

Katja Rathje-Hoffmann
Vorsitzende des Sozialausschusses des
Schleswig-Holsteinischen Landtags
Landeshaus
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Ansprechpartnerin:
Prof. Dr. med. habil. Claudia Schmidtke, MBA
Tel.: 0451 500-0
✉ claudia.schmidtke@uksh.de
www.uksh.de

Datum: 12. Februar 2025

**Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/4439**

Stellungnahme

Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage (Drucksache 20/2093) der Fraktion der SPD
„Frauengesundheit in Schleswig-Holstein“

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

für die Gelegenheit, zur Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage zum Thema „Frauengesundheit in Schleswig-Holstein“ Stellung nehmen zu dürfen, danke ich Ihnen herzlich. Als Sprecherin des Universitären Herzzentrums Lübeck am UKSH, als Fachärztin für Herzchirurgie und Gendermedizinerin werde ich den Schwerpunkt auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen legen.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weltweit die häufigste Todesursache bei Frauen und Männern. Geschlechtsspezifische Unterschiede betreffen alle Bereiche – von der Prävention über die Diagnostik bis hin zur Therapie und Prognose. Frauen zeigen oft atypische Symptome, die nicht unmittelbar als kardiovaskulär erkannt werden, was eine frühzeitige Diagnose erschwert. Zudem weichen das Ansprechen auf Therapien und das Risiko für Komplikationen von dem männlicher Patienten ab.

Diese Unterschiede erfordern eine konsequente Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Faktoren in Prävention, Versorgung und Forschung, um eine optimale Betreuung zu gewährleisten und die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern.

Zu den einzelnen Punkten:

Fragen 84. und 85.

Statistik

Gemäß Tabelle 56 der Drucksache 20/2093 zeigt sich in Schleswig-Holstein eine steigende Inzidenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen, während die Sterblichkeit sinkt. Eine Aufschlüsselung nach Alter und Krankheitsbild und im Vergleich zu Männern erfolgt nicht. Laut aktuellem Deutschen Herzbericht (Update 2024, herausgegeben von der Deutschen Herzstiftung), der Daten von 2022 präsentiert, ist die Mortalitätsrate in Deutschland bei Männern bei ischämischer Herzkrankheit höher als bei Frauen, während

sie bei den Krankheitsbildern Herzklappenerkrankung, Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz bei Frauen höher ist.

Für Schleswig-Holstein werden folgende Daten angegeben: 2022 sind 2.991 Männer und 2.279 Frauen an einer ischämischen Herzkrankheit verstorben, an einem akuten Myokardinfarkt 993 Männer und 601 Frauen, weiterhin an Herzklappenerkrankungen: 254 Männer / 357 Frauen, Herzrhythmusstörungen: 423 Männer / 560 Frauen, Herzinsuffizienz: 604 Männer und 922 Frauen.

Frage 86.

Herzzentren nach G-BA-Anforderungen

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 5. Dezember 2019 über die Erstfassung der Zentrums-Regelungen gemäß § 136c Absatz 5 SGB V diente dazu, die besonderen Aufgaben, Anforderungen und Qualitätskriterien für Zentren und Schwerpunkte verbindlich zu definieren und bundesweit einheitlich festzulegen. Die Regelungen sollten die Qualität und Struktur der Versorgung in spezialisierten Einrichtungen verbessern und Transparenz schaffen.

Gründe und Ziele der Zentrums-Regelungen:

- **Einheitliche Qualitätsstandards:**
Es gab zuvor keine bundesweit einheitlichen Kriterien, was ein Zentrum oder Schwerpunkt leisten muss. Die Zentrums-Regelungen haben Mindeststandards für Strukturen, Prozesse und Ergebnisse definiert.
- **Verbesserung der Patientenversorgung:**
Die Qualität der Versorgung sollte verbessert werden, insbesondere bei komplexen, seltenen oder hochspezialisierten Erkrankungen, bei denen spezielle Expertise notwendig ist (z. B. in der Onkologie, der Kinderherzmedizin oder der Transplantationsmedizin).
- **Klarstellung der besonderen Aufgaben von Zentren:**
Die Regelungen sollten verdeutlichen, welche besonderen Aufgaben Zentren übernehmen können, z. B.:
 - Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen
 - Regelmäßige Fortbildungen für Mitarbeitende anderer Krankenhäuser
 - Unterstützung anderer Einrichtungen durch Bereitstellung gebündelter Expertise
- **Sicherstellung von Mindestfallzahlen und Expertise:**
Zentren müssen nachweisen, dass sie jährlich eine bestimmte Mindestanzahl an komplexen Eingriffen durchführen. Dies soll gewährleisten, dass sie über ausreichend Erfahrung und Routine verfügen.
- **Förderung der Transparenz:**
Zentren müssen jährlich einen öffentlichen Qualitätsbericht erstellen, um ihre Ergebnisse und Maßnahmen zur Qualitätssicherung transparent darzustellen.
- **Vermeidung von ungerechtfertigtem Zentrums-Labeling:**
Vor den Zentrums-Regelungen haben sich viele Kliniken als „Zentrum“ bezeichnet, ohne objektive Qualitätskriterien zu erfüllen. Die neuen Regelungen sollten verhindern, dass der Begriff „Zentrum“ willkürlich genutzt wird.

Im Bereich der Herzzentren gem. G-BA ist neben personellen und strukturellen Anforderungen die Spezialisierung in der Kinderherzmedizin und/oder Herztransplantationsmedizin erforderlich. Beide letztgenannten Schwerpunkte sind in Schleswig-Holstein allein im UKSH in Kiel angesiedelt.

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie verleiht fachspezifische Zertifizierungen wie in der Antwort auf die Frage 86 angegeben.

Die Zertifizierungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) stehen für eine standardisierte Qualitätsprüfung von Einrichtungen, die in der Kardiologie tätig sind. Sie sollen sicherstellen, dass Diagnostik und Therapie in diesen Zentren nach aktuellen Leitlinien und höchsten Qualitätsstandards erfolgen. Es gibt verschiedene Arten von Zertifizierungen, je nach Spezialisierung der Einrichtung:

1. Zertifizierte Chest Pain Unit (CPU)

Ziel: Optimierte und schnelle Versorgung von Patienten mit Brustschmerzen und Verdacht auf akutes Koronarsyndrom (Herzinfarkt, instabile Angina pectoris).

Bedeutung: Diese Zentren sind rund um die Uhr verfügbar und gewährleisten eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie.

Vorteil: Geringere Wartezeiten und schnellere Diagnosestellung.

2. Herzinsuffizienz-Zentren

Zertifikatsstufen: Basis-, Schwerpunkt- und Exzellenzzentrum für Herzinsuffizienz

Ziel: Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Herzschwäche durch strukturierte Programme und interdisziplinäre Betreuung.

Exzellenzzentren sind meist Teil eines universitären Netzwerks und an der Forschung beteiligt.

3. Herzrhythmus-Zentren

Ziel: Zertifizierung von Einrichtungen, die sich auf die Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen spezialisiert haben (z. B. Vorhofflimmern, ventrikuläre Tachykardien).

Anforderungen: Mindestfallzahlen für Ablationen, Einsatz moderner Technologien und regelmäßige Fortbildungen des Personals.

4. Herzklappenzentren

Ziel: Spezialisierte Versorgung für Patienten mit Herzklappenerkrankungen (z. B. Aortenklappenstenose, Mitralklappeninsuffizienz).

Anforderungen: Strukturierte Zusammenarbeit zwischen Kardiologie und Herzchirurgie, Mindestfallzahlen für TAVI- und Klappenrekonstruktionen.

5. Kardio-CT- und Kardio-MRT-Zentren

Ziel: Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen kardialen Bildgebung.

Anforderungen: Nachweis der Fachkompetenz des Personals und der Einhaltung technischer Standards.

Was bedeutet eine DGK-Zertifizierung konkret für Patientinnen und Patienten?

Qualitätssicherung:

Patienten können sicher sein, dass die Einrichtung nach aktuellen wissenschaftlichen Standards arbeitet.

Leitliniengerechte Behandlung:

Alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden auf Basis der aktuellen DGK-Leitlinien durchgeführt.

Regelmäßige Überprüfungen:

Die Zentren müssen sich kontinuierlichen Qualitätskontrollen und Re-Zertifizierungen unterziehen.

Darüber hinaus gibt es weitere Zertifizierungen der DGK:

- Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern
- Interventionelle Kardiologie
- Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen
- Kardiovaskuläre Intensiv- und Notfallmedizin
- Kardiovaskuläre Schlafmedizin

- Spezielle Rhythmologie
- Sportkardiologie

Fragen 87. und 88.

Vorsorgemaßnahmen

GKV-Versicherte haben Anspruch auf einen sog. Gesundheits-Check-up – auch Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene genannt, ein Vorsorgeangebot für alle Versicherten ab 18 Jahren. Bis zum Alter von 34 Jahren ist es einmalig, ab 35 Jahre kann es regelmäßig alle 3 Jahre in Anspruch genommen werden. Der Fokus liegt u.a. auf der Erkennung von Krankheitsrisiken für KHK, Herzinfarkt und Schlaganfall wie Störungen des Fettstoffwechsels, Bluthochdruck oder Diabetes mellitus sowie die entsprechende Beratung.

Umfragen zeigen, dass Vorsorgeuntersuchungen nicht hinreichend wahrgenommen werden (https://www.stada.com/media/8030/stada_health_report_2023_de.pdf). Frauen haben im Vergleich zu Männern eine höhere Bereitschaft, Vorsorgeangebote zu nutzen.

Frage 89.

Organisationen und Selbsthilfegruppen

Insgesamt gibt es ein großes Angebot an Selbsthilfegruppen und Organisationen, die Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein unterstützen.

Frage 90.

Medizinische Versorgung von Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankung (ambulant und stationär)

Über die von der Landesregierung gut dargestellten Versorgungssituation im ambulanten und stationären Bereich hinaus ist Folgendes anzumerken.

In Schleswig-Holstein ist die Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf einem hohen Niveau.

Es bestehen jedoch geschlechtsspezifische Unterschiede, die bei der Prävention, Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden müssen, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Frauen sind keine „kleinen Männer“ – ihre kardiovaskulären Erkrankungen verlaufen anders und erfordern eine spezifische Herangehensweise.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in Risikofaktoren

Frauen und Männer weisen Unterschiede bei der Bedeutung und Auswirkung kardiovaskulärer Risikofaktoren auf. Beispielhaft zu nennen sind:

- Rauchen erhöht das Risiko für einen Herzinfarkt bei Frauen stärker als bei Männern. Das relative Risiko für einen Herzinfarkt beträgt für Raucherinnen 2,24 im Vergleich zu 1,43 bei Rauchern
- Diabetes mellitus stellt bei Frauen einen besonders starken Risikofaktor dar. Frauen mit Typ-2-Diabetes haben ein um bis zu 50 % höheres Risiko, an einer KHK zu versterben, als Männer mit Diabetes.
- Hypertonie (Bluthochdruck) zeigt bei Frauen ab dem dritten Lebensjahrzehnt einen steileren Anstieg des systolischen Blutdrucks. Ab einem Alter von 65 Jahren sind Frauen häufiger betroffen als gleichaltrige Männer.

- Adipositas ist ein wesentlicher Risikofaktor, insbesondere die Zunahme des viszeralen Fettgewebes nach der Menopause. Für jede Zunahme des Taillenumfangs um 5 cm steigt das Risiko für die kardiovaskuläre Mortalität bei Frauen um 7 %.

Hormonelle Einflüsse und Lebensphasen

Vor der Menopause schützen Östrogene das Herz-Kreislauf-System, indem sie die Blutfettwerte verbessern und entzündungshemmend wirken.

Nach der Menopause steigt das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen rapide an, vor allem durch eine Verschlechterung des Lipidprofils und die Zunahme viszeralen Fettgewebes. Die Gefäßfunktion verschlechtert sich und entzündliche Prozesse nehmen zu. Der Blutdruck steigt häufiger an, und das Risiko für metabolische Erkrankungen wie Diabetes steigt.

Schwangerschaftskomplikationen, wie Präeklampsie und Schwangerschaftsdiabetes, erhöhen das spätere Risiko für Bluthochdruck und koronare Herzkrankheiten erheblich.

Symptomatik und Diagnostik

Verzögerte und eingeschränkte Diagnostik bei Frauen

Frauen mit KHK werden oft später und weniger umfassend diagnostiziert als Männer.

- Spätere Diagnose:
Studien zeigen, dass Frauen mit akuten Koronarsyndromen (Herzinfarkt) durchschnittlich 30 Minuten später in die Notaufnahme kommen als Männer (DeFilippis et al., Circulation, 2019). Dies liegt sowohl an der unspezifischen Symptomatik als auch an einer geringeren Risikowahrnehmung durch die Patientinnen selbst und durch das medizinische Personal.
- Atypische Symptome:
Während Männer häufig die klassischen Angina-pectoris-Beschwerden (Brustschmerz mit Ausstrahlung) zeigen, klagen Frauen häufiger über unspezifische Beschwerden wie Luftnot, Müdigkeit, Rückenschmerzen oder Übelkeit.
Dies führt oft zu einer verzögerten Überweisung zum Kardiologen (Mehta et al., Journal of the American College of Cardiology, 2016).
- Mikrovaskuläre KHK (Small-Vessel-Disease):
Diese Form der KHK tritt bei Frauen häufiger auf, ist jedoch mit Standardverfahren wie der Koronarangiografie schwer zu erkennen. Frauen erhalten deshalb seltener eine umfassende Diagnostik mit invasiven Verfahren oder modernen Bildgebungsmethoden wie intravaskulärem Ultraschall (IVUS) oder optischer Kohärenztomografie (OCT) (Shah et al., European Heart Journal, 2018).

Seltener durchgeführte Interventionen und Operationen bei Frauen

Trotz gleicher medizinischer Indikation erhalten Frauen seltener interventionelle Eingriffe oder operative Behandlungen als Männer.

- Koronarangioplastie (PTCA) mit Stentimplantation: Frauen werden seltener mit einer Koronarangioplastie behandelt als Männer, obwohl sie ähnliche Risikoprofile und Beschwerden aufweisen. Eine Analyse des German Heart Registry (2019) ergab, dass Frauen 15 % seltener eine Stentimplantation erhalten.
- Bypass-Operationen: Frauen unterziehen sich seltener einer koronaren Bypass-Operation. Laut American Heart Association (2020) liegt die Wahrscheinlichkeit einer Bypass-Operation bei Frauen 20 % niedriger als bei Männern mit vergleichbarer Koronarmorphologie und Risikokonstellation.
Höhere perioperative Komplikationen: Bei Frauen ist das Risiko für perioperative Komplikationen bei Bypass-Operationen erhöht, vor allem aufgrund kleinerer Koronargefäße und höherer Prävalenz von Begleiterkrankungen wie Diabetes oder Adipositas (Vaccarino et al., JAMA, 2019).

Medikamentöse Therapie – Unterschiede im Ansprechen

Frauen reagieren oft empfindlicher auf kardiovaskuläre Medikamente, was eine individualisierte Therapie erfordert.

- Blutdrucksenker verursachen bei Frauen häufiger orthostatische Hypotonie und Elektrolytstörungen.
- Statine, obwohl bei beiden Geschlechtern gleichermaßen wirksam, führen bei Frauen häufiger zu muskuloskelettalen Nebenwirkungen.
- Bei Frauen sollte eine sorgfältige Dosisanpassung von Medikamenten erwogen werden, da pharmakokinetische und pharmakodynamische Unterschiede im Vergleich zu Männern bestehen. Diese Unterschiede resultieren unter anderem aus einem geringeren durchschnittlichen Körpergewicht, einem höheren Fettanteil sowie einer reduzierten renalen Clearance und hepatischen Metabolisierung bestimmter Wirkstoffe. Dies kann zu einer erhöhten Wirkstoffkonzentration und einem höheren Risiko für Nebenwirkungen führen.

Geringere Inanspruchnahme der Anschlussheilbehandlung (AHB)

Frauen nehmen seltener an einer kardiologischen Rehabilitation teil, obwohl die medizinische Notwendigkeit gleich hoch ist.

- Nur 30–40 % der Frauen nehmen eine AHB in Anspruch, verglichen mit 50–60 % der Männer (Pogosova et al., European Journal of Preventive Cardiology, 2019).
- Gründe für die geringere Teilnahme:
 - Familiäre Verpflichtungen: Viele Frauen müssen sich um Haushalt, Kinder oder pflegebedürftige Angehörige kümmern und empfinden es als schwierig, mehrere Wochen abwesend zu sein.
 - Fehlende Empfehlung: Frauen wird seltener eine Reha empfohlen. In einer Umfrage gaben 35 % der befragten Frauen an, keine aktive Reha-Empfehlung erhalten zu haben, verglichen mit 20 % der Männer (*Maier et al., Deutsche Reha-Studie, 2018).
 - Psychologische Barrieren: Frauen haben häufiger Angst vor der Reha oder fühlen sich in Gruppen, die überwiegend aus Männern bestehen, unwohl.

Forschung und Versorgungslücken

Frauen sind in klinischen Studien nach wie vor unterrepräsentiert. Viele Therapieempfehlungen beruhen auf Daten von männlichen Probanden, was zu Versorgungslücken führt. Zukünftige Studien sollten Frauen stärker einbeziehen, um evidenzbasierte Empfehlungen entwickeln zu können

Konkrete Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der geschlechtsspezifischen Versorgung von Herz-Kreislauferkrankungen

1. Spezialisierte Versorgungsangebote für Frauen einrichten und ausbauen

Ziel: Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Risikofaktoren und Lebensphasen in der Diagnostik und Therapie.

- Einrichtung spezialisierter Sprechstunden für Frauen in kardiologischen Kliniken und Praxen. Best Practice: Das Universitäre Herzzentrum Lübeck bietet bereits eine interdisziplinäre Frauenherzsprechstunde an (Rhythmologie, Kardiologie, Herzchirurgie).
- Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsnetzwerke zwischen Kardiologie, Gynäkologie und Allgemeinmedizin.

2. Integration geschlechtsspezifischer Medizin in die medizinische Ausbildung

Ziel: Sensibilisierung der nächsten Generation von Ärztinnen und Ärzten für geschlechtsspezifische Unterschiede.

- Aufnahme geschlechtsspezifischer Aspekte von Herz-Kreislaufkrankungen in den medizinischen Lehrplan.
- Entwicklung spezieller Wahlfächer zur geschlechtssensiblen Medizin.
- Praktische Seminare und Fallbesprechungen, die frauenspezifische Symptome und Therapieansätze thematisieren.
- Förderung von Forschungsprojekten für Medizinstudierende im Bereich geschlechtsspezifischer Medizin.

3. Schulung der Ärzteschaft in geschlechtsspezifischer Medizin

Ziel: Verbesserung der Diagnostik und Therapiequalität durch gezielte Fortbildung.

- Entwicklung und Förderung von Fortbildungsmodulen zur geschlechtsspezifischen Kardiologie.
- Einführung eines Leitfadens für geschlechtssensible Diagnostik in der Primärversorgung und Notfallmedizin.

4. Förderung der Forschung zu geschlechtsspezifischen Unterschieden

Ziel: Aufbau einer belastbaren Evidenzbasis für geschlechtsspezifische Prävention und Therapie.

- Förderung klinischer Studien, die speziell die Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen untersuchen.
- Entwicklung gezielter Ausschreibungen und Förderprogramme zur Stärkung der geschlechtsspezifischen Forschung.

5. Stärkung der Prävention durch Lebensstilinterventionen

Ziel: Verringerung des kardiovaskulären Risikos durch Aufklärung und individuelle Beratung.

- Einbindung von Programmen zur Ernährungsberatung, Bewegungsförderung und Stressbewältigung speziell für Frauen.
- Integration dieser Angebote in die hausärztliche Betreuung und betriebliches Gesundheitsmanagement.

6. Entwicklung eines digitalen Versorgungsmodells für Frauen

Ziel: Digitalisierung zur Unterstützung der Prävention und frühzeitigen Erkennung von Risikofaktoren.

- Entwicklung einer digitalen Plattform zur regelmäßigen Risikoeinschätzung und Monitoring, insbesondere für Frauen nach Schwangerschaftskomplikationen oder in der Postmenopause.
- Einbindung von Telemedizin, Wearables und Erinnerungsfunktionen für Gesundheitsuntersuchungen.

7. Unterstützung und Ausbau von Aufklärungskampagnen

Ziel: Sensibilisierung der Bevölkerung für geschlechtsspezifische Unterschiede und frühzeitige Erkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

- Förderung bestehender Initiativen wie „GoRed – Frauenherzen schlagen anders“.
Best Practice: Das Universitäre Herzzentrum Lübeck beteiligt sich seit mehreren Jahren mit Vorträgen und niedrigschwelligen Gesprächsangeboten, z. B. in Einkaufszentren, am „Wear Red Day“ am ersten Freitag im Februar.
- Entwicklung neuer Aufklärungskampagnen über verschiedene Medienkanäle (Social Media, Radio, TV) mit Fokus auf Prävention und Symptome bei Frauen.

8. Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

Ziel: Stärkung der Eigenverantwortung und des Verständnisses für Prävention und Gesundheitsvorsorge.

- Integration von Gesundheitsbildung in den Schulunterricht
- Bereitstellung verständlicher Informationsmaterialien zu frauenspezifischen Symptomen und Risikofaktoren in Arztpraxen und Apotheken.
- Aufbau digitaler Lernplattformen für die Bevölkerung mit interaktiven Modulen zur Herzgesundheit.

Zu den Punkten Aufklärungskampagnen und Gesundheitskompetenz möchte ich noch auf einen unerwähnten Aspekt eingehen:

Reanimation von Frauen – Ein unterschätztes Problem in der Notfallmedizin

Frauen haben bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand schlechtere Überlebenschancen als Männer. Studien zeigen deutliche Unterschiede in der Reanimationsrate und Überlebenschancen, die auf fehlende Aufklärung, Unsicherheiten bei Ersthelfern und mangelnde Schulung mit frauenspezifischen Reanimationsmodellen zurückzuführen sind.

1. Unterschiede in der Reanimationsrate und Überlebenschancen

- Zahlreiche Studien belegen die geschlechtsspezifische Diskrepanz: Frauen haben eine 20 % geringere Wahrscheinlichkeit, in der Öffentlichkeit eine Laienreanimation zu erhalten (Andersen et al., Resuscitation, 2018).
- Die Überlebensrate nach Herzstillstand außerhalb des Krankenhauses ist bei Frauen um etwa 10 % niedriger als bei Männern (American Heart Association Scientific Statement, 2019).
- Auch im Krankenhaus ist die Überlebensrate nach Reanimation bei Frauen um 12 % geringer als bei Männern (Panchal et al., Journal of the American College of Cardiology, 2020).

2. Ursachen für die geringere Reanimationsrate bei Frauen

- Zurückhaltung bei Ersthelfern:
 - Angst vor unangemessenem Körperkontakt führt häufig zu Unsicherheit und Zögern (Blewer et al., Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 2019).
- Fehlende Schulung mit anatomisch realistischen Reanimationsmodellen:
 - Standardisierte Reanimationsdummies basieren überwiegend auf männlichem Körperbau, was praktische Unsicherheiten bei der Reanimation von Frauen fördert (Yeung et al., European Journal of Emergency Medicine, 2020).
- Andere Symptomatik:
 - Frauen zeigen oft unspezifische Vorzeichen eines Herzstillstands wie Atemnot, Übelkeit oder Schwäche, was die Früherkennung erschwert (European Resuscitation Council Guidelines, 2021).

3. Bedeutung frauenspezifischer Reanimationsmodelle

- Anatomisch realistische Reanimationsmodelle mit weiblichem Brustaufbau sind ein wichtiger Schritt, um Unsicherheiten abzubauen und die Effektivität der Thoraxkompressionen zu verbessern.
- Teilnehmer, die mit frauenspezifischen Modellen trainiert wurden, zeigten eine 30 % höhere Sicherheit und Effektivität bei der Reanimation (Yeung et al., European Journal of Emergency Medicine, 2020).
- Die Qualität der Thoraxkompressionen verbesserte sich signifikant in Trainings, die gezielt auf geschlechtsspezifische Unterschiede eingingen (American Journal of Emergency Medicine, 2021).

4. Initiativen und Aufklärungskampagnen – Die Rolle der Björn Steiger-Stiftung

- Die Björn Steiger-Stiftung hat das Thema Reanimation und Notfallversorgung seit Jahrzehnten zu ihrem Schwerpunkt gemacht. Sie setzt sich aktiv dafür ein, geschlechtsspezifische Aspekte in Reanimationsschulungen zu integrieren und das Bewusstsein für dieses Problem zu stärken.
- Aktuelle Maßnahmen der Björn Steiger-Stiftung:
 - „Retten macht Schule“: Integration von Reanimationsschulungen an Schulen mit Fokus auf Laienreanimation. Die Stiftung integriert anatomisch realistische Frauenmodelle in ihre Schulungsprogramme.
 - Öffentliche Aufklärungskampagnen, um das Thema Laienreanimation breiter in die Gesellschaft zu tragen und Hemmschwellen abzubauen.

5. Handlungsempfehlungen für Schleswig-Holstein

Um die Reanimationsrate und Überlebenschancen von Frauen zu verbessern, sollten folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

- Integration frauenspezifischer Reanimationsmodelle in Erste-Hilfe-Kurse und Trainingsprogramme für medizinisches Personal und Laien.
- Regelmäßige Aufklärungskampagnen, die gezielt auf das Problem der geringeren Reanimationsrate bei Frauen aufmerksam machen.
- Kooperation mit Schulen und öffentlichen Einrichtungen, um Reanimationsschulungen zu fördern und die Bewusstseinsbildung zu stärken.
- Unterstützung bestehender Programme, um die flächendeckende Verbreitung von Reanimationsschulungen mit geschlechtsspezifischem Fokus zu gewährleisten.

Die **Verbesserung der Herzgesundheit von Frauen** ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der zahlreiche Akteure im Gesundheitswesen gefordert sind. Die frühzeitige Integration geschlechtsspezifischer Aspekte in Ausbildung und Forschung sowie der Ausbau spezialisierter Versorgungsangebote und gezielte Aufklärung können die Versorgungssituation in Schleswig-Holstein weiter verbessern. Die Landesregierung kann dabei im Sinne des „Health in all Policies“-Ansatzes* förderliche Rahmenbedingungen schaffen, die Vernetzung der Akteure unterstützen und zur Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung beitragen. So könnte Schleswig-Holstein eine Vorreiterrolle in der geschlechtsspezifischen Versorgung übernehmen und Maßstäbe für andere Regionen setzen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MBA

**Erläuterung „Health in all Policies“:*

Der „Health in all Policies“-Ansatz verfolgt das Ziel, gesundheitliche Aspekte in die Entscheidungsfindung aller Politikbereiche zu integrieren. Dadurch sollen gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch in Bereichen wie Bildung, Stadtplanung, Arbeitswelt und Umweltpolitik berücksichtigt werden, um die Gesundheit der Bevölkerung umfassend zu verbessern.

Links:

<https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitsberichterstattung/Berichte/Frauenbericht/Gesundheitliche-Lage-Frauen.html>

<https://www.frauengesundheitsportal.de/>

<https://epaper.herzstiftung.de/#0>

https://leitlinien.dgk.org/files/2024_positionspapier_geschlechterspezifische_aspekte_kardiovaskulaere_erkrankungen.pdf