

Dr. Eberhard Bub, Am Langenberg 10, 37603 Holzminden-Neuhaus  
Telefon: 0173-5306624

NEUHAUS, im Dezember 2025

Thema: Frauenherzen ticken anders!

Dass Männer und Frauen anders ticken, dürfte als bekannt vorausgesetzt werden. Weniger bekannt ist, dass die Herzen von Männern und Frauen anders schlagen. Sie werden auch in ganz unterschiedlicher Weise krank.

Erst seit den 1980 er Jahren ist diesen zum Teil schwerwiegenden Unterschieden nachgegangen worden. Die sogenannte Gender-Medizin bezeichnet in der Krankheitslehre die besonderen biologischen Unterschiede zwischen Mann und Frau. Dies impliziert eine geschlechterspezifische Gesundheitsforschung und Behandlung von Krankheiten. Die amerikanische Kardiologin Marianne J. Legato war in den 1980 er Jahren auf Unterschiede von Herzerkrankungen bei Frauen gegenüber Männern gestoßen.

Mit ihrem Buch „Evas Rippe“ (Eve's Rib, 2002, ISBN-10, 0609608304) hat sie über ihre Forschungstätigkeit berichtet und die Ergebnisse der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Heute wissen wir: die Entwicklung einer Herz- und Kreislauferkrankung ist bei Männern und Frauen unterschiedlich.

Während bei Männern die Erkrankungen (koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt und Schlaganfall) mit fortschreitendem Alter und unter Fortbestehen der Risikofaktoren kontinuierlich zunehmen, kommt es bei Frauen erst nach dem Klimakterium (Menopause) zu einem rasanten Anstieg und Zunahme dieser Erkrankungen. Die Arteriosklerose trifft bei Frauen um bis zu zehn Jahren verzögert auf. Vor dem Klimakterium schützen die Hormone, insbesondere die Östrogene, Frauen vor Herzinfarkt und Schlaganfällen.

Dennoch: die Todesursache Nummer 1 ist bei Frauen weiterhin Herz- und Kreislauferkrankungen wie Herzinfarkte und Schlaganfälle.

Auch eine Herzschwäche tritt nach Herzinfarkt häufiger bei Frauen auf und führt zumeist zum Tod.

Das Statistische Bundesamt gibt für das Jahr 2023 an: Tod durch Herz- und Kreislauferkrankungen: 348.312. Das macht ein Drittel aller Todesfälle (33,9 %) aus. Nach den Angaben aus dem Jahre 2021 versterben weiterhin wesentlich mehr Männer an einem Herzinfarkt als Frauen.

Was ist anders bei Frauen?

Die Herzen der Frauen sind kleiner als die der Männer. „Frauen weisen eine geringere Herzmuskelmasse sowie geringere Wanddicken auf, jedoch besteht eine höhere LV-EF, was sich auch in den aktuellen Empfehlungen zur Durchführung der Echokardiografie widerspiegelt.“\* Die Herzhöhlen (Volumina) sind geringer. Die Herzruhefrequenz liegt höher. Hierdurch kann das Herzzeitvolumen ausgeglichen werden.

Die Herzkranzgefäße der Frauen sind dünner und zumeist verzweigter. Sind sie krankheitsbedingt betroffen, so spricht man von einer Small-Vessel-Disease bzw. Mikroangiopathie, auch Syndrom X genannt.

Bei MINOCA (Herzinfarkt mit nicht obstruktiven Coronar-Arterien) machte der Frauenanteil über 50 % aus.

Frauen mit Herzinfarkt zeigten im Vergleich zu Männern andere Symptome. So steht bei den Frauen der plötzliche Retrosternal-Schmerz mit Ausstrahlung in die Schultern und die Oberarme nicht im Vordergrund. Die Frauen klagen eher über Luftnot, Schwäche, Müdigkeit und Schwindel. Schmerzausstrahlung in den Rücken und vor allem in den Oberbauch kommen häufig vor. Frauen kommunizieren ihre Beschwerden anders. Angst und existenzielle Sorgen stehen im Vordergrund.

Das andersartige Beschwerdebild führt nicht selten zu Fehleinschätzungen und verzögerter Diagnostik. Die Frauen erreichen ungleich später eine invasive Diagnostik und Therapie. Auch wenn Frauen nach Herzinfarkt genauso kompetent mit Katheter, Ballon und Stent behandelt werden, so ist die Sterblichkeit im Krankenhaus und zu Hause bei ihnen größer als bei den Männern. Auch Komplikationen wie Schlaganfall, erneuter Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen und Blutgefäßkomplikationen sind bei Frauen häufiger. Man vermutet, dass die generell kleineren Arterien, speziell die kleineren Herzkranzgefäße der Frauen die größeren Probleme machen.

Ärzte nehmen Frauen häufig nicht ausreichend ernst. Mit Medikamenten und Eingriffen sind sie eher zurückhaltend. In internationalen Studien werden Frauen unzureichend berücksichtigt. Spezielle Statistiken und Untersuchungen fehlen.

Gerade die Oberbauchschmerzen führen nicht selten zu Fehlbeurteilungen: so wurde bei einer Frau eine Gastroskopie durchgeführt, bevor der Herzinfarkt erkannt wurde. Die Bauchbeschwerden (Druckschmerzen) mit Fieber, Übelkeit und Erbrechen hatten differenzialdiagnostisch an eine Appendizitis denken lassen. Während Männer zumeist sozial besser aufgefangen werden (Ehefrau, Familie, Kollegen, Verein) ist das bei Frauen häufig eine Fehlanzeige. Frauen sind insgesamt – nicht nur in der Arbeitswelt – eher schlechter gestellt.

KI: „Ja, chronische Unzufriedenheit erhöht nachweislich das Risiko für Herzinfarkt, ähnlich wie Rauchen, da anhaltender Stress das Herz-Kreislauf-System belastet, den Blutdruck erhöht und akute Herzbeschwerden auslösen kann“.

Auch im Hinblick auf Herzrhythmusstörungen gibt es Unterschiede zwischen Mann und Frau: „Arrhythmiesymptome werden häufiger bei Frauen .... als psychosomatische Krankheitsbilder wie Angst- oder Panikstörungen gewertet. Daraus folgt eine Verzögerung bis zur korrekten Diagnose und Therapie. Insbesondere werden Frauen deutlich später einer interventionellen Therapie von Arrhythmien zugeführt“.\*

Supraventrikuläre Herzrhythmusstörungen einschließlich der AVNRT sind bei Frauen häufiger, während bei Männern AVRT, VES und AV-Überleitungsstörungen im Vordergrund stehen. Entsprechend häufiger kommt es bei Männern zu AV-Blockierungen (Schrittmacherindikation), zu VT und zum Auftreten des plötzlichen Herztodes.

„Frauen sind zum Zeitpunkt der Indikationsstellung für einen Herzschrittmacher älter und häufiger von einem „Sick-Sinus-Syndrom“ oder einer Bradyarrhythmia absoluta betroffen“\*\*

Das Positionspapier der DGK\* weist darauf hin, dass Spontandissektionen der Koronarien (SCAD) bei Frauen zwischen 42 und 53 Jahren auftreten, die meist nur geringe kardiovaskuläre Risikofaktoren aufweisen. SCAD wird häufig ausgelöst durch starken körperlichen und psychischen Stress. Zumeist ist die linke Herzkranzarterie involviert. SCAD „ist die häufigste Ursache von Herz-Infarkten in der Schwangerschaft und verursacht insgesamt ca. 35 % aller Herzinfarkte bei Frauen vor dem 50. Lebensjahr.“ Weitere Einzelheiten siehe „HERZ heute 1 / 2025“ Seite 26-29.

Ein weiterer Unterschied zwischen Mann und Frau ist die diastolische Linksherzschwäche (HFpEF, Herzschwäche bei erhaltener systolischer Funktion). „Die Prävalenz ist bei Frauen höher als bei Männern (Verhältnis ca. 2 : 1) und nimmt mit steigendem Alter zu. Demgegenüber weisen Männer ein höheres Lebenszeitrisko für HFrEF auf“.\* Im Rahmen eines Herzzyklus ist die Diastole länger als die Systole.

Ein typischer Fall:

Eine 60-jährige, etwas übergewichtige Frau mit geringwertig erhöhtem Blutdruck und einer Zuckerstoffwechselstörung sucht ihren Arzt (Kardiologen) wegen zunehmender Luftnot unter körperlicher Belastung auf. Der Kardiologe findet bei der körperlichen Untersuchung nichts Besonderes. Herz und Lungen hören sich unauffällig an. Keine Knöchelödeme. Der Blutdruck ist mit 190 zu 95 mm Hg deutlich erhöht.

Das EKG zeigt eine erhöhte Herzfrequenz: 90 Schläge pro Minute. Der Stromkurvenverlauf weist auf eine linksventrikuläre Hypertrophie hin.

Der systolische Echobefund des linken Ventrikels ist hoch normal,

In der Ultraschall Untersuchung des LV mit dem Gewebedoppler und im longitudinalen Strain des linken Vorhofs und Ventrikels\*\* wird eine diastolische Herzschwäche der linken Herzkammer festgestellt, die die Luftnot der Frau unter Belastung erklärt..

„Was ist denn das?“ fragt die Patientin. Der Kardiologe erklärt: das Herz ist wie eine Druck- und Saugpumpe. Der kurze Druckvorgang (Systole) ist in Ordnung. Der Blutansaugvorgang und die Füllung des Herzens (Diastole) ist durch eine Verdickung und Versteifung der Herzwände gestört. So staut sich das Blut zurück in den linken Herzvorhof und weiter in die Lunge. Das erklärt die Luftnot. Je stärker die (körperliche) Belastung, umso höher ist die Herzschlagfolge. Der Blutdruck steigt an und die Beschwerden (Luftnot) nehmen weiter zu.

Was ist zu tun? Therapie: 1. Die Reduktion der Herzfrequenz. 2. Senkung des Blutdrucks und 3. Ökonomisierung der Herzfunktion!

Auch bei der diastolischen Herzschwäche haben sich die „fantastischen Vier“ (G. Hasenfuß, Göttingen) bewährt: 1. Betarezeptorenblocker, z.B. Bisoprolol, Nebivolol, Carvedilol. 2. MRA, z.B. Spironolacton, Eplerenon. 3. SGLT-2-Blocker, z.B. Empagliflozin (Jardiance), Dapagliflozin (Forxiga) und 4. bevorzugt ARNI (Entresto)\*.

Natürlich muss auf Dauer das Körpergewicht reduziert werden. Die Kochsalz-Zufuhr ist zu beachten. Insgesamt ist ein gesunder Lebensstil (!) anzustreben mit viel Bewegung und der Bevorzugung einer fettmodifizierten und vitaminreichen Kost z.B. die Mittelmeerkost.

In der Berliner BEFRI-Studie \*\* (Frauen-Risiko-Evaluations-Studie) hatten 2 /3 der zumeist adipösen Frauen eine diastolische Dysfunktion des LV.

Eine weitere Besonderheit unterscheidet die Herzen der Frauen von denen der Männer. Während bei den Männern in aller Regel mit zunehmendem Alter die kardiovaskuläre Gefährdung zunimmt, ist das zumeist bei Frauen erst der Fall, wenn das Klimakterium eintritt und der Östrogenspiegel abfällt. Die schützende Funktion der Hormone geht verloren. Die Hormonersatztherapie (HRT) wird immer noch kontrovers diskutiert. Die Folgen der Erstpublikation der WHI-Studie (The Women's Health-Initiative. Jama 2002;288, 321-333) wirkt noch nach, wenn auch die Autoren des WHI-Boards längst die Aussagen der Studie relativiert und bedauert haben.

„Über Jahre haben Frauen unter den Folgen der WHI-Studie gelitten“. Unter fachärztlicher Kontrolle und mit der Selbstbeobachtung der Frauen kann die HRT in den meisten Fällen die klimakterischen Beschwerden erheblich reduzieren (Nächtliches Schwitzen, Herzklopfen, Unruhe, Schlaflosigkeit, Depressionen). Empfohlen wird ein niedrig dosiertes Kombinationspräparat (Östrogen und Gestagen) als „Minipille“, Gel, Pflaster oder Nasenspray beziehungsweise ein niedrigdosiertes Östrogenpräparat allein. Und das bereits zum Beginn der klimakterischen Beschwerden und dem Eintritt der Menopause.

Wie zu erwarten, dürfte die Häufigkeit von Herz- und Kreislauferkrankungen (Herzinfarkte und Schlaganfälle) und die Lebenserwartung der Frauen unter der HRT bei gleichzeitiger Beachtung der kardiovaskulären Risikofaktoren auf diese Weise erheblich reduziert werden.

Eine medizinische Besonderheit (Rarität) ist das „Broken-Heart Syndrom“.

Unter 100 akuten Herzinfarkten kann es 1-2 mal auftreten.

Es betrifft in über 90 % Frauen ab einem Alter von 65 Jahren. Diese Herzerkrankung wurde 1990 erstmals in Japan beschrieben. Es wird als „Takotsubo-Syndrom“ (TTS) bezeichnet und erinnert morphologisch an die Silhouette einer japanischen Tintenfischfalle mit kleinem engen Einlass und balloniertem Bauch. Klinisch entspricht es dem Krankheitsbild eines akuten Herzinfarkts mit plötzlichem thorakalen Schmerzen, mit Luftnot und den typischen EKG-Veränderungen sowie den infarkt-typischen Labordaten.

Ursache ist zumeist inadäquater Stress auf schicksalhafte plötzliche Ereignisse.

Als Ausdruck des starken emotionalen und physischen Stress mit Angst und Panik ist der Adrenalin- und Noradrenalin Spiegel um das 30-Fache erhöht. Man vermutet den Befall der

kleinen Gefäße der linken Herzkranzarterie. In der Koronarangiographie kann ein Gefäßverschluss nicht nachgewiesen werden. „DieHerzbasis bewegt sich kräftig, während die Herzspitze wie ein Ballon aufgetrieben ist und stillsteht“ (B. Schneider). Die Intensivmedizin Therapie entspricht der eines akuten Herzinfarktes. Ohne Komplikationen (Herzrhythmusstörungen, Herzversagen) kann sich das Herz innerhalb von 1-2 Wochen wieder normalisieren. „Das Tückische ist: Frühwarnzeichen gibt es nicht!“ Eine gezielte Prävention ist daher auch nicht möglich.

### **Resümee:**

Nach den aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie für das Management von kardiovaskulären Erkrankungen\* wird der Unterschiede zwischen Mann und Frau zu wenig berücksichtigt. Frauen sind in Forschung und in wissenschaftlichen Publikationen unterrepräsentiert. Das Positionspapier der DGK\* gibt Empfehlungen, was in Diagnostik und Therapie der Herzerkrankungen in Bezug auf die geschlechterbezogenen Unterschiede zu beachten ist.

**Ute Seeland (Professorin für Geschlechtersensible Medizin. Universität Magdeburg)** fordert in „HERZ heute“ 1 / 2025 (11-15) :

### **“Eine geschlechtersensible Herzmedizin, bitte!“**

#### **Literatur:**

- \* Geschlechterspezifische Aspekte kardiovaskulärer Erkrankungen. Kardiologie 2024. 18:293-321.
- \*\* J Am Soc Echocardiogr. 2016 Aug;29(8):750-758.
- \*\* EHJ – Cardiovascular Imaging, Volume 23 ,Issue Supplement\_1, February 2022, jeab289.041.

#### **Anmerkungen:**

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes 2025 liegt die Lebenserwartung der Frauen fast vier Jahre über der der Männer: Frauen 83,7 Jahre, Männer 79 Jahre.

Im Vergleich zu den skandinavischen und den westeuropäischen Ländern ist die Lebenserwartung in Deutschland deutlich geringer. So liegt die Lebenserwartung von Frauen in Spanien bei 86,3 - 86,7 Jahren (Stand 2023 / 2024).

Dieser Unterschied überrascht umso mehr, als nach den Vereinigten Staaten von Amerika Deutschland die meisten Gelder für das Gesundheitswesen ausgibt.

„Eine veränderte Betrachtungsweise der kardiovaskuläre Prävention ist notwendig“! (H. Thiele. Nationale Herz - Allianz).

Eine primäre Herz- Kreislaufprävention sollte bereits im Kindesalter beginnen. Vielleicht kann so die Lebenserwartungen in Deutschland verbessert werden!

