

## ZUR PERSON

**Vera Regitz-Zagrosek**

Internistin und Kardiologin, Seniorprofessorin an der Charité Berlin und an der Universität Zürich. An der Charité seit 2003 Inhaberin der Professur für Frauengesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Entwickelte das Interdisziplinäre Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin (GIM). 2007 mit Karin Schenck-Gustafsson, Stockholm, Gründung der internationalen Gesellschaft für Gendermedizin, kurz darauf Gründung der Deutschen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin. Trägerin des Bundesverdienstkreuzes.

**MMW:** Was ist außer der Kommunikation im Hausarztbereich wichtig?

**Regitz-Zagrosek:** In der Pharmakotherapie gibt es einige geschlechterabhängige Unterschiede. Bei Medikamenten wie ACE-Hemmern und Betablockern würde ich bei Frauen im unteren Dosierungsbereich beginnen. Denn Studien und Lite-

raturreviews haben gezeigt, dass Frauen mit ca. 50% der in den Herzinsuffizienz-Leitlinien empfohlenen Dosis ein besseres Überleben und weniger Nebenwirkungen hatten als unter höherer Dosierung [7, 8, 9]. Ähnliches wurde auch für Betablocker gezeigt.

Bei Digoxin sollte man die Nierenfunktion überprüfen und bei Frauen mit der niedrigstmöglichen Dosierung einsteigen. Weiter gibt es noch eine Reihe von Antiarrhythmika, die die QT-Zeit verlängern. Auch hier sollte man bei Frauen eher zurückhaltend sein und häufiger die QT-Zeit kontrollieren, da Frauen ohnehin längere QT-Zeiten haben als Männer und demzufolge auch häufiger Herzrhythmusstörungen entwickeln.

**MMW:** Sollte man grundsätzlich bei Frauen niedriger dosieren?

**Regitz-Zagrosek:** Nein, so kann man das nicht sagen. Das muss weiter systematisch untersucht werden. So erhalten Frauen z. B. in der Lipidtherapie nach einem kardiovaskulären Ereignis zu selten und im Mittel eine zu niedrig dosierte lipidsenkende Therapie.

**MMW:** Was muss sich ändern, damit eine geschlechtersensible Medizin im Sinne einer besseren Versorgung für alle umgesetzt werden kann?

**Regitz-Zagrosek:** Ein ganz wichtiger Punkt ist, das Thema stärker in die Lehre zu bringen. Ganz wenige Universitäten haben Gendermedizin im Pflichtlehrplan. Das muss sich ändern. Denn die Studierenden sollten zumindest Grundlagen der Gendermedizin lernen. Und auch in der ärztlichen Weiterbildung müssten geschlechtsspezifische Aspekte in die Fort- und Weiterbildungskataloge eingebracht werden. ■

*Das Interview führte Dr. Carola Göring.*

**Literatur**

1. Journath G et al. J Hypertens. 2008;26:2050–6
2. Berthold HK et al. J Intern Med. 2008;264:340–50
3. Baumhäkel M et al. Eur J Heart Fail. 2009;11:299–303
4. Greenwood BN et al. Proc Natl Acad Sci USA. 2018;115:8569–74
5. Wallis CJD et al. JAMA Surg. 2022;157:146–156
6. Pelletier R et al. J Am Coll Cardiol. 2016;67:127–35
7. Bots SH et al. Heart. 2021;107:1748–55
8. Bots SH et al. JACC Heart Fail. 2019;7:258–66
9. Santema BT et al. Lancet. 2019;394:1254–63

# Krebs trifft Männer häufiger als Frauen

## Auf der Suche nach einer biologischen Erklärung



Das Risiko für Speiseröhrenkrebs war bei Männern fast 11-mal höher als bei Frauen.

**Männer leben allgemein ungesünder und risikofreudiger als Frauen. Eine Studie zeigt jedoch, dass dies allein nicht erklären kann, warum sie deutlich häufiger an Krebs erkranken.**

US-amerikanische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler werteten die Daten von 171.274 männlichen und 122.826 weiblichen Erwachsenen (Alter: 50–71 Jahre) aus, die von 1995–2011 an der Diet and Health Study teilgenommen hatten. In diesem Zeitraum erkrankten 17.951 Männer und 8.742 Frauen neu an einer der 21 berücksichtigten Krebsarten. Im Schnitt entwickelten die Männer ca. 1,3- bis 10,8-mal öfter ein bösartiges Karzinom als die Frauen. Am stärksten erhöht war ihr Risiko für Speiseröhrenkrebs (10,8-fach), Kehlkopfkrebs (3,5-fach), Magenkrebs (3,5-fach) und Blasenkrebs (3,3-fach). Einzig

bei Schilddrüsen- und Gallenblasenkrebs war die Inzidenz niedriger als bei Frauen.

Die Forschenden verglichen diese Daten nun mit den Aussagen der Probanden zu ihrem Lebensstil und dem Konsum karzinogener Substanzen wie Nikotin oder Alkohol. Allerdings ließ sich damit der Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht hinreichend gut erklären.

Die Autoren vermuten daher eine gendermedizinische Erklärung. Sie plädieren dafür, das Geschlecht als biologische Variable stärker in die onkologische Forschung und Versorgung einzubeziehen – „von der Risikovorhersage und der primären Krebsprävention über die Krebsvorsorge bis hin zur Krebsbehandlung und dem Patientenmanagement.“ ■

*Cornelius Heyer*

**Quelle:** Jackson SS et al. Cancer 2022, online 8. August, doi: 10.1002/cncr.34390