

JOURNAL FÜR HYPERTONIE

HOCHLEITNER M, BADER A
*Herzpatienten und Lebensqualität: Gibt es einen
Geschlechtsunterschied?*

*Journal für Hypertonie - Austrian Journal of Hypertension 2003;
7 (1), 19-22*

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

ZEITSCHRIFT FÜR HOCHDRUCKERKRANKUNGEN

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Hypertonie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Hypertonie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Hypertonie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Herzpatienten und Lebensqualität: Gibt es einen Geschlechtsunterschied?

M. Hochleitner, A. Bader

Herzerkrankungen haben massive Auswirkungen auf Lebensqualität und Geschlechtsunterschiede. In der Kardiologie werden sie seit Jahren in zahlreichen Artikeln diskutiert und dokumentiert. Sind neben den bekannten Unterschieden auch solche bezüglich Lebensqualität bei HerzpatientInnen feststellbar? Im Rahmen einer Herzstudie wurden im Jahr 2000 253 PatientInnen, 74 (29,2 %) Frauen und 179 (70,8 %) Männer mit einem speziell erarbeiteten Lebensqualitäts-Fragebogen an der Innsbrucker Herzchirurgie interviewt. Das mittlere Alter unserer Studienpopulation lag bei 65,59 Jahren (bei Frauen 68,39 Jahre und bei Männern 64,46 Jahre). Alle Fragen richteten sich auf Auswirkungen der Herzerkrankung, die zur Operation geführt hatten. Keine oder nur wenig Einschränkungen bezüglich körperlichem Wohlbefinden berichteten 13,6 % der Frauen und 33,6 % der Männer. Nur geringe Geschlechtsunterschiede ergaben die Fragen nach sportlicher Aktivität, Urlaubs- und Freizeitgestaltung, Freundeskreis und Familienleben. Von den aktiv Erwerbstätigen wurden aufgrund der Herzerkrankung 18,8 % der Frauen und 24,8 % der Männer pensioniert. Depression aufgrund der Herzerkrankung meldeten 58,1 % der Frauen und 33,5 % der Männer, Todesangst 71,6 % der Frauen und 55,3 % der Männer, Schlafstörungen 74,3 % der Frauen und 59,2 % der Männer. Einschränkungen der Haushaltstätigkeit bestätigten 87,5 % der Frauen und 30,0 % der Männer, des Sexuallebens 20,3 % der Frauen und 58,7 % der Männer. Zusammenfassend sind die von den PatientInnen angegebenen Auswirkungen geringer als zu erwarten war, signifikante Geschlechtsunterschiede ergaben sich bei den meisten Fragen nicht. Die größeren Unterschiede bei den Fragen nach Depression, Schlafstörungen und Todesangst sind wahrscheinlich in Zusammenhang mit dem häufigeren Auftreten von Depressionen bei Frauen zu sehen. Die wirklich hochsignifikanten Geschlechtsunterschiede liegen bei den Fragen nach Sexualleben und Haushaltstätigkeit. Hier muß aber ein dominierender Einfluß der gesellschaftlichen Realität und des soziopsychologischen Umfelds berücksichtigt werden, ein ursächlicher Zusammenhang mit Herzerkrankungen ist nicht nachweisbar.

Cardiac disease has a profound effect on the quality of life and gender differences in cardiology have been discussed and documented for years in numerous articles. In addition to the known differences: is there also a gender-related difference in quality of life for cardiac patients? A heart study was conducted at the Department of Cardiac Surgery of Innsbruck University Hospital in 2000 and used a specially compiled quality of life questionnaire to interview 253 patients (74/29.2 % women, 179/70.8 % men). Mean age of the study population was 65.59 (women 68.39, men 64.46) years. All questions were aimed at the effects of the heart disease that had led to cardiac surgery. No or only few restrictions on physical well-being were reported by 13.6 % of women and 33.6 % of men. Only minor gender-related differences were calculated for the responses concerning activity, holiday and leisure time, friends and family life. Among the employed persons, 18.8 % of women and 24.8 % of men went into retirement because of their heart disease. The cardiac disease was reported to cause depression in 58.1 % of women and 33.5 % of men, fear of death in 71.6 % of women and 55.3 % of men, sleep disorders in 74.3 % of women and 59.2 % of men. Restrictions in household activities were noted by 87.5 % of women and 30.0 % of men, in sex life by 20.3 % of women and 58.7 % of men. All in all, the reported effects were less severe than expected, and no significant gender differences were seen for most questions. The greater differences in the questions concerning depression, sleep disorders and fear of death probably need to be viewed in connection with the greater frequency of depression amongst women. Real high significant gender differences were seen in the responses on sex life and household activities. Here, however, societal reality and the socio-psychological environment must be seen as the dominant influences; a causal connection with heart disease could not be demonstrated. *J Hypertonie* 2003; 7: 19–22

Herzerkrankungen reduzieren die körperliche Leistungsfähigkeit und haben naturgemäß Auswirkungen auf die Lebensqualität. Geschlechtsunterschiede in der Kardiologie werden seit Jahren in zunehmendem Maß in zahlreichen Artikeln dokumentiert und diskutiert. Der Schwerpunkt dieser Studien liegt bei der Benachteiligung von Frauen im Zugang zur invasiven Kardiologie [1], den längeren Wegen zur und durch die Spitzenmedizin sowie der meist höheren Akutmortalität der Frauen [2–10]. Herzerkrankungen und insbesondere Herzinfarkt sind in unserer Gesellschaft nach wie vor männlich besetzt. Resultieren aus all diesen ausführlich dokumentierten Geschlechtsunterschieden auch subjektive Unterschiede aus Sicht der PatientInnen, die mittels eines Lebensqualität-Fragebogens faßbar sind?

Patienten und Methoden

Im Rahmen einer großen Herzstudie wurde im Jahr 2000 vom 1.1.–31.12. eine Fragebogenaktion an der Herzchirurgie der Universitätsklinik Innsbruck durchgeführt. Es wurden in fortlaufender Reihe alle frisch-operierten PatientInnen nach Klappen- oder Bypass-Operation mittels eines von uns erstellten standardisierten Lebensqualität-Fragebogens interviewt. Der Fragebogen wurde basierend auf den häufigsten von den PatientInnen reklamierten Einschränkungen erstellt.

Ergebnisse

Im Studienzeitraum entsprachen 265 PatientInnen, 76 (28,7 %) Frauen und 189 (71,3 %) Männer unseren Einschlusskriterien. 2 Frauen und 10 Männer füllten den Fragebogen nicht aus. Die Studienpopulation bestand aus 253 PatientInnen; 74 (29,2 %) Frauen und 179 (70,8 %) Männer. Das mittlere Alter unserer Studienpopulation betrug 65,59 Jahre: das mittlere weibliche Alter 68,39 und das mittlere männliche Alter 64,46 (Tab. 1). Die Frauen sind erwartungsgemäß durchschnittlich älter als die Männer. Auch bezüglich der NYHA-Klassifikation sind die Frauen in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer Krankheit (Tab. 2). Bei allen Fragen wurde nach Auswirkungen der zum Teil schon lange bestehenden Herzerkrankung, die schließlich zu einer Operation geführt hat, gefragt. Keine oder nur wenig Einschränkung des körperlichen Wohlbefindens gaben 13,6 % der Frauen und 33,6 % der Männer an. Bei den Fragen nach Auswirkungen auf sportliche

Tabelle 1: Durchschnittsalter in Jahren

	Mittelwert	Min.	Max
Frauen	68,39	36,0	83,0
Männer	64,46	30,0	84,0
Gesamt	65,59	30,0	84,0

Aus der Universitätsklinik für Innere Medizin Innsbruck und dem Ludwig Boltzmann-Institut für kardiologische Geschlechterforschung
Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Margarete Hochleitner, Universitätsklinik für Innere Medizin, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck;
E-mail: margarethe.hochleitner@uibk.ac.at

Aktivitäten, Urlaubs- und Freizeitgestaltung, Freundeskreis und Familienleben wurden nur geringe Geschlechtsunterschiede festgestellt. Ebenso zeigt die Absicht, die Rauch- oder Eßgewohnheiten zu ändern, geringe Unterschiede. Die Auswirkung auf die Berufstätigkeit ist problematisch, waren doch schon 69,7 % der Frauen sowie 72,5 % der Männer Pensionisten. Aktiv im Erwerbsleben standen 9,2 % der Frauen und 27,5 % der Männer. 21,1 % der Frauen gaben als Tätigkeit „Hausfrau“ an. Von den aktiv Erwerbstätigen wurden aufgrund der Herzkrankheit 18,8 % der Frauen und 24,8 % der Männer pensioniert.

Depression aufgrund der Herzkrankheit in verschiedenen Stärkegraden wurde von 58,1 % der Frauen und 33,5 % der Männer angegeben. Todesangst im Rahmen ihrer Herzkrankheit wurde von 71,6 % der Frauen und 55,3 % der Männer angegeben. Über Schlafstörungen berichteten 74,3 % der Frauen und 59,2 % der Männer (Abb. 1). Die größten Geschlechtsunterschiede ergaben sich bei den Fragen nach Einschränkung bezüglich der Sexualität und der Haushaltstätigkeit. Bei der Haushaltstätigkeit gaben 87,5 % der Frauen Einschränkungen an, aber nur 30 % der Männer. Bei Auswirkungen auf ihr Sexualleben gaben 20,3 % der Frauen und 58,7 % der Männer negative Aspekte an (Tab. 3).

Diskussion

Zusammenfassend muß angesichts manch erstaunlicher Antworten nochmals auf die Studienpopulation hingewiesen werden. Alle PatientInnen befanden sich nach einer Herzoperation, Klappen- oder Bypass-Operation. Sie

Tabelle 2: NYHA-Klassen: Bypass- und Klappenoperation

NYHA-Klasse	Weiblich Anzahl (%)	Männlich Anzahl (%)	Summe Anzahl (%)
I	9 (11,8 %)	22 (11,6 %)	31 (11,7 %)
II	24 (31,6 %)	97 (51,3 %)	121 (45,7 %)
III	36 (47,4 %)	61 (32,3 %)	97 (36,6 %)
IV	7 (9,2 %)	9 (4,8 %)	16 (6,0 %)
Summe	76 (100 %)	189 (100 %)	265 (100 %)

Tabelle 3: Was unterscheidet Frau und Mann wirklich?

- Haushaltstätigkeit: 12,5 % der Frauen und 70,0 % der Männer geben keine Einschränkung an → Haben Männer jemals Haushaltstätigkeit ausgeführt??
- Sexualleben: 79,7 % der Frauen und 41,3 % der Männer geben keine Einschränkung an. Typische Antwort der Frauen: „Ich bin seit 30 Jahren Witwe!“

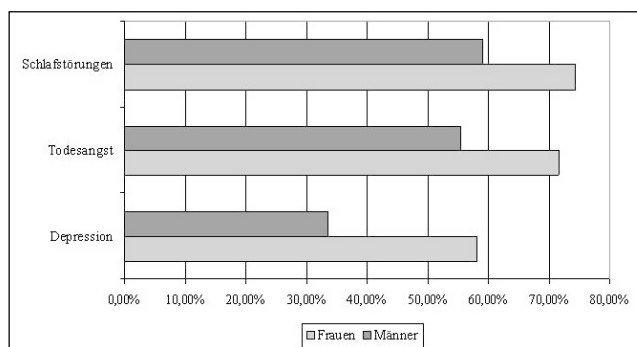


Abbildung 1: Geschlechtsunterschiede bei psychischen Symptomen

wurden teils im Beobachtungszimmer, teils auf der Herzchirurgie interviewt. Alle hatten eine großteils langjährige Herzerkrankung erlebt und zumindest präoperativ eine nachweislich ausführliche und auf alle Risiken und Folgen ihrer Krankheit bzw. ihrer Operation eingehende Aufklärung erhalten. Alle hatten sich wohl großteils auch aufgrund von Symptomen oder eines für sie glaubwürdig dargestellten Risikos zu einer Herzoperation entschlossen. So ist es erstaunlich, daß eine nicht ganz kleine Gruppe von PatientInnen keine oder nur wenig Einschränkung ihres körperlichen Wohlbefindens angeben. 70 PatientInnen spüren keine oder nur wenig Auswirkungen auf ihr körperliches Wohlbefinden. 74 PatientInnen spüren keine oder nur wenig Einschränkung ihrer sportlichen Aktivitäten. Bei dieser nicht unbedingt mit den klinischen Befunden korrelierenden Einschätzung der PatientInnen ist zumindest in unserer Gruppe kein signifikanter Geschlechtsunterschied feststellbar. Als Ursache ist sicherlich das Alter der PatientInnen und der damit wohl verbundene geringere Anspruch auf körperliche Fitneß zu diskutieren.

Deutlichere Geschlechtsunterschiede ergeben sich bei den Fragen nach depressiven Zustandsbildern, nach Schlafstörungen sowie nach Todesangst aufgrund der Herzkrankheit. Frauen bejahen diese Fragen wesentlich häufiger als Männer. Allerdings ist unser Fragebogen nicht dazu geeignet, zwischen exogenen und endogenen Depressionen zu unterscheiden oder eine Kausalität mit der Herzkrankheit zwingend herzustellen. Der aus unseren Unterlagen hervorgehende Geschlechtsunterschied bezüglich dieser drei Fragen ist neben diesen Einschränkungen auch in Zusammenhang mit dem bekanntlich häufigeren Auftreten von Depressionen bei Frauen in Europa zu sehen. Die Auswirkungen auf die Berufstätigkeit bis zur Frühpensionierung sind in dieser Studiengruppe schwer zu erfassen, da aufgrund des hohen Altersdurchschnitts und des generell frühen Pensionierungsalters, das meist wesentlich unter den gesetzlichen Bestimmungen lag, nur ein geringer Teil überhaupt noch im Erwerbsleben stand und auch die tatsächlich wegen Herzerkrankung erfolgten Pensionierungen in Zusammenhang mit dem Usus der Frühpensionierungen in Österreich zu sehen sind. Zusätzlich ist in unserer Altersgruppe ein großer Geschlechtsunterschied bezüglich Berufstätigkeit, Haushaltstätigkeit und Pensionsalter unabhängig von Herzerkrankungen vorhanden.

Ein hochsignifikanter Geschlechtsunterschied in unserem Lebensqualitäts-Questionnaire ergibt sich bei zwei Fragen, nämlich bei jenen nach Auswirkungen auf das Sexualleben und die Haushaltstätigkeit. Die Frage lautete: „Hat Ihre Herzkrankheit eine Auswirkung auf Ihr Sexualleben?“ Die Frage wurde bewußt möglichst neutral formuliert und ziemlich am Ende des Fragebogens gestellt. Der Großteil der Männer beantwortete diese Frage problemlos und ausführlich. Die zu erwartenden Einschränkungen bei zumeist fortgeschrittener Gefäßsklerose wurden zumindest im Trend angegeben. Bei den Frauen lag das Problem nicht bei den wesentlich geringeren Auswirkungen, sondern in ihrem Verhalten bei dieser Frage. Sie wurde zumindest als unangenehm empfunden und großteils eher hastig beantwortet, um ein weiteres Nachfragen abzublocken. Die subjektive Wahrheit der Antworten ist in diesem Zusammenhang zu sehen. Es entstand der Eindruck, daß möglichst schnell irgendeine Einschätzung angegeben wurde, um zur nächsten Frage zu kommen. Ein Gespräch zu diesem Thema war in der Regel nicht möglich. Dies war die einzige Frage, die bei den befragten Frauen in vie-

len Fällen das Risiko eines Interviewabbruchs beinhaltet. Wird jedoch das Alter der Patientinnen bedacht, ist diese Art von Reaktion nicht unerwartet und nicht im Zusammenhang mit Herzerkrankungen zu sehen. Was die Haushaltstätigkeit betrifft, wird diese Frage von den Frauen gerne und ausführlich beantwortet. Daß sie nicht mehr ihre Familie so versorgen können, wie sie es teilweise über Jahrzehnte hindurch getan haben, belastet viele Frauen sehr und beeinträchtigt ihr Selbstwertgefühl. Dies alles kann von den Männern in keiner Weise behauptet werden. In Anbetracht diverser Umfragen in Österreich der letzten Jahre ist die Haushaltstätigkeit der interviewten Herzpatienten als bescheiden einzuschätzen. Darüber hinaus ist das Selbstwertgefühl der Männer im Unterschied zur Sex-Frage wohl in keinem Fall mit Haushaltstätigkeit verbunden. Die angegebenen Einschränkungen durch die fortgeschrittene Herzkrankheit im Hinblick auf die Haushaltstätigkeit der Männer sind eher erstaunlich.

Zusammenfassend besteht eine gewisse Diskrepanz zwischen der Bereitschaft, eine Herzoperation zu akzeptieren und den Einschränkungen, die von den PatientInnen besonders in körperlicher Hinsicht angegeben werden. Beim Großteil unserer Fragen sind die Geschlechtsunterschiede eher marginal oder durch äußere Ursachen zu erklären, wie die Auswirkung auf die Berufstätigkeit oder Depressionen. Gerade dort, wo sie wirklich beeindruckend sind, nämlich bei den Fragen nach Sexualleben und Haushaltstätigkeit, zeigt sich deutlich, daß zumindest die von uns erfaßten Geschlechtsunterschiede bezüglich der Lebensqualität bei HerzpatientInnen nicht ursächlich auf die zugrundeliegende Herzkrankheit, ihre Diagnostik oder

Therapie zurückzuführen sind, sondern wohl eindeutig vom gesellschaftlichen Umfeld und soziopsychologischen Faktoren geprägt wurden. In dieser Studie konnten wir zwar Geschlechtsunterschiede bei Lebensqualität beweisen, daß eine Herzkrankheit diesbezüglich unterschiedliche Auswirkungen auf Frauen und Männer hat, konnten wir jedoch nicht belegen.

Literatur:

1. Healy B. The Yentl Syndrome. *N Engl J Med* 1991; 325: 274–6.
2. Hochleitner M. Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der kardiologischen Versorgung in Tirol. *J Kardiologie* 1999; 6: 406–8.
3. Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1991; 325: 221–5.
4. Bickell NA et al. Referral patterns for coronary artery disease treatment: gender bias or good clinical judgement. *Ann Intern Med* 1992; 116: 791–7.
5. Bueno H et al. Influence of sex on the short-term outcome of elderly patients with a first acute myocardial infarction. *Circulation* 1995; 92: 1133–40.
6. Chiriboga DE et al. A community-wide perspective of gender differences and temporal trends in the use of diagnostic and revascularization procedures for acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1993; 71: 268–73.
7. Khan SS et al. Increased mortality of women in coronary artery bypass surgery: evidence for referral bias. *Ann Intern Med* 1990; 112: 561–7.
8. Krumholz HM et al. Selection of patients for coronary angiography and coronary revascularization early after myocardial infarction: is there evidence for a gender bias. *Ann Intern Med* 1992; 116: 785–90.
9. Maynard C et al. Gender differences in the treatment and outcome of acute myocardial infarction: results from the Myocardial Infarction Triage and Intervention Registry. *Arch Intern Med* 1992; 152: 972–6.
10. Tobin JN et al. Sex bias in considering coronary bypass surgery. *Ann Intern Med* 1987; 107: 19–25.



Univ.-Prof. Dr. Margarethe Hochleitner

Medizinstudium Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Univ.-Ass. Institut für Hygiene und Mikrobiologie, Turnusärztin Universitätsklinik Innsbruck, ius practicandi, Univ.-Ass. Universitätsklinik für Innere Medizin, Fachärztin für Innere Medizin, Habilitation Innere Medizin, 1990 Österr. Kardiologiepreis, derzeit stationsführende Oberärztin an der Universitätsklinik für Innere Medizin.

Ab 1993 Forschungsschwerpunkt Gender Studies, 1998 Jahrespreis der Universität Wien für das Frauenforum Medizin Österreich, seit 1998 Leiterin des Ludwig Boltzmann-Institutes für kardiologische Geschlechterforschung, seit 1999 wissenschaftliche Leiterin des Frauengesundheitsbüros des Landes Tirol, 2000 Frauengesundheitspreis der Stadt Wien für das Projekt „Frauengesundheitsinitiative für türkische Frauen in Tirol“

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung