

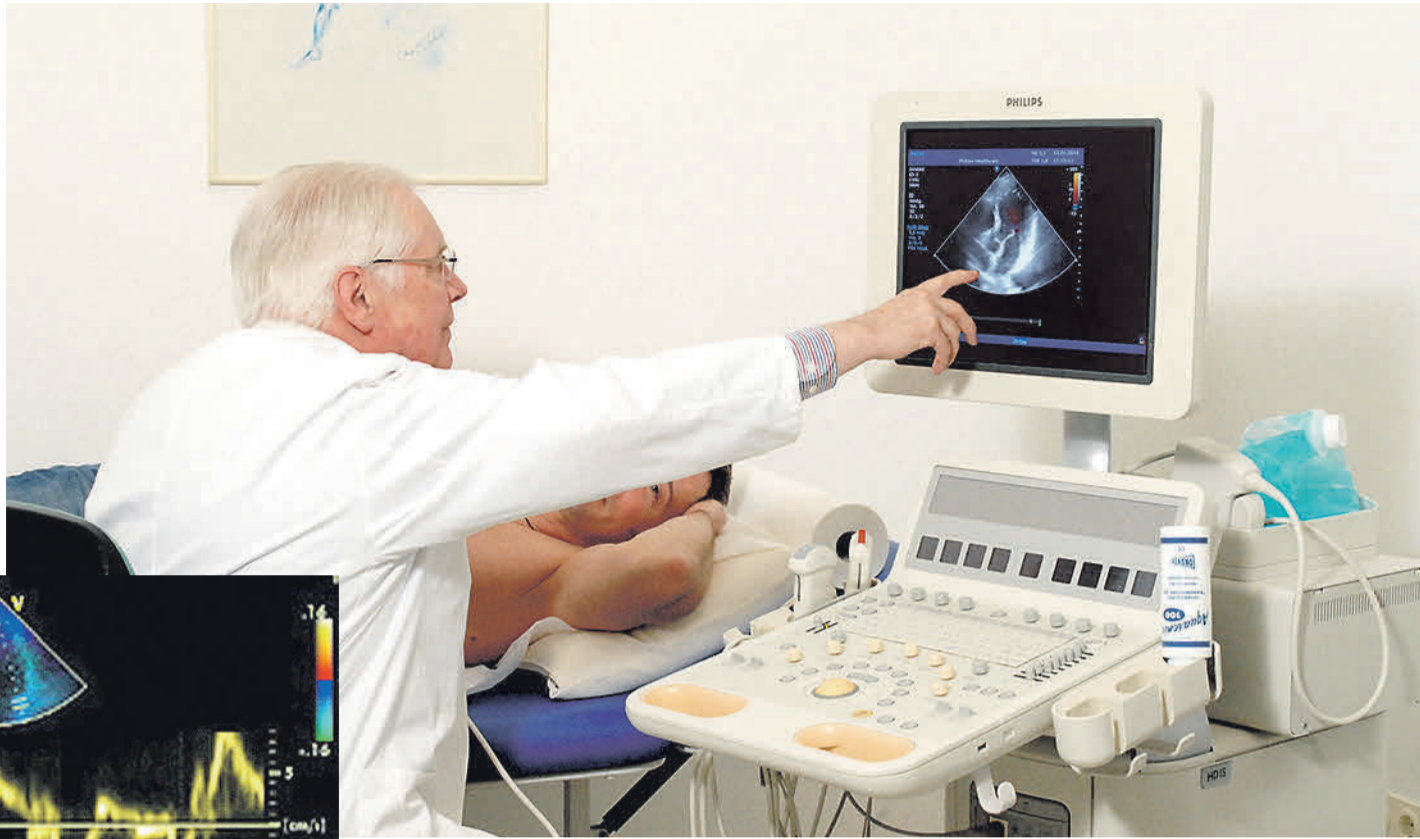
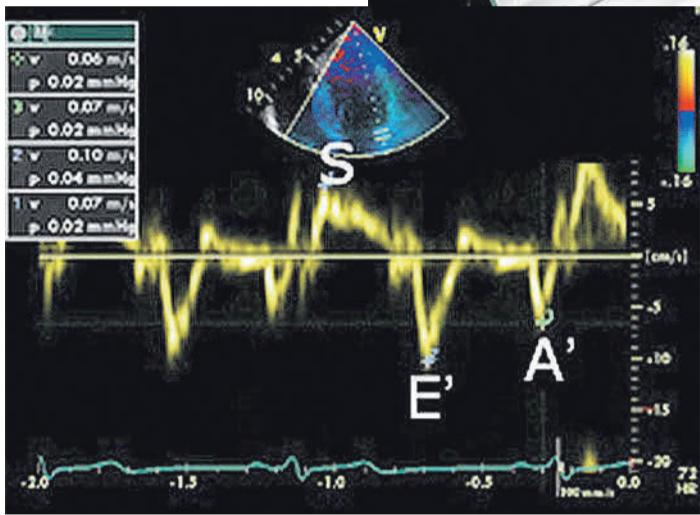
„Frauenherzen ticken anders!“

Eine Redewendung, die in der Medizin durchaus ernst genommen wird

VON DR. EBERHARD BUB

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

Erst seit den 1980er 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 „geschlechtsspezifische



Oben: Dr. Bub bei einer Untersuchung mit dem Ultraschallgerät. Das Bild links zeigt eine Farbdopplerdarstellung. Die Möglichkeiten der Echokardiografie sind in den letzten Jahren immer besser geworden.

FOTOS: STADTFOTOGRAFEN/TAH

Gesundheitsforschung“ und Behandlung von Krankheiten. Die amerikanische Kardiologin Marianne Legato war in den 1980er Jahren auf Unterschiede von Herzerkrankungen bei Frauen gegenüber Männern gestoßen. Mit ihrem Buch „Evas Rippe“ hat sie über ihre Forschungstätigkeit berichtet und die Ergebnisse der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Heute wissen wir: Die Entwicklung einer Herz-Kreislaufkrankung ist bei Männern und Frauen unterschiedlich:

Während bei Männern diese 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 tritt bei Frauen (im Vergleich zu Männern) um zehn bis 15 Jahre verzögert auf. Vor dem Klimakterium schützen die Hormone, insbesondere die Östrogene, Frauen vor Herzinfarkt und Schlaganfällen. Dennoch: Die Todesursachen Nummer eins sind bei Frauen weiterhin Herz- und Kreislaufkrankungen, das heißt Herzinfarkte und Schlaganfälle.

So verstarben 2012 (Angaben des statistischen Bundesamtes) 117.586 Frauen gegenüber 97.557 Männern an einem Herzinfarkt. Auch das Auftreten einer Herzschwäche nach Herzinfarkt tritt häufiger bei Frauen auf und führt zumeist zum Tod.

Was ist noch anders bei Frauen?

- Eine sehr belastende psychosoziale Situation (Familie mit Kindern, Enkeln, Eltern und einem „schwierigen“ Ehemann).
- Doppelbelastung bei gleichzeitiger Berufstätigkeit.
- Die Frauen „haben meist keine Zeit“, sich um ihre eigene Gesundheit zu kümmern.
- Sie nehmen sich nicht aus-

reichend Zeit für die nun mal notwendige Ruhe!

- Sie meinen, ohne sie gehe es zu Hause einfach nicht!

- Frauen neigen dazu, erst einmal abzuwarten und zu bagatellisieren.

- Bei einem Herzinfarkt sind die Symptome und Beschwerden anders: Müdigkeit, Abgeschlagenheit, körperliche Schwäche, Luftnot, Schwindel, Schwitzen, Kollaps. Vor allem Oberbauchbeschwerden/-Schmerzen, starkes Druck- und Engegefühl in der Brust (Angina pectoris), Schmerzausstrahlung in die Arme und den Unterkiefer.

Gerade die Oberbauchschmerzen führen häufig zu Fehldiagnosen. (Bei einer Frau wurde eine Gastroskopie durchgeführt. Bei einer anderen wurde sogar der Magen beziehungsweise der Blinddarm operiert, ohne dass der Herzinfarkt erkannt wurde.)

Herzranke Frauen leiden psychisch stärker und länger. Während Männer zumeist sozial besser aufgefangen werden (Ehefrau, Familie, Kollegen, Verein), ist das bei Frauen häufig eine Fehlanzeige!

Frauen sind häufig deutlicher angeschlagen, haben Ängste, Traurigkeit, Lustlosigkeit, inaktive Hoffnungslosigkeit, Depressionen! Es mangelt bei ihnen an ausreichender sozialer Unterstützung.

Wie im alltäglichen Leben, so gilt auch hier: Frauen sind insgesamt und nicht nur in der Arbeitswelt generell schlechter gestellt.

Auch Ärzte nehmen Frauen häufig nicht ausreichend ernst! Mit Medikamenten und Eingriffen sind sie eher zurückhaltend. Das mag auch daran liegen, dass in internationalen Studien und wissenschaftlichen Veröffentlichungen kaum Frauen berücksichtigt werden. Spezielle Statistiken und Untersuchungen über Frauen fehlen zumeist. In Studien sind Frauen generell unterrepräsentiert.

Frauen erreichen – trotz eindeutiger Herzinfarktbeschwerden – ungleich später das Krankenhaus und werden somit ungleich später lebens-

rettend mit Katheter und Stent behandelt!

In Göttingen hat man die „NAN“-Regel aufgestellt, das heißt, wenn Schmerzen auftreten zwischen Nase, Arm und Nabel und diese länger als fünf bis zehn Minuten andauern, muss an einen Herzinfarkt gedacht werden: Am besten sofort die 112 anrufen (Notarzt, Rettungswagen), um so schnell wie möglich in ein Krankenhaus mit Herzkatheteruntersuchung gebracht zu werden!

Kürzlich veröffentlichte Untersuchungen haben gezeigt, dass auch wenn Frauen nach Herzinfarkt genauso kompetent mit Katheter, Ballon und Stent behandelt werden, die Sterblichkeit im Krankenhaus und Zuhause größer ist als bei Männern. Auch die Komplikationen wie Schlaganfall, erneuter Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen und Blutgefäßkomplikationen sind häufiger. Eine Erklärung hierfür gibt es nicht. Man vermutet, dass die kleineren Arterien, speziell die kleinen Herzkranzgefäße der Frauen, die größeren Probleme machen.

Merke, ganz wichtig:

Chronische Unzufriedenheit erhöhte das Infarktrisiko fast genauso wie das Rauchen!

Ein Wort zu den Hormonen: Östrogene/Gestagene nach dem Klimakterium: Ist eine Hormonersatztherapie (HRT) sinnvoll? Logischerweise müsste man annehmen, dass die Hormone, die Frauen vor Herzinfarkt und Schlaganfall vor dem Eintreten des Klimakteriums geschützt haben, auch danach Gültigkeit haben.

Hormonersatztherapie wird kontrovers diskutiert

Die Folgen der Erstpublikation der WHI-Studie (The Women's Health Initiative) (Jama. 2002; 288 (3): 321-333) wirken nach, auch wenn die Autoren des WHI Boards selbst längst die Auswertung relativiert haben. Die WHI-Studie (2002) sah bei der Hormonersatztherapie (HRT) keine Vorteile im Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen, eher Probleme im Hinblick auf Brustkrebs, Thrombose und Lungenembolie.

Dies wurde in der Zwischenzeit erfreulicherweise weitgehend richtiggestellt: Unter engmaschigen frauenärztlicher Untersuchung, einschließlich der Selbstbeobachtung der Frauen, kann die HRT in den meisten Fällen die klimakterischen Beschwerden erheblich reduzieren (Schwitzen, Herzklopfen, Unruhe, Schlaflosigkeit, Depressionen). Wie zu erwarten, dürfte die Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinfarkte und Schlaganfälle) unter Beachtung der kardiovaskulären Risikofaktoren reduziert werden.

Frau Professor Stute*, Uniklinik Bern, stellte beim FOKO 2017 fest: „Frauen in



Professor Dr. Petra Stute ist Präsidentin der Schweizer Menopause-Gesellschaft 2016-2019.

den Wechseljahren sind medizinisch unterversorgt. Die WHI-Studie lässt befürchten, dass eine ganze Generation junger Fachärzte unzureichend hinsichtlich der Hormonersatztherapie ausgebildet wurde. Der Benefit einer HRT überwiegt vor allem bei (symptomatischen) Frauen unter 60 Jahren. Wenn in dieser Lebensphase eine HRT verabreicht wird, sinkt das Risiko für Diabetes mellitus, osteoporotische Frakturen und – zumindest bei einer reinen Östrogen-therapie – das Risiko für Herzinfarkt und Brustkrebs. Sogar die Gesamtmortalität ist sowohl durch eine kombinierte HRT als auch durch eine Östrogenmonotherapie in dieser Altersgruppe vermindert. Es wurde errechnet, dass durch das Vorenthalten der HRT in zehn Jahren bis zu 92.000 Amerikanerinnen vorzeitig gestorben sind.“



Professor Dr. Bernd Kleine-Gunk ist Gynäkologe in Nürnberg – und mittlerweile auch erfolgreicher Buchautor.

(Am J Public Health. 2013;103(9): 1583-8).

Professor Kleine-Gunk** ergänzt: „In der Zeit zwischen fünfzig und sechzig Jahren überwiegt der gesundheitliche Nutzen der Hormonersatztherapie ganz klar die geringen Risiken. Das kardiovaskuläre Risiko sinkt, der Osteoporose wird vorgebeugt und selbst die Alzheimer-Demenz wird verzögert!“

Frau Professor Stute kommt abschließend und zusammenfassend zu dem Ergebnis: „Derzeit wird eine HRT entsprechend für fünf oder sechs Jahre empfohlen, aber auch die Anwendung über zehn Jahre wird wegen weiterer möglicher günstiger Effekte (zum Beispiel auf die Kognition) bereits jetzt diskutiert.“

Fazit: Im Einzelfall sollte eine Hormonsubstitution (HTR) nach fachärztlicher Untersuchung – bei Abwägung von Pro und Kontra – einem Arzt-Patienten-Gespräch vorbehalten bleiben.

* Professor Dr. med. Petra Stute, Uniklinik Bern. Ärztezeitung online, 10.5.2017.

** Professor Dr. med. Bernd Kleine-Gunk, Nürnberg. Springer Medizin Gynäkologie+Geburtshilfe 4, (2017) 22; 3-3.

Ein typischer Fall:

Eine 60-jährige, etwas übergewichtige Frau mit geringgradig erhöhtem Blutdruck und Verdacht auf eine Zucker-Stoffwechselstörung sucht ihren Arzt (Kardiologen) wegen Luftnot unter körperlicher Belastung (Treppensteigen mit Einkaufstasche) auf.

Der Arzt findet bei der Untersuchung nichts Besonderes: Herz und Lungen hören sich unauffällig an. Keine Knöchelödeme. Der Blutdruck ist mit 150/95 mmHg erhöht.

Das EKG zeigt eine erhöhte Herzfrequenz: 90 pro Minute. Der Stromkurvenverlauf weist auf eine kräftige Muskulatur der linken Herzkammer hin.

In der Ultraschalluntersuchung des Herzens (Echokardiographie) findet der Arzt eine normale, sogar besonders gute Kontraktion (systolische Funktion) der linken Herzkammer. Bei der Untersuchung mittels des sogenannten „Gewebedopplers“ diagnostiziert er eine ausgeprägte „diastolische“ Herzschwäche, die die Luftnot der Patientin unter Belastung erklärt.

„Was ist denn das?“, fragt die Patientin! Der Arzt erläutert: Das Herz ist eine Druck-Saugpumpe! Es funktioniert ähnlich wie eine Luftpumpe. Ist der Druckvorgang in Ordnung, aber das Ansaugen von Luft gestört, nützt die Luftpumpe gar nichts. Ähnlich ist es bei ihrem Herzen: der Druckvorgang ist in Ordnung,



nur die (diastolische) Füllung der Herzkammern ist bei Ihnen nicht gut. Schlägt das Herz zu schnell – wie zum Beispiel bei körperlicher Belastung – funktioniert Ihr Herz nicht mehr: Das Blut staut sich zurück in die Lunge. Ergebnis: Luftnot!

Die entscheidende diagnostische Maßnahme ist die Ultraschalluntersuchung des Herzens mit Hilfe des „Gewebedopplers“!

Behandlung: Verlangsamung des Pulses in Ruhe und besonders unter Belastung, damit das Herz genügend Zeit zur Füllung mit Blut hat. Dann die Behandlung des hohen Blutdrucks und der Herzschwäche nach den geltenden Richtlinien. Es empfiehlt sich darüber hinaus eine kochsalzarme Reduktionskost und viel körperliche Bewegung, am besten im Sinne eines Ausdauertrainings. Vor allem: Ein gesunder Lebensstil! So müsste es der Patientin sehr viel besser gehen!

Schlussbemerkung:

Die diastolische Herzschwäche bei erhaltener systolischer Herzfunktion tritt bei Frauen viel häufiger auf als bei Männern. Die Männer leiden häufiger unter einer systolischen Herzinsuffizienz und/oder einer Herzerweiterung.

In der Berliner (Charité) Frauen-Risiko-evaluations-Studie (BEFRI) hatten zwei Drittel der adipösen Patientinnen eine diastolische Dysfunktion im Vergleich zu den normalgewichtigen, herzgesunden Frauen. (Gender-Medicine: Die BEFRI-Echostudie.)