



„Überlebenschance bei Herzinfarkt: Eine Frage des Geschlechts“

**Expertinnenstatement von Prof. Dr. Tanja Katharina Rudolph (Bad Oeynhausen),
Tagungspräsidentin AGIK Live zum Thema:**

„Frauenherzen im Katheterlabor“ (im Rahmen der Pressekonferenz der DGK Herztage 2026)

Düsseldorf/Hamburg, 24. September 2026 – Nach einem Herzinfarkt sterben wesentlich mehr Frauen als Männer während ihres stationären Klinikaufenthalts: 14,4 Prozent der Frauen, aber nur 10,1 Prozent der Männer. Das belegt der aktuelle Deutsche Herzbericht. Dabei ist die Erkrankungshäufigkeit gegenteilig; Männer sind doppelt so häufig von der Koronaren Herzkrankheit (KHK) betroffen wie Frauen. Erst im Alter von 70 bis 80 Jahren nimmt der Anteil an Frauen mit KHK durch ihren veränderten Hormonstatus zu, erreicht aber trotzdem niemals das Niveau der Männer. Die möglichen Gründe für diese Dysbalance sind mannigfaltig und erstrecken sich von der unterschiedlichen Symptomatik und Art der Infarkte über unbeachtete geschlechtsspezifische Risikofaktoren bis hin zu fast monogeschlechtlichen Studiendesigns.

Ein Blumenstrauß an Symptomen

Das Hauptsymptom eines Myokardinfarkts ist bei Männern wie bei Frauen am häufigsten der Brustschmerz. Doch während Männer ebendiesen klassischerweise nahezu alleinstehend angeben, nennen Frauen einen Blumenstrauß an Symptomen; vermehrte Schweißneigung, Kopfschmerzen, Übelkeit oder auch Rückenschmerzen. Diese Vielfalt kann die Patientin selbst, aber auch das Fachpersonal ablenken und durch eine verspätete Verdachtsdiagnose sowohl Hospitalisierung als auch Behandlung verzögern. Diese Zeitverluste könnten das Sterberisiko erhöhen.

Nach erfolgter Diagnose ist auch die Rate an leitlinienorientierter Revaskularisation bei Frauen geringer und Frauen werden in der Sekundärprävention seltener als Männer optimal medikamentös therapiert. Die Gründe für diese Benachteiligung sind nicht vollständig bekannt, weil es bisher keine Register gibt, die uns hierzu klare Daten liefern würden. Deutschland sieht sich hier mit einer Wissenslücke konfrontiert. Eine Teilerklärung könnte sein, dass Studien zu Herzinfarkt und Koronarsyndrom, deren Ergebnisse in Leitlinien übersetzt werden, bislang hauptsächlich Männer einschließen. In der Regel beträgt der Anteil männlicher Teilnehmer 70 bis 80 Prozent. Auch wenn dies aufgrund der höheren Erkrankungsrate bei Männern nachvollziehbar ist, bedeutet jene Wissenslücke einen Nachteil für Frauen in Diagnose, Behandlung und Therapie.

Der versteckte Infarkt

Eine statistisch auffällige Besonderheit bei Frauen, für die wir die Gründe ebenfalls noch nicht kennen, ist das Auftreten eines Myokardinfarkts ohne obstruktive, also verschlossene, Koronararterien, kurz MINOCA. Hierbei sind vor allem die sehr kleinen Gefäße betroffen oder entscheidend für den Infarkt ist der Riss einer Gefäßwand. Die klassische Koronarangiographie, die Untersuchung per Röntgenkontrastmittel, reicht zur Diagnosestellung nicht aus. Erforderlich ist



ein gänzlich differentes Untersuchungsmodell im Sinne eines multi-modalen Ansatzes, beispielsweise mit intravaskulärer Bildgebung, Mikrozirkulationsmessung oder auch Echokardiographie, MRT oder Blutuntersuchungen. In der klinischen Routine ist dies noch nicht gänzlich implementiert.

Eine Frage des Geschlechts

Die sowohl für Männer als auch Frauen klassischen Risikofaktoren Blutdruck, Blutzucker, Blutfette und Rauchen haben Hausärztinnen und Hausärzte sowie auch Kardiologinnen und Kardiologen in der Versorgung gut im Blick. Interessant ist, dass Männer zwar häufiger an Diabetes mellitus erkranken und anteilig öfter rauchen, Frauen aber ein höheres Risiko für schwere KHK in sich tragen, wenn diese Risikofaktoren bei Ihnen vorhanden sind.

Nicht-traditionelle Risikofaktoren wie Stress, Depressionen, körperliche Inaktivität oder Autoimmunerkrankungen werden klinisch weit seltener betrachtet. Da Frauen von diesen Risikofaktoren häufiger betroffen sind als Männer, sind sie höheren Risiken für eine KHK ausgesetzt. Ebenso sorgt die herzbelastende Wirkung von Krebstherapien für ein vermehrtes Auftreten von kardiovaskulären Erkrankungen, das vor allem bei Frauen im Alter von 50 bis 70 Jahren eine Rolle spielt, zum Beispiel zur Bekämpfung von Brustkrebs.

Alleinleben ist ebenfalls ein Faktor für die Entwicklung der Koronaren Herzkrankheit, betrifft aber häufiger Männer.

Risikofaktor Frau

Noch weniger erschlossen werden derzeit gänzlich frauenspezifische Risikofaktoren, die durch den jeweiligen Hormonstatus der verschiedenen Lebensphasen bedingt sind. In der Jugend betrifft das die Menstruationsblutung; setzt sie vor dem 12. Lebensjahr ein, ist das Risiko für die Entwicklung einer KHK im Alter erhöht. Dasselbe gilt für ein polyzystisches Ovarialsyndrom und orale Kontrazeptiva wie die Pille. Im mittleren Alter können während der Schwangerschaft Prädiktoren wie Präeklampsie, frühzeitige Geburt oder fötales Minderwachstum das erhöhte Risiko einer Herzerkrankung im Alter anzeigen. Auch die Menopause hat Auswirkungen auf die kardiovaskuläre Gesundheit; beginnt sie deutlich vor dem 51./52. Lebensjahr, steigt das Risiko einer Herzerkrankung. Ebenso kann die Hormonersatztherapie Folgen für das Herz haben. Diese Frauenspezifika zu beachten – in der Versorgung und in Studien – ermöglicht eine bessere kardiovaskuläre Prävention des weiblichen Geschlechts.

Männerdomäne Herzkatheterlabor

Eine Dysbalance unter den Geschlechtern findet sich auch auf der anderen Seite des Untersuchungstisches – Kardiologinnen sind mit 11 Prozent im Herzkatheterlabor gegenüber ihren männlichen Kollegen unterrepräsentiert. Ein Trend, den man EU-weit verfolgen kann, wenn auch beispielsweise Spanien und Italien Deutschland mit 20 und 19 Prozent ein Stück voraus sind. Gründe findet eine EU-Umfrage, die sich aktuell im Review für die Veröffentlichung in



DGK.
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Tel +49 (0) 211 600 692 – 968
Fax +49 (0) 211 600 692 – 10
E-Mail presse@dgk.org
Web Herzmedizin.de

EuroIntervention befindet: So sollen Strahlenbelastung, Rufbereitschaft mit Nachtdienst und Mangel an Karrierechancen sowie an positiven Rollenbildern ursächlich sein.

[ENDE]

(5.988 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

Pressesprecher: Prof. Dr. Michael Böhm (Homburg/Saar)

Pressestelle: Fiona Nickel, Tel.: 0211 600 692-968, presse@dgk.org

Quellen finden Sie in der auf Herzmedizin.de veröffentlichten PK-Vortragspräsentation.