Editorial

Georg Ertl

Online publiziert: 14. März 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Genderspezifische Aspekte bei kardiovaskulären Erkrankungen wurden über lange Jahre vernachlässigt. Grundlagenforschung fand meistens an männlichen oder – seltener – weiblichen Versuchstieren statt, meist ohne Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte. In klinischen Studien zur koronaren Herzkrankheit waren Patientinnen auf Grund der Prävalenz der Erkrankung immer in der Minderzahl. Beängstigend war die Beobachtung Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts, dass es Unterschiede im Gebrauch von Prozeduren und im Management von Frauen und Männern mit koronarer Herzkrankheit gab [1, 2]. Diese Unterschiede konnten durchaus eine adäquate geschlechtsspezifische Behandlung, aber auch eine schlechtere Behandlung der Patientinnen darstellen. Letztere Hypothese konnte durch die spätere Beobachtung gestützt werden, dass auch das Geschlecht des Arztes beziehungsweise der Ärztin die Indikationsstellung zur Herzkatheteruntersuchung geschlechtsspezifisch beeinflusste [3].

Ein Grund dafür mag sein, dass sowohl Kardiologen als auch kardiovaskuläre Patienten bis dato zumeist männlich waren. Beides hat sich entschieden geändert. Die Häufigkeit kardiovaskulärer Erkrankungen hat bei Frauen im Vergleich zu Männern in den letzten Dekaden zugenommen. Die bei der ESC 2012 vorgestellten Daten des FAST-MI Registers zeigt, dass in den letzten 15 Jahren entsprechend einem weltweiten Trend immer weniger Franzosen am Herzinfarkt starben. Überraschend war jedoch der zunehmende Anteil an jüngeren Frauen mit Herzinfarkt. Bei den unter 60-Jährigen mit Infarkt stieg der Frauenanteil von 12 auf 23 %, vor 15 Jahren rauchten 37 %, heute sind 73 % Herzin-

farktpatientinnen Raucherinnen! Nicht nur die Patientinnen, auch die Kardiologinnen dürften mehr werden. Bei unserem kardiologischen Nachwuchs rechnen wir angesichts des überwiegend weiblichen Geschlechts unserer Studierenden mit einem Umschwung. Letztlich hat die genderspezifische Betrachtung bei kardiovaskulären Erkrankungen erheblichen Auftrieb bekommen und zu einer neuen Forschungsrichtung geführt. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz-Kreislaufforschung (DGK) fördert diese Forschung durch eine eigene wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Kardiovaskuläre Erkrankungen bei Frauen“. Für zukünftige Kardiologinnen und Kardiologen sollen durch die neu eingerichtete Projektgruppe der DGK „Kardiologie und Familie“ Karrierewege und Arbeitsmodelle entwickelt werden, mit denen diese Generation leben möchte.

Eines der Paradoxa der Genderforschung ist, dass wir einerseits die Untersuchung der Geschlechtsunterschiede in Pathophysiologie und Therapie fordern, andererseits die Gleichbehandlung von Mann und Frau, die ja nicht richtig sein kann, wenn wir Geschlechtsunterschiede annehmen. Allerdings sind diese Unterschiede bislang unzureichend charakterisiert. Zwar kennen wir epidemiologische Verschiedenheiten, beispielsweise bei der meist späteren Manifestation der koronaren Herzkrankheit (KHK) bei der Frau; die naheliegende Hypothese, dass Östrogene gegen die KHK schützen, ließ sich jedoch durch Therapiestudien nicht stützen. Unklar ist, inwieweit sich die KHK der Frau, wenn sie sich denn manifestiert, von der des Mannes unterscheidet. Entsprechend ist unklar, wie eine herzkrankte Frau anders behandelt werden sollte als ein Mann. Also doch die Gleichbehandlung? Hier ist noch großer Forschungsbedarf und zwar sowohl in der Grundlagenforschung und der Analyse von Krankheitsmechanismen, als auch in der Therapieforschung. Yentl wollte den Talmud studieren, also in der Wissenschaft und in ihren Aktivitäten mit den Männern

Prof. Dr. G. Ertl (✉)
Medizinische Klinik und Poliklinik I und Deutsches Zentrum
für Herzinsuffizienz, Universitätsklinikum Würzburg,
Oberdürrbacher Straße 6, 97080 Würzburg, Deutschland
E-Mail: Ertl_G@medizin.uni-wuerzburg.de

gleichberechtigt sein [4]. Biologisch wollte sie aber Frau sein und spezifisch so behandelt werden, nicht schlechter, aber anders als ein Mann. Insofern ist das Yentl-Syndrom ein Missverständnis [5].

Gender-specific aspects of cardiovascular diseases were underestimated for many years. Basic research was usually performed on male or—more rarely—female laboratory animals, usually without taking gender-specific aspects into account. In clinical studies of coronary heart disease, women patients were always a minority due to the prevalence of the disease. The observation made in the early 1990s that there were differences in the use of procedures and in the management of women and men with coronary heart disease was unsettling [1, 2]. These differences could certainly indicate adequate gender-specific treatment, but they might also represent poorer treatment of the women patients. The latter hypothesis could be supported by the later observation that even the gender of the physician exercised gender-specific influence on the decision concerning the indication for cardiac catheter examination [3].

One reason for this may be that both cardiologists and cardiovascular patients up to that time were usually male. This has fundamentally changed. The frequency of cardiovascular diseases has increased in women compared to men during the past decade. The data of the FAST-MI Registry presented at the ESC 2012 shows that, corresponding to a worldwide trend, the number of French people dying of myocardial infarction has been decreasing in the past 15 years. Surprisingly, however, there is an increasing proportion of younger women suffering infarction. Among the women younger than 60, the proportion of women with infarction increased from 12 to 23 %. Of women with infarction 15 years ago, 37 % smoked, today 73 % are smokers! Not only the number of women patients, but also the number of women cardiologists has increased. In our younger generation of cardiologists, we expect a complete change considering that women make up the majority of students. Recently the

gender-specific view of cardiovascular diseases has gained momentum and led to a new direction in research. The German Society of Cardiovascular Research (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz-Kreislaufforschung (DGK)) supports this research with its own working group “Cardiovascular Diseases in Women”. For future cardiologists, both men and women, the newly-initiated DGK Task Force “Cardiology and Family” will develop career pathways and employment models with which this generation can live.

One of the paradoxes in gender research is that, on the one hand, we demand the investigation of gender differences in pathophysiology and therapy, while insisting on equal treatment of men and women on the other. This cannot be correct if we assume there are gender differences. But of course, these differences have not yet been adequately characterized. We do know epidemiological differences, for example that the manifestation of coronary heart disease (CHD) usually occurs later in women, but the logically-deduced hypothesis that estrogens protect against CHD could not be supported by therapy studies. The extent to which CHD in women, when it becomes manifest, differs from that in men remains unclear. Accordingly, it is unclear in what way a female cardiac patient should be treated differently to a male patient. Does this mean the same treatment after all? There is still great need for research, both in basic research and in the analysis of disease mechanisms and in therapy research. Yentl wanted to study the Talmud, that is, to have the same opportunity as men in science and in her activities [4]. But biologically, she wanted to be a woman and be treated specifically as such, not worse, but different than a man. In that respect, the Yentl Syndrome is a misunderstanding [5].

Literature

1. Ayanian JZ, Epstein AM (1991) Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med* 325:221–225
2. Steingart RM, Packer M, Hamm P, Coglianese ME, Gersh B, Geltman EM, Sollano J, Katz S, Moyé L, Basta LL, Lewis SJ, Gottlieb SS, Bernstein V, McEwan P, Jacobson K, Brown EJ, Kukin ML, Kantrowitz NE, Pfeffer MA (1991) Survival and ventricular enlargement investigators. Sex differences in the management of coronary artery disease. *N Engl J Med* 325:226–230
3. Rathore SS, Chen J, Wang Y, Radford MJ, Vaccarino V, Krumholz HM (2001) Sex differences in cardiac catheterization: the role of physician gender. *JAMA* 286:2849–2856
4. Singer IB (1983) *Yentl the Yeshiva boy*, 1st edn. Farrar, Straus and Giroux, New York
5. Healy B (1991) The Yentl syndrome. *N Engl J Med* 325:274–276