

Kardiologische Gesundheitsvorsorge und –versorgung – welche Rolle spielt dabei das Geschlecht? Hochschule Niederrhein

Herzpark Mönchengladbach
Louise-Gueury-Str. 400
41169 Mönchengladbach

Telefon: +49 (2161) 5 52-2400
Telefax: +49 (2161) 5 52-2910

E-Mail: info@herzpark-mg.de
Website: www.herzpark-mg.de

Keine Interessenskonflikte

Ehrenamtliche Tätigkeit

Unsere gemeinsame Veranstaltung Herzpark Hardterwald

Erkennen der Unterschiede, daraus Verbesserung der
Behandlung- Gesundheit

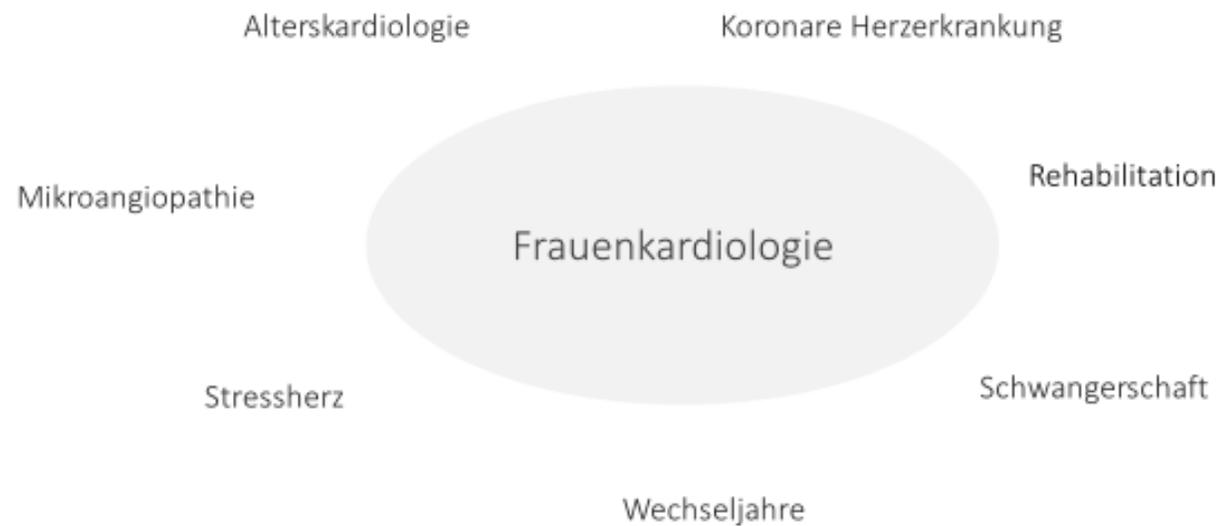
Viele Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die auch
im Bereich der Gesundheitsversorgung sowie Vorsorge
bestehen.

Ziel bessere Präventionsstrategien und
Behandlungskonzepte

Wer bin ich?

- Seit 2001 als Ärztin - Approbation
- Prüfung zur Innere Medizin 2008
- Prüfung zur Kardiologie 2010
- Oberärztin in der Akut Medizin 2012 bis 2014
- Oberärztin in der Rehabilitation 2014 bis 2017
- Chefärztin im Herzpark Mönchengladbach seit 2017 bis dato
- Vorsitzende Netzwerk Frauenherz seit 2019

Was ist Frauenkardiologie?

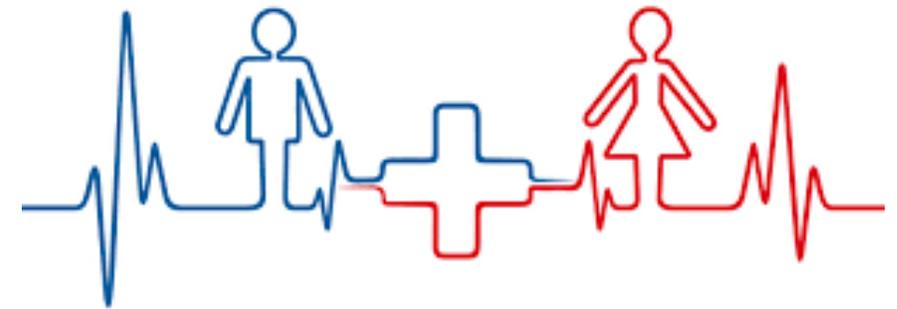


Werdegang Netzwerk Frauenherz

- Ehrenamtlich
- Kick-off Dezember 2018
- 1. Frauentag Mai 2019
- Vereinsgründung und Wahl des Vorstands September 2019 (1. Vorsitzende CÄ Bleckmann, 2. Vorsitzende PD Dr. M. Neizel-Wittke)
- Jährliche Fortbildungsveranstaltungen
- Pressepräsenz (RP, CardioNews, etc)

Ziele des Netzwerk Frauenherz

- Die Qualität der medizinischen Akut-Versorgung sowie Primär- sowie Sekundär-Prävention für Frauen verbessern- Sektoren übergreifend
- Beachtung genderspezifische – chromosomale/hormonelle Unterschiede
- Regionale Öffentlichkeitsarbeit durch Translation der Forschungsergebnisse für eine bessere Gesundheitsversorgung
- Gender-Forschungsergebnisse in die medizinische Praxis implementieren



Aufklärungskampagne des Netzwerks





Frauengesundheitsbericht – RKI 2020 veröffentl.

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

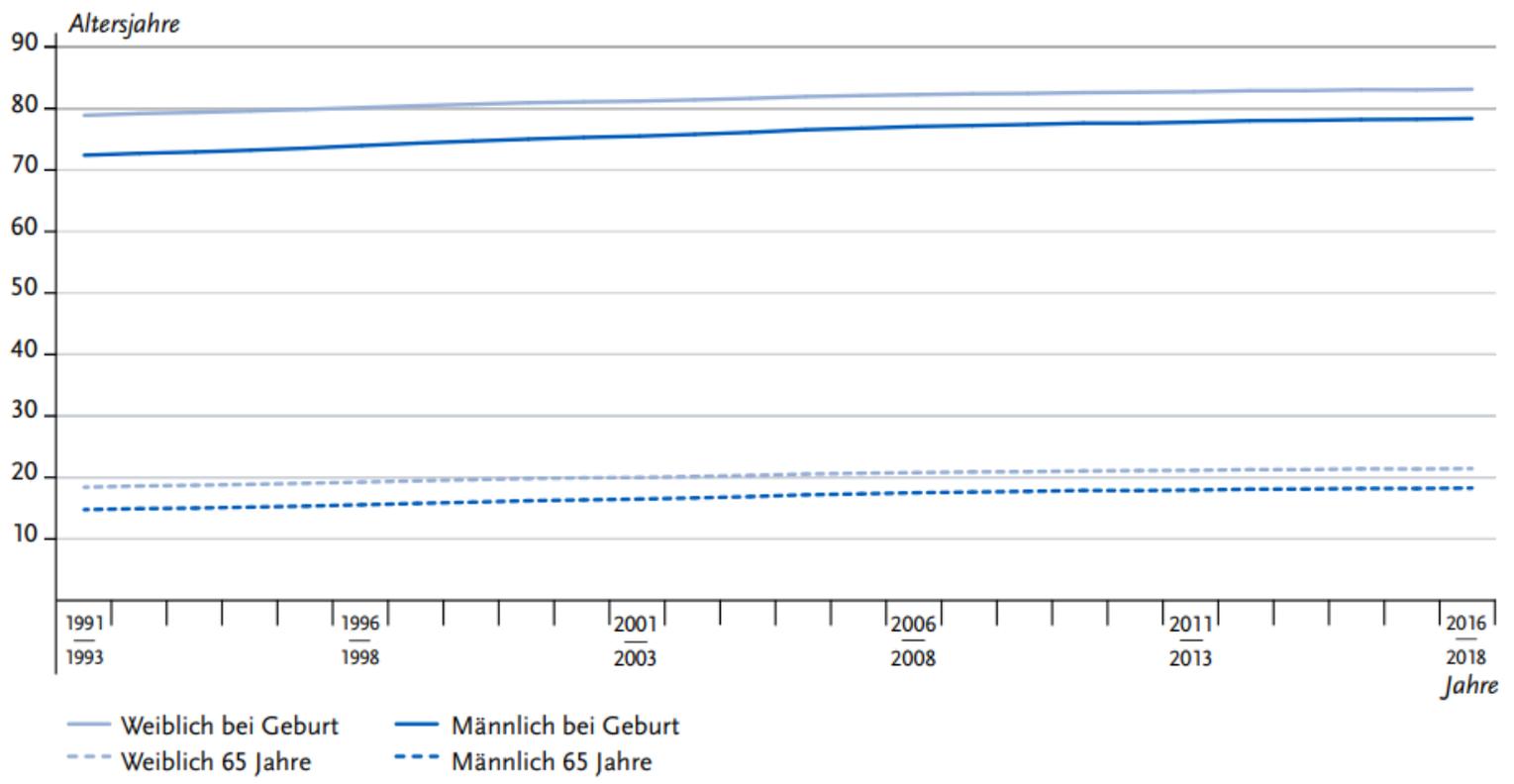
Gesundheitliche Lage der Frauen
in Deutschland

Die **Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)** stellt im **gesetzlichen Auftrag** kontinuierlich aktuelle Daten und Informationen zum **Gesundheitszustand und zur Gesundheitsversorgung** der Bevölkerung in Deutschland zur Verfügung. In diesem Rahmen bildet der Frauengesundheitsbericht **wichtige Aspekte der Gesundheit von Frauen** in Deutschland ab. Er wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Ansprechpersonen: Dr. Anke-Christine Saß, Dr. Franziska Prütz (FG 24)

Projektlaufzeit: 01.07.2017 bis 31.12.2020

Abbildung 2.1.1.1
Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 65 Jahren bei Frauen und Männern
 Datenbasis: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [9]



GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
 GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

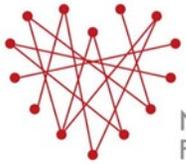
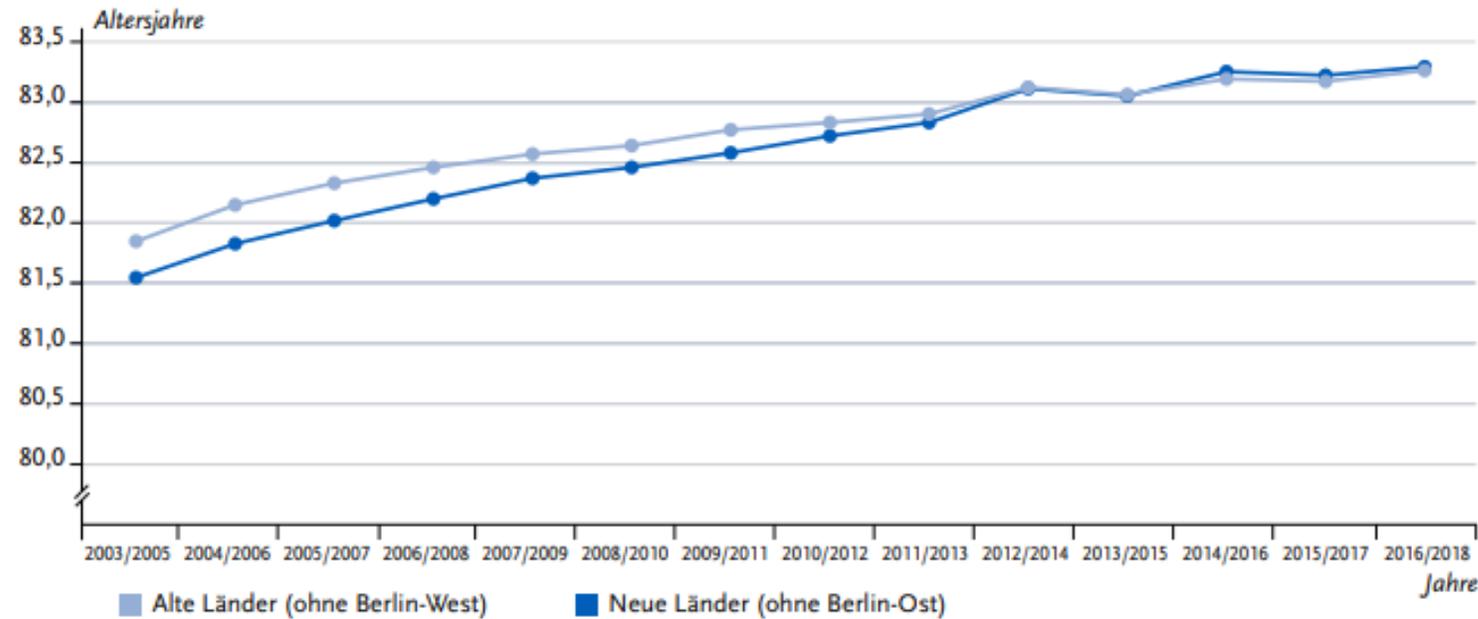


Abbildung 2.1.1.2
Mittlere Lebenserwartung von Frauen in den alten (ohne Berlin-West) und neuen Ländern (ohne Berlin-Ost)
Datenbasis: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [9]



GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Tabelle 2.1.1.1

Die zehn häufigsten Todesursachen bei Frauen nach Krankheitsgruppen, 2017

Datenbasis: Todesursachenstatistik [33]



Rang	Todesursache (ICD-10 Code)	Anzahl Sterbefälle	Anteil an allen Sterbefällen
1	Ischämische Herzkrankheiten (I20–I25)	56.820	12,0%
2	Demenz (F00–F03, G30)	35.191	7,4%
3	Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60–I69)	31.624	6,7%
4	Herzinsuffizienz (I50)	24.118	5,1%
5	Hypertensive Herzkrankheit, Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I11, I13)	22.798	4,8%
6	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (C50)	18.396	3,9%
7	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40–J47)	16.938	3,6%
8	Lungenkrebs (C33, C34)	16.381	3,5%
9	Diabetes mellitus (E10–E14)	13.443	2,8%
10	Darmkrebs (C18–C21)	11.214	2,4%

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Tabelle 2.1.2.1

Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand (gut oder sehr gut) bei Frauen nach Alter im Zeitverlauf

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)

	Anteil in %											
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Altersgruppe												
18–29 Jahre	70,1%	70,4%	75,8%	74,6%	74,1%	74,0%	70,0%	71,6%	73,0%	68,3%	69,7%	70,5%
30–39 Jahre	58,8%	62,1%	64,6%	61,4%	61,9%	64,6%	59,4%	62,0%	59,7%	63,9%	62,7%	64,7%
40–49 Jahre	45,5%	44,9%	47,0%	45,7%	48,4%	48,5%	47,4%	49,4%	51,2%	52,0%	49,5%	49,5%
50–59 Jahre	31,1%	31,7%	31,8%	33,6%	38,1%	39,5%	34,8%	38,3%	38,0%	39,6%	38,5%	37,5%
60–69 Jahre	22,9%	20,9%	24,8%	24,3%	26,8%	29,5%	31,1%	31,5%	32,0%	35,8%	33,0%	35,5%
≥ 70 Jahre	16,4%	17,6%	14,9%	14,6%	15,6%	14,7%	16,2%	16,3%	17,1%	21,3%	21,3%	22,5%

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Abbildung 2.1.3.1

Altersstandardisierte Sterberaten an ischämischen Herzkrankheiten (ICD-10: I20–I25) und zerebrovaskulären Krankheiten (I60–I69) bei Frauen und Männern, 1998–2017 (alte Europastandardbevölkerung)

Datenbasis: Todesursachenstatistik [1]

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

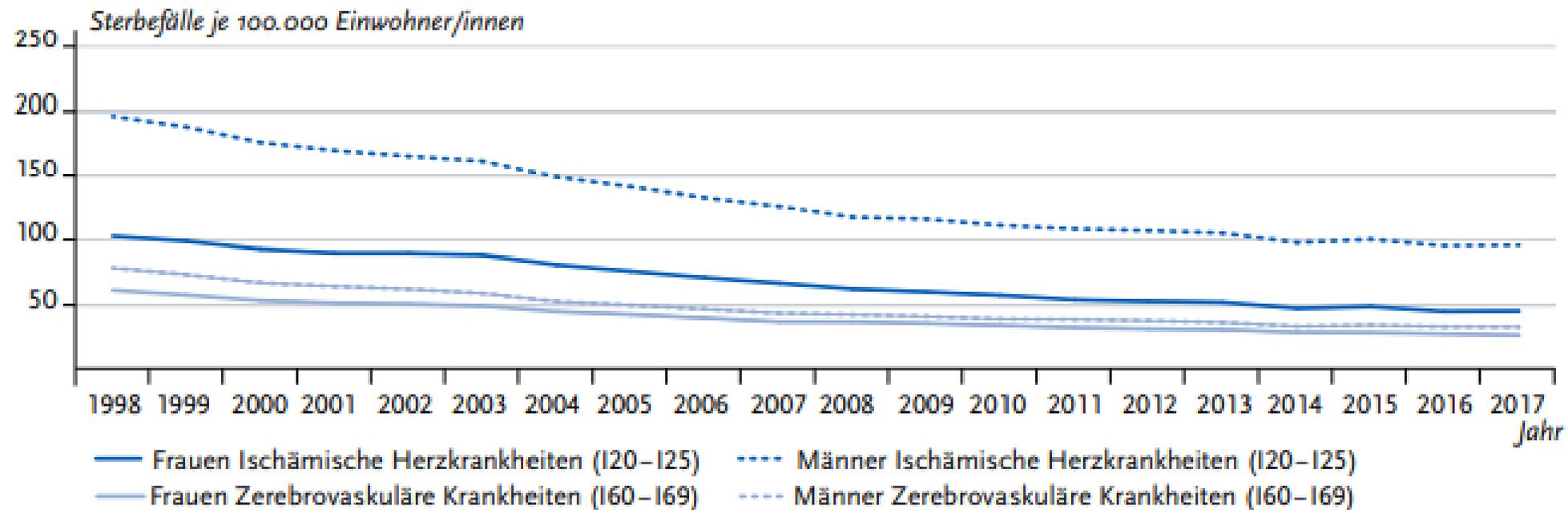
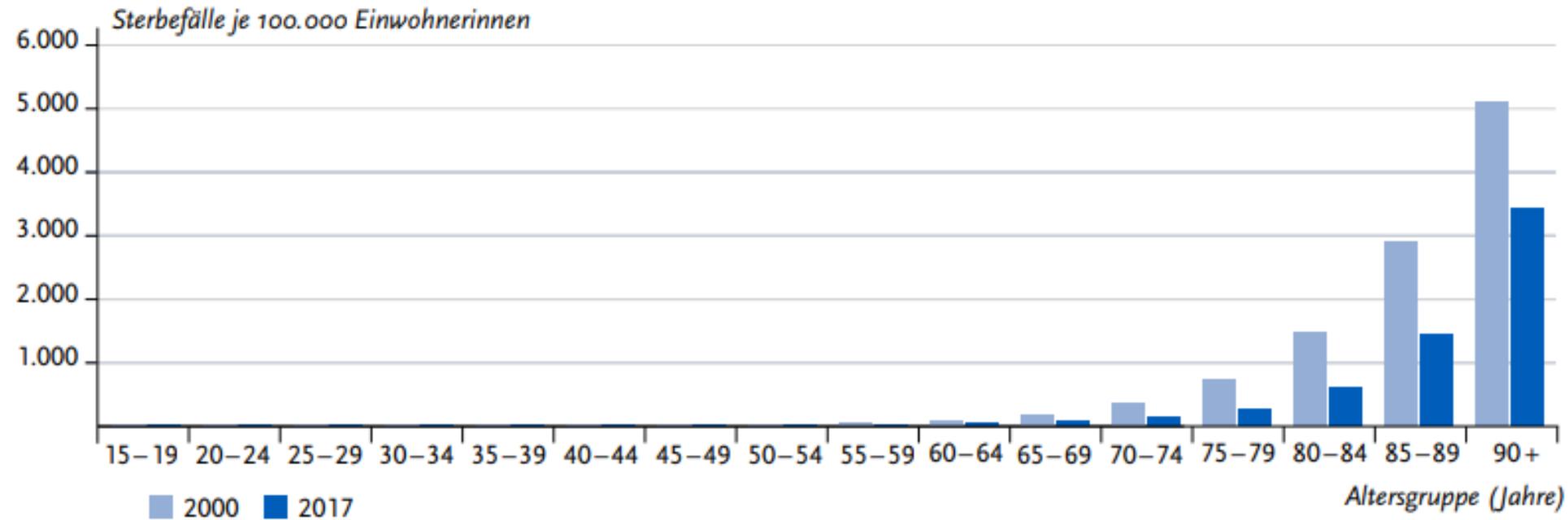


Abbildung 2.1.3.2

Entwicklung der Sterberaten an ischämischen Herzkrankheiten (ICD-10: I20–I25) bei Frauen nach Alter

Datenbasis: Todesursachenstatistik [1]



GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

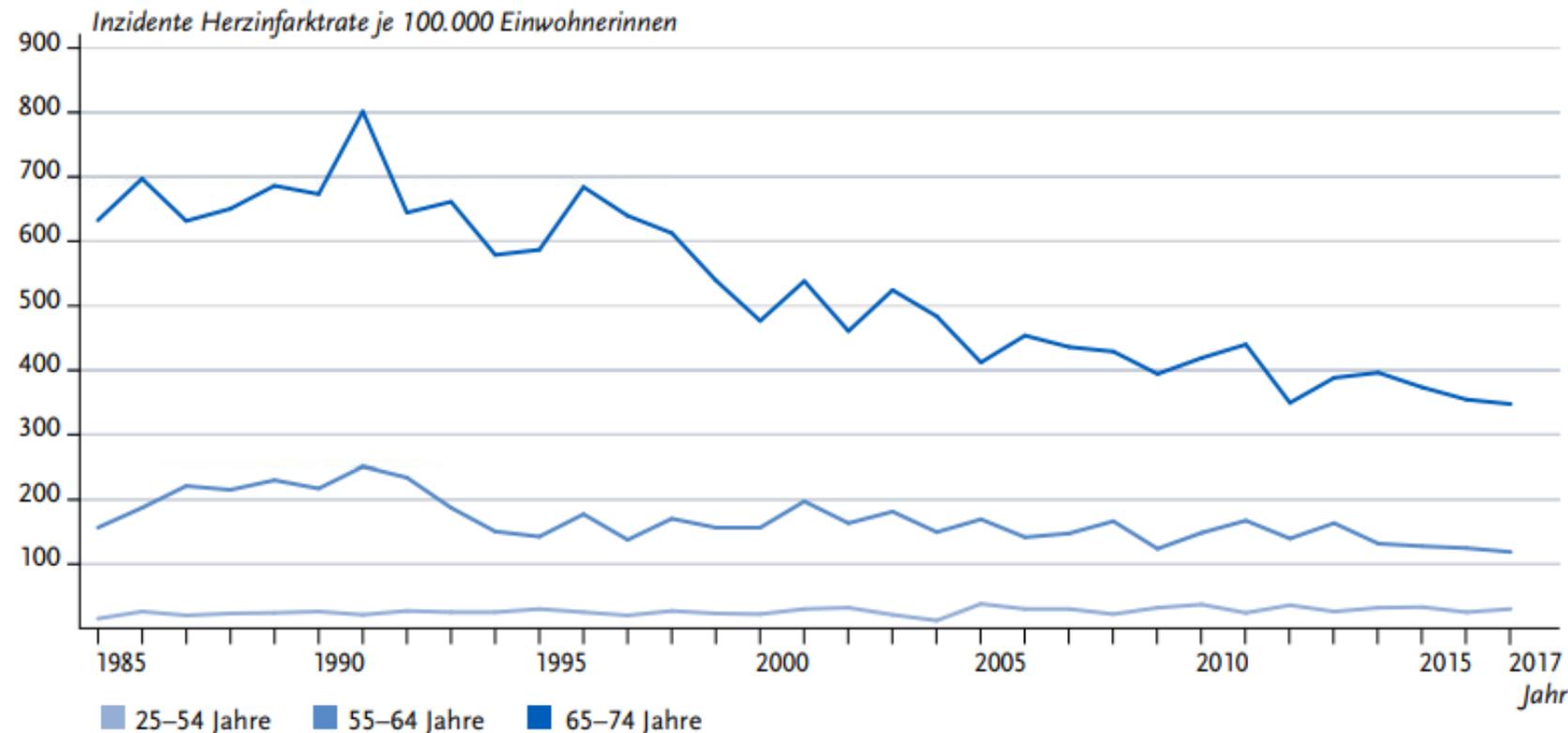
Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Abbildung 2.1.3.3

Entwicklung der inzidenten Herzinfarktrate bei Frauen in der Region Augsburg nach Alter, 1985–2017

Datenbasis: MONICA/KORA-Herzinfarktregister Augsburg [23]

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland



regionale
Herzinfarktregister
der „Kooperativen
Gesundheitsforschung
in der
Region Augsburg“
(KORA)



Risikofaktor - Diabetes mellitus Typ 2

Die Prävalenz von D. m. Typ 2 ist bei Frauen und Männern gleich. Geschlechtsspezifische Unterschiede bzgl. endogener Androgenspiegel auf das Diabetesrisiko sind beschrieben:





Risikofaktor - Diabetes mellitus Typ 2

Die Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 ist bei Frauen und Männern ähnlich.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bzgl. endogener Androgenspiegel auf das Diabetesrisiko sind beschrieben:

Höhere Spiegel bioverfügbaren Testosterons sind bei Frauen mit einem größeren Diabetesrisiko assoziiert, während bei Männern niedrige Spiegel mit einem erhöhten Diabetesrisiko einhergehen.

Risikofaktor - Diabetes mellitus Typ 2

Prämenopausale Frauen mit Diabetes mellitus verlieren die kardioprotektiven Vorteile des weiblichen Geschlechts und haben ein vergleichbares KHK-Risiko wie Männer. Bei diesen Frauen finden sich auch eine gestörte Endothelfunktion und eine reduzierte koronare Vasoreaktivität.

Risikofaktor - Diabetes

Frauen mit Diabetes mellitus haben ein relativ höheres Infarkttrisiko als Männer mit Diabetes mellitus. Sie haben auch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer linksventrikulären Hypertrophie. Bei Frauen mit Diabetes mellitus werden die modifizierbaren Risikofaktoren für eine koronare Herzkrankheit weniger aggressiv behandelt als bei Männern mit Diabetes mellitus.

Bei Frauen bleibt aufgrund der Schilderung sog. „atypischer“ Symptome der Herzinfarkt häufig unerkant.

Diabetikerinnen haben ein sechsfach höheres, Diabetiker ein vierfach höheres Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden.

Es sterben deutlich mehr Frauen an Herzrhythmusstörungen und Herzschwäche als Männer.

Sterblichkeitsrate bei akutem Herzinfarkt:

Die Sterblichkeitsrate nimmt bei Frauen zwischen dem 40. und 55. Lebensjahr zu

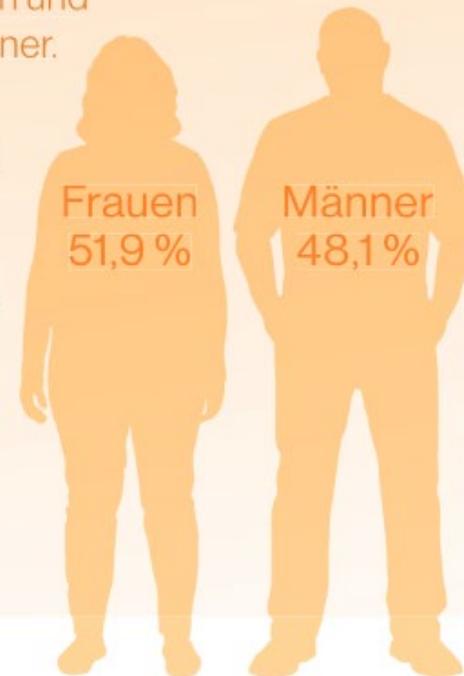
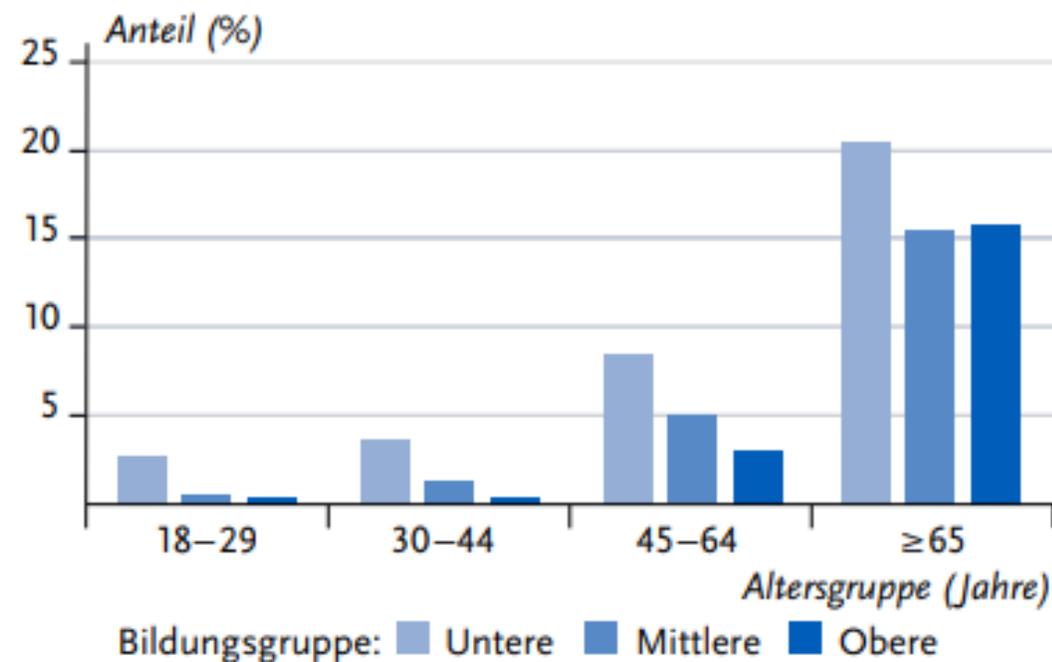


Abbildung 2.1.5.1
12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus
(ohne Schwangerschaftsdiabetes) bei Frauen nach Alter
und Bildung
 Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [24]



GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell

Projektleitung: Jennifer Allen (EG 21)

GEDA
 GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL

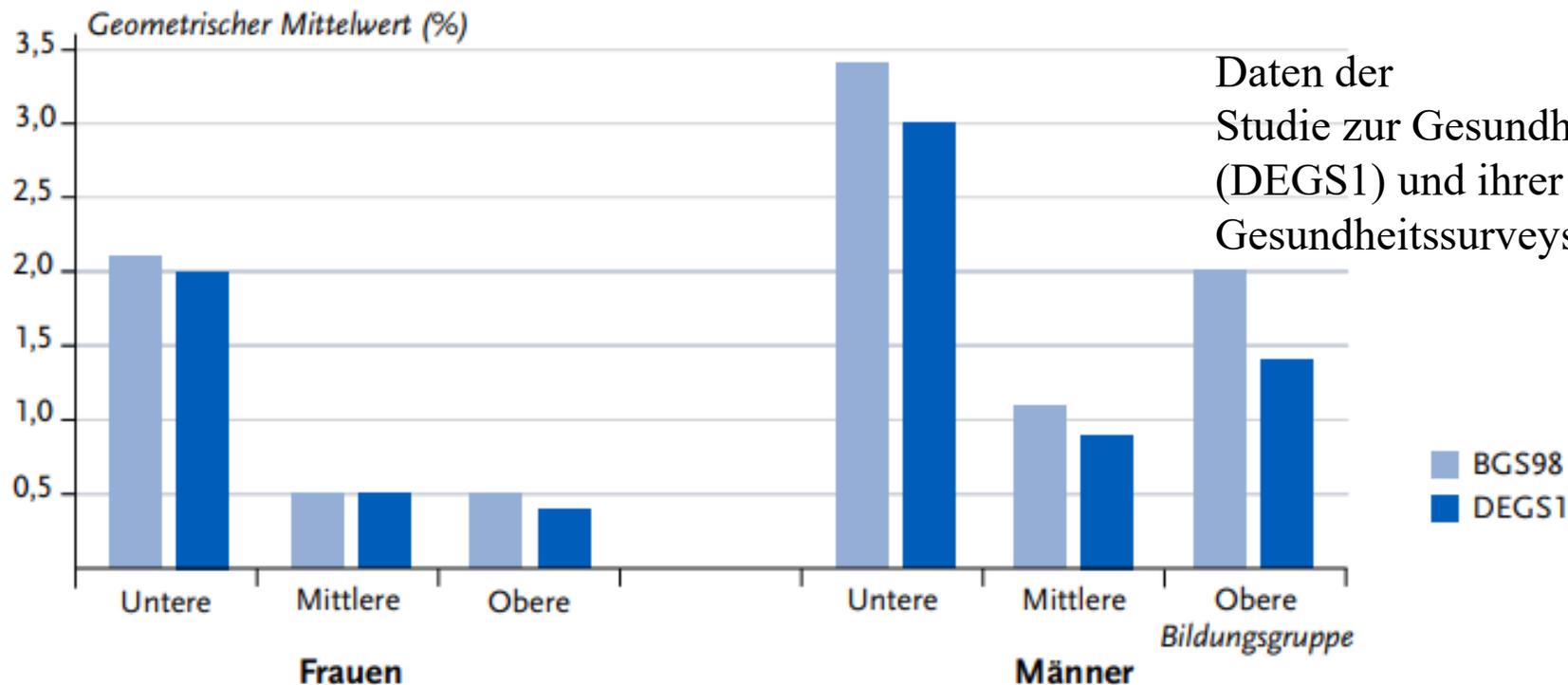
Im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings führt das Robert Koch-Institut regelmäßig Gesundheitsbefragungen durch.

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
 GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Abbildung 2.1.5.2
Zeitliche Entwicklung des 5-Jahres-Diabetesrisikos bei Frauen und Männern nach Bildung
Datenbasis: BGS98 (1997–1999), DEGS1 (2008–2011) [29]

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland





Die Psyche: Wichtiger Risikofaktor bei kardialen Erkrankungen

Depressionen erkennen -- Autor: Dr. P. Stiefelhagen

Die Zusammenhänge zwischen Herz und Psyche sind bisher kaum erforscht. Doch im Praxisalltag spielen sie eine große Rolle und beeinflussen die Prognose. Deshalb sollte insbesondere bei KHK-Patienten und solchen mit Herzinsuffizienz (HI) gezielt nach psychischen Erkrankungen gefahndet werden.

10%

aller Herzpatienten leiden an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

„Neben den klassischen Risikofaktoren spielen auch psychosoziale und psychische Störungen bei der Manifestation und dem Verlauf von kardiovaskulären Erkrankungen eine wichtige Rolle“, erläuterte Prof. Christiane E. Angermann, Würzburg, auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK).

Die Diagnostik zeigt zwar eine hohe Sensitivität, aber eine geringe Spezifität. Bei Verdacht ist deshalb ein gezieltes Abfragen von Symptomen (gedrückte Stimmung, Energiemangel, verminderte Konzentration, geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen etc.) erforderlich. „Das Problem allerdings ist, dass bisher keine evidenzbasierte antidepressive Therapie zur Verfügung steht“, nachdem in einer Studie mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bei herzkranken Patienten kein Benefit nachgewiesen werden konnte“, so Angermann. Zurzeit laufen einige randomisierte Studien, um die Wirkung einer Psychotherapie zu untersuchen. Ein wichtiges Therapieziel sei regelmäßiges körperliches Training und d

Psychokardiologie: Das Herz als Projektionsort psychischer Konflikte

PP 18, Ausgabe August 2019, Seite 370

Eichenberg, Christiane; Fiegl, Jutta; Hübner, Lisa; Weihs, Valerie; Huber, Kurt



Newsletter abonnieren

Zur Startseite

Artikel

Autoren

Literatur

Kommentare/Briefe

Statistik

Psychosoziale Risikofaktoren wie Stress, Angst oder Depression beeinflussen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sollten bei der Diagnostik und der Behandlung berücksichtigt werden. Notwendig ist eine Kooperation zwischen Psychotherapeuten und somatisch tätigen Ärzten.

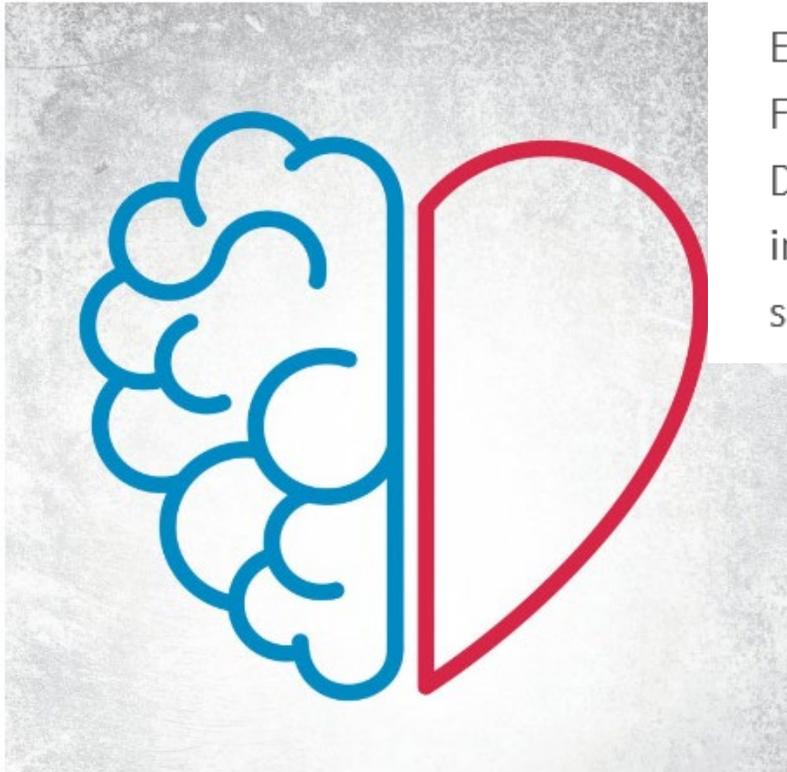
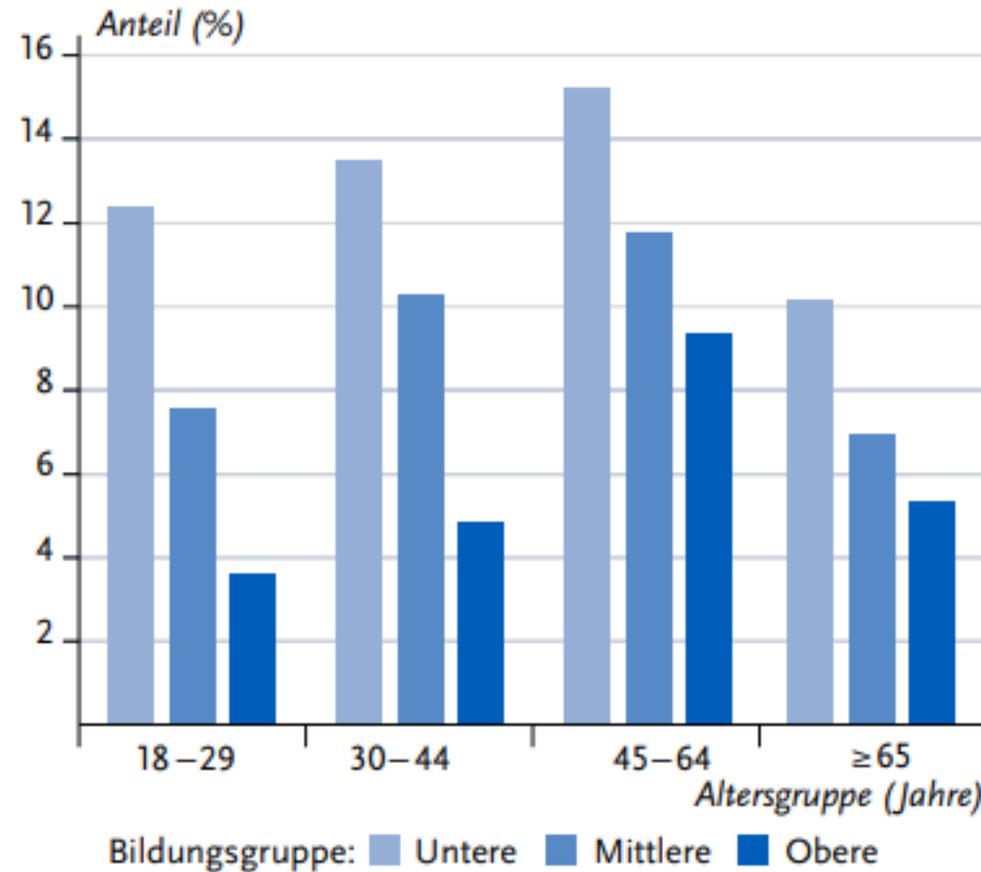


Foto: Sylvearts, Alexander Limbach/stock.adobe.com

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems werden oft durch psychische Faktoren mitverursacht und gehen häufig mit psychischer Komorbidität einher. Die psychosomatische Betrachtung von Herzerkrankungen fordert daher einen intensiveren Austausch sowie Kooperation zwischen Psychotherapeuten und somatisch behandelnden Ärzten.

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems werden oft durch psychische Faktoren mitverursacht und gehen häufig mit psychischer Komorbidität einher. Die psychosomatische Betrachtung von Herzerkrankungen fordert daher einen intensiveren Austausch sowie Kooperation zwischen Psychotherapeuten und somatisch behandelnden Ärzten.

Abbildung 2.1.7.1
12-Monats-Prävalenz einer selbstberichteten ärztlich
diagnostizierten Depression bei Frauen nach Alter und
Bildung
 Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [27]



GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell

Projektleitung: Jennifer Allen (EG 21)

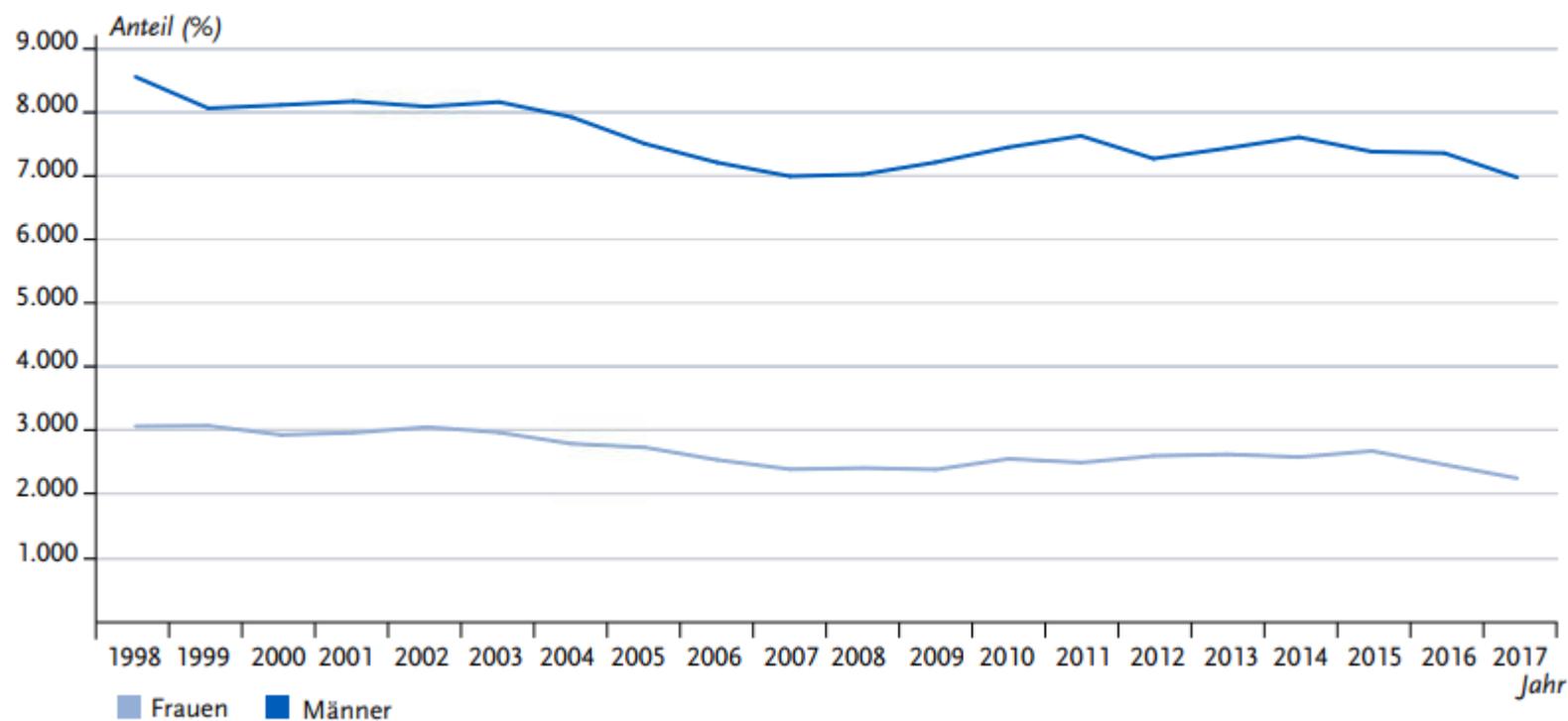
GEDA
 GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL

Im Rahmen des bundesweiten
 Gesundheitsmonitorings führt das Robert
 Koch-Institut regelmäßig
 Gesundheitsbefragungen durch.

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
 GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Abbildung 2.1.7.2
Sterbefälle durch Suizid (ICD-10: X60–X84, Vorsätzliche Selbstbeschädigung) bei Frauen und Männern
im Zeitverlauf
Datenbasis: Todesursachenstatistik [47]



GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Tabelle 1
12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression bzw. depressive Verstimmung nach Alter und Wohnregion (Ost, West inkl. Berlin)
Datenquelle: GEDA 2009, 2010

	Alter			Wohnregion	
	18–29 Jahre	30–44 Jahre	45–64 Jahre	Ost	West
Frauen	5,8%	8,1%	11,0%	8,0%	9,0%
Männer	2,7%	4,4%	7,2%	3,3%	5,6%

GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell

Projektleitung: Jennifer Allen (EG 21)

GEDA
GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL

Im Rahmen des bundesweiten
Gesundheitsmonitorings führt das Robert
Koch-Institut regelmäßig
Gesundheitsbefragungen durch.

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Tabelle 2
12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression bzw. depressive
Verstimmung nach Alter und Erwerbsstatus

Datenquelle: GEDA 2009, 2010

	Erwerbsstatus		
	Arbeitslos / nicht erwerbstätig	Teilzeit / gelegentlich	Vollzeit
Frauen			
18–29 Jahre	7,1%	5,7%	4,5%
30–44 Jahre	10,1%	7,6%	6,9%
45–64 Jahre	15,8%	8,6%	8,6%
Männer			
18–29 Jahre	3,1%	3,3%	2,4%
30–44 Jahre	15,1%	10,2%	3,0%
45–64 Jahre	15,4%	9,2%	4,6%

GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell

Projektleitung: Jennifer Allen (EG 21)

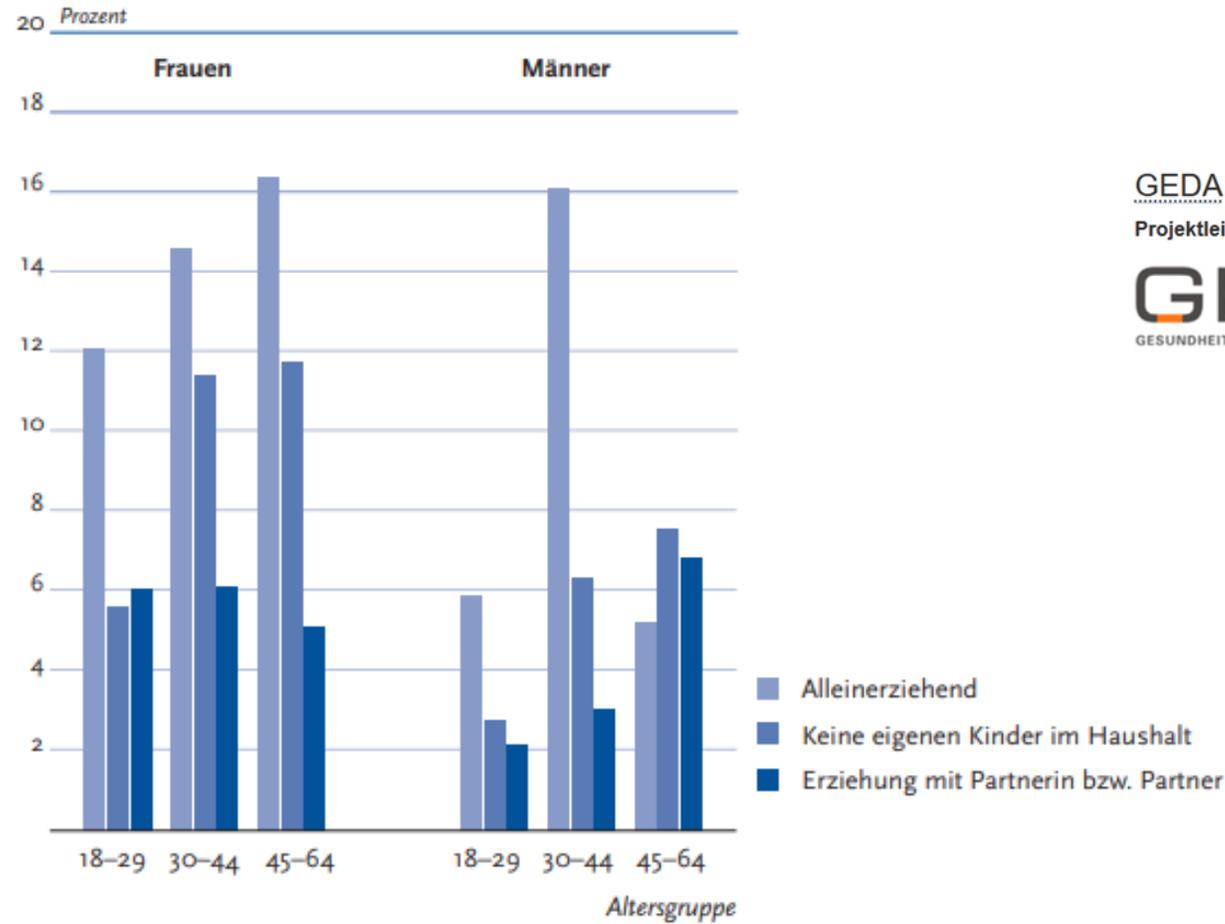
GEDA
GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL

Im Rahmen des bundesweiten
Gesundheitsmonitorings führt das Robert
Koch-Institut regelmäßig
Gesundheitsbefragungen durch.

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Abbildung 2
12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression bzw. depressive Verstimmung nach Alter und Kindererziehung
 Datenquelle: GEDA 2009, 2010



GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell

Projektleitung: Jennifer Allen (EG 21)

GEDA
 GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL

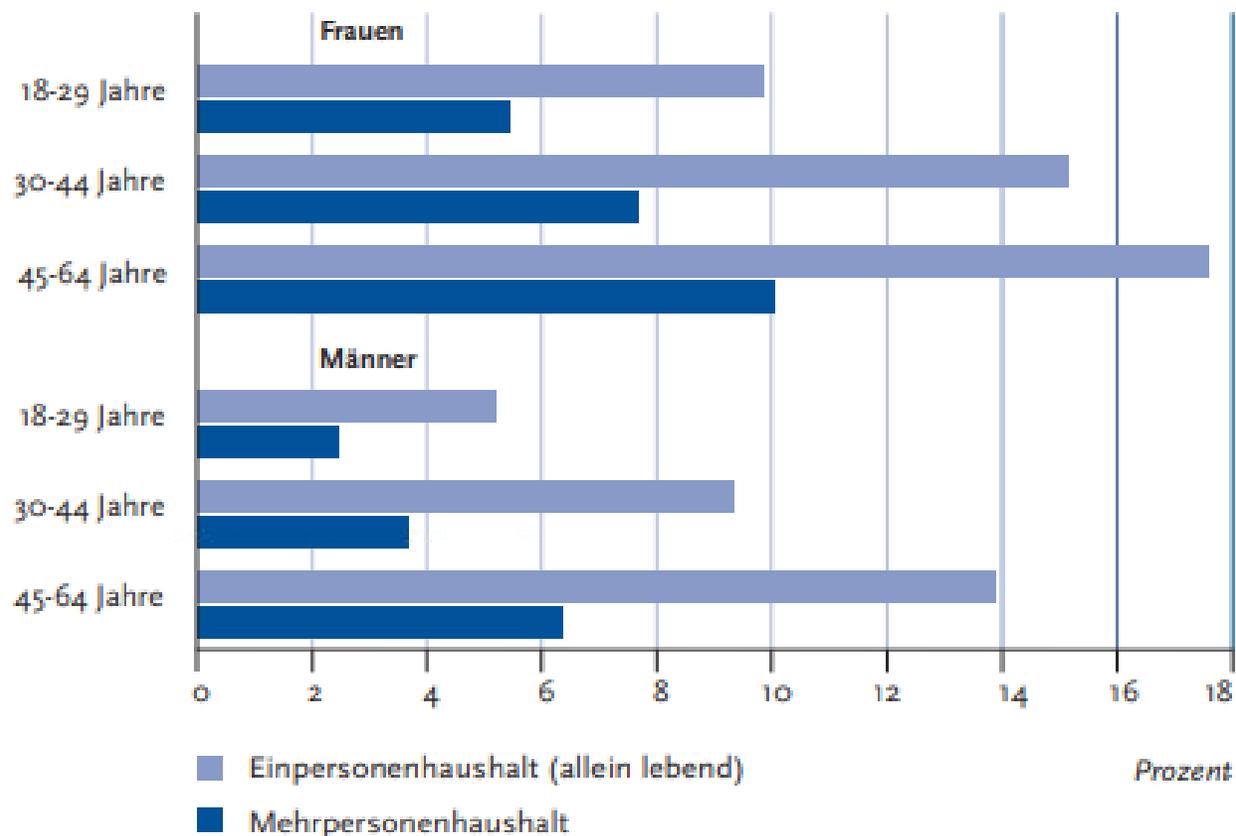
Im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings führt das Robert Koch-Institut regelmäßig Gesundheitsbefragungen durch.

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
 GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Abbildung 3 12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression bzw. depressive Verstimmung nach Alter und Haushaltsgröße

Datenquelle: GEDA 2009, 2010



GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell

Projektleitung: Jennifer Allen (EG 21)

GEDA
GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL

Im Rahmen des bundesweiten
Gesundheitsmonitorings führt das Robert
Koch-Institut regelmäßig
Gesundheitsbefragungen durch.

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

GESUNDHEIT

Rauchen kostet zehn Lebensjahre



© freshidea - stock.adobe.com Insbesondere das mit dem Rauchen einhergehende erhöhte Risiko für Krebs-, Herz-Kreislauf- sowie Atemwegsleiden führt dazu, dass Raucherinnen und Raucher im Schnitt zehn Jahre früher sterben als Nichtraucher.

Herzpark 
Hardterwald





**DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE
– HERZ- UND KREISLAUFFORSCHUNG e.V.
*German Cardiac Society***

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf

Telefon: +49 (0)211 600 692-0 Telefax: +49 (0)211 600 692-10
<http://www.dgk.org> E-mail: info@dgk.org

Pressemitteilung *Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 09/2014*

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zum Europäischen Kardiologiekongress (ESC) in Barcelona

**Rauchen ist wichtigster Risikofaktor für frühen
Herzinfarkt – Schon jugendliche Gefäße durch
Zigaretten gefährdet**

Barcelona/Berlin/Basel, 2. September 2014 – Eine Reihe von Studien, die beim Kongress der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) in Barcelona

Fachbereichsseite Kardiologie > Herzschwäche bei Rauchern diagnostisch sichtbar

Kardiologie

Aktuell 497

Journal Club 61

Fortbildungen 12

Kongresse 4

05.09.2022    ESC 2022

Herzschwäche bei Rauchern diagnostisch sichtbar

Die schädlichen Auswirkungen des Rauchens, insbesondere auf die Arterien und das damit im Zusammenhang stehende höhere Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall, sind hinlänglich bekannt. Ebenso haben Raucher ein höheres Risiko für eine Herzinsuffizienz. Die Zusammenhänge zwischen dem Rauchen sowie der Struktur und Funktion des Herzens wurden bisher noch nicht eingehender untersucht.

 esanum

CME-Update für Haus

Noch 2 Termine
im Dezember

Mehr erfahren

 **DIABETES
HERBSTTAG
2022** DDG 

Hot Topics

Echokardiografie zeigt strukturelle Herzschwäche bei Rauchern

Eine Echokardiografie der Teilnehmer gab im zweiten Schritt Aufschluss über die Struktur und Funktionsfähigkeit ihrer Herzen. Ein Vergleich der echokardiografischen Messwerte von aktuellen Rauchern mit denen von Nie-Rauchern zeigte, dass Raucher dickere Herzwände besaßen und die Herzen dadurch schwerer waren und eine schwächere Pumpleistung hatten. Außerdem wurde mit zunehmender Anzahl an Raucherjahren weniger Blut gepumpt. Für den Vergleich wurden Alter, Geschlecht, Body-Mass-Index (BMI), Hypertonie, Hypercholesterinämie sowie Diabetes und auch die Lungenfunktion berücksichtigt.

Das Rauchen aufzugeben, stärkt das Herz

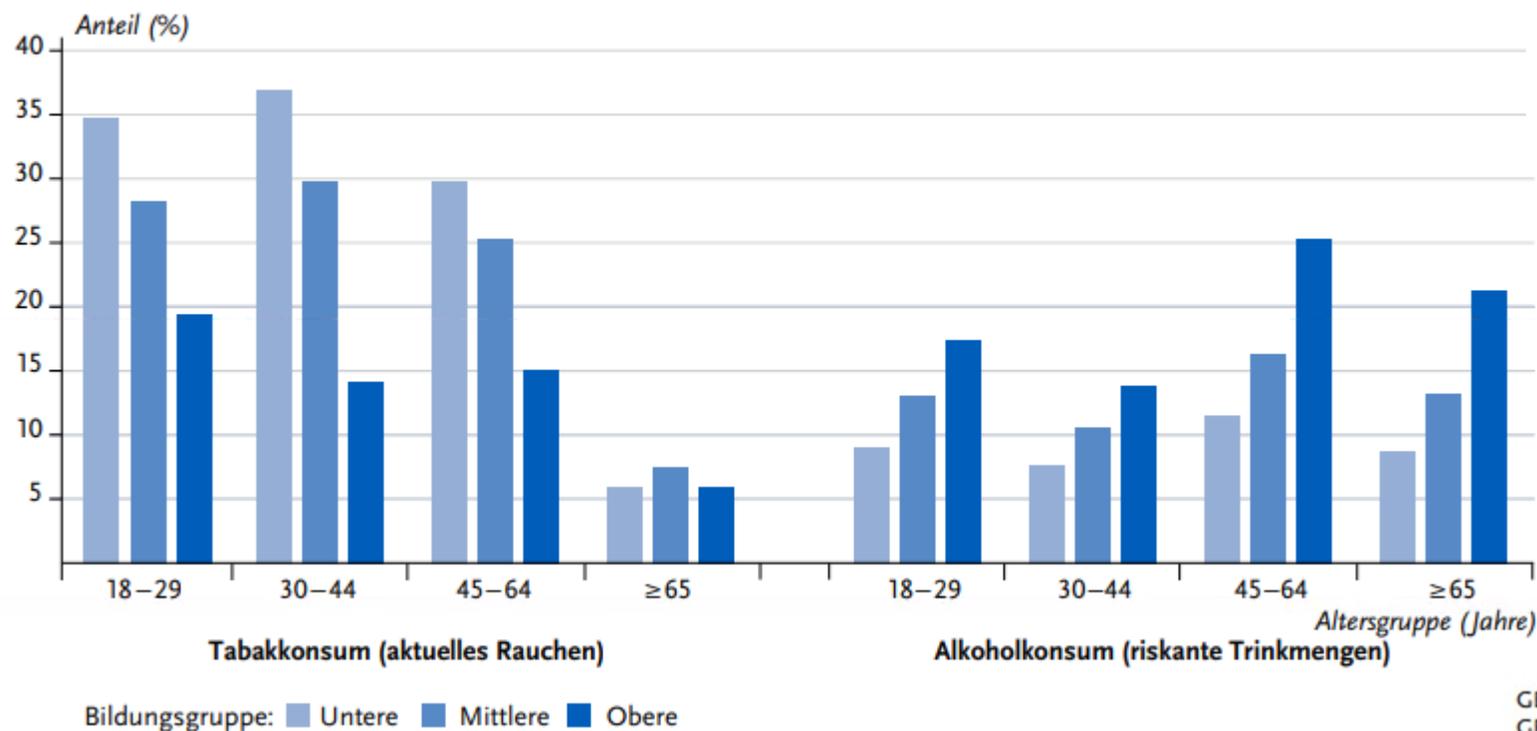
Dr. Eva Holt, Studienautorin am Herlevand Gentofte Hospital, Kopenhagen, Dänemark:

Risikofaktor - Rauchen

Aktuell noch: Männer > Frauen, zunehmend eine Umkehrung
Krankheitslast durch Folgekrankheiten des Rauchens:

- Erhöht das kardiovaskuläre Risiko bei prämenopausalen Frauen deutlich.
- Früherer Eintritt in die Menopause assoziiert.
- COPD und Lungenkrebs W > M.

Abbildung E.2
Tabakkonsum (aktuelles Rauchen) und Alkoholkonsum (riskante Trinkmengen) bei Frauen nach Alter und Bildung
 Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [12]



GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell

Projektleitung: Jennifer Allen (EG 21)

GEDA
 GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL

Im Rahmen des bundesweiten
 Gesundheitsmonitorings führt das Robert
 Koch-Institut regelmäßig
 Gesundheitsbefragungen durch.

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
 GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Abbildung 2.2.5.3
Durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Tag (letzte 30 Tage) unter Konsumentinnen und Konsumenten im Zeitverlauf
Datenbasis: Epidemiologischer Suchtsurvey [19]

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

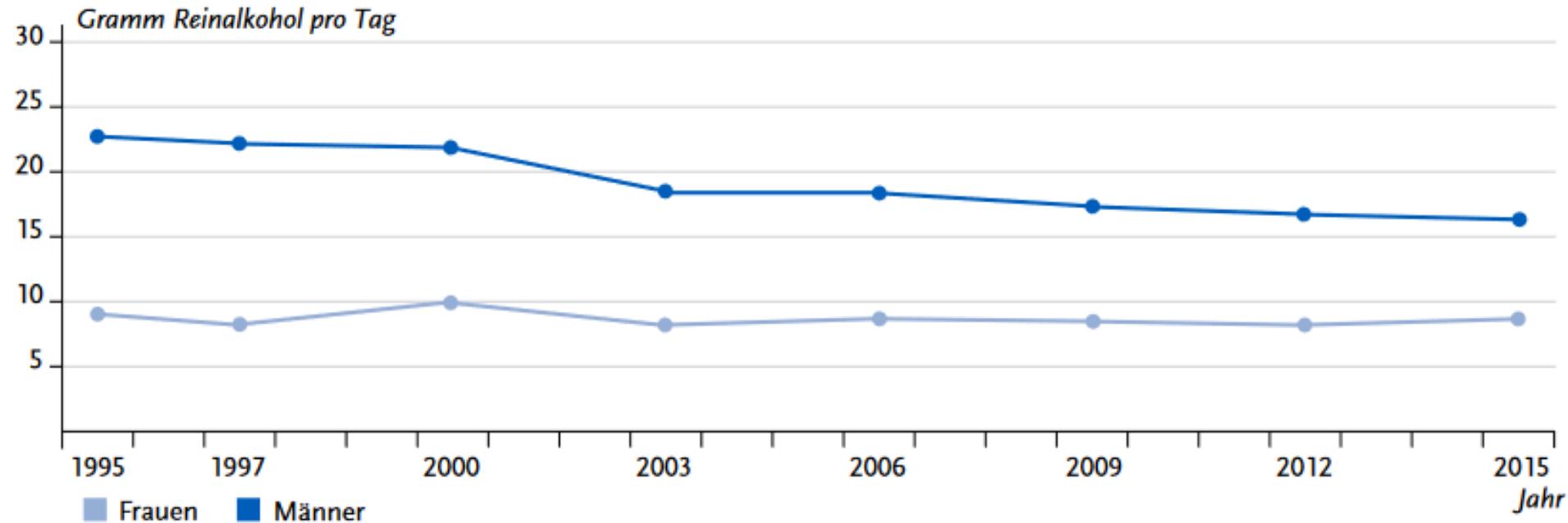


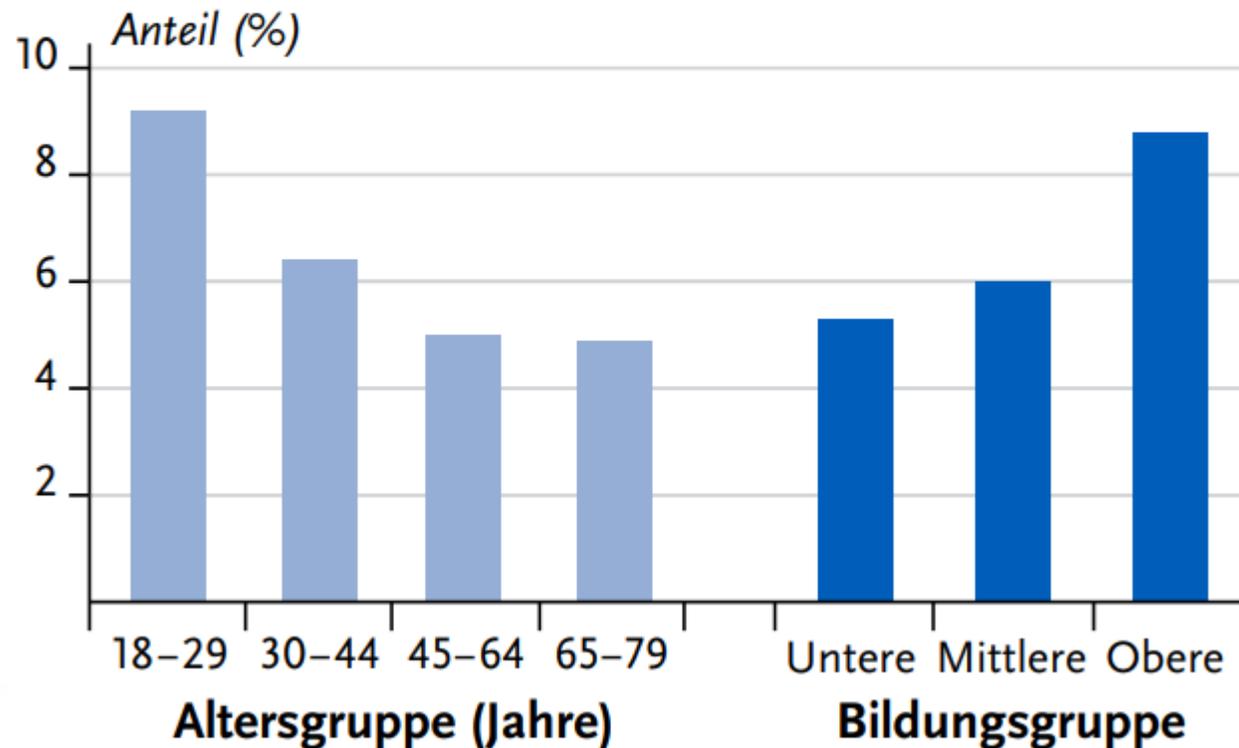


Abbildung 2.2.2.1

Anteil der Frauen, die sich üblicherweise vegetarisch ernähren, nach Alter und Bildung

Datenbasis: DEGS1 (2008–2011)

DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland



DEGS
Studie zur Gesundheit Erwachsener
in Deutschland

Die Datenerhebungen zu DEGS1 fanden von 2008 bis 2011 statt. Die Studie lieferte bundesweit repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation der in Deutschland lebenden Erwachsenen im

Alter von 18 bis 79 Jahren (Querschnitt).

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

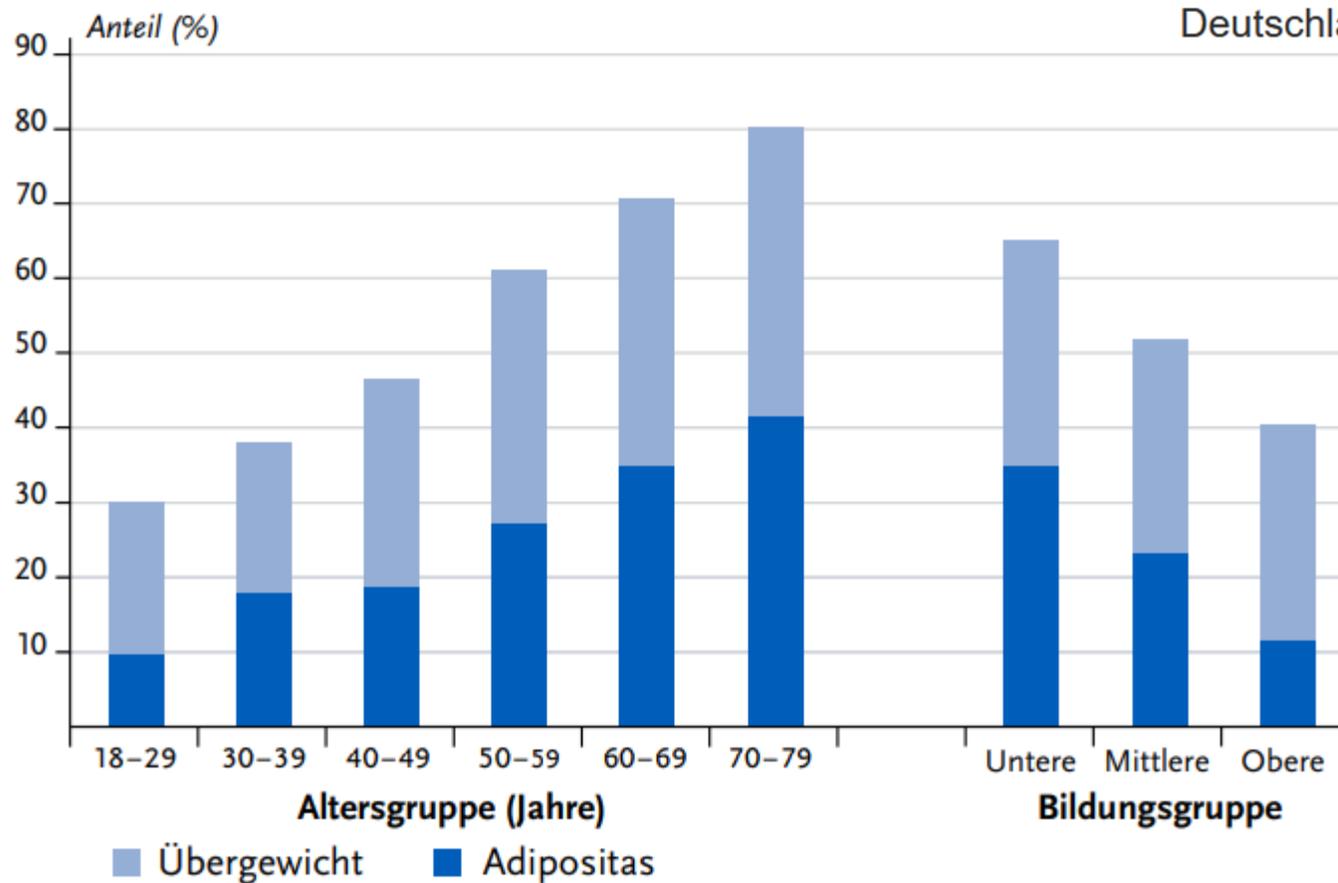
Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Abbildung 2.2.3.1

Anteil der Frauen mit Übergewicht und Adipositas nach Alter und Bildung

Datenbasis: DEGS1 (2008–2011) [14]

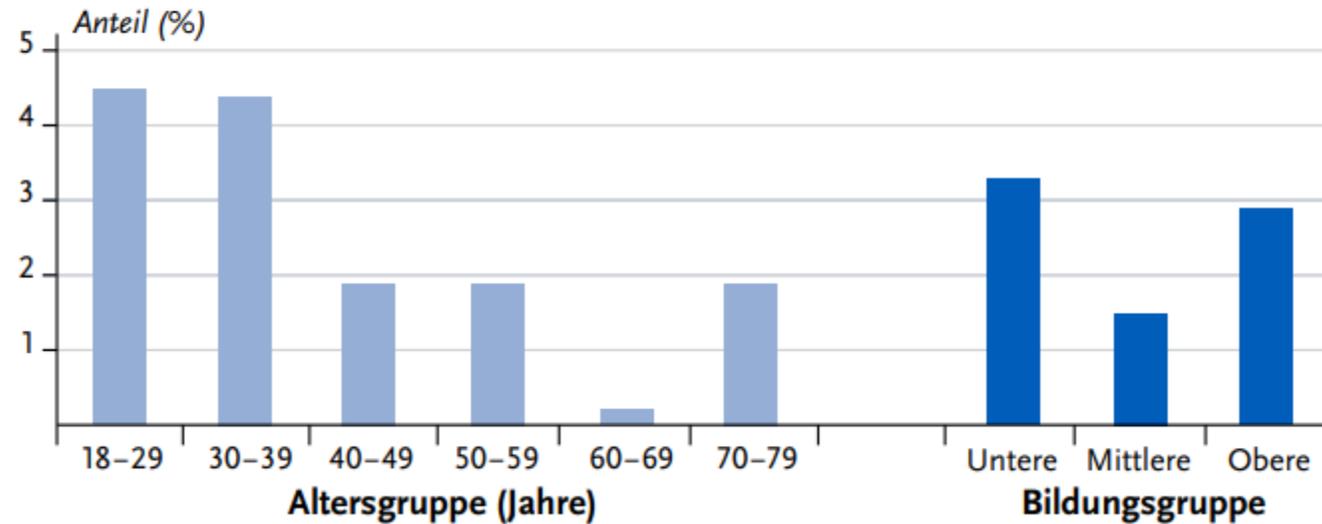
DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in
Deutschland



GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Abbildung 2.2.3.2
Anteil der Frauen mit Untergewicht nach Alter und Bildung
Datenbasis: DEGS1 (2008–2011) [14]



DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in
Deutschland

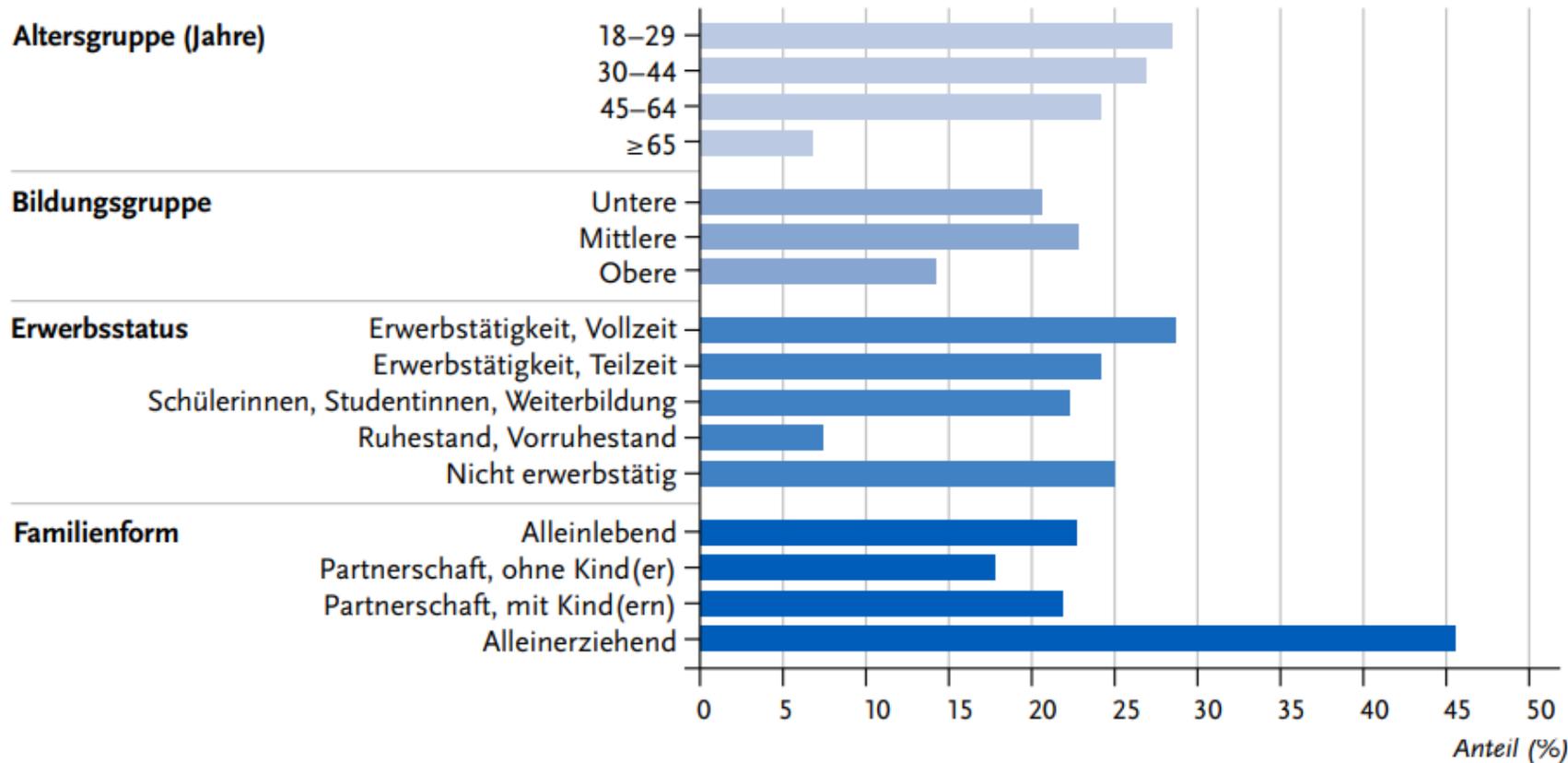
GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Abbildung 2.2.4.1

Aktuelles Rauchen (täglich oder gelegentlich) bei Frauen nach Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit und Familienform

Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [34]



GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Abbildung 2.2.4.2
Aktuelles Rauchen bei 18- bis 79-jährigen Frauen und Männern im Zeitverlauf
Datenbasis: Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts [39]

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

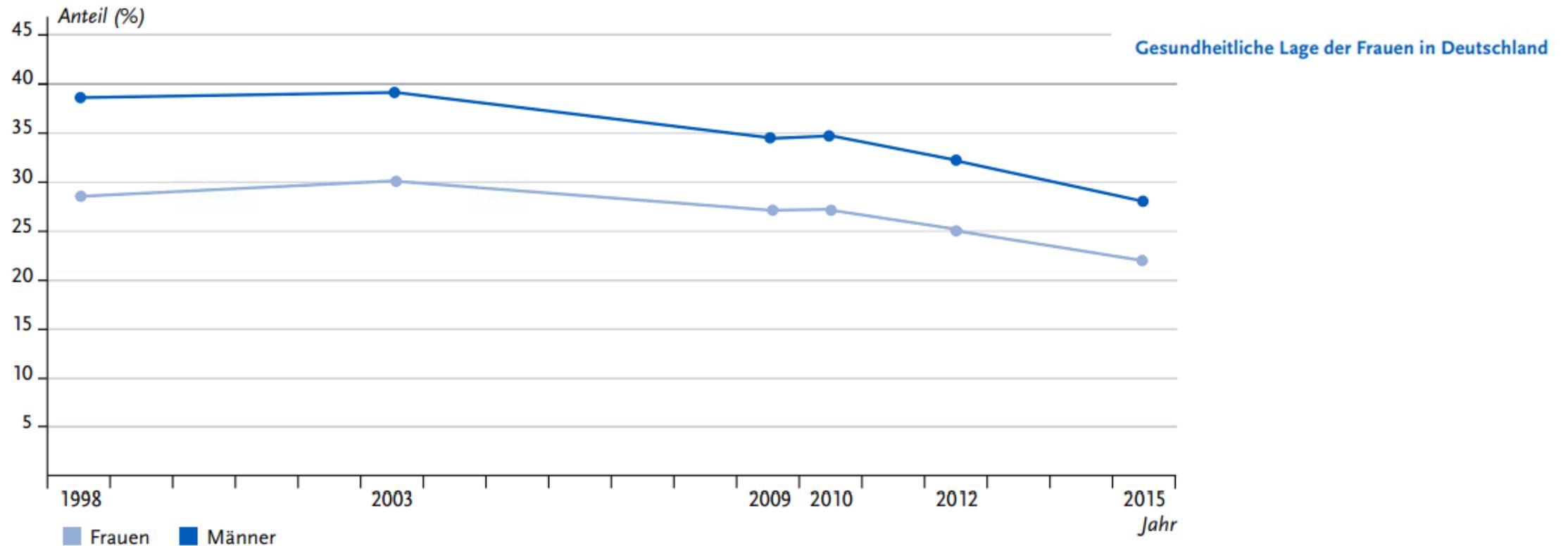
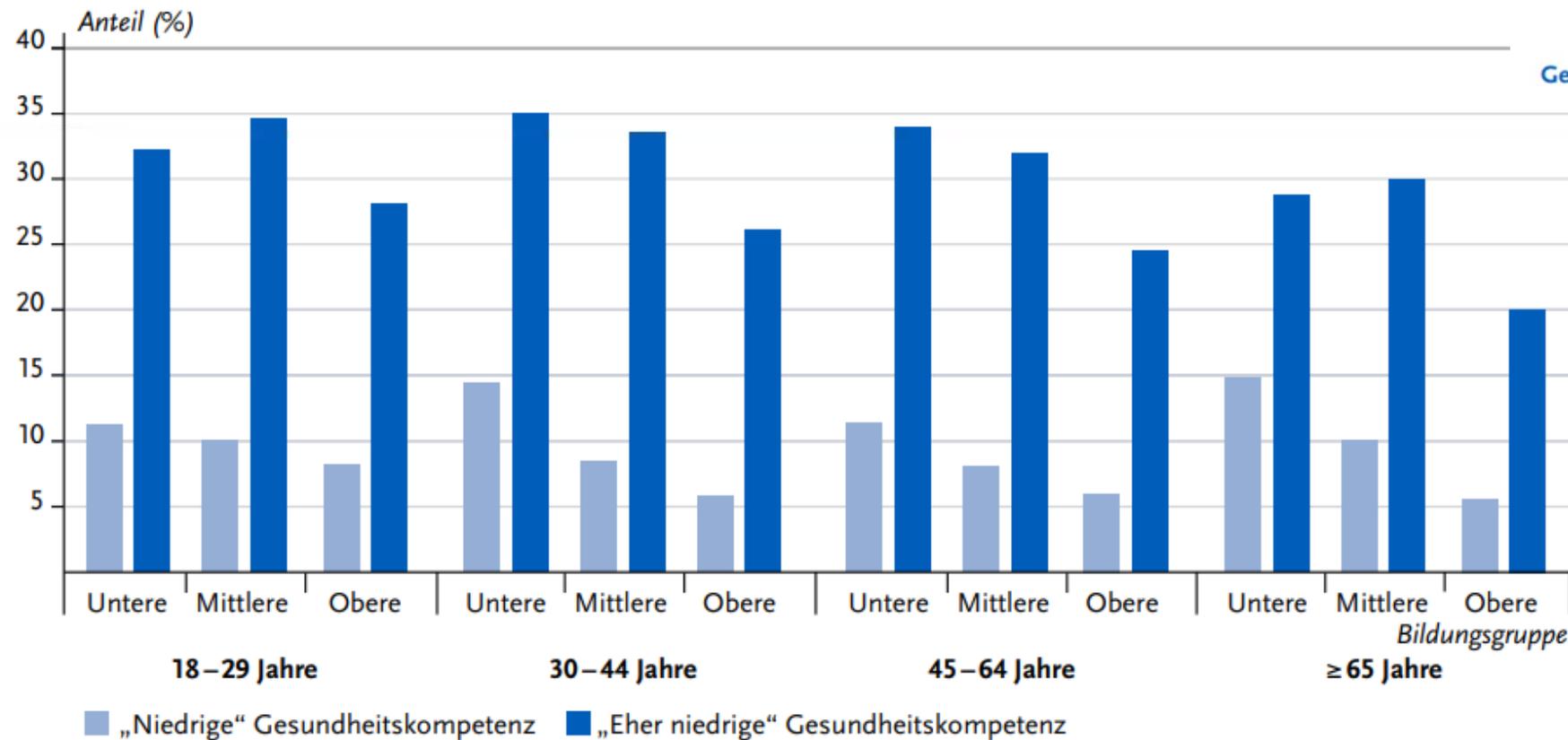


Abbildung 2.2.6.1

Anteil „niedriger“ und „eher niedriger“ Gesundheitskompetenz* bei Frauen nach Alter und Bildung

Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS



*Ausmaß an selbsteingeschätzten Schwierigkeiten beim Umgang mit Gesundheitsinformationen

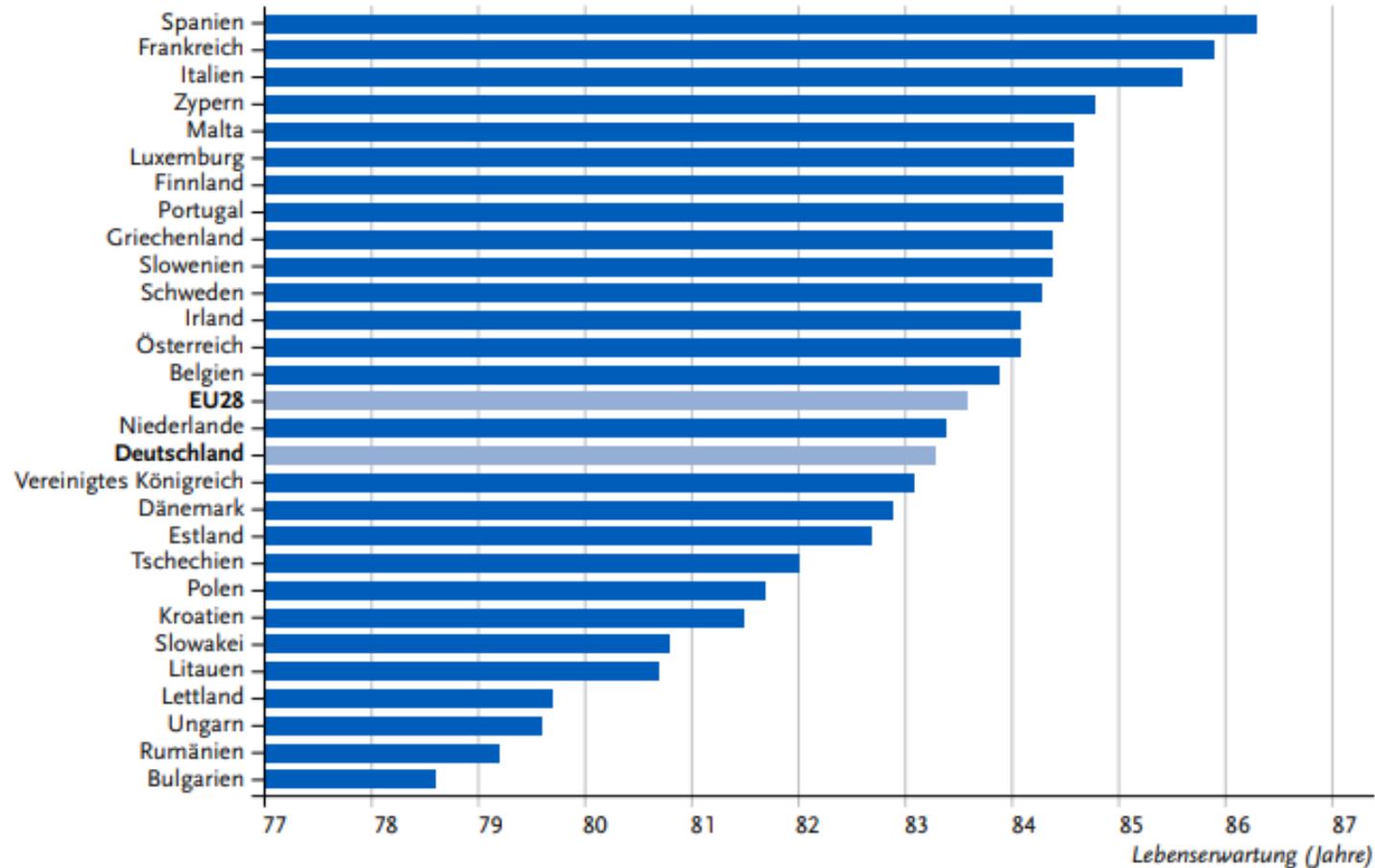
GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell

Projektleitung: Jennifer Allen (EG 21)

GEDA
GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL

Im Rahmen des bundesweiten
Gesundheitsmonitorings führt das Robert
Koch-Institut regelmäßig
Gesundheitsbefragungen durch.

Abbildung 10.2.1.1
Mittlere Lebenserwartung von Frauen bei Geburt in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), 2018
 Datenbasis: Nationale Mortalitätsstatistiken (Eurostat-Datenbank [23])



GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
 GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

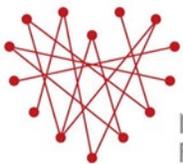
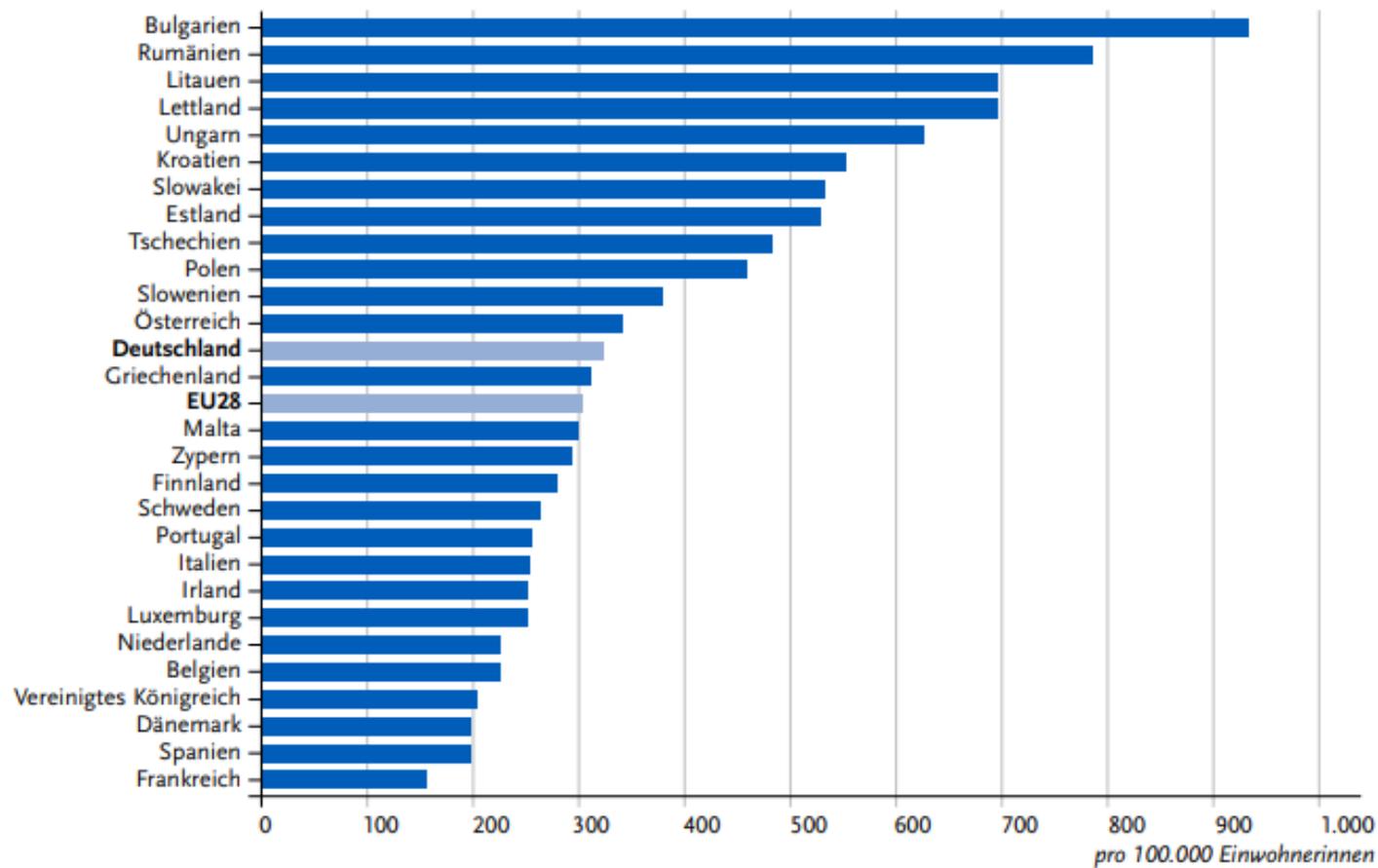


Abbildung 10.2.3.1

Altersstandardisierte Sterblichkeit durch Krankheiten des Kreislaufsystems bei Frauen in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), 2016 (neue Europastandardbevölkerung)

Datenbasis: Nationale Mortalitätsstatistiken (Eurostat-Datenbank [23])



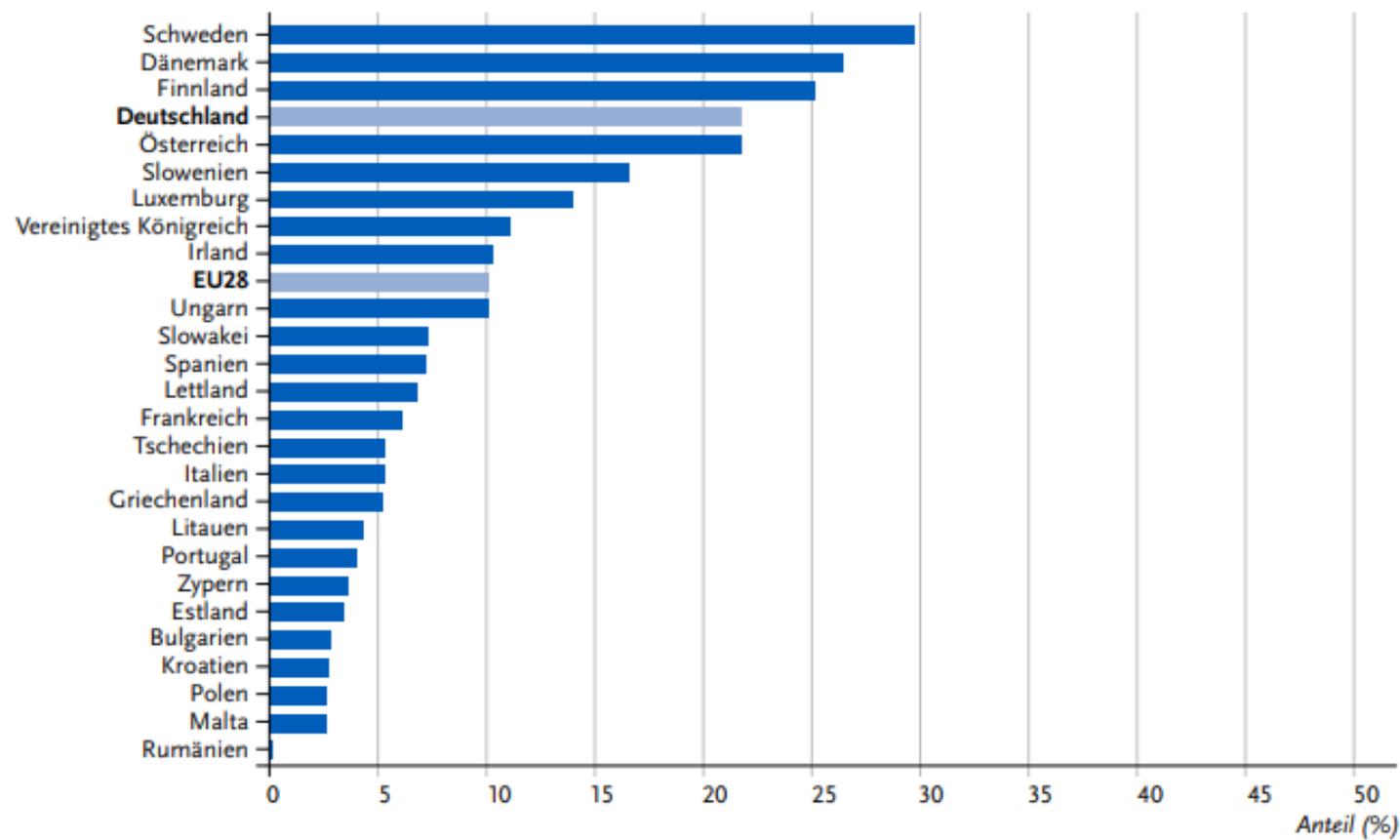
GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

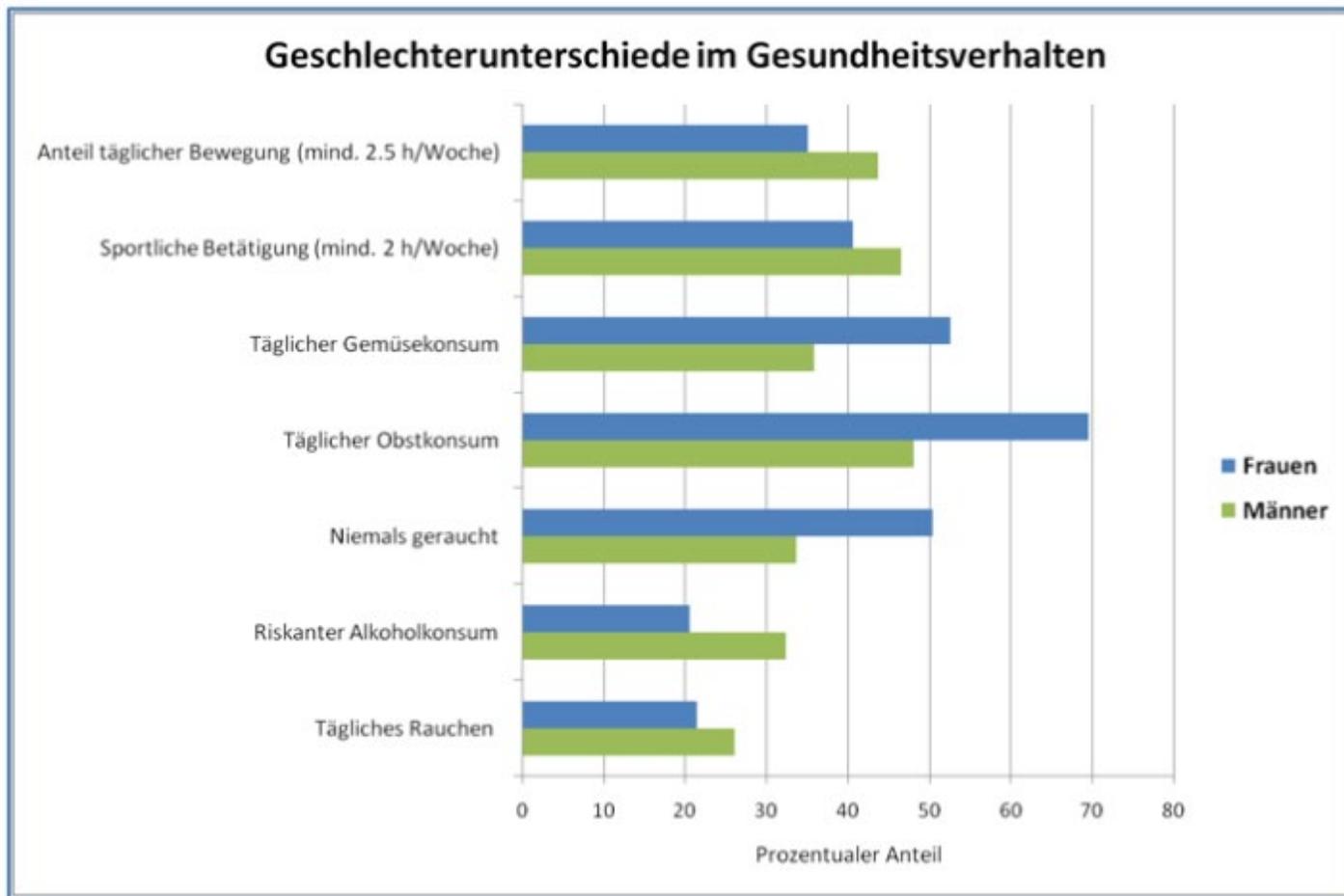
Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Abbildung 10.3.1.1

Anteil von Frauen ab 15 Jahren in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), die mindestens einmal wöchentlich gesundheitsförderliche körperliche Aktivität betreiben, 2014

Datenbasis: EHIS Welle 2 [23]

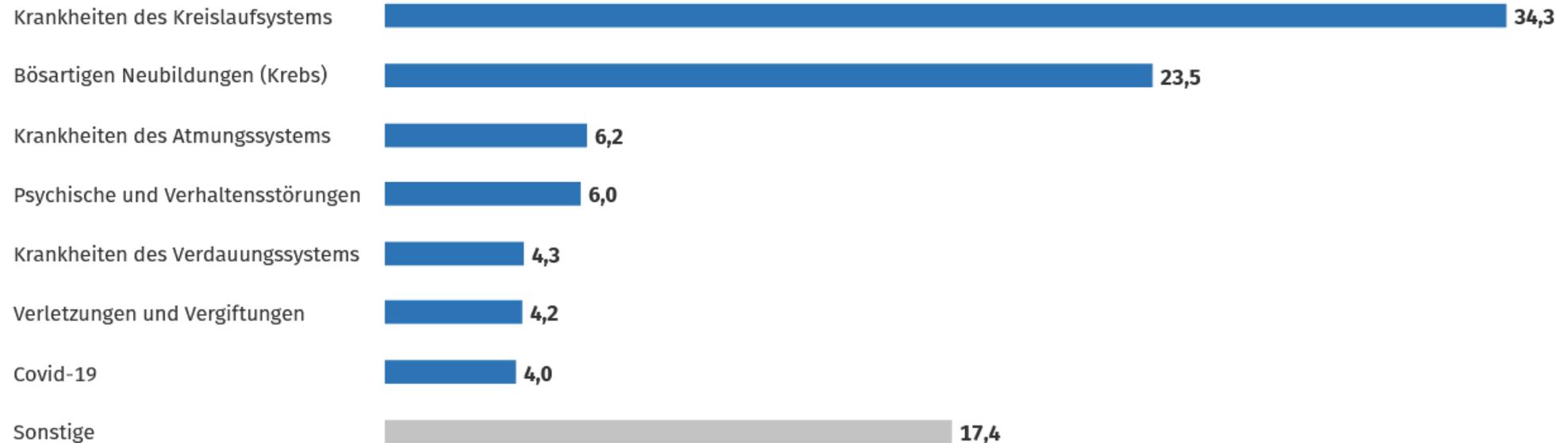




[Quelle: GenderMed-Wiki, nach: DAK-Gesundheitsreport (2016)]

Todesursachen nach Krankheitsarten 2020

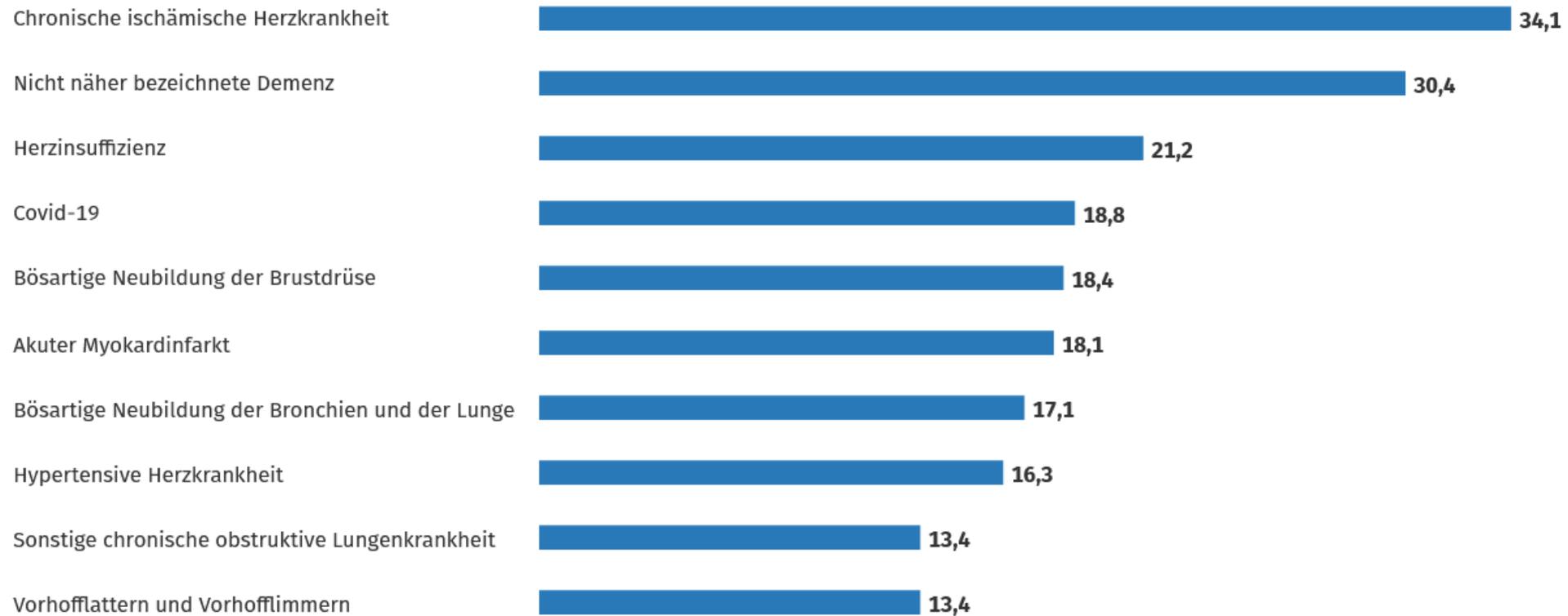
in %



©  Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

Häufigste weibliche Todesursachen 2020

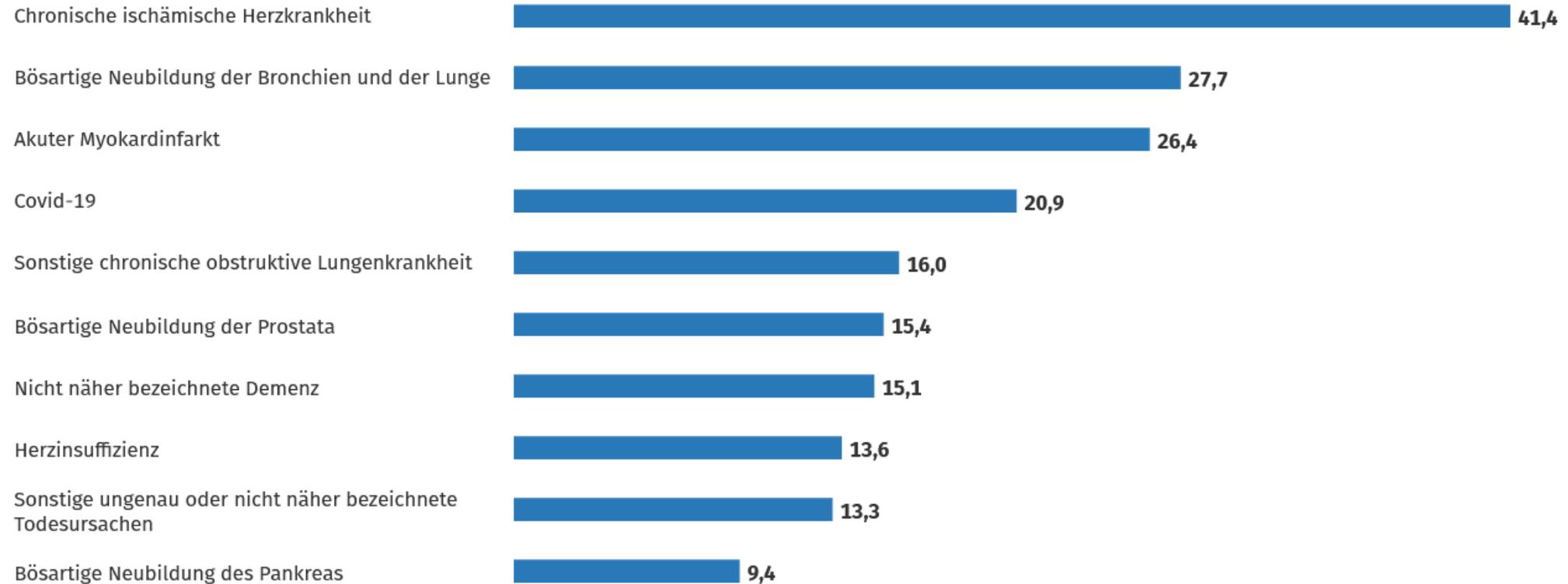
in Tausend



©  Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

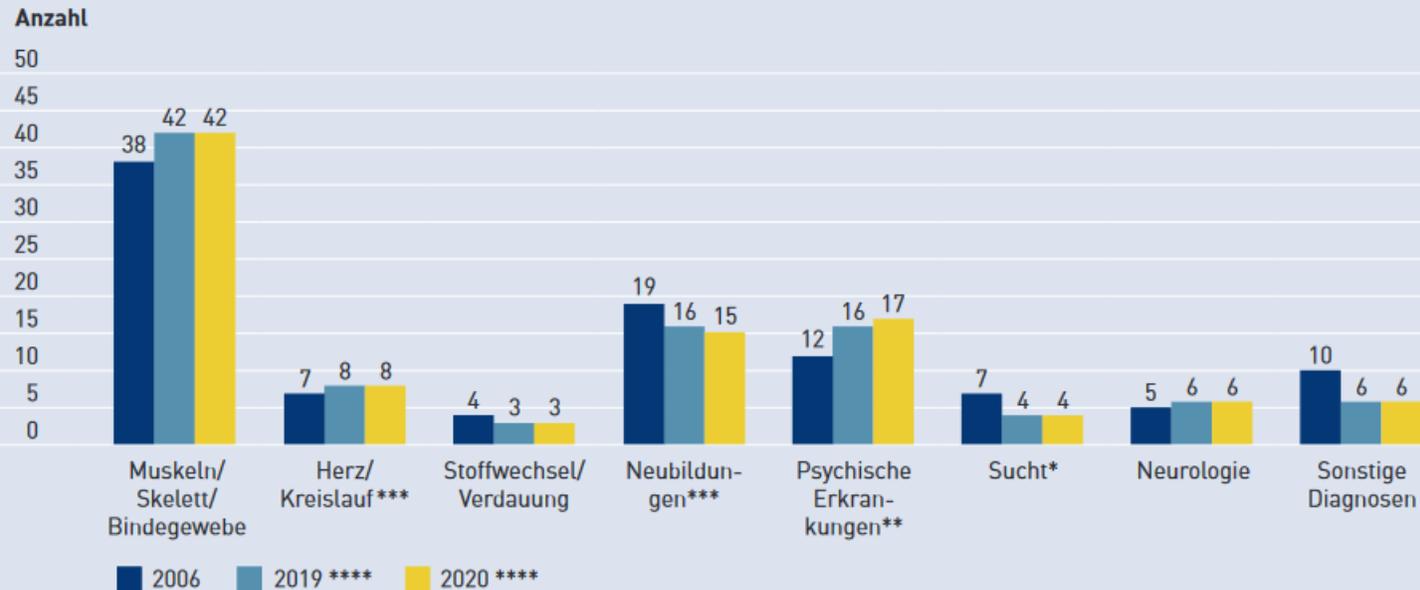
Häufigste männliche Todesursachen 2020

in Tausend



©  Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

Abb. 2 Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener¹ (ambulant und stationär): 2006, 2019 und 2020



¹ ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

* medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wird in der Statistik der Rentenversicherung als eigene Maßnahmeart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosegruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert.

** ohne Sucht

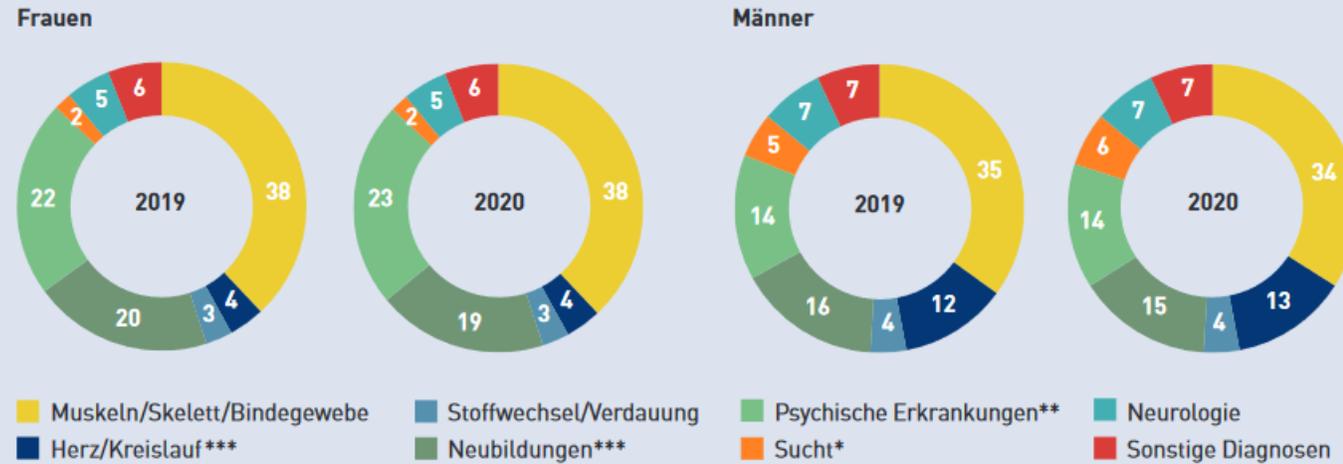
*** ohne neurologische Krankheitsbilder

**** ab 2018 neue Zuordnung einzelner ICD-Diagnosen

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006, 2019 und 2020

Reha-Bericht
2021

Abb. 3 Stationäre medizinische Rehabilitation 2019¹ und 2020¹: Krankheitsspektrum² (Anteile Reha-Leistungen in %)



¹ ab 2016 neue ICD-10-Zuordnung für einzelne Q-, S-, T- und Z-Diagnosen ² ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

* medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wird als eigene Maßnahmeart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosegruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert.

** ohne Sucht *** ohne neurologische Krankheitsbilder

Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2019 und 2020

Reha-Bericht
2021



Abb. 4 Ambulante medizinische Rehabilitation 2019¹ und 2020¹: Krankheitsspektrum² (Anteile Reha-Leistungen in %)



¹ ab 2016 neue ICD-10-Zuordnung für einzelne Q-, S-, T- und Z-Diagnosen ² ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

* medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wird als eigene Maßnahmeart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosegruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert.

** ohne Sucht *** ohne neurologische Krankheitsbilder

Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2019 und 2020

Tab. 5 Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2019 und 2020: Krankheitsspektrum und Behandlungsdauer

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Skelett/ Muskeln/ Binde- gewebe	Herz/ Kreislauf*	Stoff- wechsel/ Verdauung	Neu- bildung- gen*	Psychische Erkran- kungen**	Sucht***	Neurologie	Sonstige Diagno- sen	Fehlende Diagno- sen*****
Behandlungstage / ambulant****										
2019 Frauen	20,1	17,2	17,0	17,0	16,4	32,7	52,8	21,6	x	x
Männer	20,2	17,1	16,7	17,8	15,9	37,5	48,5	21,8	x	x
2020 Frauen	20,2	17,2	16,6	20,4	16,3	35,1	53,8	21,7	x	x
Männer	20,4	17,2	16,8	18,6	16,2	39,7	49,8	21,7	x	x
Behandlungstage / stationär****										
2019 Frauen	28,0	23,7	24,1	24,4	22,5	37,0	87,8	30,2	x	x
Männer	29,1	23,5	23,5	23,1	22,2	37,6	87,0	29,6	x	x
2020 Frauen	27,9	23,4	23,6	23,9	22,3	36,6	85,6	29,3	x	x
Männer	29,1	23,1	23,0	22,8	22,1	37,5	85,3	28,9	x	x

* Ohne neurologische Krankheitsbilder

** Alle in der ICD unter Buchstaben F verschlüsselte psychische Störungen, ohne Sucht

*** Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wird in der Statistik der Rentenversicherung als eigene Maßnahmeart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosengruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert.

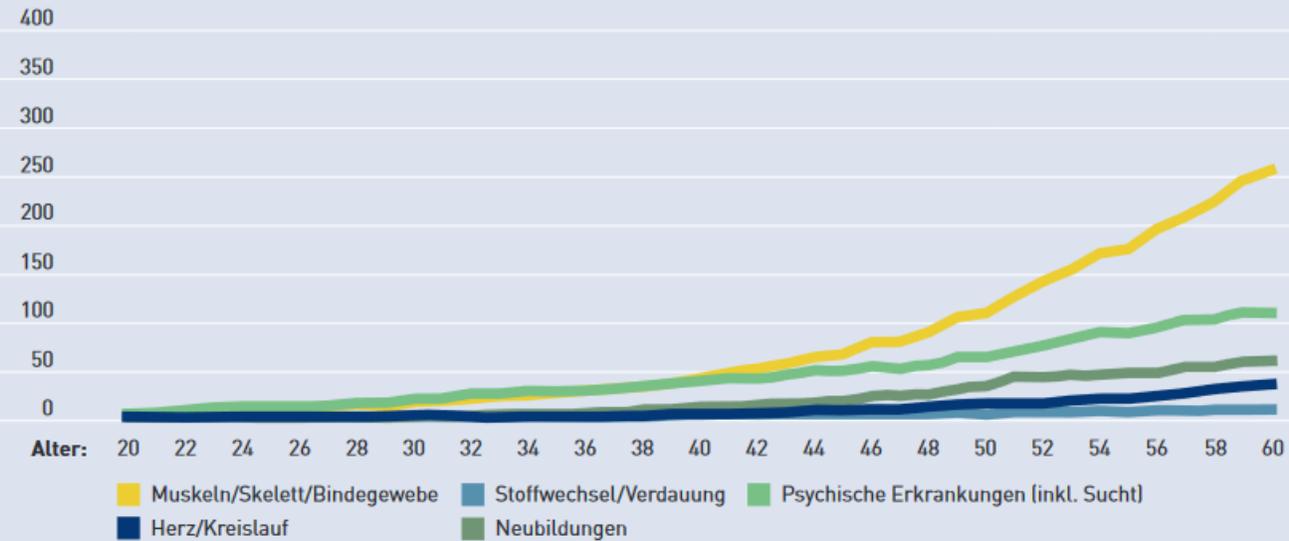
**** Stationär: inkl. Wochenende; ambulant: Behandlungstage, an denen die Rehabilitanden sich ganztägig in der ambulanten Reha-Einrichtung aufhalten. Die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen findet oft berufsbegleitend statt, deshalb entfällt die Angabe von Behandlungstagen.

***** 1. Diagnose noch nicht erfasst

Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2019 und 2020

Abb. 5 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2020
Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 10.000 Versicherte



Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2020, „Versicherte“ 2019

Reha-Bericht
2021



Abb. 6 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2020
Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 10.000 Versicherte

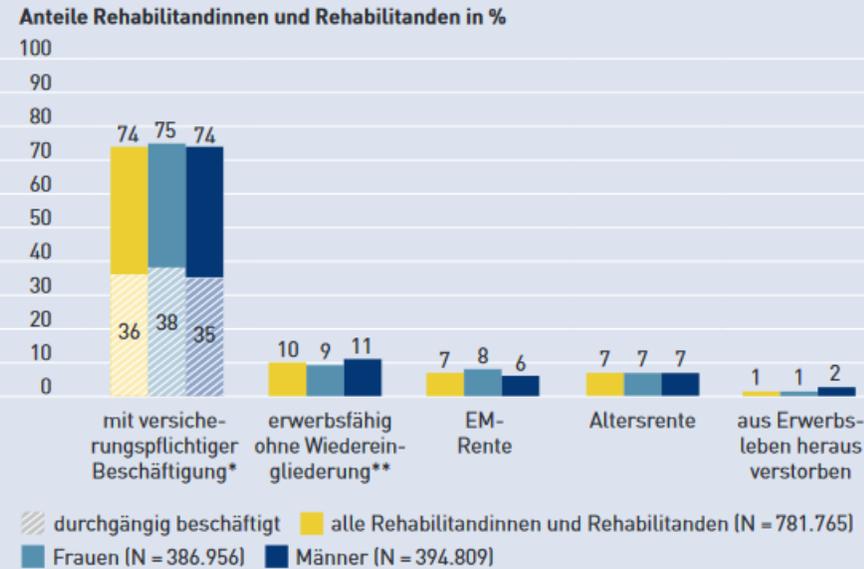


Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2020, „Versicherte“ 2019

Reha-Bericht
2021

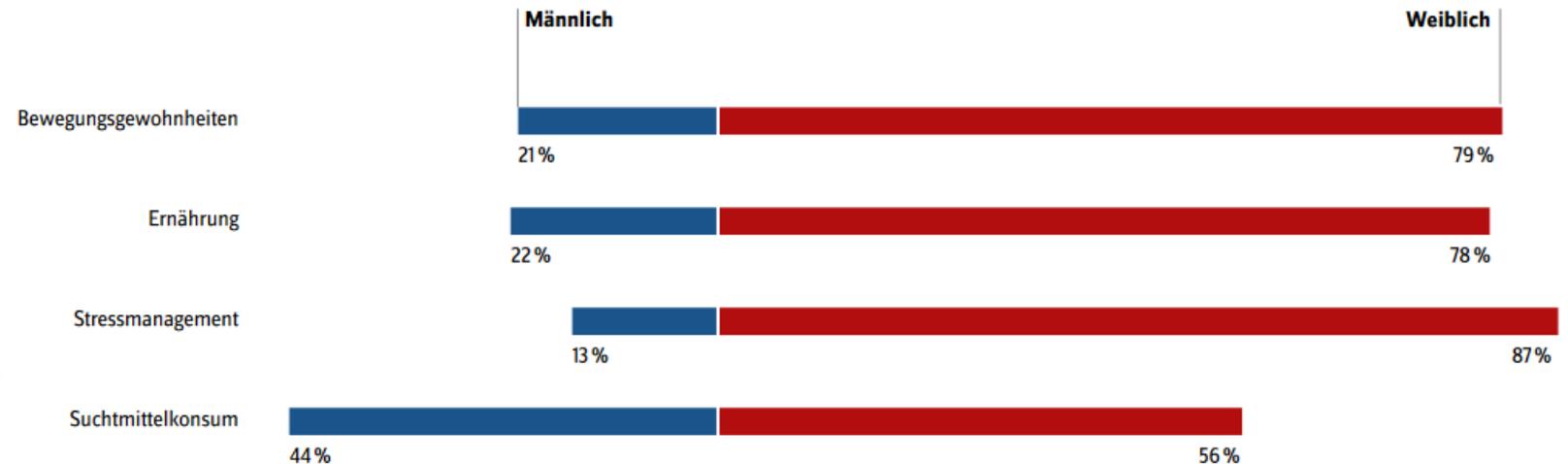


Abb. 12 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2017 (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)



* mindestens für einen Monat Beiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung
 ** Beiträge z. B. aus Arbeitslosigkeit, langfristiger Arbeitsunfähigkeit oder ohne Beiträge
 Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.
 Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (IRS) 2012-2019

Abb. 40: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht



GKV-Spitzenverband, Berlin

PRÄVENTIONSBERICHT 2020

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung:
Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Berichtsjahr 2019

Herz-Check-Up ab 50 Jahren

Kardiologie

Aktuell 497

Journal Club 61

Fortbildungen 12

Kongresse 4

25.10.2022   

Warum gibt es keine Vorsorgeuntersuchung für Herz-Kreislauf- Erkrankungen?

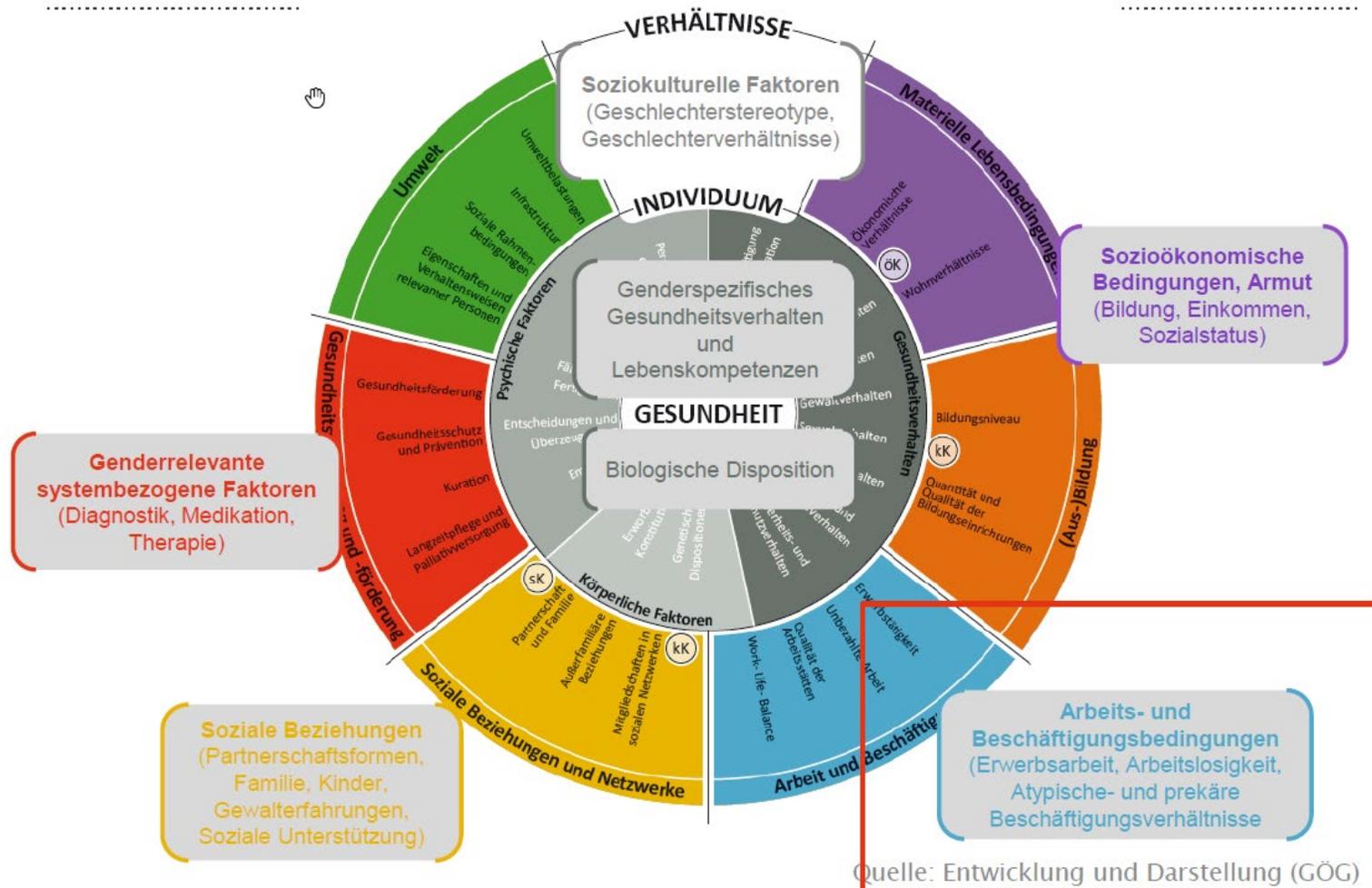
Vorsorgeuntersuchungen sind in vielen Fachbereichen etablierte Präventionsmaßnahmen in der Früherkennung bestimmter Erkrankungen: Darmkrebsvorsorge ab 50 Jahren, Hautkrebs-Screening ab 35 Jahren, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen ab 20 Jahren – warum nicht auch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) plädiert nun eindringlich für einen Herz-Kreislauf-Check ab 50 Jahren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



16.11.2022

Methodik



Voraussetzungen

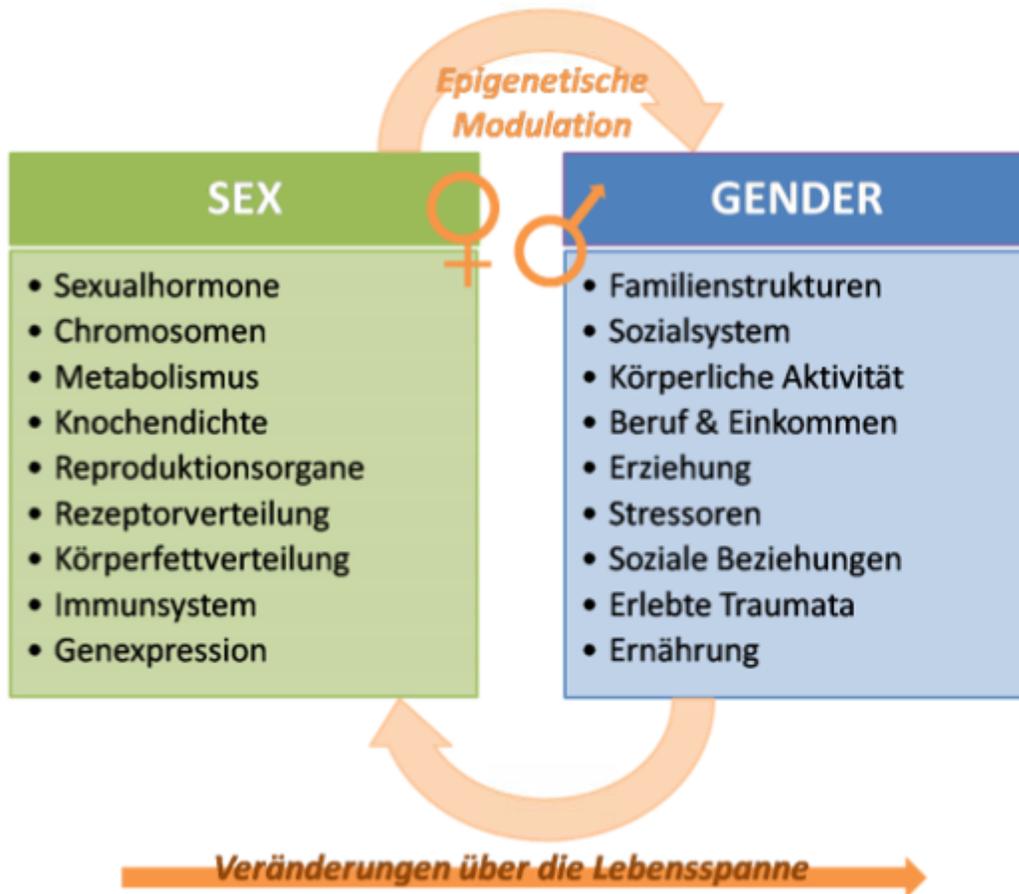


- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Politische Strukturen• Know-How | <ul style="list-style-type: none">• Ressourcen (personell & finanziell)• Infrastruktur | <ul style="list-style-type: none">• Datenschutz• Datenverarbeitung |
|--|---|---|

Voraussetzungen individualisierter Medizin.
[Quelle: Harreiter et al. (2016)]

Der Begriff der Gendermedizin umfasst eine interdisziplinäre Perspektive, die den meisten Fachgebieten eine neue Dimension eröffnen kann und muss. Die geschlechtersensible Sichtweise dahinter ist eigentlich selbstverständlich: Frauen und Männer unterscheiden sich in vielem. Wichtig ist, dass diese Unterschiede bei weitem nicht auf anatomische und physiologische Primärmerkmale zu beschränken sind. Vielmehr gilt es, biologische und soziale Unterschiede von Geschlecht bezüglich Aspekten wie Disposition, Prävalenz oder auch Copingstrategien und Therapieadhärenz zu berücksichtigen, um adäquate Behandlungsmaßnahmen zu gewährleisten.





→ Sex und Gender können nicht als separierte Dimensionen begriffen werden, vielmehr ergibt sich eine lebenslange Interaktion auf biologischer und sozialer Ebene, die für fast alle Krankheitsbilder eine Rolle spielt.

Interaktion von Sex und Gender.

[Quelle: GenderMed-Wiki, nach: Kindler-Röhrborn & Pfeleiderer (2012)]

Variations between women and men in risk factors, treatments, cardiovascular disease incidence, and death in 27 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study

Marjan Walli-Attaei, Philip Joseph, Annika Rosengren, Clara K Chow, Sumathy Rangarajan, Scott A Lear, Khalid F AlHabib, Kairat Davletov, Antonio Dans, Fernando Lanas, Karen Yeates, Paul Poirier, Koon K Teo, Ahmad Bahonar, Felix Camilo, Jephth Chifamba, Rafael Diaz, Joanna A Didkowska, Vilma Irazola, Rosnah Ismail, Manmeet Kaur, Rasha Khatib, Xiaoyun Liu, Marta Mańczuk, J Jaime Miranda, Aytakin Oguz, Maritza Perez-Mayorga, Andrzej Szuba, Lungiswa P Tsolekile, Ravi Prasad Varma, Afzalhussein Yusufali, Rita Yusuf, Li Wei, Sonia S Anand, Salim Yusuf

Methods

Study design and participants

The Prospective Urban Rural Epidemiological (PURE) study is a large international prospective cohort study of 202 072 women and men aged 35–70 years from 1030 communities living in 27 HICs, MICs, and LICs, across six geographical regions: Asia, Africa, Europe, South America, North America, and the Middle East.

The inclusion and exclusion criteria as previous PURE Articles.¹³

Variations between women and men in risk factors, treatments, cardiovascular disease incidence, and death in 27 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study

Marjan Walli-Attai, Philip Joseph, Annika Rosengren, Clara K Chow, Sumathy Rangarajan, Scott A Lear, Khalid F AlHabib, Kairat Davletov, Antonio Dans, Fernando Lanas, Karen Yeates, Paul Poirier, Koon K Teo, Ahmad Bahonar, Felix Camilo, Jephath Chifamba, Rafael Diaz, Joanna A Didkowska, Vilma Irazola, Rosnah Ismail, Manmeet Kaur, Rasha Khatib, Xiaoyun Liu, Marta Mańczuk, J Jaime Miranda, Aytekin Oguz, Maritza Perez-Mayorga, Andrzej Szuba, Lungiswa P Tsolekile, Ravi Prasad Varma, Afzalhussein Yusufali, Rita Yusuf, Li Wei, Sonia S Anand, Salim Yusuf

	Women (n=119 799)	Men (n=82 273)	p value
Age, distribution, and disease history			
Age	50.8 (9.9)	51.7 (10.0)	p<0.0001
Living in rural communities (%)	51 706 (43.2%)	36 387 (44.2%)	p<0.0001
Living in a high-income country (%)	9679 (8.1%)	8481 (10.3%)	p<0.0001
Living in a middle-income country (%)	86 379 (72.1%)	55 711 (67.7%)	p<0.0001
Living in a low-income country (%)	23 741 (19.8%)	18 081 (22.0%)	p<0.0001
Previous cardiovascular disease (%)	6348 (5.3%)	5310 (6.5%)	p<0.0001
Behavioural, psychosocial, and socioeconomic risk factors			
Current smokers	11 839/118 647 (10.0%)	29 410/81 500 (36.1%)	p<0.0001
High physical activity*	47 925/111 116 (43.1%)	34 153/75 586 (45.2%)	p<0.0001
Healthy diet†	30 400/90 245 (33.7%)	21 678/65 016 (33.3%)	p=0.16
Ever consume alcohol	28 786/113 312 (25.4%)	39 191/77 716 (50.4%)	p<0.0001
Probable depression‡	16 351/112 540 (14.5%)	6111/76 644 (8.0%)	p<0.0001
Low education§	50 886/110 842 (45.9%)	28 779/77 627 (37.1%)	p<0.0001
Physical measures and blood pressure, mean (SD)			
Body-mass index, kg/m ² (n=190 800)	26.6 (5.6)	25.7 (4.9)	p<0.0001
Waist circumference, cm (n=190 851)	84.3 (13.9)	89.0 (13.6)	p<0.0001
Waist:hip ratio (n=182 985)	0.85 (0.08)	0.92 (0.08)	p<0.0001
Systolic blood pressure, mm Hg (n=189 905)	129.9 (22.3)	133.5 (20.8)	p<0.0001
Diastolic blood pressure, mm Hg (n=189 946)	80.9 (12.1)	82.7 (12.3)	p<0.0001
Lipids and blood glucose, mean (SD)			
Total cholesterol, mmol/L (n=142 428)¶	5.5 (10.6)	5.2 (9.0)	p<0.0001
Triglycerides, mmol/L (n=140 193)¶	1.7 (5.3)	1.9 (4.6)	p<0.0001
LDL-cholesterol, mmol/L (n=138 307)¶	3.2 (1.0)	3.1 (1.0)	p<0.0001
HDL-cholesterol, mmol/L (n=139 631)¶	1.3 (0.4)	1.2 (0.3)	p<0.0001
non-HDL-cholesterol, mmol/L (n=139 625)¶	3.8 (1.1)	3.7 (1.1)	p<0.0001
ApoB, µmol/dL (n=20 940)	1.01 (0.3)	1.03 (0.3)	p<0.0001
ApoA1, mol/dL (n=20 978)	1.6 (0.4)	1.4 (0.3)	p<0.0001
ApoB:ApoA1 ratio (n=20 935)	0.68 (0.24)	0.75 (0.29)	p<0.0001
Total cholesterol:HDL-cholesterol ratio (n=139 625)¶	4.2 (7.0)	4.6 (7.6)	p<0.0001
Fasting blood glucose, mmol/L (n=141 250)	5.3 (1.8)	5.4 (1.9)	p<0.0001

Data are n (%), n/N (%), or mean (SD). *High physical activity was defined as more than 3000 metabolic equivalents × minutes per week. †Healthy diet was defined as having an alternative healthy eating index score of more than 31 (index scores range from 5 to 70). ‡Probable depression was defined as having five or more symptoms of depression; diagnosis was made on the basis of responses to Short-Form International Diagnostic Interview Schedule for Major Depressive Disorder. §Low education level was defined as no education, primary education only, or unknown education level. ¶Fasting blood samples used.

Table 1: Participant baseline characteristics

www.thelancet.com Published online May 20, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30543-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30543-2)



behavioural, psychosocial, and socioeconomic risk factors

Current smokers	11 839/118 647 (10.0%)	29 410/81 500 (36.1%)	p<0.0001
High physical activity*	47 925/111 116 (43.1%)	34 153/75 586 (45.2%)	p<0.0001
Healthy diet†	30 400/90 245 (33.7%)	21 678/65 016 (33.3%)	p=0.16
Ever consume alcohol	28 786/113 312 (25.4%)	39 191/77 716 (50.4%)	p<0.0001
Probable depression‡	16 351/112 540 (14.5%)	6 111/76 644 (8.0%)	p<0.0001
Low education§	50 886/110 842 (45.9%)	28 779/77 627 (37.1%)	p<0.0001

Data are n (%), n/N (%), or mean (SD). *High physical activity was defined as more than 3000 metabolic equivalents x minutes per week. †Healthy diet was defined as having an alternative healthy eating index score of more than 31 (index scores range from 6 to 70). ‡Probable depression was defined as having five or more symptoms of depression; diagnosis was made on the basis of responses to Short-Form International Diagnostic Interview Schedule for Major Depressive Disorder. §Low education level was defined as no education, primary education only, or unknown education level. ¶Fasting blood samples used.

Table 1: Participant baseline characteristics

Physical measures and blood pressure, mean (SD)

Body-mass index, kg/m ² (n=190 800)	26.6 (5.6)	25.7 (4.9)	p<0.0001
Waist circumference, cm (n=190 851)	84.3 (13.9)	89.0 (13.6)	p<0.0001
Waist-hip ratio (n=182 985)	0.85 (0.08)	0.92 (0.08)	p<0.0001
Systolic blood pressure, mm Hg (n=189 905)	129.9 (22.3)	133.5 (20.8)	p<0.0001
Diastolic blood pressure, mm Hg (n=189 946)	80.9 (12.1)	82.7 (12.3)	p<0.0001

www.thelancet.com Published online May 20, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30543-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30543-2)

Lipids and blood glucose, mean (SD)

Total cholesterol, mmol/L (n=142 428) [¶]	5.5 (10.6)	5.2 (9.0)	p<0.0001
Triglycerides, mmol/L (n=140 193) [¶]	1.7 (5.3)	1.9 (4.6)	p<0.0001
LDL-cholesterol, mmol/L (n=138 307) [¶]	3.2 (1.0)	3.1 (1.0)	p<0.0001
HDL-cholesterol, mmol/L (n=139 631) [¶]	1.3 (0.4)	1.2 (0.3)	p<0.0001
non-HDL-cholesterol, mmol/L (n=139 625) [¶]	3.8 (1.1)	3.7 (1.1)	p<0.0001
ApoB, μ mol/dL (n=20 940)	1.01 (0.3)	1.03 (0.3)	p<0.0001
ApoA1, mol/dL (n=20 978)	1.6 (0.4)	1.4 (0.3)	p<0.0001
ApoB:ApoA1 ratio (n=20 935)	0.68 (0.24)	0.75 (0.29)	p<0.0001
Total cholesterol:HDL-cholesterol ratio (n=139 625) [¶]	4.2 (7.0)	4.6 (7.6)	p<0.0001
Fasting blood glucose, mmol/L (n=141 250)	5.3 (1.8)	5.4 (1.9)	p<0.0001

Data are n (%), n/N (%), or mean (SD). *High physical activity was defined as more than 3000 metabolic equivalents \times minutes per week. †Healthy diet was defined as having an alternative healthy eating index score of more than 31 (index scores range from 6 to 70). ‡Probable depression was defined as having five or more symptoms of depression; diagnosis was made on the basis of responses to Short-Form International Diagnostic Interview Schedule for Major Depressive Disorder. §Low education level was defined as no education, primary education only, or unknown education level. ¶Fasting blood samples used.

Table 1: Participant baseline characteristics

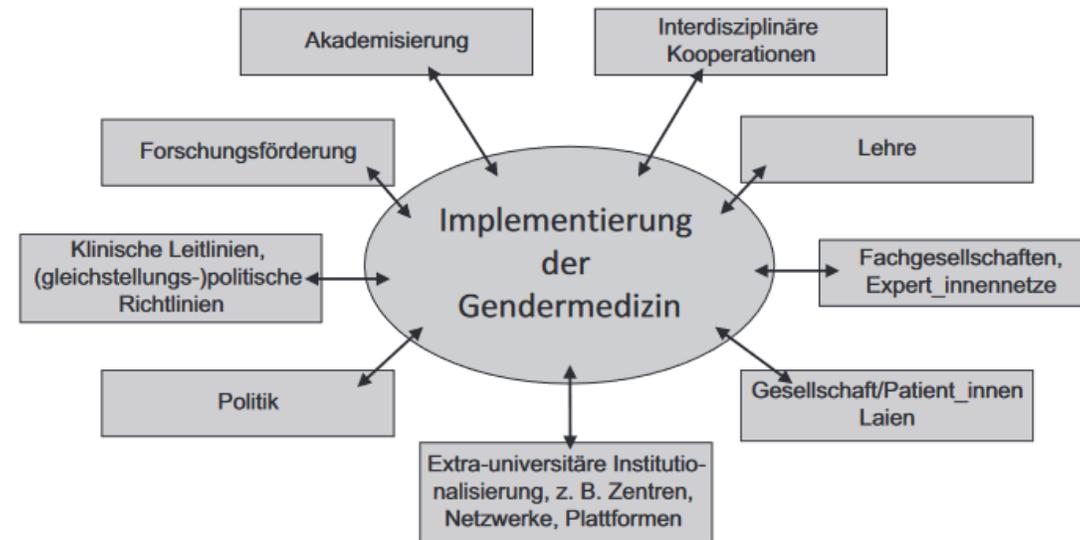


Abb. 1 Einflussfaktoren für die Implementierung von Gendermedizin. Quelle: eigene Entwicklung

Die Symptome eines Herzinfarkts können bei Männern und Frauen sehr unterschiedlich sein. Männer erliegen eher einem akuten Herzinfarkt, Frauen dagegen Herzrhythmusstörungen und Herzschwäche.

Lange Zeit war man der Auffassung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen überwiegend Männer betreffen, und die teils gravierenden Unterschiede zwischen den Geschlechtern fanden wissenschaftlich kaum Beachtung.

¹ Taulant Muka et al. 2016 JAMA Cardiol 1(7):767-776.

Die Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind für beide Geschlechter gleich; dennoch gibt es Unterschiede:

- **Arterielle Hypertonie:** Bluthochdruck betrifft Frauen in der Prämenopause seltener als Männer; nach der Menopause steigt allerdings auch bei Frauen die Inzidenz deutlich stärker an.
- **Hyperlipidämie:** Frauen weisen bis zum 60. Lebensjahr niedrigere Werte beim Gesamt-Cholesterin auf als Männer. Die HDL-Cholesterinwerte sind bei Frauen höher als bei Männern, fallen nach der Menopause aber ab.
- **Diabetes mellitus:** Er ist der wichtigste kardiovaskuläre Risikofaktor und erhöht das Risiko für das Auftreten einer koronaren Herzerkrankung bei Männern um das Zweifache, bei Frauen sogar um das Vierfache.
- **Nikotinkonsum:** Es rauchen derzeit 28 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen. Ein Rückgang der Raucherzahlen ist erkennbar, bei Frauen allerdings langsamer. Junge Raucherinnen sind, insbesondere, wenn sie orale Kontrazeptiva einnehmen, eine besondere Hochrisikogruppe.
- **Mangelnde körperliche Aktivität:** Vor allem in Kombination mit Übergewicht stellt sie auch bei Frauen einen unabhängigen Risikofaktor dar. Das metabolische Syndrom hat bei Frauen eine höhere Prävalenz als bei Männern.
- **Psychosoziale Faktoren:** Typische psychosoziale Stressoren bei Männern und Frauen sind niedriger sozialer Status und niedrige Schulbildung.



Nur 18 % der Herztransplantierten sind Frauen.

Die Hauptrisikofaktoren bei Männern sind Nikotinkonsum und Hyperlipidämie, bei Frauen Nikotinkonsum und Diabetes.

Der Anteil der männlichen Patienten bei Herzkatheter-Untersuchungen beträgt 67 Prozent, der Anteil an Bypass-Operationen liegt bei 79 Prozent. Unter den wenigen operierten Frauen gibt es jedoch eine deutlich höhere Akut-Sterblichkeit.

Die Transplantationszahlen zeigen ebenfalls gendermedizinische Unterschiede. Die größere Zahl sowohl der Organspender als auch der Organempfänger ist männlich. Nur 18 Prozent der Herztransplantierten sind Frauen.

Herz-Check-Up ab 50 Jahren

