

Die Geschlechterperspektive in der kardiologischen Rehabilitation



Prof. Dr. Ursula Härtel
Institut für Medizinische Psychologie, LMU München

Diskussionsforum mit Expertinnen
Gesundheitsbeirat der Stadt München, 5.7.2013

- ❖ Geschlechtsspezifische Unterschiede werden in der **medizinischen Rehabilitation** bisher **kaum berücksichtigt**.
- ❖ Dies gilt auch für **koronare Herzerkrankungen**, obwohl hier über die Unterschiede zwischen Männern und Frauen **schon wesentlich mehr bekannt ist** als bei anderen Indikationen.

Epidemiologischer Hintergrund

Geschlechtsspezifische Unterschiede beim Myokardinfarkt

Altersstandardisierte Unterschiede	Männer	Frauen
Herzinfarkt-Erkrankungsraten	↑ höher	
Herzinfarktsymptomatik	differiert	
Multimorbidität bei akuter KHK		↑ höher
Herzinfarkt Diagnostik		schwieriger
Letalität vor Einweisung in ein Krankenhaus		↑ höher
Letalität im Akutkrankenhaus (1. Tag)		↑ höher
Langfristiges Sterberisiko	↑ höher ?	
Wirkung klassischer Risikofaktoren auf Erkrankungsrisiken	differiert	

Wenger et al. Coronary heart disease in women: update. 2008. Expert Rev Cardiovasc Ther 2008

Gulati et al: Myocardial ischemia in women , Lessons from the NHBLI WISE Study;Cardiol. 35, 3, 141–148 (2012)

M. Huxley RR, Woodward M. Meta-Analyse zum Effekt des Rauchens, Lancet, 2011 Oct 8;378(9799):1297-305.

Rehabilitation



Klinik Höhenried

Ziele kardiologischer Rehabilitation bei Männern und Frauen

- ❖ Diagnostik/Funktions-Diagnostik
- ❖ Risikostratifizierung
- ❖ Lebensstiländerung (Bewegung/Ernährung/Stress)
- ❖ Optimierung der Pharmakotherapie
- ❖ Krankheitsverarbeitung
- ❖ Reha vor Rente, Reha vor Pflege
- ❖ Verbesserung von Prognose und Lebensqualität

Risikofaktoren ↓
Schutzfaktoren ↑
Compliance ↑

Gender-Studien in der stationären Rehabilitation, Klinik Höhenried



- I. **Follow-up-Studie:** 308 Männer und 202 Frauen nach erstem Herzinfarkt (Beginn und Ende AHB, 18 Monate, 3 Jahre + 10 Jahre nach Entlassung)
- II. **Frauen – Interventionsstudie** (163 Frauen) mit 12-Monate und ca. 8 Jahre Follow-up)
- III. **Frauen-Therapieprogramm in der kardiologischen Routineversorgung** (mit laufender wissenschaftlicher Evaluation), seit 2005 über 1000 Frauen

*Orthopädie: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei **chronischen Rückenschmerzen** (Studie abgeschlossen 2012)*

- Von 2000 bis 2005 gefördert durch BMBF (DRV Bund),
- Seit 2005 gefördert durch DRV Bayern Süd

Zentrale Fragen der kardiologischen Studien

1) **Follow-up-Studie: Männer und Frauen**

Welche physischen, psychischen und Lebensstil-Unterschiede existieren zwischen Männern und Frauen im Verlauf der Rehabilitation **nach erstem Herzinfarkt ?**
(*Brauchen Frauen andere Reha-Maßnahmen als Männer?*)

2) **Frauen-Interventionsstudie**

Ist der Reha-Erfolg von Frauen, die an einem speziellen **Frauenprogramm** teilnehmen, größer als bei Frauen, die das normale Therapieprogramm absolvieren?



Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse

Ergebnisse (I) des Vergleichs Männer und Frauen

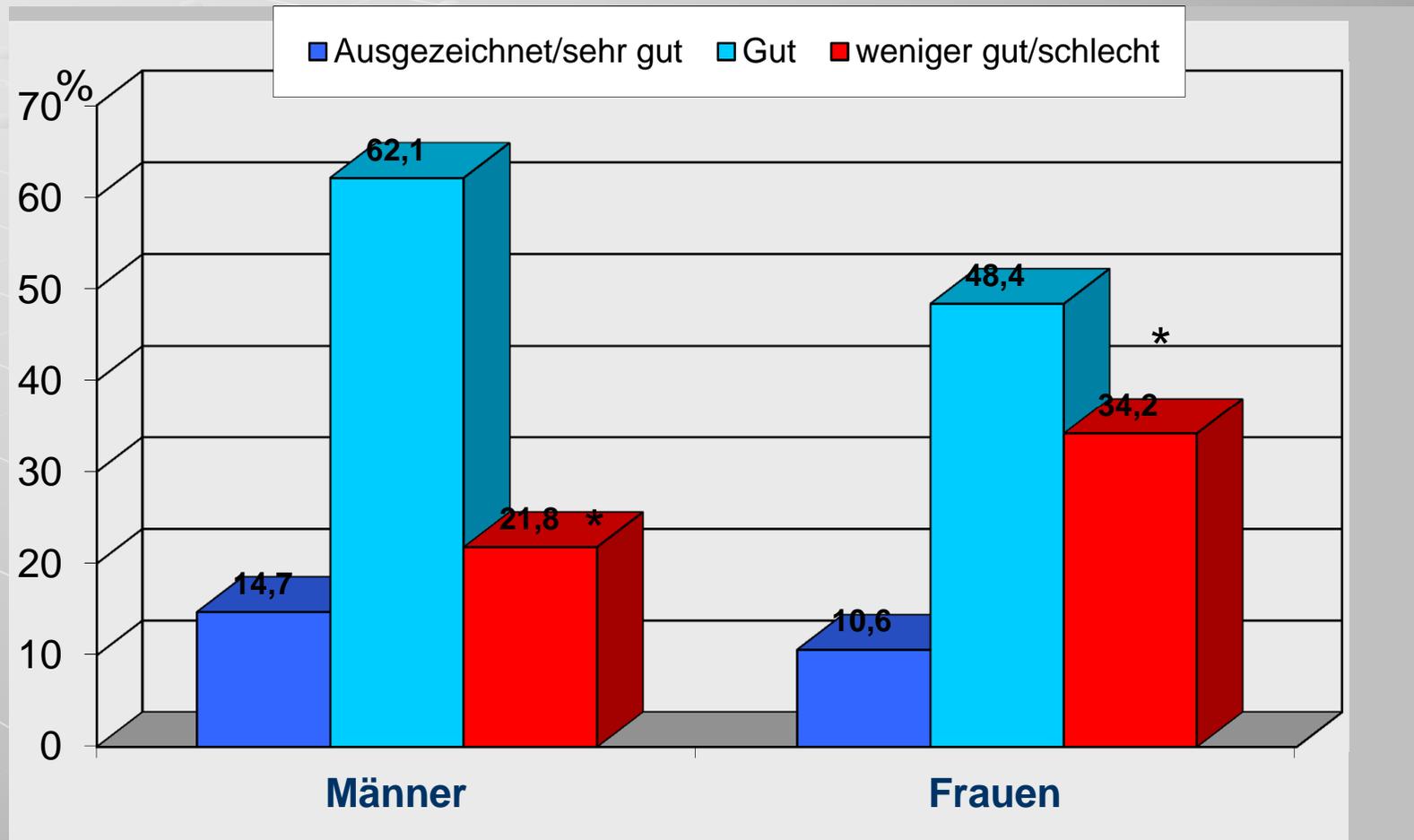
- ❖ **Frauen** hatten schon zu Beginn der AHB nach Herzinfarkt **signifikant mehr chronische Begleiterkrankungen** und körperliche Beschwerden als Männer, waren insgesamt **schwächer**
- ❖ Während der stationären AHB konnten die **klassischen Risikofaktoren** wie **hoher Blutdruck, erhöhte Blutfettwerte und Zigarettenrauchen bei Männern und Frauen** **signifikant gesenkt** werden.
- ❖ **Angst- und Depressionssymptome** waren - trotz Verbesserungen während der stationären Reha - **bei Frauen** zu allen Zeitpunkten¹ **stärker ausgeprägt** als bei Männern und die selbst eingeschätzte **Lebensqualität (SF12) schlechter**.

1) Anfang AHB, Ende AHB, 1,5 Jahre, 3 Jahre und 10 Jahre nach Entlassung

Ergebnisse (II) des Vergleichs Männer und Frauen

- ❖ Nach Entlassung aus der Reha nahmen Frauen und Männer etwa gleich häufig an **ambulanten Herzgruppen** teil (ca. 30%), **die Gründe für Nichtteilnahme waren jedoch sehr unterschiedlich.**
- ❖ **3 Jahre nach erstem Herzinfarkt** hatten Frauen (altersstandardisiert) einen signifikant höheren **Unterstützungsbedarf** als Männer und tendenziell häufiger einen Reinfarkt.
- ❖ **10 Jahre nach Entlassung aus der Reha** waren die Überlebenschancen (Sterberaten) bei Männern und Frauen etwa gleich hoch. Die **Prädiktoren für das Überleben** unterschieden sich nach Geschlecht.

Selbsteinschätzung des aktuellen Gesundheitszustands 10 Jahre nach erstem Herzinfarkt (altersadjustiert)



* $p < 0,05$, Unterschied Männer - Frauen

Prävalenz (%) kardiovaskulärer und anderer chronischer Krankheiten¹⁾

(Selbstangabe 10 Jahre nach erstem Herzinfarkt)

	Männer (n=211) %	Frauen (n =128) %
Angina Pectoris	8,4	21,7*
Herzinsuffizienz	7,3	18,1 *
Herzrhythmusstörungen	15,8	22,3 *
Schilddrüsenerkrankung	3,6	20,4 *
Asthma	6,7	18,3 *
Osteoporose	3,6	23,9 *
Rheuma, Polyarthritis	18,2	37,2 *
Urologische Erkrankungen	24,6	8,3
Krebserkrankung	10,4	11,8

1) In den 12 Monaten vor der Befragung

Frauen-Interventionsstudie

Ist der Reha-Erfolg von Frauen, die an einem speziellen **Frauenprogramm** teilnehmen, größer als bei Frauen, die das normale Therapieprogramm absolvieren?

Frauengruppen in der Bewegungstherapie



Klinik Höhenried

- ❖ Berücksichtigen **geringere Belastbarkeit** und „**frauenspezifische Körperthemen**“ (z.B. spezielle Gymnastik für Schulter-Arm, Beckenboden, Problemzonen und Venen, Osteoporose-Gymnastik)
- ❖ Schulen **Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl** und geben spezielle Anleitungen für die Umsetzung ins Alltagsleben der Patientinnen
- ❖ Fördern insgesamt Akzeptanz und Umsetzung der Therapieinhalte, auch durch **gegenseitige Unterstützung** der Patientinnen.

Frauengruppen in der psychologischen Betreuung



- ❖ Besondere Berücksichtigung **frauenspezifischer Ängste** und Depressionen
- ❖ Umgang mit **Mehrfachbelastungen** in Familie und Beruf
- ❖ **Lebensveränderung** durch die Krankheit und Umgang mit ihren Folgen
- ❖ Erlernen von Entspannungstechniken sowie Strategien zur Stressbewältigung und zum **Erkennen der eigenen Stärken**
- ❖ Stärkung der **Motivation** und **Selbstwirksamkeit**

Frauenspezifische Ernährungsberatung



Klinik Höhenried

- ❖ Besondere Gewichtsprobleme (z.B. Menopause, Hormone)
- ❖ Besondere Aufklärung zu fettreduziertem Essen (z.B. versteckte Fette)
- ❖ Essverhalten (z.B. bei Frust, Ärger, Depressionen, „Ersatzbefriedigung“ Schokolade)
- ❖ Gute Nährstoffversorgung (Umsetzung in den Alltag und in die Familie, Lehrküche)

Wichtige Erkenntnisse der Frauen-Interventionsstudie

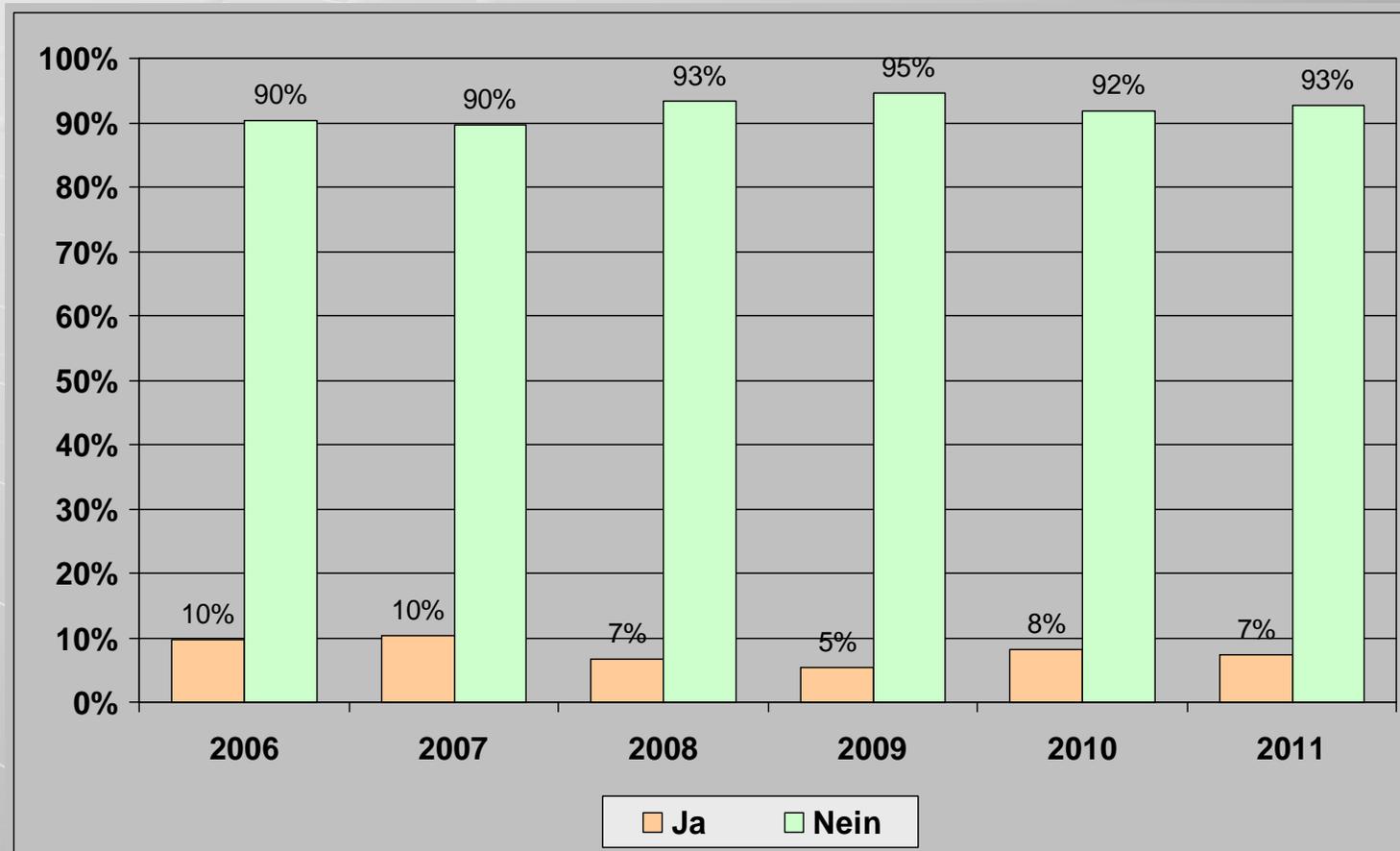
- ❖ Hohe Akzeptanz der Frauengruppen durch Patientinnen und Therapeuten.
- ❖ Signifikant höhere Zufriedenheit der Frauengruppe mit der Bewegungstherapie, der Ernährungsberatung und der psychologischen Betreuung.
- ❖ Stärkere Senkung von Angstsymptomen in der Interventionsgruppe
- ❖ Nachhaltigerer Reha-Erfolg bei körperlicher Aktivität und Teilnahme an ambulanten Herzgruppen
- ❖ Bessere Kenntnisse über die individuellen Risikofaktoren auch 1 Jahr nach Entlassung aus der Reha (Patientinnenpass, telefonische Nachbefragung)

Seit 2005 Übernahme des Frauen-
Therapieprogramms in die
Routineversorgung

Bisher insgesamt ca. 1500
Teilnehmerinnen in der Höhenried

„Hätten Sie lieber in einer gemischten Gruppe (Männer und Frauen) Ihre Therapien gehabt?“*

Rehabilitation in der **Kardiologie** (Frauengruppe)



* Insgesamt ca. 1500 Frauen mit akuter KHK befragt

Allgemeines Fazit

- Aus der epidemiologischen Forschung und aus klinischen Studien liegen bereits **viele Erkenntnisse** über geschlechtsspezifische Unterschiede in der Entstehung und im Verlauf von **koronaren Herzkrankheiten** vor.
- Bisher mangelt es vor allem an der **Umsetzung** dieser Erkenntnisse in die **Versorgungspraxis**.
- In den einschlägigen **medizinischen Leitlinien** wird die Geschlechterperspektive weitgehend vernachlässigt.

