

Präventionsprogramme, Optimierung der bestehenden Präventionsprogramme durch Einfügen Gender-spezifischer Aspekte, darüber hinaus speziell für NRW die Einrichtung eines Herzinfarkt-Registers.

Prof. Dr. med. Hartmut Gülker

#### Kontakt:

Prof. Dr. med. Hartmut Gülker  
Direktor der Medizinischen Klinik 3 – Herzzentrum  
Wuppertal im HELIOS Klinikum  
hguelker@wuppertal.helios-kliniken.de  
Literatur beim Autor

### ■ Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation

In Deutschland werden jährlich etwa 300.000 Frauen und 550.000 Männer wegen einer koronaren Herzkrankheit (ICD10: I21-I25) stationär behandelt (1). Hunderttausende benötigen Bypass-Operationen und Aufweitungen verengter Koronargefäße.

Die Tatsache, dass Männer unter 65 Jahren etwa 3-4mal häufiger als gleichaltrige Frauen einen Herzinfarkt erleiden, hat lange dazu geführt, dass Herz-Kreislaufkrankheiten insgesamt bei Frauen erheblich unterschätzt und kaum erforscht wurden. **Dank internationaler epidemiologischer Studien ist mittlerweile bekannt, dass geschlechtsspezifische Unterschiede fast in jedem Stadium der koronaren Herzkrankheit existieren (2-6).** Die Differenzen beginnen mit dem nach Geschlecht unterschiedlich starken Einfluss der klassischen koronaren **Risikofaktoren** (z.B. von Lipiden, Diabetes und Zigarettenrauchen) auf die Entwicklung einer Herzkrankheit, setzen sich fort mit der unterschiedlichen **Symptomatik** im akuten Krankheitsfall und mit unterschiedlichen **Überlebenschancen** nach einem Herzinfarkt. Allerdings variieren die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Überlebensraten international und regional sehr stark (2).

In den USA haben die frauenspezifischen Besonderheiten bei der koronaren Herzkrankheit bereits zur Entwicklung eigener **Behandlungsleitlinien für Frauen** geführt (Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women), die vom Expert Panel der American Heart Association publiziert wurden (7). In diesen Guidelines wird allerdings nicht mehr nach Primär- und Sekundärprävention unterschieden, da die koronare Herzkrankheit als Kontinuum angesehen wird und für jedes Risiko-Stadium spezifische Interventionsempfehlungen gegeben werden.

Weniger gut erforscht als in der Epidemiologie wurden bisher die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der **kardiologischen Rehabilitation**. Die kardiologische Rehabilitation soll Patientinnen und Patienten den Umgang mit ihrer Erkrankung erleichtern, ihr Risikofaktorenprofil und ihre gesundheitliche Lebensqualität verbessern und die Rückkehr in Beruf und Alltag unterstützen. Obwohl anzunehmen ist, dass die in epidemiologischen Studien gefundenen frauenspezifischen Besonderheiten im Falle der koronaren Herzkrankheit auch einen Einfluss haben auf den Verlauf der Rehabilitation, gibt es – zumindest in Deutschland – nur wenige Studien, die diese Frage systematisch untersucht haben.

Im Rahmen der vom Bundesforschungsministerium und der deutschen Rentenversicherung (VDR) geförderten Rehaforschungsverbände befassten sich die Studien von Grande et al. (8) und Mittag (9) zentral mit der Frage einer etwaigen Benachteiligung von Frauen bei der Inanspruchnahme kardiologischer Rehamassnahmen, während die Studie von Härtel et al. (10) die geschlechtsspezifischen

Unterschiede im gesundheitlichen und psychosozialen Erfolg von Reha-Massnahmen nach erstem Herzinfarkt untersucht. Da Grande und Mittag keine Benachteiligungen von Frauen hinsichtlich des Zugangs und der Inanspruchnahme der Rehabilitation gefunden haben, folgern sie, dass das Geschlecht kein versorgungsrelevantes Merkmal sei, merken aber an, dass Frauen mit Herzinfarkt depressiver und ängstlicher sind als Männer und andere Rehabilitationsbedürfnisse haben.

Im Kontrast zu den Studien von Grande und Mittag kommen wir aufgrund der **Ergebnisse der Höhenrieder Studie** (Härtel et al.) mit 300 Männern und 200 Frauen zu dem Schluss, dass, schon wegen der unterschiedlichen gesundheitlichen Ausgangslage und der unterschiedlichen Reha-Bedürfnisse von Männern und Frauen nach erstem Infarkt, die therapeutischen Massnahmen geschlechtsspezifisch optimiert werden müssen. Verglichen mit Männern gleichen Alters zeigte sich in dieser Studie, dass Frauen zu Beginn der stationären Rehabilitation physisch wesentlich stärker beeinträchtigt waren als Männer. Dies bezog sich sowohl auf die Schwere der koronaren Herzkrankheit, die ergometrische Belastbarkeit, die Anzahl zusätzlicher Erkrankungen – wie etwa Schilddrüsenkrankheiten oder Osteoporose – die selbst eingeschätzte gesundheitliche Lebensqualität und die klassischen Risikofaktoren Hypertonie, erhöhte Cholesterinwerte und Übergewicht. Auch die Angst- und Depressionssymptome waren zu Beginn der Reha bei Frauen signifikant stärker ausgeprägt als bei Männern. Während der stationären Rehabilitation konnten bei Männern und Frauen die klassischen Risikofaktoren günstig beeinflusst werden, obwohl Frauen am Ende noch immer häufiger Hypertonie, erhöhtes Gesamtcholesterin und höhere Angst- und Depressionswerte aufwiesen als Männer. Außerdem fanden sich zwischen Männern und Frauen deutliche Unterschiede in der Zufriedenheit mit den verschiedenen therapeutischen Massnahmen und den subjektiven Gründen, warum längerfristige ambulante Reha-Massnahmen nicht in Anspruch genommen werden. Die häufigsten Gründe für die Nichtteilnahme an Herzgruppen im Jahr nach dem Infarkt waren für Frauen (laut Selbstangabe) „weite Entfernung“ oder „mangelnde Fahrgelegenheit“ (55%) und die zu stark empfundene gesundheitliche Belastung (43%). Die Hauptgründe der Männer waren „kein Interesse“ (46%) oder „hat keinen Spaß gemacht“ (27%).

In der **Klinik Höhenried** wurden mittlerweile aus den Erkenntnissen der eigenen und internationaler Studien **Konsequenzen für die Praxis** gezogen und ein Therapieprogramm entwickelt, das stärker als früher die speziellen Anliegen von Frauen in der Rehabilitation berücksichtigt. Die Basis dieses Programms bilden **separate Gruppen für Frauen** während der stationären Rehabilitation in der Bewegungstherapie, der psychologischen Betreuung und in der Ernährungstherapie. Die bewegungstherapeutischen Gruppen gehen besonders auf frauenspezifische Mehrfacherkrankungen ein, schulen Körperwahrnehmung und Selbstbewusstsein und geben spezielle Anleitungen für die Umsetzung ins Alltagsleben der Patientinnen. Die psychologischen Gruppen berücksichtigen stärker die frauentypischen psychosozialen und familiären Belastungen, Ängste und Depressionen. Es werden spezifische Entspannungstechniken erlernt sowie Strategien zur Stressbewältigung und zum Erkennen der eigenen Stärken. Die Frauengruppen in der Ernährungstherapie (einschließlich spezieller Schulungen für Diabetikerinnen) behandeln die besonderen Ernährungsprobleme von Frauen, Essverhalten unter Stress und geben Praxis-Tipps für die Umsetzung in Familie und Beruf.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem neuen Therapieprogramm für Frauen – das wissenschaftlich begleitet und geprüft wird – weisen auf eine **hohe Akzeptanz** sowohl durch die Patientinnen als auch durch die Therapeut/-innen hin.

PD Dr. Ursula Härtel, MPH

**Kontakt:**

PD Dr. Ursula Härtel, MPH, Humanwissenschaftliches Zentrum der Ludwig-Maximilians-Universität München, haertel@lrz.uni-muenchen.de

**Literatur:**

Statistisches Bundesamt. (2005): **Gesundheitsberichterstattung des Bundes**. www.GBE-bund.de, Stand März 2005.

Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P. (1999): **Contribution of trends in survival and coronary-event-rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Populations**. The Lancet 1999; 353: 1547-1557.

Lowe LP, Greenland P, Ruth KJ, Dyer AR, Stamler R, Stamler J. (1998): **Impact of major cardiovascular disease risk factors, particularly in combination, on 22-year mortality in women and men**. Arch Intern Med 1998; 158: 2007-2014.

Vaccarino V, Parsons L, Every NR, Barron HV, Krumholz HM. (1999): **Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction**. N Engl J Med 1999; 341: 217-225.

Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, Rimm EB, Willett WC. (2000): **Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle**. N Engl J Med 2000; 343: 16-22.

Crowley A, Menon V, Lessard D, Yarzebski J, Jackson E, Gore JM, Goldberg RJ. (2003): **Sex differences in survival after myocardial infarction in patients with diabetes mellitus (Worcester Heart Attack Study)**. Am Heart J 2003; 146(5): 824-831.

Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K et al. (Expert Panel Writing Group) (2004): **Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women**. JACC; 43: 900-908.

Grande G, Leppin A, Mannebach H, Romppel M, Altenhöner TH. (2002): **Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation**, Abschlussbericht Universität Bielefeld.

Mittag O. (2002): **Vergleich der Verläufe nach erstem Herzinfarkt bzw. erster ACVB-Op oder PTCA bei Frauen und Männern**. B-1 Projekt im Norddeutschen Forschungsverbund. Abschlußbericht 1. Förderphase.

Härtel U, Gehring J, Klein G, Symannek C. (2003): **Untersuchung geschlechtsspezifischer, biomedizinischer und psychosozialer Einflüsse auf den langfristigen Erfolg von Reha-Maßnahmen bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit**. Abschlußbericht (erste Förderphase) BMBF Bericht.

**Ankündigung:**

Siegfried, Ingeborg (Sept. 2005): **Das gesunde Frauenherz**. Ein Ratgeber. Goldmann-Verlag

■ **Ambulante Herzsportgruppe für Frauen im Essener Sportbund e.V.**

Der Essener Sportbund e.V. unterhält im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation 52 ambulante Herzsportgruppen, die auf das gesamte Essener Stadtgebiet verteilt angeboten werden. Wir sprachen mit der Herzsportübungsleiterin Gaby Boos, die seit vielen Jahren neben gemischten Gruppen auch die einzige Herzsportgruppe für Frauen leitet.

**Seit 10 Jahren gibt es nun die Herzsportgruppe für Frauen. Warum wurde sie damals eingerichtet?**

Vor 10 Jahren dominierten Männer die Herzsportgruppen, obwohl die Statistik durchaus häufig koronare Herzkrankungen auch bei Frauen auswies. Damit war uns klar, dass Frauen anders zum Herzsport motiviert werden müssen als Männer. Eine Chance sahen wir in der Errichtung einer homogenen Frauengruppe, die auch als Projekt in der Kampagne „Gesundes Land NRW“ anerkannt und bekannt gemacht wurde.

**Wie verhält es sich mit der Altersstruktur? Wir wissen, dass Frauen statistisch in höherem Alter einen Herzinfarkt erleiden als Männer. Sind die Frauen in der Regel älter, wenn Sie zum Herzsport kommen?**

Nein. Die zunehmende Zahl jüngerer Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Essen spiegelt sich in den Gruppen durchaus wieder. Die Altersspanne in der Frauengruppe ist sehr groß, sie liegt zwischen 55 und 82 Jahren.

**Wie läuft so eine Herzsportstunde ab?**

Prinzipiell ist eine Herzsportstunde wie folgt aufgebaut: Aufwärmen – Gymnastik – Ausdauer – Spiel – Entspannung. Die Inhalte und Schwerpunkte dieser Einheiten unterscheiden sich zwischen den Gruppen durch eine unterschiedliche Belastbarkeit der Teilnehmenden. Aber auch innerhalb einer Gruppe ist die Belastbarkeit der Einzelnen noch sehr unterschiedlich. Es gehört dazu, dass einige früher aus Übungen aussteigen während andere weitertrainieren. Als Übungsleiterin habe ich darauf zu achten, dass das Leistungsspensum individuell zugeschnitten ist.

**Gibt es Besonderheiten in der reinen Frauengruppe?**

In der Frauengruppe werden weitaus häufiger Elemente der tänzerischen und musischen Bereiche eingebaut, und der Entspannung wird ein größerer zeitlicher Rahmen eingeräumt.

Und: die Frauen zeigen eine große soziale Kompetenz. Nach meinen Beobachtungen entwickelt sich in der Frauengruppe ein weit höheres Sozialgefüge als in anderen Gruppen, das intensiv auch über die Herzsportstunde hinaus weitergeführt wird. Auch oder gerade in Krisensituationen werden die Kontakte gepflegt und gehalten. In meiner Frauengruppe ist es z.B. üblich, einmal im Monat nach einer halbstündigen Trainingszeit gemeinsam Kaffee zu trinken und zu reden. Es werden gesundheitliche Probleme ebenso erörtert wie neue, medizinische Erkenntnisse. Im Gegensatz zu den Männern reden die Frauen auch über private Belange und sind so über persönliche Probleme anderer Frauen, wie z.B. einen erkrankten Partner, informiert. Dies führt dazu, dass in Krisensituationen die betreffende Frau von den anderen aufgefangen wird. Diese gegenseitige Unterstützung wirkt sich zusätzlich zum reinen Trainingseffekt gesundheitsförderlich aus. In dieser Intensität finden die Gespräche und persönlichen Kontakte in gemischten Gruppen meiner Erfahrung nach nicht statt.

Die Leitung einer Frauenherzsportgruppe ist auch für mich sehr sinnvoll: da viele der Teilnehmerinnen nur hier die Möglichkeit haben, etwas für sich selbst zu tun, nutzen sie dies, indem sie ganz besonders motiviert mitarbeiten. In keiner meiner gemischten Gruppen wird z.B. zur begleitenden Musik so viel gesungen wie in der Frauengruppe. Und: meine Arbeit ist für die Frauen nicht selbstverständlich. Sie vermitteln mir oft, wie sehr ihnen die Stunde gefallen hat und dass sie ihnen wirklich gut tut.

**Gehen Frauen auch in gemischte Gruppen?**

Da es nur eine reine Frauenherzsportgruppe in Essen gibt und diese ausgelastet ist, haben andere Frauen erst einmal gar keine Wahlmöglichkeit. Mir liegen keine Zahlen vor, aber ich kann mir vorstellen, dass für viele Frauen die Hemmschwelle so groß ist, dass sie sich erst gar nicht zum Herzsport melden. Die meisten Teilnehmerinnen betrieben zuletzt Schulsport. Aus diesem Grund haben sie Ängste und Unsicherheiten, was übrigens auf Männer ebenso zutrifft. Für viele Frauen erhöht sich die Schwelle noch durch die Vorstellung, sich mit Männern gemeinsam sportlich betätigen zu sollen. Die Möglichkeit, in eine Frauengruppe zu gehen, erleichtert vielen Frauen die Entscheidung zur Teilnahme an einer Herzsportgruppe. Aber: Wenn die Entscheidung, Herzsport zu betreiben gefallen ist, und Frauen und Männer gemeinsam trainieren, wird dies schnell zur Selbstverständlichkeit.