



Leseprobe

Professor Dr. Sandra Eifert, Dr. med. Suzann Kirschner-Brouns

Herzsprechstunde

Warum das weibliche Herz anders ist und wie es gesund bleibt - Hormone, seelische Einflüsse, Risikofaktoren: So schützen Sie Ihr Herz

Bestellen Sie mit einem Klick für 24,00 €



Seiten: 304

Erscheinungstermin: 13. September 2023

Mehr Informationen zum Buch gibt es auf

www.penguinrandomhouse.de

Inhalte

- Buch lesen
- Mehr zum Autor

Zum Buch

Die unterschätzte Gefahr: Herz-Kreislaufkrankungen sind mittlerweile die Todesursache Nr. 1 bei Frauen in der westlichen Welt

Die Herzchirurgin und Gendermedizinerin Prof. Dr. med. Sandra Eifert, Leiterin einer der größten europäischen Frauenherzsprechstunden, und die Medizinerin und Wissenschaftsjournalistin Dr. med. Suzann Kirschner-Brouns haben mit viel Empathie und leicht verständlich die wichtigsten Erkenntnisse aus Forschung und Praxis über das weibliche Herz zusammengestellt. Welche Ursachen haben Herz-Kreislaufkrankungen gerade bei Frauen? Wie können Frauen sie vermeiden und was braucht das Herz, um gesund zu bleiben oder zu heilen?

Denn das Frauenherz ist kein kleines Männerherz. Es gibt anatomische Unterschiede und gerade bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen diese eine große Rolle. Obwohl zwei Drittel der Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der westlichen Welt Männer sind, ist die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen an der Krankheit sterben, doppelt so hoch. Bei Frauen ab dem 50. Lebensjahr sind Herzkreislaufkrankungen die Todesursache Nummer eins.

Das weibliche Herz reagiert stark auf große Gefühle wie Liebe und Trauer, auf Ansprüche und Werte in unserer Kultur. In der Herzkrankheit oder der Herzgesundheit bildet sich die individuelle Lebensgeschichte ab.

INHALT

VORWORT	7
1 HERZDAME – EIN FRAUENHERZ IST KEIN KLEINES MÄNNNERHERZ	11
Gendermedizin – welchen Einfluss hat das Geschlecht?	12
Herzrisiken bei Frauen	30
Risikofaktoren für das Frauenherz	40
Gendern in der Diagnostik	53
2 DEIN IST MEIN GANZES HERZ	61
Die Power des Herzens – Zahlen und Fakten	62
Einflüsse auf das Herz – Psyche, Umwelt und Epigenetik	75
3 DAS HERZ IM LAUF EINES FRAUENLEBENS – DER EINFLUSS DER HORMONE	89
Die Geschlechtshormone	90
Das menstruierende Herz	96
Das Mutterherz – ein Herz für zwei	101
Das Herz in den Wechseljahren	113
Das weise Herz	126

4 DON'T BREAK MY HEART – HERZERKRANKUNGEN UND HERZSCHMERZ	135
Herzrhythmusstörungen der Frau	136
Die Herzkranzgefäßerkrankungen der Frau	142
Geschlechterunterschiede in der Behandlung der koronaren Herzkrankheit	155
Stresskardiomyopathie – das Broken-Heart-Syndrom	160
Das mitfühlende Herz bei (Brust-)Krebs	166
5 ATEMLOS – WENN DAS HERZ AUFGIBT UND WEITERE HERZTHEMEN	175
Das schwache Herz beim »starken Geschlecht«	176
Behandlung der Herzschwäche der Frau	183
Herztransplantation – von Herz zu Herz	188
Weibliche Herzklappenerkrankungen	204
(Herz-)Medikamente bei Frauen	212
6 DAS FREUT DAS FRAUENHERZ – WIE SIE IHR HERZ JUNG, GESUND UND FIT HALTEN	229
Sport und Bewegung	230
Ernähren Sie Ihr Herz richtig	233
Orale Gesundheit und Herz	247
Das gestresste Frauenherz	249
Entspannung für das Herz	252
Herz und Seele	261
Selbstfürsorge	270
ABSCHLIESSENDE GEDANKEN ZUM HERZEN	275
QUELENNACHWEIS	277
REGISTER	293

VORWORT

Das menschliche Herz ist seit Jahrhunderten *das* Symbol überhaupt für Leben, Liebe, Empathie und Zuneigung. Glückliche und deprimierende Erlebnisse, freudige und traurige Erfahrungen, leichte und schwere Schicksalsschläge und Herausforderungen jeglicher Art muss jeder Mensch im Lauf seines Lebens bewältigen. Und unser Herz ist immer dabei. Es schlägt und schlägt und schlägt. Es darf sich keine Pause gönnen. Haben Sie Ihrem Herzen schon jemals gedankt? Dafür, dass es Sie tagtäglich durch dick und dünn trägt und jede kleine oder große Eskapade Ihres Lebens mitmacht. Die Natur hat die Frau mit der unglaublichen Fähigkeit ausgestattet, (anderes) Leben zu beschützen. Deshalb haben Frauen zu vielem eine Verbindung, die aus dem tiefsten Herzen kommt.

Herzsprechstunde haben wir für alle Frauen geschrieben: für Frauen, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen wollen und bei denen möglicherweise bestimmte weibliche Risikofaktoren vorliegen. Für Frauen, bei denen bereits eine Herzerkrankung diagnostiziert wurde. Für Frauen in den Lebensphasen Schwangerschaft, Menopause sowie für Frauen, die sich wissentlich oder unwissentlich bereits im Alterungsprozess befinden. Das weibliche Herz steht hierbei immer im Fokus.

Unser Ziel mit diesem Buch ist es, die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Gesundheit und Krankheit zu benennen und zu berücksichtigen. Wir wollen ausdrücklich nicht Unterschiede

neutralisieren oder nivellieren. Geschlechterunterschiede erstrecken sich über alle Aspekte einer Herzerkrankung; von den Risikofaktoren für ihre Entstehung über die Symptomatik, die Diagnostik, die Therapie bis zum Verlauf und insbesondere bis zum Überleben. Erleiden Frauen einen Herzinfarkt, dann sterben sie öfter als Männer. Der Herzinfarkt ist bei Frauen in westlichen Ländern die Todesursache Nummer 1 (und liegt damit vor Tumorerkrankungen).

Große Auswirkungen auf die Herzgesundheit können die manchmal sehr feinen Unterschiede zwischen Männern und Frauen haben. Das Frauenherz ist schon anatomisch kein kleines Männerherz. Seelische Einflüsse wirken auf die Herzen von Frauen meist stärker als auf die von Männern. Das führt dazu, dass emotional stark belastende Situationen durch Trauma, Verlust und Liebeskummer bei Frauen meist eine große Bedeutung haben und unter Umständen zum Herzinfarkt führen können. Bei Männern spielt hingegen die körperliche Belastung als Auslöser für einen Herzinfarkt eine größere Rolle. Wir setzen uns für die Berücksichtigung dieser geschlechtsspezifischen Unterschiede und besonders der weiblichen Besonderheiten des Herzens ein, um die Medizin auf die jeweilige Patientin passgenau und individuell präzisieren zu können.

Die Bedeutung der Hormone für das Leben der Frau erfährt in diesem Buch deshalb eine besondere Aufmerksamkeit. Ein großer biologischer Vorteil der Frau ist der natürliche, durch die weiblichen Hormone (vor allem durch das Östrogen) bedingte Gefäßschutz. Dieser nimmt ab der Menopause ab. Bei Frauen spielen die hormonellen Umstellungsphasen wie Pubertät, Schwangerschaft und Wechseljahre eine ganz entscheidende Rolle. Die starken hormonellen Veränderungen während dieser Lebensphasen wirken in vielerlei Hinsicht, unter anderem auf das Herz-Kreislauf-System.

Jeder Mensch hat in sich weibliche und männliche Anteile, unabhängig von seinem biologischen Geschlecht. Diese weiblichen Anteile, die für die Herzgesundheit wichtig sind, wollen wir in diesem Buch ansprechen. Wir wollen Frauen in ihrer natürlichen Autorität stärken und sie ermutigen, auf ihr Herz, ihre weibliche Kraft und Intuition zu vertrauen. Diese Eigenschaften wollen wir kultivieren und stärken.

Und noch etwas »Frauenspezifisches«: In vielen Familien sind Frauen die Gesundheitsmanagerinnen und umsorgen ihre Nächsten in Krisensituationen und bei Krankheit. Für sich selbst nehmen sie sich eher wenig Zeit und Raum und treten oft hinter anderen zurück.

Wir möchten Sie, liebe Leserin, in diesem Buch mit wissenschaftlich fundierten Fakten und gleichzeitig allgemeinverständlich aufbereiteten Informationen motivieren, mit Ihrem Herzen vertraut zu werden, es kennenzulernen und Sorge dafür zu tragen. Wir wollen Sie auch darin bestärken, selbstbewusst für Ihre Gesundheit einzutreten und auf Ihre körperlichen Signale zu achten. Aus tiefer Überzeugung beinhaltet das Buch die Kombination von evidenzbasierter Medizin und der ganzheitlichen Betrachtung von Körper, Geist und Seele.

Wie für alle Bücher zu medizinischen Themen, so gilt auch für unseres: Das Buch ersetzt keinen Besuch in der Praxis und kein beratendes Gespräch mit Ihrem Arzt. Achten Sie auf sich und Ihr Herz! Hören Sie auf Ihr Bauchgefühl! Nehmen Sie auftretende Beschwerden ernst und lassen Sie diese abklären!

Wir Frauen haben heute eine doppelt so hohe Lebenserwartung wie vor hundert Jahren. Wir haben hervorragende Chancen und Möglichkeiten, diese Jahre gesund, glücklich, zufrieden und aktiv

für unsere eigenen Träume und Ideen zu nutzen. Mit einem gesunden und glücklichen Herzen!

Über Ihr Herz werden wir, liebe Leserin, mit Ihnen in den Dialog treten.

Noch zwei Hinweise zur Form: Wir haben uns dagegen entschieden, in diesem Buch sprachlich streng zu gendern, weil es nicht dem entspricht, wie wir im täglichen Leben sprechen und schreiben. Unser Quellenverzeichnis ist kapitelweise thematisch geordnet.

1

HERZDAME – EIN FRAUENHERZ IST KEIN KLEINES MÄNNERHERZ

*Ich schenke dir mein Herz. Ich bringe es nicht übers
Herz. Ich nehme es mir zu Herzen.
Wie kein anderes Organ verkörpert
das Herz die Liebe und den Schmerz, den Mut und
die Verzweiflung, das Leben und den Tod.*

Ob Mensch, ob Tier – für alle ist das Herz der unverzichtbare Taktgeber des Lebens. Hört es auf zu schlagen, dann steht der Blutkreislauf still und sämtliche Körperfunktionen kommen zum Erliegen. Alle Organe einschließlich des Herzens, alle Gewebe und Zellen erhalten dann keinen Sauerstoff und keine Nährstoffe mehr. Das Herz ist ein anatomisches und physiologisches Wunderwerk der Natur.

In unserem Buch beschäftigen wir uns mit dem »weiblichen Herzen«, und deshalb möchten wir zunächst erklären, welche riesige und entscheidende Bedeutung das Frausein in der Medizin hat.

Immer noch heißt es in den Kliniken und vielen Arztpraxen ganz selbstverständlich *der Patient*, wohlgemerkt mit männlichem Artikel. Kein Wunder, dass in unserem Gesundheitssystem Frauen darum wie *der Patient* behandelt werden. Frauen sind

1 Herzdame – ein Frauenherz ist kein kleines Männerherz

aber keine kleinen Männer, und das Frauenherz ist auch kein kleines Männerherz.

Schauen wir uns die Herzdame genauer an.

GENDERMEDIZIN – WELCHEN EINFLUSS HAT DAS GESCHLECHT?

Keine Angst, liebe Leserin, Sie erleben uns jetzt nicht als radikale Feministinnen, die den Männern den Garaus machen möchten oder dazu auffordern, Männer und Frauen gleich zu behandeln oder gar das eine Geschlecht gegenüber dem anderen zu diskriminieren. Wie langweilig und arm wäre die Welt ohne die Anziehung und Besonderheiten der Geschlechter (wir erklären weiter unten, wie in der Medizin »das Geschlecht« definiert wird).

Wir möchten hier aber ganz explizit die Unterschiede von Männern und Frauen im medizinischen Kontext herausstellen. Diese Unterschiede – individuell bzw. dem jeweiligen Geschlecht und den spezifischen Risikofaktoren entsprechend – müssen unbedingt in die Vorsorge und Behandlung einbezogen werden. Denn ob man als Mann oder Frau ein lebensbedrohliches gesundheitliches Ereignis erleidet, kann für beide unterschiedlich sein in Hinblick auf Leben und Tod!

My take

Suzann Kirschner-Brouns: »Der Informationsbedarf in der Bevölkerung ist groß. Seit einigen Jahren finden vor allem gendermedizinische Themen mehr Beachtung, besonders bei Frauen. Laut einer Umfrage der BKK in 2022 wünschen sich

82 Prozent der 1000 Befragten mehr Informationen darüber, wie sich Symptome bei Erkrankungen wie z. B. einem Herzinfarkt je nach Geschlecht unterscheiden.«

Unzählige Krankheiten wurden und werden bis heute bei Frauen voreilig als »hysterisch« oder psychisch abgetan, darunter nicht selten lebensbedrohliche Herzinfarkte. Werfen wir zunächst einen kurzen Blick in die Geschichte, um zu verstehen, warum das so war (und leider noch häufig so ist).

»Die Hysterie des Weibes«

Schauen wir in die Medizingeschichte, dann stolpern wir unwillkürlich über das Krankheitsbild »Hysterie« als vielleicht eine der ersten Krankheiten, die unter gendermedizinischen Gesichtspunkten beurteilt wurde.

Im vorletzten Jahrhundert befiel junge Mädchen und Frauen (aber niemals Männer!) eine merkwürdige Krankheit: Sie schlugen plötzlich um sich, bekamen keine Luft mehr und litten unter Muskelkrämpfen bis hin zu Lähmungen. Eine körperliche Ursache konnte nicht diagnostiziert werden. Man nannte das neue Krankheitsbild »Hysterie« (nach »Hystera« – dem altgriechischen Wort für Gebärmutter). Die Ärzte vermuteten, dass die Symptome mit der Gebärmutter zusammenhingen.

Für die Behandlung dieser Frauen wurden spezielle Krankenhäuser gebaut: die Geburtsstunde der Nervenheilanstalten. Der Philosoph Otto Weininger kommentierte die Krankheit Hysterie 1903 so: »Die Hysterie ist eine organische Krise der organischen Verlogenheit des Weibes.«

Ja, liebe Leserinnen, da fehlen einem zu Recht die Worte!

Der nächste Mann, der sich mit der Hysterie beschäftigte, war

der Arzt und Psychoanalytiker Sigmund Freud. Immerhin sprach er über »die Krankheit des Gegenwillens«. Er betrachtete die Hysterie als Rebellion der Frau gegen ihr vorbestimmtes Leben als Hausfrau und Mutter, die zur damaligen Zeit auf Gedeih und Verderb dem Mann untertan zu sein hatte. Diese Sichtweise erscheint nachvollziehbarer und vermeintlich frauenfreundlicher.

Damit lag Freud auch vermutlich richtig, denn mit Anfang des 20. Jahrhunderts, als die Emanzipation der Frau auch politisch Fahrt aufnahm und die ersten Frauen studieren konnten, verschwand das Krankheitsbild der Hysterie so plötzlich wieder, wie es aufgetreten war.

Was bedeutet »Geschlecht«?

Heutzutage differenziert man zwischen dem biologischen (*sex*) und dem sozialen (*gender*) Geschlecht.

Das biologische Geschlecht umfasst die geschlechtsspezifischen körperlichen Merkmale wie Gene und Chromosomen, Anatomie, Hormone, Immunsystem und Stoffwechsel. Das biologische Geschlecht basiert auf unseren Genen. Die Geschlechtschromosomen der Frau sind XX, also zweimal X, die des Mannes XY. Dem X-Chromosom werden circa 1500 Gene zugeordnet, die Eigenschaften für das Immunsystem, Hirn- und Herzfunktion sowie die Sexualhormone besitzen. Auf dem Y-Chromosom liegen etwa 78 Gene; sie codieren fast ausschließlich die Sexualfunktion beim Mann.

Das soziale Geschlecht ergibt sich aus den gesellschaftlichen Normen und geschlechtstypischen kulturellen und lebensstilbedingten Besonderheiten für Männer und Frauen. Welches Verhalten ist »typisch« männlich oder »typisch« weiblich in der Familie,

Schule und Gesellschaft? Hier bestimmen insbesondere Rollenvorbilder und Rollenerwartungen das Selbstverständnis als Mann und Frau. Sie prägen das soziale Geschlecht.

Biologisches und soziales Geschlecht

Biologisches Geschlecht: körperlich geprägt (englisch: *sex*)

Chromosomen, Gene, Anatomie, Hormone und Sexualfunktion, Immunsystem, Stoffwechsel, Herz- und Hirnfunktion

Soziales Geschlecht: von der Umwelt geprägt (englisch: *gender*)

Familie, kulturelles Umfeld, gesellschaftliche Norm, Rollenvorbilder und -erwartungen, Schule, Ausbildungsplatz, Arbeitsplatz, Universität, Wahrnehmung, Zugang zum Gesundheitswesen

Beides, biologisches und soziales Geschlecht, beeinflusst unsere Gesundheit. Aber vor allem ist es das soziale Geschlecht, das in großem Maße bestimmt, ob eine Krankheit überhaupt als Krankheit angesehen wird.

In der Folge bestimmt dieser Umstand auch, wie dann mit dieser Krankheit umgegangen wird, siehe oben die »Hysterie«. Das soziale Geschlecht prägt auch den Zugang zum Gesundheitswesen, der in vielen Ländern in Abhängigkeit vom finanziellen Einkommen vor allem den Männern möglich ist, den Frauen hingegen nicht.

Ursprungsfamilie und Umgebung prägen den Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Wächst man z. B. in einer Familie auf, in der es als Schwäche gilt, krank zu sein (»Man fehlt im Betrieb nicht, da reißt man sich zusammen. Was soll das sein: krank sein?«) oder einen Arzt aufzusuchen (»Dafür habe ich keine Zeit. Es hilft einem ja doch keiner. Was soll der schon für mich tun? Ich

brauche keine Hilfe.«), wird man als Erwachsene eher geneigt sein, Symptome zu ignorieren oder kleinzureden.

Erfährt man hingegen schon im Kindesalter Aufmerksamkeit für jedes Wehwehchen, so kann sich im besten Fall ein gesundes Verhältnis zu dem eigenen Körper und dessen Bedürfnissen entwickeln. Im übertriebenen Fall wird das Kind, das bei jedem kleinsten Symptom mit Aufmerksamkeit überschüttet wurde, als Erwachsener möglicherweise hypochondrische Züge entwickelt haben.

Medizin unter die Genderlupe genommen

In den 1990er-Jahren hat sich die Gendermedizin oder geschlechtersensible Medizin als medizinische Fachrichtung entwickelt. Sie befasst sich mit den Unterschieden und Gemeinsamkeiten bei Frauen und Männern in Bezug auf Gesundheit und Krankheit. Im Folgenden gehen wir auf die verschiedenen Aspekte ein.

Hier zunächst ein Überblick anhand der *Gender Lens Tools*, entwickelt von Anna Day von der Universität Toronto. Der Grundgedanke ist: Wenn alle Aspekte, im Großen wie im Kleinen, angeschaut werden, ist es möglich, Frauen in ihrem Gesundheitsverhalten und Krankheitsgeschehen umfassend zu verstehen, zu beschützen und zu therapieren bzw. zu heilen. Die Fragen der *Gender Lens Tools* mit den dazugehörigen individuellen genderspezifischen Antworten sind von immenser Bedeutung für eine umfassende, gute medizinische Behandlung von Frauen.

Gendermedizin – welchen Einfluss hat das Geschlecht?

FAKTOREN	FRAGEN
Biologisch	<p>Haben hormonelle Veränderungen einen Einfluss auf die Pharmakokinetik (die Wechselwirkung zwischen Arzneimitteln und Mensch) bei Frauen?</p> <p>Adressieren Pharmakovigilanzstudien (Überwachung und Meldung von unerwünschten Ereignissen in der Arzneimittelpfprüfung) diesen Unterschied in adäquater Weise?</p>
Sozial	<p>Welche sind die erwarteten und erlernten Verhaltensregeln von Jungen und Mädchen?</p> <p>Hat der soziale Status einer Person Einfluss auf ihren Zugang zum Gesundheitswesen, z. B. MRT, Herzchirurgie, Transplantationsmedizin?</p>
Kulturell	<p>Hat der Status Mädchen/Junge in einer bestimmten Kultur Einfluss auf den individuellen Zugang zum Gesundheitswesen?</p> <p>Welche Auswirkungen haben bestimmte kulturelle Rituale auf die Gesundheit von Frauen und Mädchen in bestimmten Regionen?</p>
Ökonomisch	<p>Bestehen Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit niedrigem ökonomischem Status, was ihren Zugang zum Gesundheitswesen angeht?</p> <p>Bezieht sich die medizinische Literatur auf den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und schlechter Gesundheit?</p>
Politisch	<p>Bestehen politische Barrieren, die medizinische Studien bei frauenspezifischen Themen verhindern?</p> <p>Wie hat die Politik die Finanzierung von Forschungsprojekten beeinflusst, z. B. bei Prostata- und Brustkrebs?</p>
Bildungsbeding	<p>Werden Mädchen und Frauen in der Schule und von ihren Ärzten über die Bedeutung des Pap-Abstriches informiert? Werden Jungen und Männer über Prävention aufgeklärt?</p> <p>Sind Mädchen mit schlechterer Schulbildung sich bewusst, welche Vorsorgemaßnahmen sie in Anspruch nehmen können?</p>

Tab. 1: Beispielfragen, wie die Anteile des Lebens zum individuellen Geschlecht beitragen können einschließlich biologischer, sozialer, kultureller, ökonomischer, politischer und bildungsbedingter Faktoren

1 Herzdame – ein Frauenherz ist kein kleines Männerherz

Krankheitsaspekt	Fragen in Abhängigkeit von biologischem/sozialem Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, sozioökonomischem Status
Inzidenz/ Prävalenz	Variieren Inzidenz, neu auftretende Krankheitsfälle, Prävalenz, Gesamtzahl der Krankheitsfälle? Sind Screening-Programme für alle Menschen vorhanden, gleich zugänglich und von gleicher Qualität?
Diagnostik/ Untersuchungen	Unterscheiden sich Symptome und Zeichen einer Erkrankung? Achtet das medizinische Personal auf die Unterschiede? Unterscheidet sich die Untersuchung einer bestimmten Erkrankung bei Männern und Frauen?
Risikofaktoren	Variieren Risikofaktoren einer bestimmten Erkrankung? Unterscheidet sich die Pathogenese einer bestimmten Erkrankung?
Anamnese	Bestehen Unterschiede in der Pathologie? Ist die Antwort auf ein Pathogen oder einen Trigger unterschiedlich?
Behandlung und Outcome	Unterscheiden sich Behandlungsempfehlungen? Gibt es unterschiedliche Antworten auf eine Therapie? Unterscheidet sich das Ergebnis einer bestimmten Therapie von einer anderen? Hat eine Behandlungsmethode bei allen die gleiche Akzeptanz?

Tab. 2: Erkrankungsaspekte unter geschlechtsspezifischem Gesichtspunkt. Beispielfragen, deren Antworten sich hinsichtlich der vier folgenden Faktoren unterscheiden können: Sex (biologisches Geschlecht), Gender (soziales Geschlecht), Kultur und Gesellschaft, sozioökonomischer Status

Wie Sie sehen, denkt Gendermedizin breit. Es werden im Umgang mit Patientinnen das biologische und das soziale Geschlecht einbezogen. Es werden sowohl die Unterschiede als auch die Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen im Hinblick auf eine bestimmte Erkrankung bedacht und darüber hinaus der ge-

samte mögliche Krankheitsverlauf. Geschlechtsspezifische Risikofaktoren hinsichtlich Krankheitsentstehung, Symptomatik, Diagnostik und Therapie bis hin zum Krankheitsverlauf und zur Überlebensrate werden berücksichtigt.

Dazu gehören viele Einzelfaktoren:

Welche Krankheiten treten vornehmlich bei Frauen bzw. Männern auf?

Wie ist die Krankheitshäufigkeit (Inzidenz)?

Wie äußern sich Symptome bei männlichen und weiblichen Patienten im Rahmen einer Erkrankung? Oft ist es nicht dasselbe Krankheitsbild!

Welche diagnostischen Methoden kommen bei Männern und Frauen zum Einsatz?

Welche Therapieformen sind unter geschlechtsspezifischer Sicht erfolgversprechend(er)?

Sollten Medikamente und ihre Dosierung ähnlich oder gegebenenfalls unterschiedlich verordnet werden? Sind die Wirkung und Wirksamkeit von Medikamenten für männliche und weibliche Patienten »gleich« oder anders?

Schmerzempfindung und -kommunikation sind zwischen Männern und Frauen unterschiedlich. Östrogen spielt hier eine große Rolle.

Frauen und Männer nehmen ihre Körper unterschiedlich wahr und behandeln ihren erkrankten Körper auch anders. Thema: Umgang mit Abhängigkeit und Hilflosigkeit.

Männer und Frauen besitzen ein anderes Risikoverhalten und gehen mit potenziell bedrohlichen Situationen unterschiedlich um.

Frauen und Männer kommunizieren anders und pflegen einen unterschiedlichen sozialen Umgang.

In welcher Lebenslage bzw. häuslichen Situation, in der Krank-

heit bewältigt werden muss, befindet sich der Mann bzw. die Frau (Single, Versorger/-in, Versorgte/r)?

Wie hoch ist das Einkommen, das Vermögen, die Rente, die soziale Absicherung?

Gender Data Gap

Bis heute ist die Erforschung medizinischer Therapien vor allem auf Männer ausgerichtet. Das zieht sich durch die gesamte Landschaft, von männlichen Labormäusen bis zu männlichen Studienteilnehmern. Das Argument lautet: Bei Frauen besteht immer die Möglichkeit, dass sie im Zeitraum einer laufenden Studie schwanger sind oder werden. In diesem Sinne muss ausgeschlossen sein, dass der Embryo geschädigt wird und die Studie aus ethischen Gründen nicht fortgesetzt werden kann. Das verzögert den Prozess und kostet Zeit und Geld. Also forscht man lieber gleich vorzugsweise an gesunden, jungen, normalgewichtigen Männern.

Die Konzeption dieser Studiendesigns ist also verständlich, aber sehr unglücklich, um nicht zu sagen: fatal. Denn sie verzerrt seit Jahrzehnten das Wissen über weibliche Anatomie und Physiologie.

Und damit nicht genug. Auch Diagnostik, Klinik, Therapie einschließlich Operationstechniken und Medikamentenwirkungen sind dann logischerweise nicht auf das weibliche Geschlecht abgestimmt. Sprich: Frauen bekommen Medikamente und Therapien, deren Wirkung nie vorher am weiblichen Organismus getestet wurde. Das kann durchaus heißen, dass die Therapie für die Frau gut sein kann, aber eventuell eben auch nicht.

Auf der ganzen Welt ist die Situation die gleiche: Frauen bekommen fast ausschließlich Medikamente und Medikamentendosen, die für den männlichen Körper und das männliche Gewicht gelten. Viele davon werden aber im weiblichen Verdauungstrakt,

in der Leber und vom weiblichen Stoffwechsel ganz anders aufgenommen, verarbeitet und abgebaut. Mitunter bleiben die Stoffwechselprodukte länger im Körper, sie wirken stärker und haben andere oder stärkere Nebenwirkungen. Oder aber – das gibt es auch – Frauen bräuchten eine stärkere Dosis des spezifischen Wirkstoffes, sind also untertherapiert.

Die Frage lautet: Wie kann ein Medikament oder eine Therapie evidenzbasiert für beide Geschlechter gelten, wenn es nur für die eine Hälfte der Patienten erprobt und darum auch nur für diese eine Hälfte der Menschheit *safe* ist?! Diese Ignoranz ist erstaunlich, vor allem, da die evidenzbasierte Medizin als Non-plusultra bzw. Goldstandard in Medizin, Wissenschaft und Politik gilt.

Wertet man Daten großer Studien nach dem Geschlecht aus, d. h. ob sie von männlichen oder weiblichen Probanden stammen, so wird schnell klar, dass es große Unterschiede in den verschiedensten Bereichen der Medizin gibt. Zum Beispiel Autoimmunerkrankungen haben vornehmlich Frauen und Tumorerkrankungen des Blut- oder Lymphgefäßsystems vorrangig Männer.

Der kleine Unterschied lässt sich biologisch und soziokulturell also nicht leugnen, auch wenn wir Gendergerechtigkeit in vielen anderen Bereichen des Lebens selbstverständlich gutheißen. Ziel der Gendermedizin ist es aber gerade, die spezifischen Unterschiede herauszustellen und sie in Diagnostik und Therapie zum Wohle der Patientin zu berücksichtigen.

Wir betonen das noch einmal (und bestimmt noch öfter):

In der Medizin müssen Männer und Frauen aus unterschiedlichen Perspektiven angeschaut und behandelt werden, damit für beide in der bestmöglichen Art und Weise Prävention, Diagnostik, Therapie angewandt werden und Heilung stattfinden kann.

Auch wenn in der Frauenmedizin mittlerweile viel geforscht

wird, ist die Datenlage im Vergleich zur Männermedizin immer noch dünn. Man spricht hier analog zum *Gender Pay Gap* von einem *Gender Data Gap*. Vor allem werden Erkenntnisse, die man bei Frauen häufiger beobachtet, heute oft immer noch als unnormal oder atypisch eingeordnet, wenn sie sich nicht mit den gängigen Resultaten aus Studien an Männern decken. Dabei ist das Studienergebnis dann eben nicht unnormal oder atypisch, sondern genau das: frauenspezifisch.

Doch vor der Therapie erfolgt erst einmal der Besuch beim Arzt oder Therapeuten. Schon hier, in der Begegnung zwischen Patientin und Arzt oder Therapeuten, fällt ein kulturell-erzieherischer Aspekt ins Gewicht, der sowohl Diagnosestellung als auch Therapie bei Männern und Frauen beeinflussen kann: die unterschiedliche Kommunikation.

Gender Communication – Warum Ärzte nicht zuhören und Patientinnen nicht auf den Punkt kommen

Wir wissen, dass wir uns in diesem Abschnitt auf das wackelige Feld der Vorurteile begeben, wenn wir »typisch« männliche und »typisch« weibliche Eigenschaften betrachten. Wir tun es dennoch, weil die Verhaltensweisen von Männern und Frauen tagtäglich in der ärztlichen Praxis gravierende Folgen für die Gesundheit haben können. Die im Folgenden überspitzten Darstellungen sind also Absicht.

Männer sind eher sach- und zielorientiert, Frauen reagieren emotionaler und beziehen vieles auf sich persönlich. Männern ist es egal, ob sie mit einem netten oder weniger sympathischen Menschen zusammenarbeiten (müssen), Hauptsache, sie kommen mit ihren Vorstellungen ans Ziel. Testosteron ist an dieser Stelle ein biologischer Vorteil, denn ein hoher Testosteronlevel macht

Männer in ihrem beruflichen Umfeld resistenter. Sie machen sich keine Sorgen, wer wie über sie denken könnte oder wer sie vielleicht nicht gut findet. Die Meinung Dritter prallt an Männern eher ab als an Frauen.

Bei Frauen ist das anders. Ihre Sensibilität macht sie vielleicht sympathischer, aber im Job kann die »Empfindlichkeit« unter Umständen zu einem Problem werden. Weil Frauen Konflikte weniger aussitzen, sondern eher ausdiskutieren wollen, gelten sie als weniger resistent und stärker anfällig. Trotz Genderdiskussion, gendergerechter Sprache, Veränderungen in Firmen usw. unterliegt das Kommunikationsverhalten von Männern und Frauen leider immer noch häufig diesen biologischen Parametern.

Frauen arbeiten zudem auch eher in Projekten mit Menschen, die ihnen sympathisch sind und mit denen sie gute soziale Beziehungen eingehen können. Sehr viele Frauen sagen aus, dass sie sich gegen Projekte entscheiden oder diese nicht gut oder erfolgreich verlaufen, wenn die Chemie zwischen den Beteiligten nicht stimmt. Das war auch bei uns beiden Autorinnen so. Wir kannten uns vor diesem Buchprojekt nicht, und die gegenseitige Sympathie spielte eine entscheidende Rolle, sich für so ein großes, langfristiges Projekt aneinander zu binden. Wenn wir nicht von Beginn an das emotionale Vertrauen gehabt hätten, miteinander gut auszukommen, hätten wir dieses Buch nicht gemeinsam schreiben können. Alle anderen Kompetenzen und inhaltliche Aspekte natürlich vorausgesetzt.

Übertragen auf die Beziehung zum Arzt oder Therapeuten bedeutet dies, dass eine Patientin sich mit ihren Beschwerden und Symptomen vielleicht nicht selbstverständlich auf der rein sachlichen Ebene öffnet. Darum ist in der Arztpraxis das unterschiedliche Kommunikationsverhalten von Männern und Frauen in Bezug auf Krankheiten unbedingt zu berücksichtigen. Vor allem hinsicht-

lich einer Erkrankung am Herzen kann dieser gravierende Unterschied in der Kommunikation eine lebenswichtige Diagnose erschweren oder verzögern. Kurz gefasst könnte man in Anlehnung an das bekannte und die Geschlechter *sehr* stereotyp darstellende Buch *Warum Männer nicht zuhören und Frauen schlecht einparken* sagen: »Warum Ärzte nicht zuhören und Frauen nicht auf den Punkt kommen.«

Frauen kommunizieren häufig aus sozialem Interesse. Sie möchten sich mit anderen austauschen und eine Bindung aufbauen. Darum sind auch die Themen, über die Frauen sich austauschen, oft sozialer, familiärer, emotionaler oder persönlicher Natur. Es ist für sie nicht so wichtig, ob die Grenzen zwischen dem Ich und dem Wir verschwimmen. Das Gespräch an sich hat einen Wert. Darüber hinaus sind die meisten Frauen in ihrer Wortwahl vorsichtiger, höflicher und einfühlsamer.

Männer kommunizieren hingegen in der Regel, um andere zu informieren, ihren gesellschaftlichen Status aufzubauen oder zu festigen und um ihre Position in einem Machtverhältnis oder in der Beziehung zu demonstrieren. Sie kommunizieren lösungsorientierter (um sich weitere Diskussionen zu ersparen) und geschlossener, d. h. sie stellen weniger offene Fragen. Ein Gespräch ohne Absicht oder Ziel ist in ihren Augen weniger bedeutsam und darum eher »Zeitverschwendung«. Männer haben in dieser Hinsicht einen klaren biologischen Vorteil, zumindest nützt ihnen dieses Verhalten hinsichtlich der Krankheitsbehandlung und in ihrer Karriere.

In der Arztpraxis neigen Frauen dazu, die häusliche oder soziale Situation zu beschreiben: »Meine Freundin war letzte Woche bei mir, wir sind zusammen um den See gegangen. Wir setzten uns auf einen Baumstamm, da war noch alles gut. Als ich dann aufgestanden bin, hat es schon angefangen. Zu Hause konnte ich

mich nicht mehr richtig bücken, um die Schuhe auszuziehen. Aber das war noch nicht so schlimm. Ich habe heute Nacht überhaupt nicht geschlafen ...«

Der Mann sagt im ersten Satz, dass er Rückenschmerzen hat, die Frau sagt es nicht einmal im sechsten Satz. Im Alltag in der Praxis wird der Arzt dann ungeduldig. Das kann gerade in Bezug auf Herzerkrankungen gefährlich sein. Oft hört man im Anschluss an einen Praxisbesuch von Frauen: »Der Arzt hat mich ja nicht danach gefragt.« Sie meinen ihre Symptome, die wirklichen Beschwerden.

Enorm wichtig ist darum die Beobachtung, dass Patientinnen gefragt bzw. gebeten werden möchten zu sagen, was ihnen fehlt. Kommt Ihnen das aus Ihrem Privatleben bekannt vor? Uns schon ...

Wir ahnen, dass Sie, liebe Leserin, jetzt laut aufstöhnen aufgrund der Klischeehaftigkeit. Aber hier weitere Beispiele aus der ärztlichen Praxis:



ANAMNESEGESPRÄCHE ZWISCHEN ARZT/ÄRZTIN UND PATIENTIN

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Patientin: Es fing am Geburtstag meines Mannes an, da hatte ich viel zu tun, ich musste alles allein vorbereiten, und da fingen die Beschwerden an, noch nicht so schlimm allerdings.

Wann war denn der Geburtstag?

Patientin: Das ist ehrlich gesagt für mich der anstrengendste Tag des Jahres. So viele Gäste, und immer ist es anstrengend. Ich bin danach immer total fertig ...

