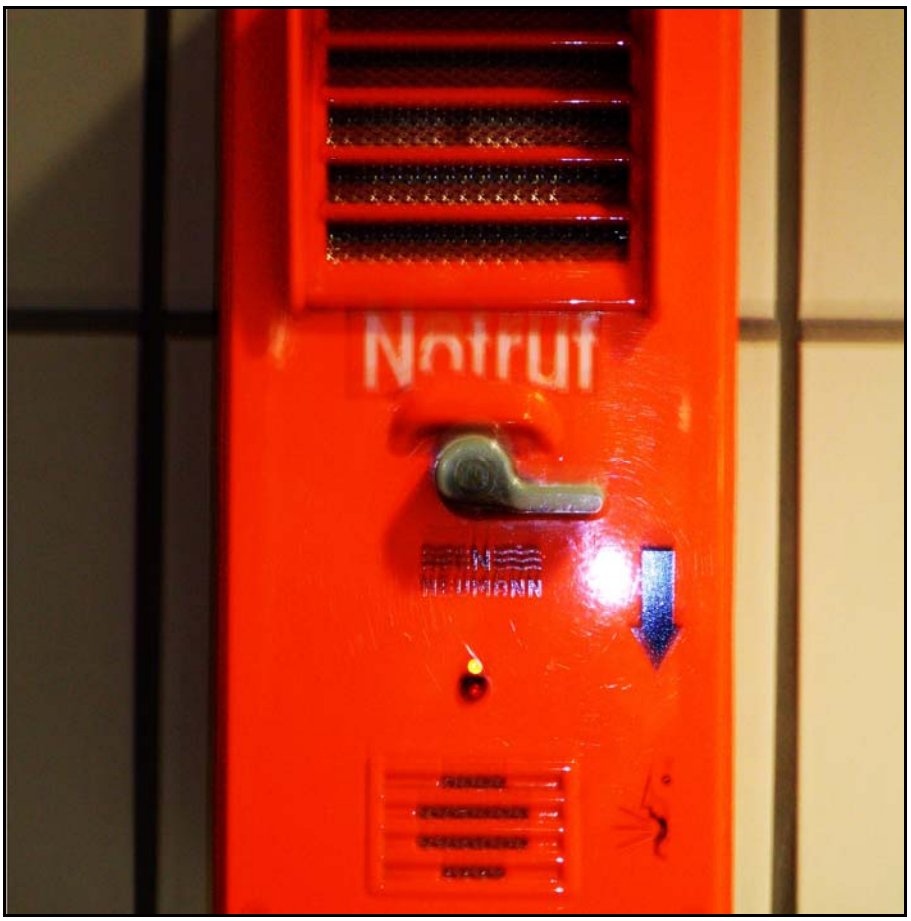
Bielefeld

Kommunale Gesundheits | Konferenz

# Herzinfarkt bei Frauen -
# die längere Prähospitalphase




***- Gesundheitsberichterstattung -***

Impressum:

Herausgeberin:

Stadt Bielefeld
Dezernat 3, Umwelt und Gesundheit
Kommunale Gesundheitskonferenz
Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 33597 Bielefeld

Autorinnen und Autoren:
Dirk Cremer (Gesundheitsberichterstattung) und Claudia Vohmann-Dannert (Praktikantin des Studiengangs Gesundheitskommunikation, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld), Februar 2007

Bestellungen:
Telefon: 0521/51-5022
Fax: 0521/51-3406
E-Mail: Gesundheitsamt@bielefeld.de

Internet: http://www.bielefeld.de (Stichwort Gesundheitsberichterstattung bitte in die Suchfunktion eingeben)

## Vorwort

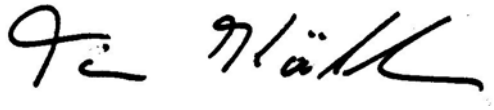
„Männer können alles, Männer kriegen ’nen Herzinfarkt!“ Das ist eine der zentralen Botschaften aus Herbert Grönemeyers Hymne auf das starke Geschlecht und seine kleinen und großen Schwächen. Aber natürlich sind auch Frauen vom Herzinfarktrisiko bedroht, wenn auch seltener als die Männer.

Allerdings dauert es bei ihnen in der Regel wesentlich länger bis sie nach dem Infarkt in ein Krankenhaus eingeliefert werden. Im Fachjargon spricht man von einer verlängerten „Prähospitalphase“. Sie bezeichnet den Zeitraum zwischen dem ersten Auftreten der Symptome und der Einlieferung in ein Krankenhaus. Wir alle wissen, dass gerade beim Herzinfarkt jede Minute zählt.

Zusammen genommen war das für die Kommunale Gesundheitskonferenz in Bielefeld Grund genug, sich dieser Facette des Themas Frauengesundheit intensiver zu widmen. In einem gemeinsamen Planungsprozess mit unterschiedlichen Institutionen wurden verschiedene Maßnahmen entwickelt, die den geschlechtsspezifischen Unterschied in der prähospitalen Herzinfarktversorgung verringern sollen. Außerdem finden Sie in diesem Bericht nähere Informationen zum hiesigen Herzinfarktgeschehen im Vergleich zu anderen Städten.

Mein besonderer Dank für ihre Mitarbeit gilt den folgenden Institutionen:

- Herzpatienten im Gespräch - Selbsthilfegruppe für Gespräche und Informationen in Bielefeld
- Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit der Kommunalen Gesundheitskonferenz
- Städt. Kliniken Mitte, Klinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin
- Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL



Tim Kähler, Dezernent für Jugend, Soziales, Wohnen und Gesundheit

*Vorbemerkung*

Der Sozial und Gesundheitsausschuss der Stadt Bielefeld hat mit Empfehlung der Kommunalen Gesundheitskonferenz die Stadtverwaltung beauftragt, Kurzberichte zur Gesundheit von Männern und Frauen zu erstellen. Der vorliegende Bericht greift einen Aspekt der Frauengesundheit auf: die Zeit, die verstreicht, bis Frauen, die einen Herzinfarkt erleiden, im Krankenhaus sind. Sie ist ungleich.

*Einleitung*

Eines der krankheitsbezogenen Gesundheitsziele der 13. Ländergesundheitskonferenz NRW 2005-2010 lautet "Herz-Kreislauf-Erkrankungen reduzieren". Diese Krankheitsgruppe stellt in Deutschland immer noch die häufigste Todesursache vor den Krebserkrankungen dar - auch für Frauen. Dabei ist in der Öffentlichkeit vielfach die Meinung verbreitet, dass Erkrankungen des Herzens, besonders der Herzinfarkt, typische Männerkrankheiten sind. Männer erleiden statistisch gesehen häufiger einen Herzinfarkt und bis zum 6o. Lebensjahr versterben sie auch eher daran, trotzdem ist eine differenziertere, nach Geschlechtern getrennte Betrachtungsweise sinnvoll, da es aus epidemiologischer Sicht in allen Phasen der koronaren Herzkrankheiten geschlechtsspezifische Unterschiede gibt.

**Herzinfarkt (Myokardinfarkt)**
Der umgangssprachliche Begriff "Herzinfarkt" bezeichnet das Absterben von Herzmuskelzellen in Folge eines Verschlusses eines Herzkranzgefäßes. Der akute Myokardinfarkt wird zumeist durch das Aufbrechen eines arteriosklerotischen Gefäßgeschwürs an der Wand einer Herzkranzarterie ausgelöst. Dadurch wird ein Blutgerinnsel, ein sogenannter Thrombus, ausgebildet. Dieser verschließt die Herzkranzarterie und verringert die (Blut-)Versorgung der Herzregion mit Sauerstoff.

In diesem Bericht wird der Schwerpunkt auf die höhere Prähospitalsterblickeit von Frauen gelegt, weil Expertinnen und Experten hier allgemein die beste Möglichkeit zur Intervention sehen.

Als Prähospitalphase wird die Zeit bezeichnet, die zwischen dem Erstauftreten der Symptome und der Aufnahme in einem Krankenhaus vergeht. Gerade in diesem Zeitfenster sterben nach Daten des Augsburger Herzinfarktregisters (1995/97)[i] 40,1% der Frauen und 35,1% der Männer, der 24-74-jährigen Studiengruppe. Die Sterberate der Frauen ist signifikant erhöht. Die Tatsache, dass gerade die Dauer dieser Phase für die Behandlung aus-

schlaggebend ist, zeigt einen Handlungsbedarf auf, von dem auch Männer profitieren können.

*(Mögliche) Gründe für eine längere Prähospitalphase bei Frauen*

Gerade viele jüngere Frauen schätzen ihr Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden als sehr gering ein. Dabei wird vor einem erhöhten Herzinfarktrisiko gewarnt, wenn die Kombination von Rauchen und die Einnahme von oralen Kontrazeptiva gegeben ist. In welchem Ausmaß diese Steigerung geschieht, wird noch diskutiert. Die Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung NRW" beziffert dies mit einem 40-fach erhöhten Risiko einen Herzinfarkt zu erleiden, andere Studien nennen ein vierfach größeres Risiko. Ein größeres Problem ist die Thrombosebildung aufgrund der Einnahme von Kontrazeptiva. Ebenso stellen Diabetes und Hypertonie (Bluthochdruck) einen höheren Risikofaktor bei Frauen als bei Männern da. Die restlichen Risikofaktoren wie Cholesterin, Übergewicht, mangelnde Bewegung und die genetische Disposition sind bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich ausschlaggebend.

Weitere Gründe für eine längere Prähospitalphase bei Frauen sind das zumeist höhere Alter der Herzinfarktpatientinnen und die damit einhergehende Multimorbidität, mit einer eventuell fortgeschrittenen Gefäßveränderung. Dies ist nicht nur mit dem demografischen Wandel zu begründen, sondern jüngere Frauen verfügen in ihrer reproduktiven Lebensphase, mit dem weiblichen Hormon Östrogen über einen natürlichen Schutzfaktor.

Es sind oftmals alleinstehende, ältere, nicht mobile Frauen, die keine Hilfe herbeirufen oder zögern den Notruf zu wählen. Aus bevölkerungsmedizinischer Sicht gibt es einen klaren Zusammenhang zwischen der Überlebenswahrscheinlichkeit und dem Familienstand. In der bereits erwähnten Augsburger Studie waren von den betroffenen Frauen 33% verwitwet, bei den männlichen Betroffenen waren dies nur 4%.

Ein weiterer Faktor für das spätere Heranziehen von professioneller medizinischer Hilfe ist, dass Frauen und auch ihr Umfeld oftmals den Herzinfarkt nicht als einen solchen wahrnehmen und erkennen. Sie spüren andere, "nicht typische" Symptome. Diese Erkenntnis kann auf eine jahrelange Forschung zurückgeführt werden, in der Ursache, Versorgung und Rehabilitation einer koronaren Herzerkrankung nicht geschlechtssensibel betrachtet wurde. Lange galt der Herzinfarkt als

Managerkrankheit, der sich mit starken Schmerzen in der linken Brustseite bemerkbar macht. Da unter anderem die damalige Direktorin der National Institutes of Health der USA, Dr. Bernadine Healy unter dem Begriff "Yentl-Syndrom" auf die ungleiche Diagnostik und Therapie nach einem Herzinfarkt aufmerksam machte, wird in den USA inzwischen auf einen Pflichtanteil von weiblichen Probanden bei klinischen Studien bestanden.

Trotzdem ist die frühere Sichtweise stark in den Köpfen verankert, so dass die unspezifischen Symptome bei Frauen nicht als ein Hinweis auf einen akuten Myokardinfarkt gesehen werden und erst nach längerer Wartezeit Hilfe geholt wird. Dies geschieht manchmal noch über den Umweg Hausarzt, was eine weitere Zeitverzögerung bis zur Krankenhausbehandlung bedeuten kann. Anzumerken sei aber auch, dass bei sofortiger Diagnosesicherheit, die Einlieferungszeit keine geschlechtsspezifischen Abweichungen aufzeigt.

Ein paar unterschiedliche Symptome, aufgelistet in Tabelle 1, verdeutlichen, dass der „berühmte“ Brustschmerz zwar bei beiden Geschlechtern fast gleich oft bemerkt wird, Frauen aber öfter zusätzlich unter Übelkeit und Erbrechen oder Schmerzen in der linken Schulter leiden. Männer bekommen hingegen häufiger Schweißausbrüche. Hinzu kommt, dass Frauen, die Schmerzen in der Rückenpartie verspüren, häufig auf Gallenbeschwerden untersucht werden und die Diagnose Herzinfarkt erst nach längerer Zeit gestellt wird.

**Tab.1 Altersadjustierte akute Herzinfarktsymptome basierend auf 3.959 interviewten Krankenhauspatienten nach Geschlecht, MONICA Augsburg Herzinfarktregister 1985-1995 (in %)**

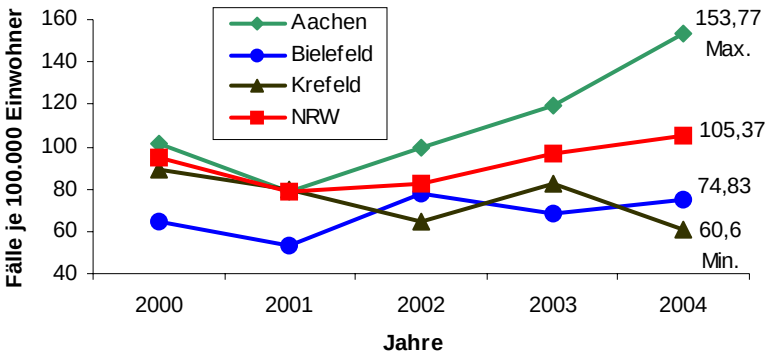
| Symptom | Frauen | Männer | Differenz |
|---|---|---|---|
| Brustschmerz | 82 | 85 | -3 |
| Schmerz im linken Arm | 57 | 52 | +5 |
| Schweißausbruch | 48 | 54 | -6 |
| Übelkeit / Erbrechen | 49 | 35 | **+14** |
| Atemnot | 45 | 43 | +2 |
| Schmerz in linker Schulter | 36 | 21 | **+15** |
| Todesangst | 34 | 31 | +3 |
| Schmerz im rechten Arm | 30 | 28 | +2 |
| Schmerz in Kiefer / Nacken | 29 | 24 | +5 |
| Oberbauchbeschwerden | 11 | 14 | -3 |

Quelle: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland BMFSFJ, eigene Bearbeitung

*Epidemiologie des Herzinfarktes bei Frauen*

Wie bereits angeklungen ist, sind die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems weit in der Bevölkerung verbreitet. In Deutschland erleiden jährlich ca. 200.000 Personen einen Herzin-

Abb.1




*ICD10 I21, altersstandardisierte Rate (Europa-Bevölkerung alt)
Quelle: lögd NRW, GBE Stat2006, eigene Bearbeitung

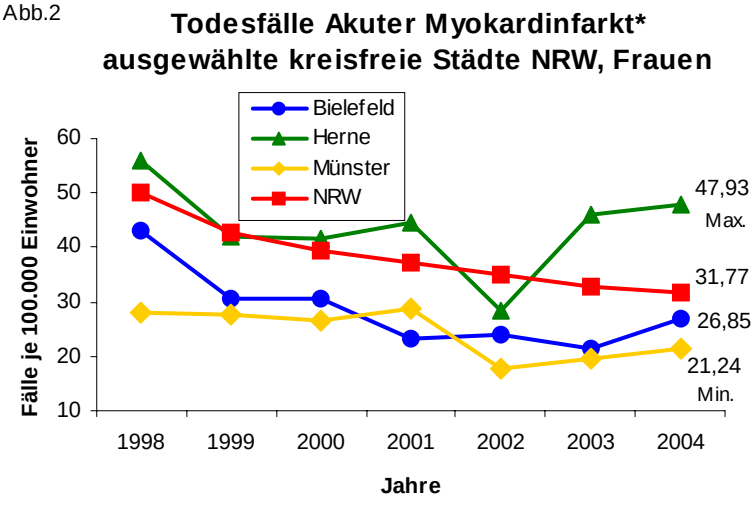
farkt, den 33.348 Männer und 28.388 Frauen im Jahr 2004 nicht überlebten.

In Studien, in denen es primär um die unterschiedlich lang andauernde Prähospitalphase von Frauen gegenüber Männern ging, liegen die Zeiten in Deutschland bei bis zu 45 Minuten (MITRA-Studie) zum Nachteil für die Frauen. Ähnliches wird in anderen Ländern beobachtet.

Das Ludwigshafener MITRAplus-Register registrierte von 1994 bis 2002 einen Anstieg der Prähospitalzeit um insgesamt knapp 30 Minuten, trotz der allgemein in Deutschland vorhandenen Aufklärungsarbeit diverser Stiftungen und Gesellschaften. Besonders ein Alter über 75 Jahre, ein vorhandener Diabetes, Infarkt in der Nacht oder am Wochenende und weibliches Geschlecht gelten als Prädiktoren für ein späteres Eintreffen in einer Klinik. Bei den Frauen verlängerte sich die Prähospitalzeit um durchschnittlich 30 Minuten.

Den Abbildungen 1 und 2 kann man entnehmen, dass Bielefeld im Vergleich zu anderen kreisfreien Städten in NRW unter dem Landesdurchschnitt der Krankenhausdiagnosefälle "Akuter Myokardinfarkt" bei Frauen liegt. Nach einem allgemeinen Rückgang der Einlieferungen 2001, wurden in den darauffolgenden Jahren wieder vermehrt Frauen mit einem akuten Herzinfarkt

Abb.2




*ICD10 I21, altersstandardisierte Rate (Europa-Bevölkerung alt)
Quelle: lögd NRW, GBE Stat2006, eigene Bearbeitung

im Krankenhaus behandelt. Ein Trend, der sich in mehreren Städten beobachten lässt. In Bielefeld wurde im Jahr 2004 74,83 Frauen je 100.000 Einwohner, die Krankenhausdiagnose Herzinfarkt gestellt.

Auch bezüglich der Todesfälle liegt Bielefeld unter dem NRW-Durchschnitt. Tendenziell sinkt die Sterblichkeit nach einem akuten Myokardinfarkt im Jahresvergleich in NRW ab. In Bielefeld ist sie zuletzt von 21,51 im Jahr 2003 auf 26,85 Todesfälle je 100.000 Einwohner im Jahr 2004 angestiegen.

In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass im Jahr 2004 376 Fälle männlichen Geschlechts und 248 Fälle weiblichen Geschlechts mit der Diagnose Herzinfarkt im Krankenhaus waren. Es verstarben 129 Männer und 122 Frauen.

Zur Untersuchung der Prähospitalzeit fanden in Bielefeld und Umgebung verschiedene Studien und Projekte statt.

In der sogenannten HOLS-Studie (Herzinfarkt Ostwestfalen-Lippe Studie), wurde von Oktober 1991 bis September 1992 die Prähospitalzeit bei Herzinfarktpatienten dieser Region untersucht und es wurde versucht, sie mit Hilfe zielgruppenspezifischer Medienkampagnen zu beeinflussen. Vor der Intervention lag der Median der Prähospitalphase bei 4,5 Stunden und konnte um eine Stunde auf 3,5 Stunden gesenkt werden. Innerhalb dieses Zeitfensters ist es möglich, eine sogenannte (Thrombo-) Lysetherapie zur Auflösung des Blutgerinnsels, durchzuführen. Ihre Anwendung steigerte sich von 23% auf 28%. Es wurden vor dem Kampagneneinsatz 34% der Männer und nur 17% der Frauen innerhalb von 4 Stunden nach Symptombeginn in einer Klinik aufgenommen, was bei den Männern um 7-Prozentpunkte und bei den Frauen sogar um 11-Prozentpunkte durch die Intervention gesteigert werden konnte.

**Median**
Der Median ist derjenige Durchschnittswert, der in der nach Größe geordneten Rangreihe der Messwerte, die Reihe halbiert.

Ein weiteres Projekt mit ostwestfälischer Beteiligung war die 24-monatige bundesweite Studie "Das 60-Minuten-Herzinfarktprojekt", zwischen 1992-1994. Hieraus wurden die regionalen Daten der kardiologischen Abteilung der Städtischen Kliniken Bielefeld-Mitte entnommen: Dort konnte allgemein die mediane Prähospitalphase von 3,7 Stunden auf 3 Stunden gesenkt werden und die Aufnahme innerhalb einer Stunde erfuhr eine Verdoppelung auf 14%.

*– Handlungsempfehlungen –*

Drei Komponenten spielen bei der Dauer der Prähospitalzeit eine Rolle:

- der Patient und sein soziales Umfeld,
- der zuweisende Arzt und die
- Abläufe im aufnehmenden Krankenhaus.

Neben der Beseitigung der Kompetenzunsicherheit und dem Vermeiden einer hausärztlichen oder fachärztlichen Beteiligung vor Einlieferung in die Klinik, gibt es hier nur wenige Verbesserungsvorschläge in der Literatur. In dieser wird das größte Potential beim Patienten selber gesehen. Durch eine Sensibilisierung zum Thema Herzinfarkt können diese entscheidend zur Senkung der Prähospitalzeit beitragen.

Die bereits erwähnte HOLS-Studie und das daraus entwickelte HEUH-Projekt (Herzinfarkt erkennen und richtig handeln) hat gerade bei Frauen gute Ergebnisse mit einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit erreicht.

Als Zielgruppe können ältere, alleinstehende und nicht mobile Frauen ab 70 Jahren gelten, aber auch unter 50-jährige Frauen bieten sich an. Ihnen sollte man die (frauen-) spezifischen Symptome und gegebenenfalls die gefährliche Kombination der Risikofaktoren Rauchen und die Einnahme von oralen Kontrazeptiva nahe bringen bzw. nur die Gefahr der Thrombosebildung aufgrund Einnahme von Kotrazeptiva.

Damit die Aufklärungsarbeit auch nachhaltig wirkt, wird ein zyklisch wiederholter Medienmix mit Aktionen unter Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten, Fachgesellschaften und Verbänden empfohlen. Für die jüngere Zielgruppe kann ein Schwerpunkt auf die "neuen Medien" gelegt werden, wie interaktive Lernelemente im Internet.

Um den Erfolg einer solchen Maßnahme messen zu können, bedarf es einer vorherigen geschlechtssensiblen statistischen Erhebung, in der man gleichzeitig überprüfen kann, inwiefern die in der HOLS-Studie erreichten Ergebnisse langfristig gewirkt haben, beziehungsweise, ob die Prähospitalphase vielleicht durch andere Einflüsse in der Zwischenzeit gesenkt werden konnte.

Ziel sollte es sein, eine möglichst niedrige mediane Prähospitalzeit für beide Geschlechter zu erreichen, annähernd an die sogenannte "goldene Stunde",

in der die besten medizinischen Behandlungserfolge zu verzeichnen sind.

Ein weiterer Richtwert kann ein Zeitfenster binnen 3 Stunden sein, da hier eine (Thrombo-)Lyse statt finden kann und auch die Ballon-Dilatation danach eine signifikant verschlechterte Prognose aufweist.

*Einzelne Handlungsempfehlungen des Abstimmungsgesprächs vom 27.9.2006 (erste Überlegungen)*

- Konzentration auf alleinstehende, ältere, immobile Frauen
- Aufklärungskampagne in Form eines zyklischen Medienmix (dabei auch Berücksichtigung der stadtteilbezogenen Medien, wie z.B. dem Monokel; Druck von Telefonaufklebern mit Notfallnummer und Symptomatik (speziell für ältere Frauen))
- Hausarzt-Notrufsystem konsultieren, um mögliche Verbesserung für o.g. Zielgruppe zu erreichen
- Hausärztinnen und Hausärzte könnten darauf aufmerksam machen, dass die o.g. Frauen bei entsprechenden Symptomen direkt 112 wählen und beispielsweise an einem Wochenende warten, bis am Montagmorgen die Praxis wieder geöffnet ist.
- gezielte Ansprache der o.g. Zielgruppe ggf. mit Auswahl über das Einwohnermelderegister
- Gruppen älterer Menschen ansprechen, z.B. die Stadtteilgruppen von „Zwischen Arbeit und Ruhestand“ (ZWAR), damit diese Informationen gezielt an die älteren Frauen weitergeben
- Austauschgespräch mit den ambulanten Pflegediensten
- Informationen über Chest-Pain-Unit der städtischen Kliniken sowie Frühsymptomen

Die beabsichtigten Umsetzungen sollten in die Aktivitäten des OWL-Arbeitskreises „Frauenherzen, Männerherzen“ eingebunden werden.

**Literatur:**

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kohlhammer, Berlin 2001.
GBE-Stat 2006 - Daten für die Gesundheitsberichterstattung in NRW, lögd (Hrsg.).

Gleichmann S, Miche E, Gleichmann U et al.: Verkürzung der Prähospitalzeit in der Herzinfarkt Ostwestfalen-Lippe Studie (HOLS). Westfälisches Ärzteblatt 1994.

Kuhlmann E, Kolip P: Gender und Public Health. Grundlegende Orientierung für Forschung, Praxis und Politik. Juventa Verlag, Weinheim und München 2005.

Lademann J, Kolip P: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Robert Koch-Institut, Berlin 2005.

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.): Herzinfarkt erkennen und richtig handeln. Methodik, Umsetzung und Ergebnisse des Modellprojektes, Bielefeld 1999.

Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004.

Mark B, Meinertz T, Fleck E et al.: Stetige Zunahme der Prähospitalzeit beim akuten Herzinfarkt. Eine Analyse der Entwicklung im bundesweiten Infarktregister (MITRAplus). Deutsches Ärzteblatt 103 Heft 20 2006 (S.1378-1383).

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (Hrsg.): Landesweite Aktionswochen. Frauen und Gesundheit. Reader und Dokumentarteil, Düsseldorf 2001.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (Hrsg.): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000, Bielefeld 2000.

Moebus S, Sottong U: Gutachten zur Analyse und Bewertung der Ursachen für die unterschiedliche Inanspruchnahme der Versorgungseinrichtungen für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen in NRW durch Frauen, Gutachten für die Enquetekommission im Landtag NRW, Information 13/829, Essen 2003.

[i] Da es in Deutschland kein bevölkerungsbasiertes Herzinfarktregister gibt, wird hauptsächlich auf Daten aus dem Augsburger Herzinfarktregister zurückgegriffen (zugehörig zum WHO MONICA-Projekt), welches auch dem Bund als Modellregion und Datengrundlage für ihre Gesundheitsberichterstattung dient.