

Frauen sind noch nicht adäquat vertreten

Kardiale Rehabilitation – Wo bleiben die Frauen?

Es ist ein leider immer noch persistierender Irrglaube, dass die koronare Herzerkrankung eine Männerdomäne ist. „Männer kriegen einen Herzinfarkt“, „Oh Männer sind einsame Streiter, müssen durch jede Wand, müssen immer weiter“, „Männer habens schwer, nehmens leicht, aussen hart und innen ganz weich“, singt Herbert Grönemeier.

Il est encore une croyance erronée persistante que la maladie coronarienne est un domaine réservé aux hommes. „Les hommes ont une crise cardiaque“.

Ja, „Männer kriegen einen Herzinfarkt“, aber Frauen eben auch. Frauen werden leider immer noch auf jeder Stufe der Diagnostik und Therapie der koronaren Herzerkrankung weniger berücksichtigt oder benachteiligt. Bei thorakalen Beschwerden erfolgt die stationäre Einweisung später, die Koronarangiographie seltener, Koronarinterventionen und Bypassoperationen werden weniger durchgeführt und schliesslich setzt sich dieses Ungleichgewicht bis in die kardiovaskuläre Rehabilitation fort. Frauen werden seltener zur kardialen Rehabilitation angemeldet (1,2).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen in Europa mit 42% aller Todesfälle weiterhin die Todesursachenstatistik als häufigste Todesursache an (3,4,5). Dies gilt nicht nur für Männer, sondern vor allem auch für Frauen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen mit 47% der weiblichen Todesfälle, im Gegensatz zu nur 39% der männlichen Todesfälle, die häufigste Todesursache bei Frauen dar. Dies wird in der Öffentlichkeit insbesondere von den Frauen ganz anders wahrgenommen. Auf die Frage: „Sterben ihrer Meinung nach an einem Herzinfarkt mehr Männer, mehr Frauen, oder gleich viel Männer und Frauen“ antworteten 61% der befragten Frauen mit der Antwort: „Mehr Männer“, und lediglich 8% antworten „mehr Frauen“. Die Realität sieht leider anders aus. Die Mortalität der Frauen liegt nach einem Herzinfarkt leicht über der Mortalität der Männer (52%/48%). (Emnid-Umfrage 09/04. 531 Frauen im Alter von 45-75 Jahren)

Die Gründe für die unterschiedliche Berücksichtigung von Frauen in der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sind vielfältig.

Der Krankheitsverlauf der KHK bei Frauen weist im Gegensatz zum Verlauf bei Männern einige geschlechtsspezifische Unterschiede auf die zu berücksichtigen sind. Bedingt durch hormonelle Schutzfaktoren (Oestrogene) sind Frauen bis zur Menopause relativ vor einer koronaren Herzerkrankung geschützt (6). Hiermit wird auch die höhere Lebenserwartung der Frauen erklärt (6). Durch diesen zeitlich begrenzten Schutz vor einer koronaren Herzerkrankung kommt es bei Frauen zu einer späteren Entwicklung der koronaren Herzerkrankung(6). Bei Frauen finden sich ab der Pubertät durchschnittlich höhere HDL-Werte (1) und tiefere LDL-Werte(1), was sich erst mit der Menopause ändert. Auf der anderen Seite wir-



Dr. med. Wilhard Kottmann
Seewis

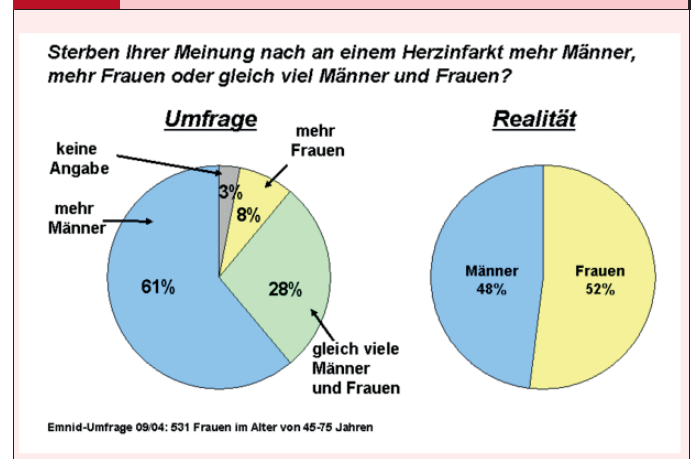


Dr. med. Matthias Paprotny
Seewis

ken sich kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Diabetes mellitus und Nikotinabusus für Frauen noch schädlicher aus als für Männer (4,6).

Frauen sind in ihrer Symptomatik oft schwerer einzuschätzen als Männer. Ca. 2/3 aller Frauen, die einen plötzlichen Herzinfarkt erleiden, haben vor dem Ereignis über keinerlei typische Herzbeschwerden geklagt. Die für einen akuten Herzinfarkt beschriebenen typischen Symptome wie Brust-, Arm- oder Schulterschmerzen sowie Atemnot und Schweissausbrüche finden sich beim weiblichen Geschlecht nicht so typisch ausgeprägt wie bei Männern. Frauen klagten signifikant häufiger über atypische Thoraxbeschwerden und ergänzende Symptome wie Übelkeit, Erbrechen und atypische Schmerzlokalisationen wie Nacken- oder Interscapularschmerz. So ist bereits die Diagnosestellung erschwert und stellt eine oft schwierige Herausforderung für alle Beteiligten dar und es kommt bei

ABB. 1 Sterbefälle durch Herzinfarkt



Frauen häufiger zu Fehldiagnosen mit verspäteter Spitaleinweisung (4,6). Ein typisches Beispiel aus der Praxis: Bei einem klagenden Patienten, der sich auch noch an Brust oder Bauch fasst, ist die übliche Reaktion der Arzthelferin in der Praxis: Männer ans EKG, Frauen ins Wartezimmer. Aber auch bei erfolgter Spitaleinweisung ist der Weg durch Diagnostik und Therapie bis in die Rehabilitation bei Frauen häufig komplizierter.

So auch im Fall der 63-jährigen Frau Z. G., die am 14.04.2012 einen Vorderwandinfarkt erlitt. Bei erstmals auftretenden thorakalen Schmerzen war sie erst am Tag zuvor nach 2-tägigem Diagnostikaufenthalt mit unauffälligen Befunden wieder entlassen worden. Trotz positiver Familienanamnese und Risikokonstellationen mit Hypertonie, Nikotinabusus, Hypercholesterinämie hatte das Belastungs-EKG keine Hinweise für eine myokardiale Ischämie ergeben. Nach akutem Infarkt und einer Koronarintervention war die Patientin stark verunsichert und man äusserte im Akutspital den Verdacht auf eine reaktive Depression. Unter anderem auch deshalb wurde sie zu einer stationären Rehabilitation eingewiesen. Bei Eintritt in die Rehabilitation machte die Patientin keinen depressiven Eindruck mehr, haderte aber damit, dass man sie im Akutspital zunächst als gesund erklärt habe.

Durch die besondere Situation der weiblichen Patienten und die sich bis in die Rehabilitation fortsetzende diagnostische und therapeutische Ungleichheit, hat die Herzrehabilitation von Frauen einen besonderen Stellenwert. Frauen profitieren mehr und nachhaltiger von einer kardiovaskulären Rehabilitation (7,8). Warum?

Durch den bis zur Menopause bestehenden relativen Schutz vor einer Koronarsklerose verschiebt sich das Auftreten der koronaren Herzerkrankung bei Frauen in ein höheres Alter(1,4,11). Das im Alter gehäufte Auftreten von Zusatzerkrankungen, insbesondere chronischer Erkrankungen(2,6,11) und die höhere Prävalenz und Ausprägung der typischen koronaren Risikofaktoren führen, verbunden mit dem höheren Alter, zu einem komplizierteren Verlauf mit vermehrten Komplikationen. Daher sind sekundär-präventive Massnahmen bei Frauen noch notwendiger und auch noch effektiver.

Die komplexere Situation und das höhere Alter der Frauen macht häufiger eine stationäre Rehabilitationsmassnahme notwendig. Trotzdem sind die Frauen in den Rehabilitationprogrammen unterrepräsentiert (2), im stationären Programm des Rehabilitati-

TAB. 1 Durchschnitts-Alter Männer/Frauen Reha-Seewis							
Mittelwert Alter							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Gesamtergebnis
Männer	62	64	63	65	64	64	63
Frauen	66	67	67	68	71	70	68
Gesamtergebnis	63	65	64	66	66	65	65

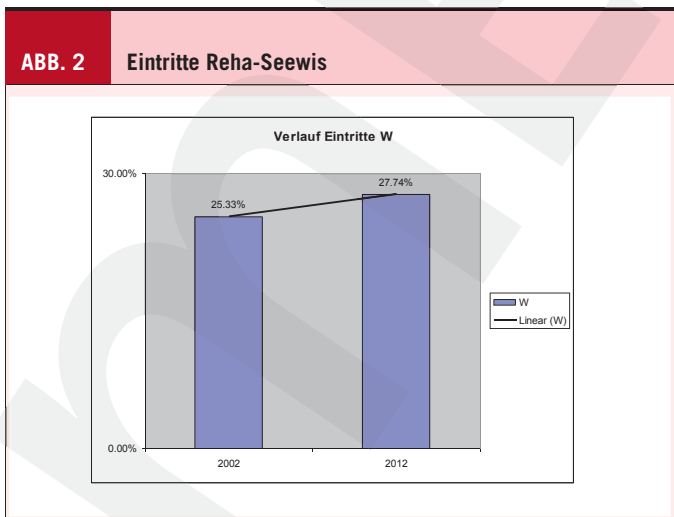
onszentrum Seewis ähnlich wie in anderen Kliniken (ca. 25% im Jahr 2012).

Dies trotz des im Vergleich zu den Männern deutlich höheren Durchschnittsalters (Seewis 2012: 70 Jahre im Vergleich zu 64 Jahren bei den Männern).

Das höhere Alter der Frauen ist mit einer geringeren Leistungsfähigkeit und auch einer geringeren Belastbarkeit im Bewegungsprogramm der Reha verbunden (2). Dies muss im Rahmen der Rehabilitation besonders berücksichtigt werden. Da das Leistungsniveau der Männer von vielen Frauen als zu hoch empfunden wird, und die Männer als zu ehrgeizig und leistungsorientiert empfunden werden, fühlen sich Frauen in den Übungsgruppen der kardiovaskulären Rehabilitation zudem oft unwohl. Viele Frauen würden eine getrennt geschlechtliche „Frauengruppe“ in der Bewegungstherapie bevorzugen (90% laut Geschlechter-Studie Höhenried 2011, N 500 (8,9)). Dies ist in der Schweiz in Anbetracht der im Vergleich zu Deutschland kleinen Patientenzahl in allen Schweizer Rehabilitationseinrichtungen ob ambulant und stationär eher nicht gut durchführbar. Um so mehr muss in der Bewegungstherapie auf die frauenspezifischen Bedürfnisse einfühlsam eingegangen werden. Insbesondere gilt es die geringere Belastbarkeit zu berücksichtigen, das Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu steigern, aber auch „frauenspezifische Körperthemen“ (Beckenboden, Problemzonen, Venen, Osteoporose) zu thematisieren und im Bewegungsprogramm zu berücksichtigen.

Die geringere Beteiligung der Frauen an Rehabilitationsmassnahmen ist zum Teil auch durch die besondere psychosoziale Situation der Frauen mit häufiger Mehrfachbelastung in Familie und Beruf erklärbar. Frauen, insbesondere diejenigen, die Hausfrau, Mutter und vielleicht auch noch berufstätig sind, stehen durch ihre Vielfachbelastung unter einem besonderen Druck, sodass die Alternative einer Auszeit in der Rehabilitation oft gar nicht in Erwägung gezogen wird. Aber gerade hier wäre die Teilnahme an einer Rehabilitationsmassnahme, und insbesondere eine Herauslösung aus dem täglichen Aufgabenbereich durch eine stationäre Rehabilitation besonders notwendig. Dies auch und gerade wenn die Frauen meinen „so lange kann ich nicht von der Familie, vom Arbeitsplatz etc. wegbleiben“, „ich werde doch gebraucht“.

Da Frauen häufiger als Männer depressive Syndrome (laut einigen Studien doppelt so häufig wie Männer) und häufiger Angstreaktionen zeigen (2,4) ist eine psychologische Beratung für Frauen in der Rehabilitation von besonderer Wichtigkeit. Viele Frauen beurteilen ihre Lebensqualität in systematischen Befragungen deutlich schlechter als die Männer. (Geschlechterstudie Höhenried 2011 (8,9)). All dies muss in der psychologischen Beratung während der Rehabilitation berücksichtigt werden. Es gilt die Mehrfachbelastung in Familie und Beruf, sowie frauenspezifische Ängste, aber



auch die Lebensveränderung durch die Erkrankungen zu thematisieren und den Zugang zu Entspannungstechniken und Stressbewältigungsmassnahmen zu ermöglichen, um das Selbstwertgefühl und das Selbstbewusstsein zu steigern. Nur so kann ein nachhaltiger Erfolg erreicht werden und die Grundlage für die so wichtige Fortsetzung der empfohlenen sekundärpräventiven Massnahmen nach der Rehabilitation gelegt werden.

Auch in der Ernährungsberatung gilt es frauenspezifische Probleme, wie z.B. Gewichtsprobleme nach der Menopause und bei Hormontherapien, sowie das Essverhalten, zum Beispiel die häufige Neigung zu Ersatzbefriedigungen zur Kompensation von Trauer und Ärger, zu thematisieren (10). Einseitige Ernährungen („Diäten“) gilt es zu vermeiden, um einer Mangelernährung vorzubeugen.

Für alle Beteiligten ist es eine grosse Herausforderung den Frauen nicht nur in Diagnostik und Therapie gerecht zu werden, sondern gerade die Frauen auch zu einer Rehabilitation zu motivieren, und sie durch ein auf ihre spezifischen Bedürfnisse angepasstes Rehabilitationsprogramm für die sekundärpräventiven Massnahmen zu begeistern.

Um Frauen eine Rehabilitation nahe zu bringen, ist es wichtig, zunächst die Vorurteile sowohl des medizinischen Personals als auch der Patientinnen selbst abzubauen. Durch eine umfassende Aufklärung muss der Stellenwert der Koronaren-Herzerkrankung als häufigste Todesursache bei Frauen bewusst gemacht werden. Danach ist es für die Motivation zur Rehabilitation entscheidend, dass ein gut informiertes medizinisches Personal die Patientinnen adäquat über die Inhalte der kardiovaskulären stationären oder ambulanten Rehabilitation aufklären kann.

Im Rehabilitationsprogramm selbst ist es wichtig, das Bewegungsprogramm, die psychologische Beratung und die Ernährungsberatung an die spezifischen Bedürfnisse der Frauen anzupassen.

Dr. med Wilhard Kottmann

Innere Medizin, Kardiologie, Sportmedizin
Chefarzt
Rehabilitationszentrum Seewis

Dr. med Matthias Paprotny

Rehabilitationszentrum Seewis
7212 Seewis Dorf
matthias.paprotny@rehaseewis.ch

Literatur:

1. Bittner V. JACC 2005;46:1628-1635
2. Jackson L et al Heart 2005;91:10-14
3. Eur Cardiovasc Disease Statistics
4. Shaw LJ et al JACC 2006;47:Nr 3 Suppl S: 4S-20S
5. Halm M et al J Cardiovasc Nursery 1999;13:83-92
6. Vaccarino V et al New Engl J Med 1999;341:217-225
7. Warner JG et al Circulation 1995;92:773-777
8. Härtel U. Workshop med. Hochschule Hannover 16.2.2011
9. Härtel U Geschlechtsspez Unterschiede, Schlussbericht
10. Robert Koch Inst, Gesundh. Berichte Nr 33
11. Bello N, Mosca L. Prog Cardiovasc Dis 2004; 46:287-295

Take-Home Message

- ◆ Frauen sind in ihrer Symptomatik schwerer einzuschätzen, da Frauen häufiger über atypische Thoraxbeschwerden und ergänzende Symptome wie Übelkeit, Erbrechen und atypische Schmerzlokalisationen klagen.
- ◆ Die koronare Herzerkrankung tritt bei Frauen erst in einem höheren Alter als bei Männern auf.
- ◆ Das im Alter gehäufte Auftreten von Zusatzkrankungen, insbesondere chronische Erkrankungen und die stärkere Ausprägung der koronaren Risikofaktoren machen sekundärpräventive Massnahmen bei Frauen noch notwendiger und auch noch effektiver.
- ◆ Frauenspezifische Bedürfnisse, die geringere Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit sowie das häufige Auftreten von depressiven Syndromen und Angstreaktionen müssen einfühlsam berücksichtigt werden.

Message à retenir

- ◆ La symptomatologie des femmes est plus difficile à évaluer, comme les femmes se plaignent plus souvent de douleurs thoraciques atypiques et d'autres symptômes tels que nausées, vomissements, et de douleurs de localisation atypique.
- ◆ La maladie coronarienne se produit chez les femmes qu'à un âge plus avancé que chez les hommes.
- ◆ L'apparition plus fréquente de maladies supplémentaires avec l'âge, notamment de maladies chroniques et la gravité accrue des facteurs de risque coronarien rendent les mesures de la prévention secondaire chez les femmes encore plus nécessaire et aussi plus efficace.
- ◆ Les besoins spécifiques des femmes, la performance plus faible et l'aptitude physique au stress ainsi que la fréquence des syndromes dépressifs et les réactions d'anxiété doivent être considérés avec sensibilité