

Geschlechtsunterschiede bei koronaren Herzkrankheiten

Gerdi Weidner, Monika Sieverding und Nina Knoll

Internationale Vergleiche zeigen, dass die koronare Herzkrankheit (KHK), die führende Todesursache in vielen industrialisierten Ländern, bei Frauen geringer ist als bei Männern. Jedoch variiert das Geschlechterverhältnis je nach Land (Frauen zu Männern zwischen 1:10 bis 6:10; Jackson et al., 1998). Dass dieser weibliche Vorteil im KHK-Risiko in Ländern mit ganz verschiedenen Kulturen und Lebensstilen zu finden ist, verweist auf protektive Faktoren biologischer Natur (z. B. Östrogene). Berücksichtigt man jedoch, dass die Unterschiede zwischen den Ländern größer sind als die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, ist davon auszugehen, dass die „männliche Anatomie kein Schicksal“ im Hinblick auf die KHK ist. Diese Vermutung wird durch die jüngste Entwicklung in vielen osteuropäischen Staaten gestützt, in denen ein epidemiegleicher Anstieg an kardiovaskulären Erkrankungen bei

Männern im jungen und mittleren Alter die Kluft in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen innerhalb kürzester Zeit dramatisch vergrößert hat. Dies sind eindeutige Hinweise darauf, dass die Geschlechtsunterschiede im KHK-Risiko und in der KHK-Mortalität auch durch nicht-genetische Faktoren beeinflusst werden (Weidner, Kopp & Kristenson, in Druck).

Die bekannten „traditionellen“ koronaren Risikofaktoren sind Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Zigarettenrauchen und Übergewicht. Zwar schneiden im Allgemeinen Männer bei diesen Risikofaktoren ungünstiger ab als Frauen (Barrett-Connor, 1997), die Berücksichtigung dieser Faktoren reicht jedoch nicht aus, die Geschlechtsunterschiede in KHK aufzuklären. Zum Beispiel konnten traditionelle Risikofaktoren nur 40 % der Variation des Geschlechterverhältnisses in der KHK-Mortalität zwischen 24 Ländern aufklären (Jackson et al., 1998).

Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf Ätiologie und Verlauf der KHK wurde inzwischen in einer Reihe von prospektiven Studien nachgewiesen (Hemingway & Marmot, 1999). Zu den psychosozialen Risiken gehören Persönlichkeitseigenschaften wie Typ A und Feindseligkeit, negative Emotionen (insbesondere Depression), Stress am Arbeitsplatz, Mangel an sozialer Unterstützung sowie niedriger sozioökonomischer Status. Betrachtet man diese Faktoren, scheinen Männer wieder im Nachteil zu sein. So berichten sie im Durchschnitt höhere Typ A-Ausprägungen und Feindseligkeit als Frauen. Diese beiden Attribute sind charakteristisch für die traditionelle männliche Geschlechterrolle (oder auch „Macho-Rolle“), welche mit verschiedenen Risikoverhaltensweisen wie Rauchen oder exzessivem Alkoholkonsum in Beziehung gesetzt wird. Auch im Hinblick auf soziale Unterstützung scheinen Männer schlechter ausgestattet zu sein. Sie berichten über weniger soziale Unterstützung und sind häufiger als Frauen von einer einzigen Quelle sozialer Unterstützung (der Ehefrau) abhängig (Courtenay, 2000; Weidner et al., in Druck).

Dagegen scheinen – zumindest auf den ersten Blick – Männer im Hinblick auf negative Emotionen besser abzuschneiden. In den meisten Studien berichten nämlich Frauen mehr negative Emotionen (z. B. Depression) als Männer. Interessanterweise trifft das jedoch in Populationen, in denen Frauen und Männer ähnliche Rollen bekleiden (z. B. unter Studierenden), nicht immer zu. Frauen berichten also meistens über mehr Depressionssymptome, gleichzeitig scheinen sie jedoch mit krisenhaften Lebensveränderungen effektiver umzugehen. So nutzen Frauen bei der Bewältigung von Belastung eher vigilante Strategien, d. h. sie setzen sich aktiv mit dem Stressor und seinen psychischen und somatischen Konsequenzen auseinander. Männer hingegen wenden häufiger kognitiv vermeidende Strategien wie Leugnung oder Ablenkung an (Weidner & Collins, 1993). Welcher Bewältigungsstil angemessen

sener ist, hängt von der jeweiligen Situation ab. Die meisten stressreichen Erlebnisse bestehen aus unkontrollierbaren täglichen Ärgernissen (daily hassles), die in der Regel kurzlebig und ohne weitreichende Konsequenzen sind. In solchen Situationen sind vermeidende Strategien durchaus effektiv, etwa in dem Sinne: „Warum soll ich mich mit Dingen auseinandersetzen, die ich nicht kontrollieren kann und die mich nicht ernsthaft gefährden?“ Die Anwendung solcher Strategien im Umgang mit Alltagsstress scheint dazu beizutragen, dass Männer im Vergleich zu Frauen weniger häufig unter negativen Emotionen leiden (oder zumindest darüber berichten). Aber wie sieht es bei schwerwiegenden Krisen aus? Die Vermeidung der Auseinandersetzung mit krisenhaften und langandauernden Lebensereignissen wie chronischer Krankheit, Arbeitsplatzverlust oder Tod einer nahestehenden Person ist langfristig sicher nicht sehr effektiv. In solchen Fällen scheint die höhere Vigilanz der Frauen die bessere Strategie zu sein, dazu gehört z. B. auch, sich mit einer Krise aktiv auseinanderzusetzen, Gefühle (wie Trauer) offen auszudrücken und Unterstützung und Hilfe bei anderen zu suchen.

Zusammenfassend erscheinen Männer in Hinsicht auf die koronare Herzkrankheit doppelt gefährdet: Zu einem ungünstigeren Profil traditioneller Risikofaktoren gesellen sich psychosoziale Risikofaktoren, die das KHK-Risiko weiter erhöhen. Die jüngste Forschung zu weiteren „neuen“ koronaren Risikofaktoren wie abdomineller Adipositas (die sogenannte apfelförmige versus birnenförmige Körperfülle), Feindseligkeit oder kardiovaskulärer Stressreaktivität verspricht die Identifizierung weiterer Faktoren, die zur Aufklärung der Geschlechterkluft bei den koronaren Krankheiten beitragen könnten. Angewandt auf Prävention und Behandlung erscheinen verhaltensbezogene Interventionen vielversprechend, die dazu beitragen, soziale Unterstützung zu erhöhen, negative Emotionen (wie Depression oder Feindseligkeit) abzubauen und die Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit Alltagsstress und Lebenskrisen zu verbessern. Angesichts der empirisch gut dokumentierten Geschlechtsunterschiede im Risikoprofil erscheinen geschlechtsspezifische Interventionen als sinnvoll und notwendig.

Literatur

- Barrett-Connor, E. (1997). Sex differences in coronary heart disease: Why are women so superior? The 1995 Ancel Keys Lecture. *Circulation*, 95, 252-64.
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.

- Hemingway, H. & Marmot, M. (1999). Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 318, 1460-1467.
- Jackson, R., Chambless, L., Higgins, M., Kuulasmaa, K., Wijnberg, L. & Williams, D. (1998). Gender differences in ischemic heart disease and risk factors in 46 communities: An ecologic analysis. *Cardiovascular Risk Factors*, 7, 43-54.
- Weidner, G. & Collins, R. L. (1993). Gender, coping, and health. In H. W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance* (pp. 241-265). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Weidner, G., Kopp, M. & Kristenson, M. (Eds.) (in press). *Heart disease: Environment, stress, and gender*. Amsterdam: IOS Press.

Verweis auf andere Stichwörter

→ Frauengesundheit → Geschlechterunterschiede im Gesundheitsverhalten → Kardiovaskuläres Risikoverhalten → Koronare Herzkrankheit → Männergesundheit → Stress und kardiovaskuläre Reaktion