

Frauenherzen schlagen anders

Herz-Kreislauferkrankungen werden bei Frauen noch zu häufig übersehen. Denn oft sind die Anzeichen nicht so eindeutig wie bei Männern. Symptome werden fehlgedeutet, die Abklärung teilweise über Jahre verzögert. Experten fordern ein Umdenken bei Betroffenen und Medizinern.

VON REBECCA BERNSTEIN



Anfangs machte Maria Evers die Atemnot kaum zu schaffen. Die 67-Jährige nahm sich vor, ihren Zigarettenkonsum einzuschränken. Doch bald wurde die Atemnot zum ständigen Begleiter. Dem Hausarzt berichtete Maria Evers, sie habe das Gefühl, ihr Herz stolpere. Das EKG war unauffällig, typische Symptome für eine Herz-Kreislauferkrankung wie Engegefühl oder Schmerzen in der Brust hatte sie nicht. Auch Lungenfunktionsuntersuchung und Belastungs-EKG zeigten keine Auffälligkeiten. Mittlerweile schränkten die Beschwerden das Leben der 67-Jährigen jedoch erheblich ein. „Wenn die Ärzte nichts finden, bildest du dir die Beschwerden nur ein“, sagten Familienmitglieder.

Maria Evers wandte sich an das Zentrum für Innere Medizin (ZIM) am Katholischen Marienkrankenhaus. Die Ärzte entschieden sich zur Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung, da Evers familiär vorbelastet

war. Ihr Vater hatte in jungen Jahren einen Herzinfarkt erlitten. Das Ergebnis: Hochgradige Hauptstammstenose, eine Verengung der linken Koronararterie. Maria Evers wurde umgehend operiert und lebt seitdem beschwerdefrei.



Prof. Dr. Andreas van de Loo vom Katholischen Marienkrankenhaus

„Herz-Kreislauferkrankungen werden bei Frauen leider immer noch häufig übersehen“, sagt Prof. Dr. Andreas van de Loo, Leiter des ZIM. Die Anzeichen für eine Herz-Kreislauferkrankung seien bei Frauen nicht so eindeutig wie bei Männern, die Symptome würden oft fehlgedeutet, die Abklärung teilweise über Jahre verzögert. „Bis die Patientinnen den Weg zu uns finden, sind oft schwerwiegende Veränderungen eingetreten“, so der Experte.

Dabei leiden Frauen genauso häufig an Bluthochdruck, Herzerkrankungen oder Gefäßverschlüssen wie Männer. Das Risiko, an den Folgen eines Infarktes zu sterben, ist bei Frauen sogar höher. Das liegt zum einen am Altersunterschied. Frauen sind von Herz-Kreislauferkrankungen im Durchschnitt zehn Jahre später betroffen als Männer. Zum anderen: Die Anzahl der betroffenen Gefäße beim weiblichen Infarkt ist größer. Einen wichtigen Unterschied sieht van de Loo auch in der Lebensweise: Raucherinnen, Frauen mit Übergewicht und Diabetes gehören natürlich auch zur Hauptrisikogruppe. „Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen.“

„Wir wissen erst seit wenigen Jahren, dass Frauenherzen anders schlagen“, sagt van de Loo. Anfang der 80er Jahre hatten Wissenschaftler in den USA 200 Patienten mit einer Minderversorgung des Herzens untersucht und festgestellt, dass lediglich bei 40 Prozent der Frauen eine weiterführende Diagnostik veranlasst worden war.

Was ist eine Chest Pain Unit?

Bei einem Herzinfarkt kommt es auf jede Minute an. Zur raschen Abklärung akuter Schmerzen im Brustkorb haben Kliniken in den vergangenen Jahren Chest Pain Units (CPU) eingerichtet. In diesen hoch spezialisierten, von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zertifizierten, Abteilungen erfolgt die Diagnostik und Therapie nach festen Standards. Die Kombination von spezialisierten Ärzten und Krankenhauspersonal sowie Hightechgeräten ermöglicht eine nachweisbar schnellere Versorgung von Akutpatienten. Bei Verdacht auf einen Infarkt werden die Patienten umgehend im Katheterlabor untersucht und bei entsprechendem Befund sofort stationär weiterbehandelt. Die Überweisung in eine Chest Pain Unit erfolgt meist über den behandelnden niedergelassenen Arzt. „Bei Unruhe oder akuten Beschwerden können Patienten auch direkt eine CPU aufsuchen“, sagt Prof. Andreas van de Loo, der die CPU am Katholischen Marienkrankenhaus leitet.

Bei den Männern lag der Anteil bei 90 Prozent. Die Gründe für den signifikanten Unterschied: Bei Frauen fehlten oftmals die typischen Symptome, die gängige Diagnostik blieb häufig ohne Befund. Etwa 50 Prozent der Erkrankungen sind bei Frauen nicht über ein Belastungs-EKG diagnostizierbar.

„Das bedeutet nicht, dass wir neue Untersuchungsmethoden entwickeln müssten“, sagt van de Loo. Wenn das Belastungs-EKG keine entscheidenden Hinweise gibt, werde mittlerweile häufiger als früher eine kardiale Kernspintomographie oder auch eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt. Frauen und Ärzte sollten lernen, auch bei atypischen Symptomen an die Möglichkeit einer Herz-Kreislauferkrankung zu denken.

Wichtig für die gründliche Diagnostik sei ein Arzt, der „aktiv zuhört und versucht, den Patienten mit seinen Beschwerden zu verstehen“, rät der Mediziner. Das könne der Hausarzt, der niedergelassene Facharzt oder der Experte an der Fachabteilung einer Klinik sein.

Risikofaktoren minimieren

Noch immer gelten Herz-Kreislauferkrankungen als „Männersache“. Frauen wissen zu wenig über ihr Erkrankungsrisiko und sprechen viel zu selten mit ihrem Hausarzt über dieses Thema. Besonders gefährdet sind Raucherinnen und Frauen mit Übergewicht oder Diabetes. Spätestens ab 50 sollten Frauen durch Ausdauersport, gesunde Ernährung und den Verzicht auf Nikotin versuchen, ihre Risikofaktoren zu reduzieren. Als typische Infarktzeichen gelten nach wie vor dumpfer oder brennender Schmerz und Enge in der linken Brustseite. Bei Frauen äußern sich Herzbeschwerden hingegen eher im Oberbauch und sind häufig beidseitig. Frauen haben außerdem Symptome wie Luftnot, Herzstolpern, starke Erschöpfung sowie Schulter- und Nackenschmerzen.