

## **Geschlechteraspekte in der kardiologischen Praxis**

Der Unterschied zwischen Mann und Frau in der kardiologischen Praxis – er stellt eine Herausforderung für Ärzte und Ärztinnen dar. Berücksichtigt werden sollten geschlechtsspezifische Unterschiede einer Erkrankung in Bezug auf Symptome, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Chromosomen und Geschlechtshormone steuern individuell die Funktion der Patienten, aber auch der Einfluss des Sozialverhaltens, die gesellschaftlich geprägte Rolle, beeinflusst die Erkrankung. Gendermedizin gleicht nicht nur Defizite in der Gesundheitsversorgung aus, sie führt auch zu einer Kostenersparnis im Gesundheitssystem.

Frauen und Männer haben eine unterschiedlich hohe Lebenserwartung. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen in Deutschland in der Todesursachen-Statistik an erster Stelle. Laut statistischem Bundesamt lag die Zahl der Todesfälle an Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei ca. 47%. Todesursachen sind die koronare Herzerkrankung, die Herzinsuffizienz, der Myokardinfarkt sowie der Apoplex. 65.000 Menschen sterben jährlich in Deutschland an einem Herzinfarkt, 55% davon sind weiblich.

Gemeinsame Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ergeben sich für beide Geschlechter; hierzu zählen arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Nikotinkonsum, mangelnde körperliche Aktivität und negative psychosoziale Faktoren.

Als psychosoziale Stressoren ergeben sich bei Frauen niedriger sozialer Status, kurze Schulbildung und Doppelbelastung durch Beruf und Familie. Im Anschluss an einen Myokardinfarkt zeigen Frauen verstärkt Erschöpfungssymptome, sie erkranken häufiger an einer Depression oder Angststörung als Männer.

Während sich statistisch bei Männern Nikotinkonsum und Hyperlipidämie als Hauptrisikofaktoren darstellen, sind bei Frauen insbesondere Nikotinkonsum und Diabetes.

Die „klassischen“ Symptome des Herzinfarktes mit linksthorakalen Schmerzen und Ausstrahlung in den linken Arm treten bei beiden Geschlechtern gleich häufig auf. Allerdings scheint das Spektrum der wahrgenommenen Infarktsymptome bei Frauen komplexer zu sein. Mehr Frauen als Männer äußerten Schmerzen in der Schulter, im Rücken, im Oberbauch oder Kieferbereich. Auch Symptome wie Übelkeit und Erbrechen, Schwindelgefühl, Dyspnoe oder lediglich eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit wurden von Frauen häufiger genannt.

Die Gründe für die höhere Sterblichkeit der Frauen sind sicher zum Teil durch das höhere Lebensalter zum Zeitpunkt des ersten Myokardinfarktes bedingt. In diesem Lebensalter liegen auch schon häufiger Comorbiditäten vor. Ein weiterer Grund für die erhöhte Mortalität beim Infarkt könnte auch das Unwissen des Einzelnen um die Vielgestaltigkeit der Symptome beim akuten Infarktgeschehen sein. Auch soziologische Gründe können für die erhöhte Infarkt mortalität der Frauen mitverantwortlich sein. Hier zu nennen ist ein „falsch verstandenes“ Pflichtbewusstsein der Frauen.

Grund für die erhöhte Mortalität könnte allerdings auch ein schlechterer Zugang zur medizinischen Diagnostik sein. Der Anteil der weiblichen Patienten an den kardiologischen Untersuchungen ist teilweise sehr unterschiedlich.

In der Arzneimitteltherapie sind ebenfalls Unterschiede zu berücksichtigen. Sie ergeben sich bei Frauen durch ein niedrigeres Körpergewicht, einen höheren Fettanteil des weiblichen Körpers sowie eine unterschiedliche Enzymaktivität im Gastrointestinaltrakt. Die Nebenwirkungen einiger Medikamente, wie z.B. von ACE-Hemmern oder  $\beta$ -Blockern sind bei Frauen statistisch häufiger. Genauso erzeugen Antikoagulantien und Gerinnungshemmer bei Frauen häufiger Blutungskomplikationen.

*Dr. Natascha Hess  
FÄ für Innere Medizin/Kardiologie/Sportmedizin  
Gendermedizinerin (DGesGM)  
Kardiologische Praxis Berlin  
n.hess@kardiologie-rankestrasse.de*