilder

Massive Forschungsdefizite

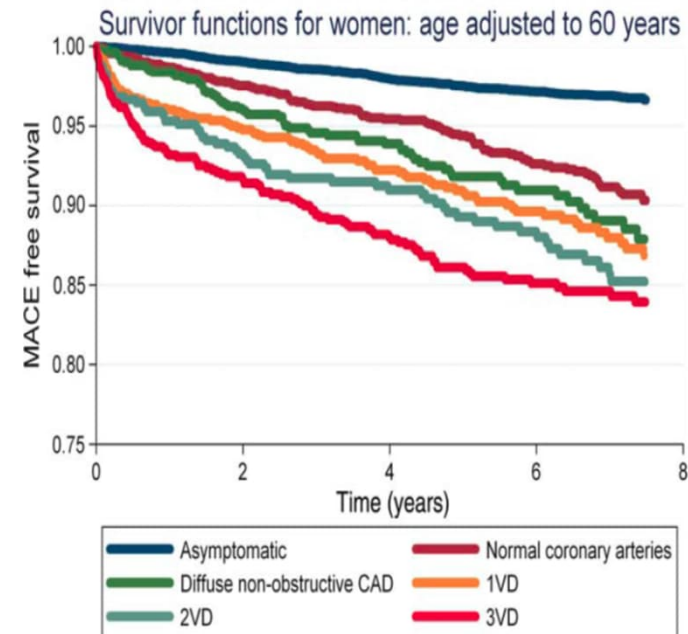
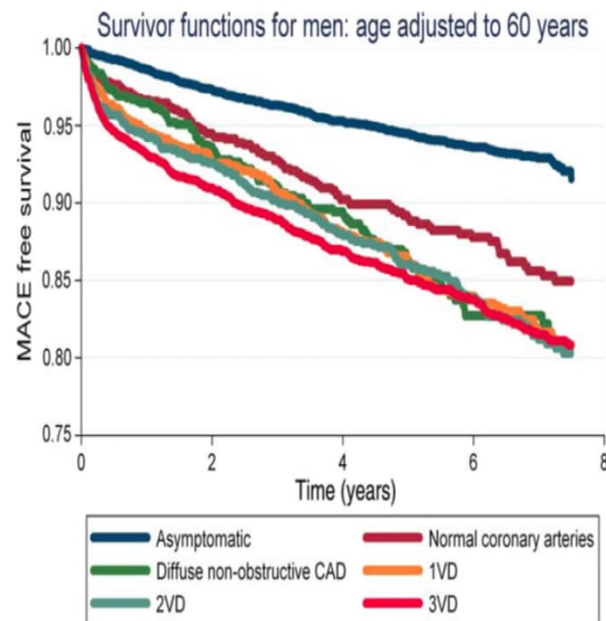


Diagnostik der Koronarerkrankungen bei Frauen - „das Unsichtbare sichtbar machen“

- Breites Spektrum und variable Symptome berücksichtigen!
- Belastungstests **und**
- Durchblutungsmessungen: Stressecho, SPECT, PET, MRT
- Suche nach (auch geringgradigen) Veränderungen
- CT - Koronarangiographie
- IVUS – intravaskulärer Ultraschall
- Funktionstests

Diagnose möglich: bei > 80 %
der Patientinnen

Nicht-obstruktive Koronarerkrankungen (INOCA) verschlechtern das Überleben bei Frauen und Männern



54 Studien (17 302 patients) bestätigen die Risikoerhöhung durch INOCA
Open Heart. 2024 Oct 1;11(2):e002852. doi: 10.1136/openhrt-2024-002852.

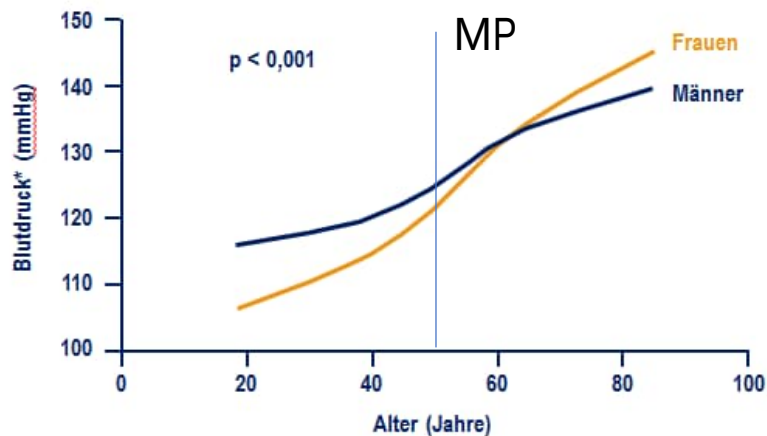
Fazit 1 – Erkrankungen der Herzkranzgefäße bei Frauen

- Frauen haben häufig andere Symptome, Manifestationen als Männer.
- Nicht-obstruktive Krankheitsbilder (INOCA) sind relativ häufig und sind nicht harmlos
- Die Diagnostik ist komplizierter.
- Es gibt (noch) keine kausale Therapie;
- Risikofaktoren und Symptome behandeln,
- Prävention
- Wir brauchen mehr Studien

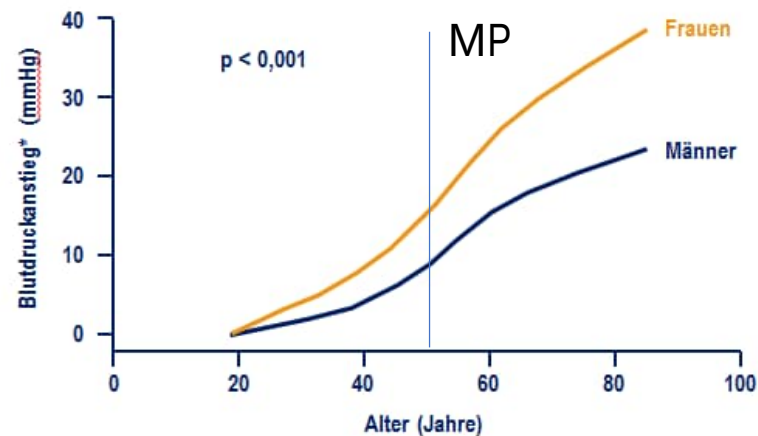
Fokus auf Risikofaktoren – Geschlechterunterschiede im lebenslänglichen Blutdruckverlauf

Geschlechtsspezifische Unterschiede des Blutdruckes

Blutdruckverlauf* nach Lebensalter



Blutdruckanstieg* vs. Ausgangswert

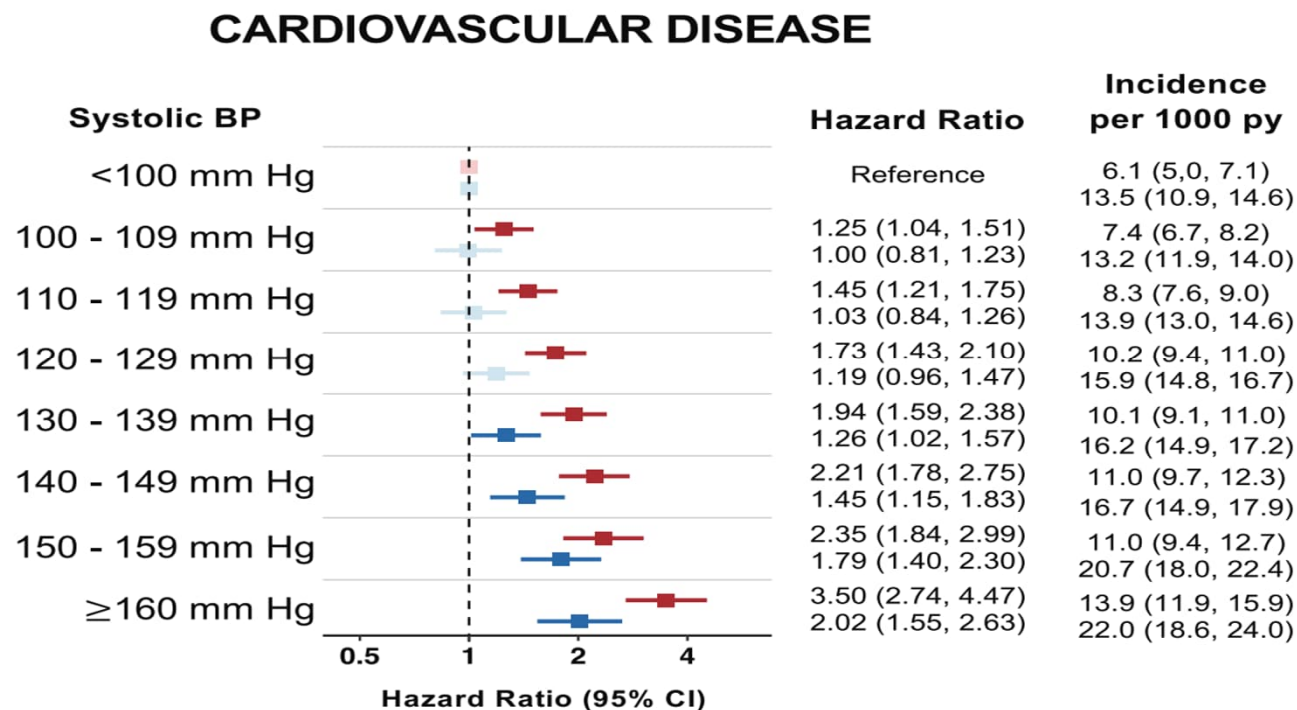


Der Blutdruck bei Frauen glich sich nach der ersten Lebenshälfte dem der Männer an.
Der Blutdruckanstieg begann bei Frauen früher und schritt schneller voran als bei Männern.¹

* Systolischer Blutdruck.

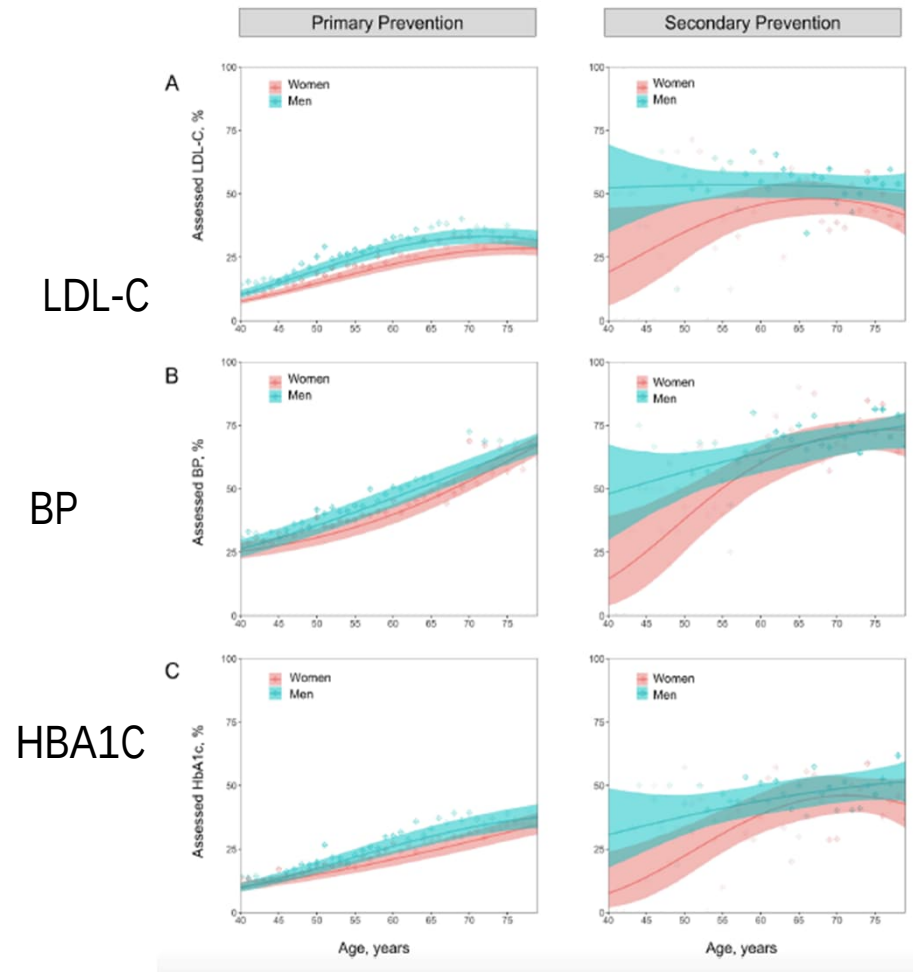
1. Ji H, et al. JAMA Cardiol 2020; 5: 19–26.

Risikosteigerung durch Hypertonie beginnt bei Frauen bei niedrigeren Werten als bei Männern



Das heisst,
Frauen haben
ein höheres
relatives Risiko
für
Komplikationen

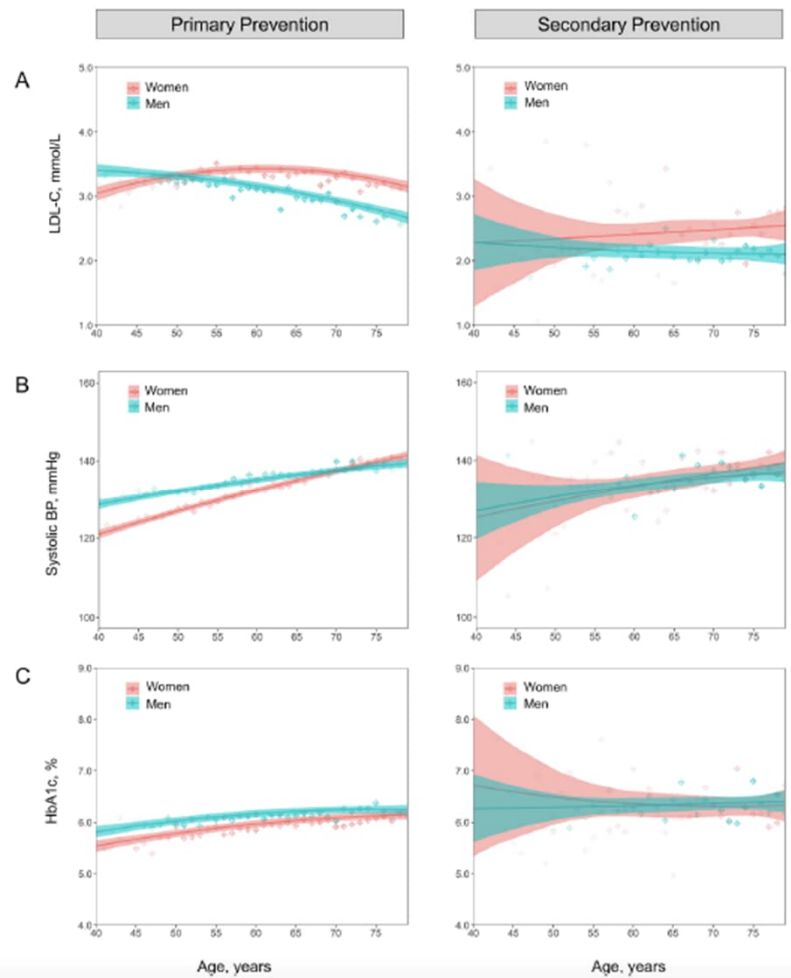
Geschlechterunterschiede in der Erfassung von Risikofaktoren



Bei Frauen werden LDL-C, Blutdruck und Blutzucker seltener gemessen als bei Männern, in der Primär- und Sekundärprävention

A large-scale, cross-sectional study in primary care Switzerland
Rachamin, Y, Atherosclerosis 324 (2021) 141–147

Eine schlechte Kontrolle des LDL Cholesterins bei Frauen ist der größte Geschlechterunterschied bei modifizierbaren Risikofaktoren



Frauen haben höhere Risikofaktoren –
LDL-C, BP, HbA1C -
in der Primär- und Sekundärprävention.

A large-scale, cross-sectional study in primary care, Switzerland
Rachamin, Y, Atherosclerosis 324 (2021) 141–147

Senkung der Blutfette (LDL_C) in den Disease Management Programmen (DMP) in DE

Frauen nehmen seltener an DMP Teil als Männer (KHK 36 /45)

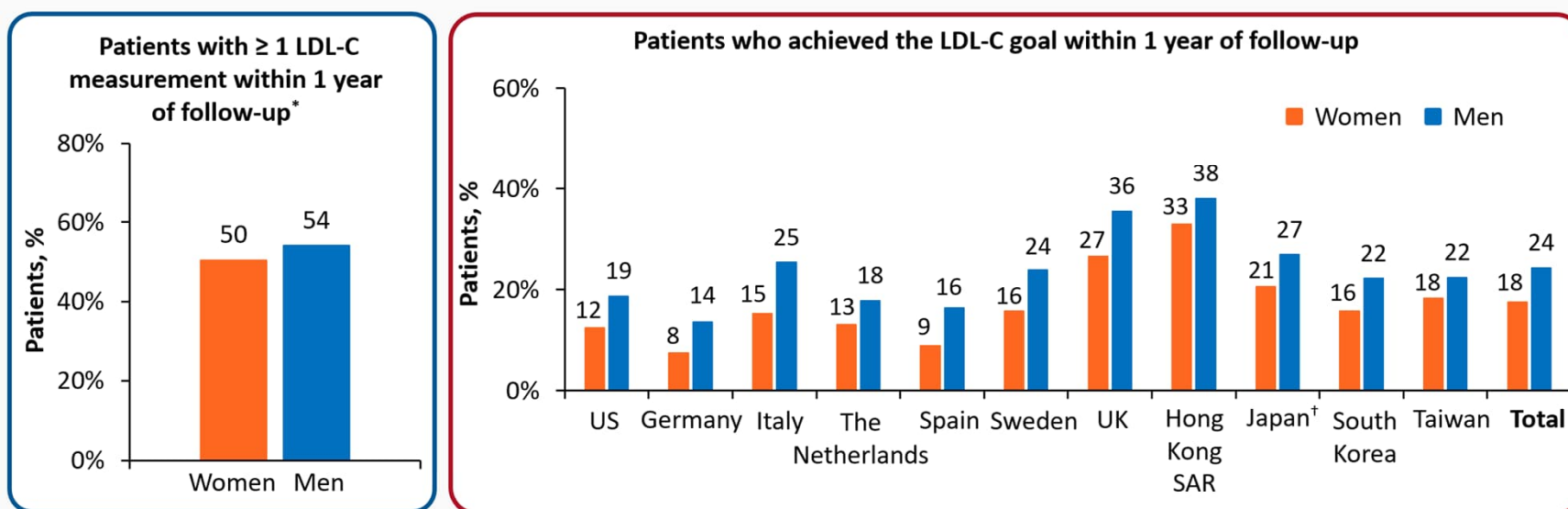
Für die **Lipidsenkung** liefert der Bericht aus **Nordrhein** zusätzliche Daten: Bei KHK erreichen **Frauen LDL < 70 mg/dl** deutlich seltener als Männer:

Alter	Frauen	Männer
Unter 80 Jahre	30,8 %	43,1 %
Ab 80 Jahre	25,0 %	40,7 %

2024 , geschlechtsspezifische DMP-Daten für Nordrhein und Westfalen-Lippe. Als Erkranktenzahlen wurden die aktuellen Hochrechnungen des WIdO-Gesundheitsatlas für dasselbe Jahr verwendet. [zi-dmp.de](https://www.zi-dmp.de)

Lipidsenkung in der Primärprävention bei Frauen (und Männern) - weltweit

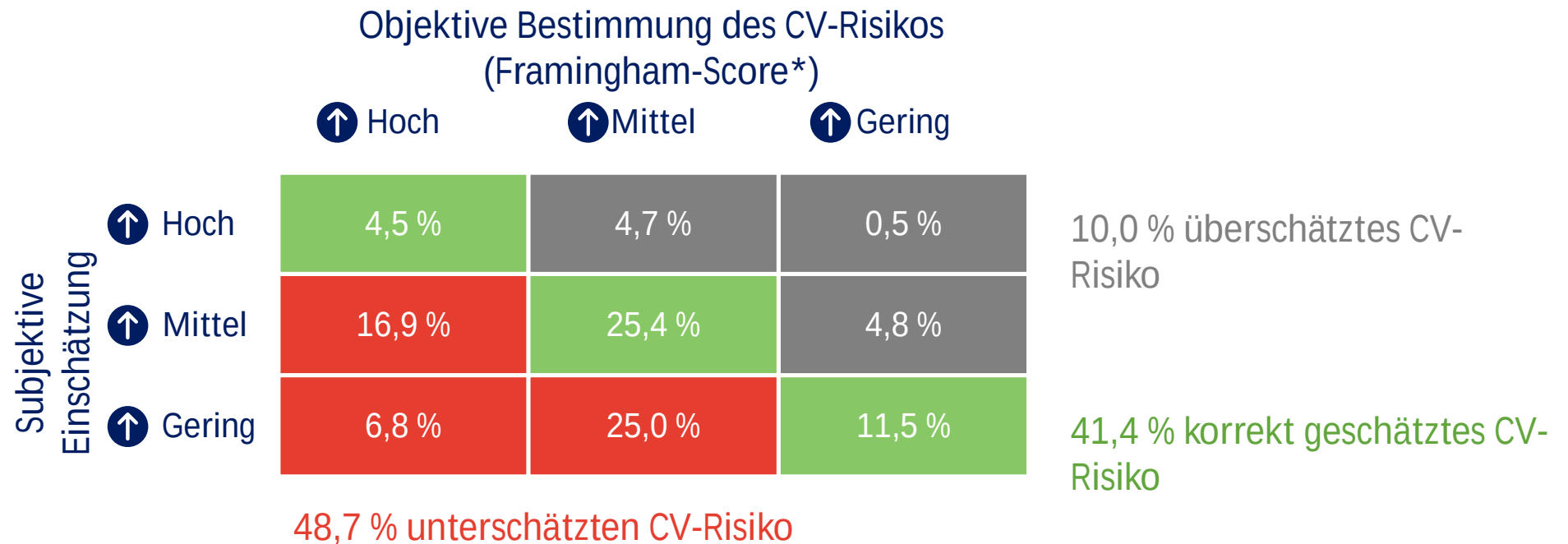
LDL-C Testing and Patients Who Achieved the LDL-C Goal by Sex



- LDL-C testing within 1 year of follow-up was less frequent in women than in men (50% vs 54%)
- Achievement of guideline-recommended LDL-C levels was lower in women than in men (18% vs 24%), with differences consistent across countries/regions

*Estimated using the number of patients with 1 year of follow-up. [†]For Japan, an LDL-C goal of 2.6 mmol/L (100 mg/dL) was used.
LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol; SAR, special administrative region.

Bewusstsein von Frauen in Deutschland für ihr CV Risiko (BEFRI)

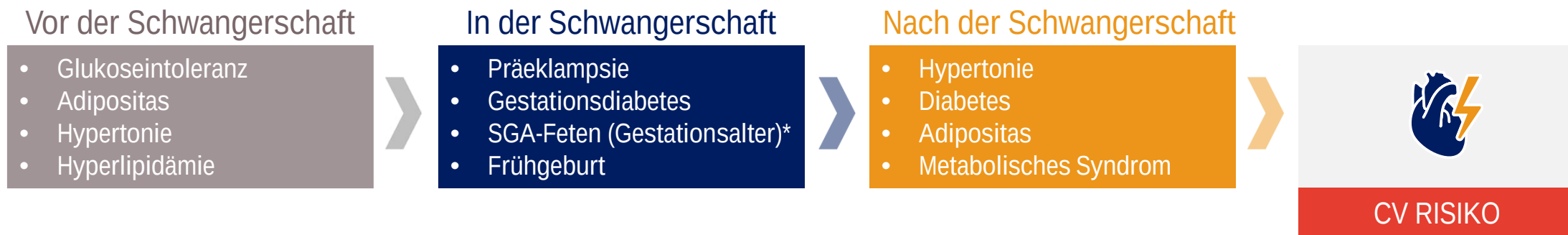


Frauen unterschätzten ihr kardiovaskuläres Risiko.1

(Framingham-Score); n = 1.066. CV, kardiovaskulär.

* Stratifiziert nach D'Agostino (D'Agostino RB, et al. Circulation 2008; 117: 743–753).

Ungünstige Schwangerschaftskonstellationen sind ein hohes Risiko für zukünftige kardiovaskuläre Erkrankungen der Mutter



- Fettstoffwechselstörungen in der Schwangerschaft werden schlechter behandelt,
- Risiko durch Schwangerschaftsassozierte Komplikationen wird später oft übersehen.

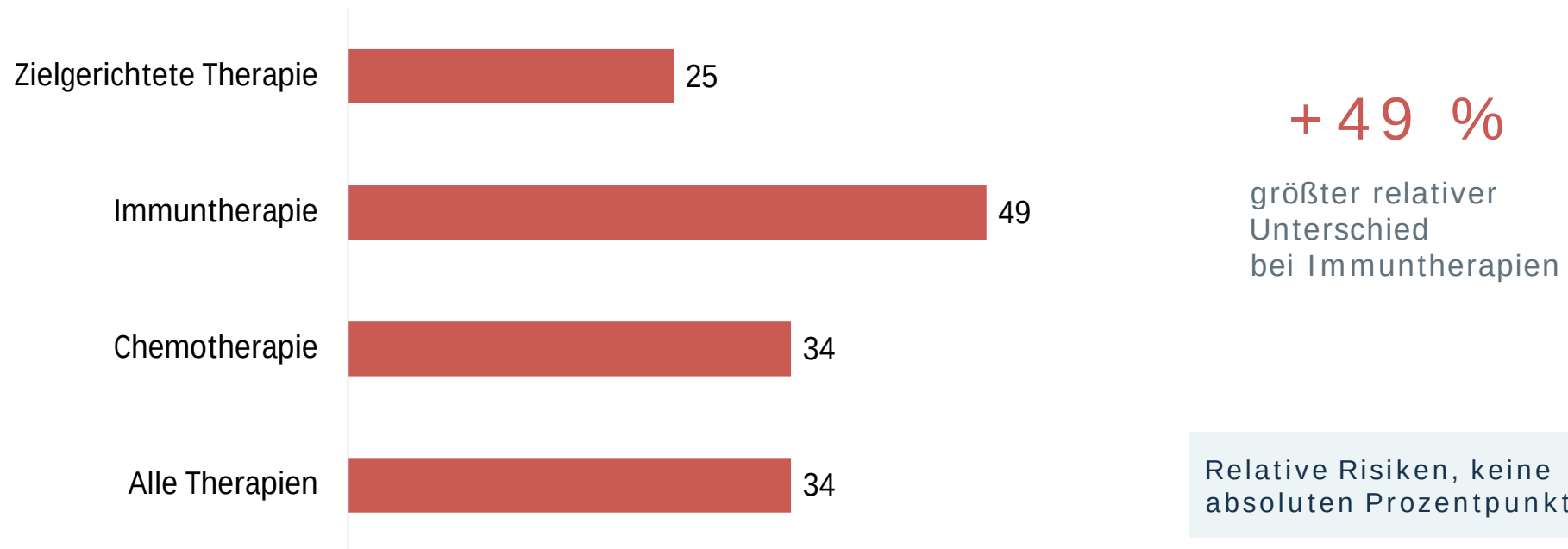
Abbildung modifiziert nach Hauspurg et al. 2018. Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren vor der Schwangerschaft, ungünstigen Schwangerschaftsverläufen und kardiometabolischen Risikofaktoren und Ereignissen nach der Schwangerschaft. KHK, koronare Herzkrankheit; SGA, Small for Gestational Age.

1. Hauspurg A, et al. Clin Cardiol 2018; 41: 239–246.

Fazit - Risikofaktoren

- KV Risikofaktoren – LDL-C, Blutdruck, Blutzucker - werden bei Frauen seltener erfasst als bei altersgleichen Männern und sind im Mittel höher.
- Schwangerschaft verschlechtert bei Hypercholesterinämie die Therapie zusätzlich und bringt neue Risiken;
- Schwangerschaftskomplikationen sind ein zusätzlicher kardiovaskulärer Risikofaktor
- Das Bewußtsein für ihr eigenes kardiovaskuläres Risiko ist bei Frauen oft schlecht.
- Ärztinnen, Ärzte und die Gesundheitspolitik müssen sich gezielt bemühen, den Bias zu bekämpfen.

Onkologie: Frauen haben häufiger schwere Nebenwirkungen



Analyse von 23.296 Teilnehmenden in SWOG-Studien

Quelle: Unger et al., J Clin Oncol 2022;40:1474–1486

Macht KI alles besser?

Nein!

- Sie kann sehr gut suchen und rechnen, aber:
- sie propagiert Mehrheitsmeinungen und häufige Befunde
- Wenn keine Geschlechterunterschiede publiziert sind, betrachtet sie dies oft als fehlende Geschlechterunterschiede
- Sie extrapoliert gerne von den publizierten Daten für Männer (....!)

Sie muss systematisch trainiert und kontrolliert werden, dann kann sie bei großen Zahlen und komplexen Modellen hilfreich sein.

Was regionalen Programmen in der Gendermedizin nutzen kann:

- 1 eine klinische Priorität mit messbarem Nutzen
- 2 eine gemeinsame Datenbasis über Fächer, Disziplinen und Sektorengrenzen hinweg
- 3 Klar benannte Verantwortliche in Klinik, Wissenschaft und Gesundheitspolitik
- 4 eine dauerhafte Verbindung von Lehre, Versorgung und Evaluation

Geschlechtermedizin wird belastbar, wenn sie im Alltag bessere Entscheidungen erzeugt und diese Wirkung sichtbar macht.

Sechs konkrete Ideen für Oberösterreich

1

Geschlechtersensibler kardiovaskulärer Risikopass, Postpartum-Pass nach Präeklampsie und Gestationsdiabetes

2

Überweisungsnetzwerk für koronare Herzerkrankungen mit definiertem Zentrum

3

Sensibilisierung der Onkologie Netze: 5-FU-Präzisionsdosierung als Pilot

4

Versorgungsnetze - Ergebnisse nach Geschlecht und Alter betrachten

5

Wettbewerbe um die beste Info und Lehre zur Gendermedizin, Inklusion sozialer Medien, 2 min Lehrvideos