

AUSGABE SOMMER 2015

# HERZSCHLAG

Das Magazin der Kardiologisch-Angiologischen Praxis am Herzzentrum Bremen



**BEWEGUNG  
FÜR HERZ  
UND KÖRPER**



**DER SCHLAF  
UND DAS HERZ**



**KORONARE  
HERZKRANKHEIT**



**NEUES  
HERZKATHETERLABOR**



Dr. med. Helmut Lange



Dr. med. Caspar Börner



Dr. med. Christian Hegeler-Molkewehrum



Dr. med. Athanasios Gkanatsas



Dr. med. Ertan Dogu



Dr. med. Patrick Koppitz



Dr. med. Martin Götde



Dr. med. Walter Kunstreich



Dr. med. Erhard König



Dr. med. Friedrich Weber



Dr. med. Verena Korff



Dr. med. Ute Jacobaschke



Dr. med. Kirsten Naue



Dr. med. Thek-Ling Eddy



Dr. med. Arne Callenbach



Katja Timmermann



Bülent Koç



Kardiologisch-Angiologische Praxis  
Herzzentrum Bremen

# EDITORIAL

---

SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN,  
LIEBE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,

in den Wintermonaten gehen wir weniger raus, sportliche Aktivitäten im Freien rücken in den Hintergrund. Wer sich trotzdem sportlich betätigt, kann stolz auf sich sein – der innere Schweinehund lässt sich schließlich oftmals nur schwer überwinden. Umso schöner ist es, wenn endlich wieder die Sonne scheint und uns das gute Wetter dazu einlädt, uns draußen zu bewegen! Natürlich gibt es auch im Sommer Tage, an denen der Schweinehund präsent ist – doch wenn man ihn einfach ignoriert oder austrickst, gibt es nicht nur ein gutes Gefühl – auch der Körper dankt es einem.

Viel zu oft gehen wir stiefmütterlich mit unserem Körper um. Grund genug, umzudenken und eine Lebensweise einzuschlagen, die sich positiv auswirkt. Denn nichts ist besser für Herz und Kreislauf, als regelmäßige Bewegung, eine ausgewogene Ernährung, Freude und Spaß. Dazu kann auch das Laufen beitragen. Es macht den Kopf frei und hält uns fit. Mehr dazu lesen Sie auf Seite 6. Wer im Sommer oft unter geschwollenen Beinen leidet und diese sogar Schmerzen verursachen, sollte die Ursache unbedingt vom Facharzt abklären lassen. Ödeme können ganz unterschiedliche Ursachen haben – unser Angiologe Dr. Walter Kunstreich gibt einen Überblick auf Seite 12.

Wussten Sie, dass die koronare Herzkrankheit (KHK) weltweit zu den häufigsten Herzerkrankungen zählt? Allein in Deutschland sind rund 1,5 Millionen Menschen betroffen. Was genau eine KHK ist und warum sie zu einem Engegefühl in der Brust führen kann oder plötzlich einen Herzinfarkt auslöst, wird auf Seite 14 erläutert. Personen über 65 Jahre, die an Übergewicht leiden, rauchen, einen erhöhten Cholesterinspiegel oder Bluthochdruck aufweisen, sind eher Risikopatienten für Herzkrankheiten. Oftmals erleiden sie einen Schlaganfall, weil sie Vorhofflimmern haben, ohne es zu wissen. Eine regelmäßige Pulsmessung hilft, frühzeitig Auffälligkeiten des Herzschlages zu erkennen. Mehr dazu auf Seite 18.

Im Sommer freuen wir uns über sonnige und warme Tage – Menschen mit Herzproblemen machen hohe Temperaturen allerdings oftmals zu schaffen. Es gibt ein paar einfache Tipps, wie das Herz bei Hitze „cool“ bleibt, Seite 24. Natürlich finden Sie viele weitere interessante Themen rund um unser wichtigstes Organ, das Herz. Uns als Fachärzten ist es wichtig, Sie immer ausreichend zu informieren und Ihnen spannende Artikel an die Hand zu geben. Der Bereich der Kardiologie und Angiologie ist höchst faszinierend und wir hoffen, Sie auch mit dieser Ausgabe des Herzschlag-Magazins zu begeistern.

Viel Freude beim Lesen wünscht  
Dr. Ute Jacobaschke



# INHALT

---

6

## BEWEGUNG FÜR HERZ UND KÖRPER

Der Sommer verlockt dazu, endlich wieder nach draußen zu gehen und sich sportlich zu betätigen. Laufen ist eine gute Möglichkeit.

9

## SIE FRAGEN. WIR ANTWORTEN.

Sport und Abstand zu Elektrogeräten – worauf muss ich achten, wenn ich einen Herzschrittmacher habe?

10

## NEUES AUS DER FORSCHUNG

Schlechter Schlaf wirkt sich nicht nur auf unsere Psyche aus – auch der Körper leidet darunter.

12

## ÖDEME IN DER ANGIOLOGIE

„Schwere“ Beine sind im Sommer keine Seltenheit. Was hinter Ödemen stecken kann, klärt der Angiologe mittels unterschiedlicher Untersuchungen.

14

## KORONARE HERZKRANKHEIT

Rund 1,5 Millionen Menschen sind deutschlandweit von der koronaren Herzkrankheit (KHK) betroffen. Dr. Erhard König beantwortet alle wichtigen Fragen rund um dieses Thema.

17

## NICHTKARDIALER BRUSTSCHMERZ

Wer Druck, Brennen oder Stechen in der Brust verspürt, denkt wohl als erstes an einen Herzinfarkt. Dabei müssen die Schmerzen nicht zwingend vom Herzen ausgehen.

18

## PRAXISWISSEN: PULSMESSUNG

Vorhofflimmern verursacht jährlich rund 30.000 Schlaganfälle.

19

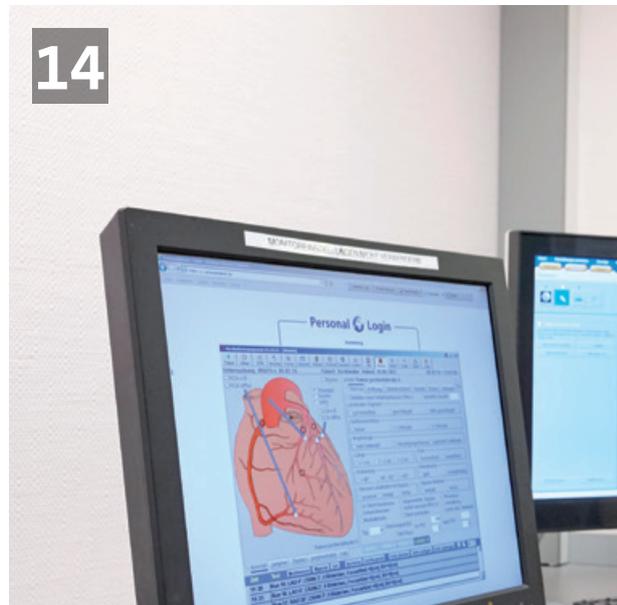
## ANGIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

Im vergangenen Jahr wurden im angiologischen Bereich über 200 Untersuchungen stationär durchgeführt.

20

## HISTORIE: ANDREAS GRÜNTZIG

Wer heute bei Gefäßverengungen eine Ballondilatation durchführen lässt, verdankt diese Erfindung einem deutschen Mediziner.



21

**UNSER TEAM: MARTINA SCHAFFRATH**

Die 51-Jährige ist seit 2008 im Herzkatheterlabor der Praxis tätig und kümmert sich dort als Assistentin um diagnostische und interventionelle Koronarangiographien.

22

**GESUND ESSEN: BRUSCHETTE MIT TOMATEN UND FEIGE**

An warmen Sommertagen ist ein leichtes Gericht wie dieses genau das Richtige.

23

**PATIENTEN BERICHTEN**

Mit 30 Jahren wurde bei Thomas J. eine Herzmuskelentzündung aufgrund einer verschleppten Erkältung festgestellt. Heute hält er sich mit Triathlon fit.

24

**COOL BLEIBEN BEI HITZE**

Heiße Temperaturen sind speziell für Herzpatienten unangenehm und können auch gefährlich werden.

25

**PRAXISNEWS**

Seit Ende 2014 gibt es einen neuen Katheter-Arbeitsplatz im Klinikum Links der Weser.

26

**ARZT IM INTERVIEW**

Dr. Ute Jacobaschke war schon früh klar, dass sie Ärztin werden wollte. Heute ist sie Partnerin unserer Praxis.

12



19



24



# WALKING UND LAUFEN – BEWEGUNG FÜR HERZ UND KÖRPER

---

## VOM SCHNELLEN GEHEN BIS ZUM MARATHON

Der Winter ist endlich vorbei und die warmen Temperaturen locken ins Freie. Auch der Drang, etwas für den Körper zu tun, steigt. Da wird das Fahrrad aus dem Keller geholt – und der Gedanke, sich vielleicht auch wie zahlreiche andere Menschen ans Laufen heranzuwagen, kommt immer wieder. Dass Sport an der frischen Luft gut tut, ist längst bekannt – ebenso, dass körperliche Betätigung gesund für Herz und Kreislauf ist. Doch kann man als Herzpatient überhaupt joggen gehen? Ist das Ziel „einmal den Marathon laufen“ realistisch? Und wie sieht es mit Nordic-Walking aus?



Nach den langen Wintermonaten sehnen wir uns nach den ersten warmen Sonnenstrahlen sowie der Möglichkeit, nach draußen zu gehen und die Natur zu genießen. Wer Lust verspürt, dies mit Radfahren, Spaziergehen oder Joggen zu verbinden, tut dabei nicht nur etwas Gutes für die Seele, sondern auch für das Herz-Kreislauf-System. „Wer sich körperlich regelmäßig betätigt, senkt das Risiko für einen Herzinfarkt oder andere kardiovaskuläre Krankheiten“, erklärt Dr. Ertan Dogu. Dabei seien Ausdauersportarten immer noch am besten geeignet, wobei eine Überbelastung vermieden werden sollte. „Herzpatienten, die unsicher sind, können sich am Anfang Herzsportgruppen anschließen, wo sie unter ärztlicher Aufsicht und unter Anleitung ihre Belastung steigern können“, so der Kardiologe.

Danach ist häufig empfohlen zunächst mit einem Partner zusammen Sport zu betreiben, so daß einer auf den anderen aufpassen kann.

#### UNTERSCHIED ZWISCHEN WALKING UND JOGGEN

Walking trainiert den Körper auf sanfte Art und Weise. Das schnelle Gehen eignet sich für Untrainierte und Sportmuffel besonders am Beginn eines Ausdauertrainingsprogramms. Es schult die Koordination (Sturzprophylaxe!) und stärkt die Stütz Muskulatur, was die Voraussetzungen schafft um z.B. später auch mit dem Joggen beginnen zu können.

Walking ist gelenkschonend und auch gut für das Herz-Kreislauf-System, da die Belastung gleichmäßig ist und durch das Schrittempo auf einem gesunden Niveau bleibt. Die Leistungsfähigkeit des Herzens und der Skelettmuskulatur nimmt dabei zu, der Körper wird besser durchblutet. „Ein regelmäßiges Ausdauertraining entlastet das Herz langfristig, u.a. weil der Blutdruck insgesamt sinkt“, so Dogu.

Bevor es losgeht, sollte man bequeme Sportbekleidung und die richtigen Schuhe haben. Es gibt spezielle Walking-Modelle, die das Abrollen des Fußes erleichtern. Bei Joggingsschuhen kommt die zusätzliche Dämpfung des Schuhs insbesondere Menschen mit Übergewicht zugute, da sie die Stoßkraft auf die Gelenke abfedert. Für die richtige Trainingsintensität gibt es ungefähre Faustregeln: Bei Erreichen von 60 bis 70 Prozent der maximalen Pulsfrequenz erfolgt die Energiegewinnung vornehmlich über die Fettverbrennung (aerob) – und es sollten mindestens 30 Minuten trainiert werden.

Wer die Muskulatur weiter aufbauen möchte, muss sich mit 70 bis 80 Prozent der maximalen Pulsfrequenz ein wenig mehr anstrengen, dann werden auch die Glykogenspeicher im Körper als Energiequelle genutzt (anaerob).

Joggen hat ebenfalls einen positiven Effekt auf Herz und Kreislauf. Dabei entscheidet die Regelmäßigkeit über den Trainingserfolg bzw. auch Erhalt des Trainingszustands. Verschiedene Sportmedizinische Gesellschaften raten dabei zu regelmäßigem Training, bis zu 5 Mal pro Woche, mindestens jedoch 30 Minuten pro Einheit.

Ausdauerläufe bei geringer Intensität – man sollte sich dabei unterhalten können – zwischen 30 und 60 Minuten pro Lauf, sind dabei ideal. Man befindet sich überwiegend im aeroben und damit gewünschten Bereich

Ganz wichtig ist die adequate Flüssigkeitszufuhr. Alle 20min. sollten 150 – 200ml getrunken werden, z.B. eine Saftschorle, die den Elektrolytverlust ausgleicht. Es sollte erst gar nicht zu einem Durstgefühl kommen.

#### FAKTEN RUND UMS HERZ

„Das Herz eines gut trainierten Läufers ist durch seine Ausdauerleistungen sehr leistungsfähig, es befindet sich im Vergleich zu einem Untrainierten im oberen Größennormbereich“. So kann es bei hohen Belastungen bis zu 35 Liter pro Minute durch den Körper pumpen“, erklärt Dr. Ertan Dogu. Ein wirklich vergrößertes Herz ist in der Regel durch eine Erkrankung des Herzens bedingt und bedarf einer kardiologischen Abklärung.

Ein Untrainierter schaffe es maximal auf 20 Liter in der Minute. Die größere Pumpleistung pro Herzschlag zusammen mit der höheren Sauerstoffaufnahme des Blutes sorgt zudem dafür, dass Läufer im Ruhezustand einen viel geringeren Ruhepuls haben, als Nichtsportler.

„Herzgesunde und Herzpatienten, die sich das Ziel gesetzt haben, einen Halbmarathon oder sogar die gesamten knapp 42 Kilometer zu laufen, sollten sich vorab einem ausführlichen Check unterziehen“, so der Kardiologe.

>>

„Bei diesen Vorhaben ist es unabdingbar, dass eine ausreichende und intensive Vorbereitung erfolgt unter qualifizierter Anleitung“. Denn eine moderate sportliche Betätigung steigert zwar langfristig die Abwehrfähigkeit des Körpers, eine große erschöpfende Belastung wie ein Marathonlauf aber schwächt das Immunsystem und man ist im Anschluss daran sehr empfänglich für Infektionen der Atemwege aber auch für Infektionen des Magen-Darmtraktes, Hierfür hat sich der Begriff des „Open window syndroms“ etabliert, dass also die Immunabwehr im Anschluss an eine große körperliche Belastung ein Eindringfenster für Infektionen bietet.

#### VORSICHT MARATHON – KEIN FALSCHER EHRGEIZ!

Das Vorhaben, einen Marathon zu laufen, sollte gerade als Herzpatient gut überlegt sein. Eine Untersuchung an 50-jährigen, herzgesunden Langstreckenläufern aus dem Jahr 2008 zeigte überraschend, dass ihre Herzkranzgefäße mehr Kalkablagerungen aufwiesen als eine gleichaltrige Vergleichsgruppe von Personen mit ähnlichen Risikofaktoren wie Herzinfarkt in der Familie oder Bluthochdruck, die nicht regelmäßig Marathontraining und -wettkämpfe machten. Über die folgenden zwei Jahre bekamen vier der 100 untersuchten Personen Herzprobleme wie Herzinfarkt oder Angina pectoris. Ähnliche Ergebnisse konnten Forscher 2010 feststellen, die Läufer untersuchten, die bereits mehr als 25 Marathonläufe absolviert hatten. „Eine mögliche Erklärung für diese Beobachtung ist, dass es sich bei Marathonläufern um Personen handelt, die das Lauftraining aus Ehrgeiz übertreiben. Dadurch setzen sie ihr Herz-Kreislauf-System massivem Stress aus. Dies führt wiederum durch extreme Anstiege von Blutdruck und Puls während des Trainings und besonders des Wettkampf zu Herzkranzader-Schäden“, gibt Dogu zu bedenken.

#### LANGLAUFTRAINING NACH HERZINFARKT, BYPASSOPERATION ODER STENT?

Die Antwort ist ja. Allerdings ist gerade bei dieser Gruppe besonders wichtig, dass vor Beginn des Trainingsprogramms und danach zumindest jährlich eine Belastungsuntersuchung durchgeführt wird, um sicher zu gehen, dass keine gefährlichen Durchblutungsstörungen des Herzens bestehen. Das Risiko, beim Training einen Herzinfarkt zu erleiden, ist statistisch verschwindend klein. Die positiven Effekte des Lauftrainings überwiegen bei Weitem. Das Fazit lautet also: Kein Herzpatient sollte sich aus Sorge, sein Herz zu gefährden, scheuen, regelmäßig laufen zu gehen.

## MHF-BERECHNUNG

---

*Grobe Berechnung der maximalen Herzfrequenz (Puls)*

*MHF bei Frauen: 226 minus Lebensalter*

*MHF bei Männern: 220 minus Lebensalter*

*50-60% der MHF*

*- Bereich der Gesundheitsstabilisierung*

*60-70% der MHF (aerobe Zone)*

*- Bereich zur Aktivierung des Fettstoffwechsels*

*70-85% der MHF*

*- Bereich zur Verbesserung der Ausdauer,*

*Energiegewinnung durch Glykogenabbau*

*85-90% der MHF (Beginn der anaeroben Zone)*

*90-100% der MHF*

*- Warnzone,*

*deutlicher Laktatanstieg/Übersäuerung des Blutes*

*Genauere Werte sind sehr individuell und lassen sich nur per Belastungstest erstellen.*

---



## SIE FRAGEN. WIR ANTWORTEN.

### ICH HABE EINEN HERZSCHRITTMACHER – WAS MUSS ICH BEACHTEN?



*Dr. Koppitz, unser Spezialist für Schrittmachtherapie*

**Pro Jahr werden mehr als 400.000 Menschen mit Herzrhythmusstörungen ins Krankenhaus eingeliefert, wobei etwa 100.000 von ihnen letztlich entweder einen Herzschrittmacher oder einen Implantierbaren Cardioverter Defibrillator (ICD) eingesetzt bekommen. Nach der OP stellen sich viele Patienten die Frage, auf was sie zukünftig achten müssen. Wie ist es beispielsweise mit Sport oder wie wirken sich elektronische Geräte auf den Apparat aus?**

Herzpatienten, die einen Schrittmacher oder ICD zur Unterstützung erhalten, sind erst einmal verunsichert. Wie verändert sich das Leben mit dem Gerät, was gilt es zu beachten? „Dass sich Fragen stellen, ist ganz natürlich“, so Dr. Patrick Koppitz, Kardiologe der Kardiologisch-Angiologischen Praxis und Spezialist für Herzschrittmacher. Gerade, was körperliche Betätigungen oder der Umgang mit Mobiltelefonen, Mikrowellen oder anderen elektronischen Geräten angeht, sei die Unwissenheit und Unsicherheit groß.

#### MINDESTABSTAND EINHALTEN

Die neuen Herzschrittmachermodelle machen heute weniger Probleme als noch vor ein paar Jahren. So gibt es beispielsweise kaum noch Störungen durch Mobiltelefone. Besonders bipolare Schrittmacher-Elektroden sorgen dafür, dass weniger Störquellen von außen auftreten. Trotzdem empfehlen die Ärzte, einen Mindestabstand von etwa 15 bis 20 Zentimeter zwischen dem eingeschalteten Handy und dem Schrittmacher zu berücksichtigen. In der Praxis lässt sich die Empfehlung meist völlig unkompliziert umsetzen, indem man das Handy zum Telefonieren einfach an das Ohr hält, das dem implantierten Herzschrittmacher-Aggregat gegenüberliegt. Zudem sollte das eingeschaltete Handy nicht in der Hemden- oder Jackentasche getragen werden, die sich in der Nähe des Schrittmachers befindet. Weitere alltägliche Gegenstände, bei denen der Herzpatient keine Sorge haben muss, sind beispielsweise elektrische Zahnbürste, Föhn und Rasierer.

Vorsicht geboten ist allerdings bei vielen Haushalts- und Küchengeräten: So sollte zum Herd, Toaster, Trockner sowie zur Spül- und Waschmaschine ein Mindestabstand von 15 Zentimetern eingehalten werden. „Sollten Sie einen Induktionsherd zuhause haben, lesen Sie die Bedienungsanleitung durch, ob dort etwas zur Benutzung als Herzschrittmacherträger steht“, rät Koppitz. Auch elektrische Werkzeuge wie Bohrmaschinen, Rasenmäher und Heckenschere bieten keinen ausreichenden Schutz, daher gilt dort ein Sicherheitsabstand von 30 Zentimetern. „Wer beruflich bedingt mit solchen Geräten zu tun hat oder beispielsweise in der Industrie tätig ist, sollte sich ausführlich beraten lassen, welche Arbeiten ohne Gefahr ausgeführt werden können“, so der Kardiologe.

#### SPORT NACH ABSPRACHE

Viele Herzpatienten waren vor ihrer OP sportlich aktiv und fragen sich, ob sie auch mit dem Gerät weiterhin Laufen, Radfahren, Tennis spielen oder schwimmen gehen können. „Sobald nach acht Wochen die Einheilung des Geräts und der Kabelelektroden abgeschlossen ist, steht in der Regel einer sportlichen Betätigung nichts im Wege“, erläutert Koppitz. Welche Sportarten geeignet sind und wie hoch die Belastung sein darf, wird im Einzelfall vor der Operation zusammen mit dem Arzt besprochen. Abzuraten ist von Kontaktsportarten wie Fußball oder Basketball, weil sie das Gerät in Gefahr bringen können und es keinerlei Belege gibt, dass Schutzmaßnahmen wie etwa spezielle Polster das Risiko mindern.

Golf birgt mehr Risiken als man denkt: Bei keiner Sportart kommt es so häufig zu Elektrodenbrüchen wie beim Golf. Zwar ist nicht zu befürchten, dass es dabei zu schweren Rhythmusstörungen kommt, doch die Drehbewegungen in Arm und Oberkörper können den Schrittmacher oder ICD beschädigen. Grundsätzlich sollten der Schrittmacher oder Defibrillator natürlich auf der nicht dominanten Seite platziert werden. Doch auch dann müssen heftige Arm- oder Schulter-Bewegungen vermieden werden – also besser kein Volleyball.

# DER SCHLAF UND DAS HERZ

---

## NEUES AUS DER FORSCHUNG

Jeder wünscht sich beim Zubettgehen eine ruhige Nacht ohne Störungen. Leider nimmt Schlaflosigkeit immer mehr zu. Dabei beeinflussen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen, arterielle Hypertonie und Hypotonie die nächtliche Ruhe. Mehrere Studien haben sich bereits mit diesem Thema beschäftigt.



Wer schlecht schläft, ist nicht nur müde und fühlt sich unausgeglichen – unruhige Nächte verursachen auch Stress und beeinträchtigen das Herz-Kreislauf-System. Leider nehmen Schlafstörungen und Schlaflosigkeit immer mehr zu. Heute weiß man, dass der Schlaf und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, besonders Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen, in einem engen Zusammenhang stehen. Eine Reihe von Forschungsergebnissen liefern den Beweis. Die Forscher untersuchten, ob Schlafstörungen und Herzleistungsschwäche (Herzinsuffizienz) gemeinsam auftreten. Das Ergebnis: Wer Probleme beim Einschlafen oder Durchschlafen hat oder den Schlaf als nicht regenerierend empfindet, hat ein erhöhtes Risiko, eine Herzinsuffizienz zu bekommen. Die Wissenschaftler beobachteten mehr als 54.000 Norweger im Alter von 20 bis 89 Jahren über durchschnittlich mehr als elf Jahre. Die Studie kann zwar nicht beweisen, dass die Schlafstörung direkt für das erhöhte Herzinsuffizienz-Risiko verantwortlich ist – die Forscher halten dies aber für möglich. Denn: Der Zusammenhang zwischen Stressreaktionen des Körpers und dem Risiko für Herzkrankheiten könnte erklären, wie Schlafprobleme das Herzversagen mit auslösen. Mangelt es dem Körper aufgrund des fehlenden Schlafs an Ruhe, setzt er Stresshormone frei, deren erhöhte Konzentration sich negativ aufs Herz auswirken kann.

#### SCHLAFAPNOE UND HERZERKRANKUNGEN HÄNGEN ZUSAMMEN

Das mehrfache und längere Aussetzen der Atmung während des Schlafes wird als „Schlafapnoe“ bezeichnet. In den meisten Fällen werden die zeitweiligen Atemstillstände während des Schlafens durch eine Verengung der Atemwege verursacht, die sogenannte obstruktive Schlafapnoe. Von einer zentralen Schlafapnoe sprechen die Experten, wenn es während des Schlafes zu einem Stillstand der Atemmuskulatur und des Zwerchfells kommt, weil „das Gehirn vergisst zu atmen“. Die Folge ist eine Sauerstoffunterversorgung des Blutes. Um die Diagnose einer Schlafapnoe zu sichern, wird der Schlaf des Betroffenen – zum Beispiel mit einem ambulant verwendbaren Messgerät oder in einem Schlaflabor – untersucht. Schlafapnoe ist angesichts seiner Verbreitung ein zu wenig diagnostiziertes Problem für Patienten mit Herzmuskelschwäche. Beide Krankheiten beeinflussen einander. Jeder vierte Patient mit stabiler Herzinsuffizienz stirbt innerhalb von fünf Jahren, wenn er nachts mehr als 15 Atemaussetzer-Episoden habe, so Forscher der Universität Würzburg. Das sind doppelt so viele wie bei Patienten mit weniger als 15 Episoden. Deshalb ist es wichtig, bei der Untersuchung von Herzpatienten zu fragen: „Hat Ihr Partner festgestellt, dass Sie schnarchen oder Atemaussetzer haben?“, und zweitens: „Sind Sie

morgens unausgeschlafen oder tagsüber schläfrig – schlafen Sie zum Beispiel vor dem Fernseher ein?“ Auch nächtliches Erwachen mit Atemnot ist typisch für Schlafapnoe. Bei Herzinsuffizienz-Patienten mit Schlafapnoe gibt es erste Hinweise auf verminderte Sterblichkeit, wenn sie mit einer Atem-Maske behandelt wurde. Diese stabilisiert durch kontinuierlichen positiven Atemwegsdruck das im Schlaf entspannte Gewebe im Nasen- und Rachenraum und hält es offen. Eine Schlafapnoe kann auch mit Zahnschienen, ähnlich Zahnsparren, oder einem Sportlermundschutz, behandelt werden. Die zweiteiligen, nach Gebissabdrücken hergestellten Zahnschienen halten Unterkiefer, Zunge und Gaumensegel während des Schlafes vorn. So bleibt der Rachenraum weit geöffnet, die schlaffen Rachenmuskeln werden stabilisiert und die Lunge wird wieder mit genügend Luft versorgt, um das Blut ausreichend mit Sauerstoff zu sättigen. Am wichtigsten für der Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms ist aber die Reduktion eines eventuell vorhandenen Übergewichtes, der Verzicht auf den abendlichen Alkoholgenuss und das Vermeiden einer Einnahme von Beruhigungs- oder Schlafmitteln.

#### SCHLAFAPNOE UND BLUTHOCHDRUCK

Die Deutsche Hochdruckliga hat in ihren Leitlinien die Schlafapnoe als Ursache einer Hypertonie und Ursache für eine Therapieresistenz eingeordnet. Bei nahezu allen Apnoe-Patienten steigt nachts der arterielle Blutdruck an. Der Sauerstoffmangel löst eine Alarmreaktion aus: Das Stresshormon Adrenalin wird freigesetzt, die peripheren Gefäße verengen sich, der Blutdruck steigt an. Dieser nächtliche Gefäßstress führt dazu, dass der normale Rückgang des Blutdrucks über Nacht ausbleibt. Der Arzt kann dies am besten anhand einer Langzeitblutdruckmessung erkennen.

#### SCHLAFAPNOE UND HERZRHYTHMUSSTÖRUNGEN

Etwa 30 Prozent der Patienten mit Herzrhythmusstörungen, insbesondere Vorhofflimmern, leiden gleichzeitig auch an nächtlichen Atmungsstörungen. Neuere Studien konnten beweisen, dass man Patienten mit Vorhofflimmern durch eine Behandlung der Schlafapnoe (mit Atemmaske oder Zahnschiene) helfen kann: Die Rhythmusstörungen treten seltener auf. Ob umgekehrt auch die Behandlung der Herzrhythmusstörung die Schlafstörung bessert, kann im Moment noch nicht mit Sicherheit gesagt werden. Eine Studie der Universität Bochum zeigte kürzlich, dass nach Elektroschock-Therapie von Vorhofflimmern die Schlafstörungen zumindest vorübergehend gebessert waren.

# BEINSCHWELLUNGEN – WAS SIND DIE URSACHEN?

## ÖDEME KÖNNEN EINE VIELZAHL VON GRÜNDEN HABEN

**Besonders im Sommer leiden viele Menschen abends unter geschwollenen Füßen und Knöcheln mit gespannter Haut und Schweregefühl, sogenannten Ödemen. Oftmals haben sie einfach zu lange gestanden oder gegessen.**

Der menschliche Körper besteht zu etwa 70 Prozent aus Wasser. Der größte Teil davon befindet sich außerhalb der Blutgefäße im Gewebe. Bei einem gesunden Menschen findet zwischen der Gewebsflüssigkeit und dem Blut ein reger Austausch statt. Ist das Gleichgewicht allerdings gestört, kommt es vermehrt zu Wassereinlagerungen im Gewebe, den sogenannten Ödemen. Um die Ursache herauszufinden, gerade wenn die Beine abends ständig geschwollen sind, sollten Betroffene einen Termin bei ihrem Hausarzt machen. Hier erfolgt die erste Untersuchung der Beine. Labortests können bereits Hinweise geben, ob die Ödeme durch eine Leber- oder Nierenerkrankung bedingt sind. Klagt der Patient über Luftnot oder Herzrasen, ist eine Untersuchung beim

Kardiologen der nächste Schritt. Ödeme bei Herzinsuffizienz, Nierenerkrankung oder Leberzirrhose verursachen eine seitengleiche Ausbildung an den Beinen. „Der Angiologe klärt Ödeme ab, die nicht durch eine Organ- oder systemische Erkrankung bedingt sind und solche, die nicht seitensymmetrisch beide Beine betreffen“, erklärt Dr. Walter Kunstreich. „Das heißt, die Ursache der Ödembildung und Beinschwellung liegt am Bein selbst.“

### URSACHEN UND DIAGNOSTIK

Zu den vielen möglichen angiologischen Ursachen der Ödeme gehören beispielsweise das Lymphödem – durch mangelnden Abtransport der Lympheflüssigkeit –, das Phlebödem – durch mangelnden Abtransport des venösen Blutes über die Beinvenen –, das Erysipel – durch bakterielle Entzündung der oberen Hautschichten und Lymphwege verursachte Schwellung – und das angeborene Lipödem – „Reiterrosensyndrom“ durch übermäßige Bildung von



*Dr. Walter Kunstreich bei der Behandlung*



*Dr. Friedrich Weber bei der Dopplersonographie der Beinvenen*

Fettzellen. Bei Verdacht auf eine angiologische Ursache der Ödeme, wird in der Kardiologisch-Angiologischen Praxis eine gezielte Diagnostik durchgeführt. Hierzu vereinbaren die Patienten bei einem unserer Angiologen einen Termin. Die Inspektion, also das Anschauen der Beinschwellungen, bietet bereits erste Aufschlüsse über die Ursachen. Zusätzlich erfolgt die Palpation, das Abtasten der Schwellung, eine genaue Umfangsmessung, und der Arzt fühlt die Pulse an den Beinen des Patienten. Lymphödeme zeichnen sich durch ihre teigige Konsistenz aus, und der Angiologe sieht typische Faltenbildungen an den Zehengelenken. Technische Untersuchungen der angiologischen Diagnostik von Beinödemen sind die Duplexsonographie der Venen, die unter anderem zum Ausschluss von Thrombosen durchgeführt wird. Eine weitere Untersuchung ist die Licht-Reflexions-Rheographie, die mittels Infrarotlicht misst, wie sich die venösen Gefäße bei aktiven Bewegungen der Beine entleeren.

#### BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Je nachdem, welche Ursache gefunden wurde, empfiehlt der Angiologe gezielte Therapiemaßnahmen: Ein Lymphödem wird mit einer physikalischen Entstauungstherapie, d.h. Kompression durch Wickeln und/oder Strumpf und manuelle Lymphdrainage, behandelt. Bei einem akuten venösen Ödem durch eine Thrombose werden gerinnungshemmende Medikamente gegeben. Handelt es sich um ein chronisches Phlebödem mit Geschwür, erfolgt eine Wundversorgung und eine „Dauerkompression“ mit entsprechendem Strumpf oder Wickeln. Die Behandlung von Krampfadern besteht in einer Entfernung durch Operation oder einer Verödung durch Injektion eines Verödungsmittels. Diese Verödung kann auch durch Lasertherapie oder Radiowellentherapie erfolgen. Das Lipödem schließlich kann mit Kompression, Gewichtsreduktion und eventuell mit einer operativen Fettabsaugung behandelt werden.

# KORONARE HERZKRANKHEIT

## ZEHN FRAGEN AN DR. ERHARD KÖNIG

Die koronare Herzkrankheit (KHK) zählt weltweit zu den häufigsten Herzerkrankungen. In Deutschland sind rund 1,5 Millionen Menschen betroffen. Doch was genau ist eigentlich eine KHK und warum kann sie zu einem Engegefühl in der Brust führen oder plötzlich einen Herzinfarkt auslösen?



### 1. Woher kommt die Bezeichnung KHK?

*Dr. Erhard König:* KHK steht für Koronare Herzkrankheit. Koronararterien sind die Adern, die den Herzmuskel mit Blut versorgen. Da sie sich wie ein Kranz um das Herz legen, heißen sie Kranzarterien. Anatomisch sieht dieser Kranz wie eine Krone, lateinisch Korona, aus.

### 2. Worin besteht die Erkrankung der Koronararterien?

*Dr. Erhard König:* Unter der Innenhaut der Kranzarterien kommt es zu einer Ablagerung von Fett, Kalk und Bindegewebe. Dieser Prozess geht schleichend über viele Jahre vor sich und wird erst dann vom Betroffenen bemerkt, wenn der Blutfluss zum Herzmuskel nicht mehr ausreicht, um seine normale Pumpfunktion zu gewährleisten. Dies ist der Fall, wenn wenigstens 50 Prozent des Querschnitts der Koronararterie verengt ist. Erst dann spricht man üblicherweise von einer KHK.

### 3. Woran merkt man, dass man eine KHK hat?

*Dr. Erhard König:* Sobald der Herzmuskel nicht mehr normal mit sauerstoffhaltigem Blut versorgt wird, kommt es zur sogenannten Angina pectoris. Dies bedeutet „Enge der Brust“. Patienten beschreiben in der Regel, dass sie bei körperlichen Anstrengungen oder seelischen Belastungssituationen das Gefühl bekommen, einen Ring um die Brust zu haben. Typischerweise liegen diese Symptome im Bereich des oberen Brustkorbs und ziehen zum Hals oder in den Kiefer. Schmerzen im eigentlichen Sinne werden oft, aber nicht immer, wahrgenommen. Diese sind mittig hinter dem Brustbein lokalisiert und strahlen meist in die Innenseite des linken Arms aus. Frauen beschreiben oft Oberbauchschmerzen. Bei sehr vielen älteren Patienten ist das erste Anzeichen der KHK allerdings nur eine Kurzatmigkeit bei Anstrengung, die in Ruhe innerhalb weniger Minuten ganz verschwindet.

### 4. Kann man eine KHK haben, ohne etwas zu bemerken?

*Dr. Erhard König:* Ja, denn es gibt einige Patienten – besonders häufig Diabetiker – die eine sogenannte stumme Ischämie (Blutmangel) haben. Sie bemerken nicht, dass der Herzmuskel unzureichend mit Blut versorgt wird. Falls die Mangel durchblutung durch einen mehrstündigen, kompletten Verschluss der Kranzader verursacht wird, kommt es bei diesen Patienten sogar zum „stummen Herzinfarkt“. Das heißt, Herzmuskelgewebe wird unbemerkt und unwiederbringlich geschädigt und entwickelt sich zu einer Narbe.

### 5. Woran merkt man, dass ein Herzinfarkt droht?

*Dr. Erhard König:* Leider kündigt sich ein Herzinfarkt nicht immer durch Beschwerden an, denn ursächlich wird er durch das plötzliche Aufplatzen einer Ablagerung der Kranzader, der „Plaque-Ruptur“, bewirkt. Es gibt in vielen Fällen aber Warnsymptome, wie das immer häufigere Auftreten von Angina pectoris, auch ohne Anstrengung, also im Ruhezustand. Dies nennt man dann „instabile Angina pectoris“, bei der eine sofortige Vorstellung in einer kardiologischen Praxis oder Brustschmerzambulanz einer Klinik erfolgen muss.

### 6. Wie kann der Kardiologe feststellen, dass ich eine KHK habe?

*Dr. Erhard König:* Die Verengung einer oder mehrerer Herzkranzadern kann nur durch die Herzkatheteruntersuchung erkannt werden, bei der über einen Katheter Röntgen-Kontrastmittel in die Koronararterien gespritzt wird. Alle übrigen Diagnoseverfahren, wie EKG in Ruhe und bei Belastung, Echokardiogramm = Herzultraschall, können zwar Hinweise auf eine KHK geben, diese aber nie definitiv ausschließen oder beweisen.

### 7. Kann man denn nicht eine Computertomografie des Herzens machen lassen, um so einen Herzkatheter zu vermeiden?

*Dr. Erhard König:* Die Darstellung der Koronararterien mittels Computertomografie ermöglicht nur dann einen 100-prozentig sicheren Ausschluss einer KHK, wenn die Koronararterien keine oder nur sehr geringe Kalkablagerungen aufweisen. Dies ist in der Regel nur bei Patienten unter 55 der Fall. Sobald – wie in höherem Alter häufig anzutreffen – stärkere Kalkablagerungen vorhanden sind, bietet die CT-Untersuchung keine ausreichend genaue Bildqualität, um den Grad der Verengung der Kranzader exakt zu bestimmen. Dann muss doch noch eine Herzkatheteruntersuchung folgen. Aufgrund dieser Einschränkung ist die CT-Koronarangiografie keine erstattungsfähige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen. Die alleinige Messung des Koronarkalks mittels CT-Untersuchung des Herzens („Kalkscore“) ohne angiografische Darstellung der Arterien gibt nur einen Hinweis auf das statistische Risiko, eine mehr als 50-prozentige Verengung der Koronargefäße zu haben. Die Messung der Gesamtmenge an Koronarkalk gibt außerdem Aufschluss darüber, wie gefährdet der Patient ist, einen Herzinfarkt zu bekommen.

### 8. Muss ich bei begründetem Verdacht auf eine KHK immer eine Herzkatheteruntersuchung machen lassen?

*Dr. Erhard König:* Erstaunlicherweise ist diese Frage noch nie in einer großen Studie untersucht worden. Unsere Antwort ist dennoch ein eindeutiges Ja. Zum einen besteht die Gefahr, dass bei Verzicht auf die Herzkatheteruntersuchung gesunde Patienten mit Verdacht auf eine KHK Herz-Medikamente bekommen, die sie gar nicht brauchen. Und Sie würden ohne Grund fürchten, sie seien Kandidaten für einen Herzinfarkt. Zum anderen würde bei Verzicht auf die Herzkatheteruntersuchung in vielen Fällen das Ausmaß der Erkrankung unentdeckt bleiben. Patienten können dann nicht davon profitieren, dass Verengungen durch Stent oder Bypass behoben werden.

### 9. Kann der Kardiologe bei der Herzkatheteruntersuchung erkennen, ob eine Verengung in Kürze zum Herzinfarkt führen wird?

*Dr. Erhard König:* Leider ist dies nur in Ausnahmefällen möglich, nämlich dann, wenn die Verengung der Kranzader so extrem ist, dass der Blutfluss bereits sichtbar vermindert ist. Ein anderer Fall liegt dann vor, wenn der Kardiologe sieht, dass die Ablagerung, der sogenannte Plaque, bereits teilweise rupturiert, also geplatzt ist. Dann ist rasches Handeln durch Einsetzen eines Stents oft lebensrettend.

### 10. Müssen Verengungen der Koronararterien immer mit Stents oder mit einer Bypassoperation behandelt werden?

*Dr. Erhard König:* Nein. Die sogenannte konservative Therapie der KHK mit Medikamenten ist in vielen Fällen eine gute Alternative. Dies ist durch große Studien auch eindeutig wissenschaftlich belegt. Oft ist eine rein medikamentöse Therapie anfänglich sogar die bessere Wahl, bevor man einen größeren Eingriff wie eine Bypassoperation durchführen lässt. Es gibt allerdings auch viele Patienten, bei denen ein aktives Vorgehen unumgänglich ist, beispielsweise, wenn die linke Kranzader bereits am Stamm verengt ist. Da aus dem Stamm die beiden großen Kranzadern, die die linke Herzkammer versorgen, entspringen, ist diese „Hauptstammstenose“ genannte Situation immer lebensbedrohlich. Ihre rechtzeitige Erkennung und Behandlung ist nur durch eine Herzkatheteruntersuchung möglich.

**Wir geben Ihnen im Folgenden einen Überblick der möglichen Medikation bei KHK.**

## MEDIKAMENTE BEI KHK

**1. Betablocker** (Bisoprolol, Metoprolol) verlangsamen die Herzfrequenz in Ruhe und bei körperlicher Belastung. Daher senken sie den Sauerstoffbedarf des Herzens. Mangel durchblutung des Herzmuskels und Angina Pectoris-Beschwerden des Patienten bei körperlicher Belastung werden vermindert. Da sie den schädlichen Einfluss des Stresshormons Adrenalin blockieren, schützen sie das Herz vor lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen.

**2. Nitrate** (Nitrolingualspray, ISDN, ISMN) senken den Blutdruck, gegen den das Herz anpumpen muss. Nitrolingualspray (zwei Hübe unter die Zunge vor körperlicher Belastung) oder entsprechende länger wirksame Tabletten oder Kapseln (ISDN, ISMN) erleichtern so die Arbeit des Herzmuskels. Zudem senken sie den Blutdruck vor der linken Herzkammer (in der Lunge) und verringern so die Atemnot des Patienten.

**3. ACE-Hemmer oder Sartane** (Ramipril, Valsartan) wirken ähnlich wie Nitrate und haben zusätzlich heilende Effekte auf die Koronararterien.

**4. Calcium-Blocker** (Nifedipin, Verapamil) senken den Blutdruck und verringern so die Arbeitsbelastung des Herzens. Die Neigung der Herzkranzgefäße, sich in Stresssituationen krampfhaft zusammenzuziehen, wird vermindert.

**5. ASS** (Aspirin) verhindert, dass die Blutplättchen bei Verletzungen der Innenhaut der Koronararterien verklumpen und so einen Blutpfropf bilden, der das Herzkranzgefäß verstopft. Das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, sinkt deutlich.

**6. Statine** (Simvastatin, Atorvastatin) vermindern die Bildung von Cholesterin, besonders des schädlichen LDL-Cholesterins. Ihr Haupteffekt liegt allerdings darin, dass sie das durch eine Entzündung verursachte Aufbrechen von Ablagerungen verhindern und so vor einem Herzinfarkt schützen. Dieser Effekt ist unabhängig davon, welchen Cholesterinwert der Patienten hat. Deswegen brauchen alle KHK-Patienten ein möglichst hochdosiertes Statin.



# NICHTKARDIALER BRUSTSCHMERZ

---

## BLICK AUF MAGEN-DARM-TRAKT WENDEN

**Das Gesundheitsbewusstsein ist heute viel größer als noch vor ein paar Jahren. Es wird auf die Ernährung geachtet, sportliche Betätigungen nehmen immer mehr zu, und auch der regelmäßige Check beim Hausarzt gehört für viele Frauen und Männer selbstverständlich zum Alltag. Da ist es nicht verwunderlich, wenn sie zuerst an einen Herzinfarkt denken, sollten sie Druck, Brennen oder Stechen in der Brust spüren. Dabei können diese Symptome auch ganz andere Ursachen haben.**

Verspürt jemand Schmerzen in der Brust, die in den Nacken, Rücken oder in die Arme ausstrahlen und mehr als fünf Minuten anhalten, sollte jeder sicherlich zuerst an die Möglichkeit eines Herzinfarktes denken. Dann muss der Notarzt gerufen werden, der durch ein EKG erste Aufschlüsse bekommt und den Patienten in die Klinik bringt, wenn sich der Herzinfarktverdacht bestätigt. Was viele nicht wissen: Rund 25 Prozent der Bevölkerung in Deutschland leidet an nichtkardialen Brustschmerzen. Dabei handelt es sich um Beschwerden im Brustraum, die nicht vom Herzen ausgehen. Typischerweise wird ein Schmerz, der nicht vom Herzen verursacht wird, eher in einem umschriebenen Bereich des Brustraums wahrgenommen: er ist meist nicht beengend und strahlt selten in den Hals, den Rücken oder die Arme aus.

### ZU VIEL SÄURE

Neben Erkrankungen der Lunge, des Bewegungsapparats und psychosomatischen Ursachen spielen oftmals Funktionsstörungen des oberen Verdauungstraktes eine Rolle, also dem Abschnitt vom Mund bis zum Magen. Die möglichen Ursachen für die Schmerzen können erhöhter Magensäurerückfluss, Reizmagen, Speiseröhrenkrebs, Bewegungsstörungen oder erhöhte Empfindlichkeit sowie Entzündungen der Speiseröhre durch nicht in den Magen transportierte Tabletten oder durch Immunreaktionen sein.

Hat der Facharzt einen Herzinfarkt oder eine andere Erkrankung des Herzens ausgeschlossen, sollten weitere Untersuchungen zu möglichen nicht-kardialen Ursachen der Brustschmerzen erfolgen. Zwei Möglichkeiten, um Funktionsstörungen des oberen Verdauungstraktes festzustellen, sind zum einen eine Endoskopie – Speiseröhrenspiegelung – und zum anderem eine Langzeitsäuremessung. Bei 24 Prozent aller Erwachsenen ist das chronische Sodbrennen oder saure Aufstoßen die Hauptursache der Brustschmerzen. Steht die Diagnose fest, können Betroffene ihre Beschwerden selbständig lindern, indem sie beispielsweise mit dem Rauchen aufhören, weniger Alkohol trinken, auf eine gesunde Ernährung achten und mehr Sport treiben. Sollten die Beschwerden nicht weggehen oder sogar stärker werden, sind weitere Behandlungsmaßnahmen notwendig. Diese werden immer individuell mit dem Arzt geklärt.

# MIT PULSMESSUNG VORHOFFLIMMERN ERKENNEN

## PRAXISWISSEN



Die Pulsmessung am Handgelenk ist für jeden leicht erlernbar

**Nach wie vor zählen kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland. Dabei spielen mehrere Faktoren eine Rolle: Frauen und Männer, die älter als 65 Jahre sind, an Übergewicht leiden, rauchen, einen erhöhten Cholesterinspiegel oder Bluthochdruck aufweisen, sind eher gefährdet. Oftmals erleiden Menschen einen Schlaganfall, weil sie Vorhofflimmern haben, ohne es zu wissen. Eine regelmäßige Pulsmessung hilft dabei, frühzeitig Auffälligkeiten des Herzschlages zu erkennen.**

Vorhofflimmern verursacht jährlich etwa 30.000 Schlaganfälle – eine Zahl, die durch regelmäßige Pulskontrolle reduziert werden könnte. „Wer seinen Puls zumindest einmal am Tag kontrolliert und dabei Unregelmäßigkeiten feststellt, geht früh genug zum Arzt“, so Kardiologe Dr. Helmut Lange. „Findet der Hausarzt im EKG, dass es sich um Vorhofflimmern handelt, muss der Patient in der Regel gerinnungshemmende Medikamente einnehmen, um das Risiko für einen Schlaganfall zu senken.“ Vorhofflimmern erkennt ein Laie daran, dass das Herz außer Takt ist, es „stolpert“ und schlägt in der Regel schneller als 100 Mal in der Minute. Ärzte nennen diese Störung auch „absolute Arrhythmie“. Das bedeutet, der Puls ist „vollkommen unregelmäßig“. Symptome wie innere Unruhe, Angstgefühle, Abgeschlagenheit, Atemnot und Leistungsbeeinträchtigungen treten oft, aber nicht immer, als Begleiterscheinungen auf.

Der Facharzt rät grundsätzlich allen Männern und Frauen ab dem 65. Lebensjahr insbesondere Bluthochdruckpatienten zu Selbstmessungen des Pulses, da etwa 70 Prozent aller Patienten mit Vorhofflimmern auch unter Bluthochdruck leiden.

### RICHTIG MESSEN

Den Puls per Hand zu messen, ist recht einfach und jeder kann es lernen. Wichtig ist, dass man sich zunächst für eine Minute ruhig verhält, am besten hinsetzt. Dann tastet man mit dem Zeige- und Mittelfinger die Unterarmarterie, im Volksmund auch Pulsader genannt, an der Innenseite des Handgelenks. Der Puls wird 30 Sekunden gemessen und das Ergebnis verdoppelt. Man kann aber auch 15 Sekunden lang messen und das Ergebnis mit vier multiplizieren. Grundsätzlich gilt: Ist der Puls unregelmäßig oder liegt er in der Ruhephase bei mehr als 100 Schlägen in der Minute, sollte ein Arzt aufgesucht werden, um die Ursache zu klären. Eine andere Möglichkeit ist die Selbstmessung des Pulses an der Halsschlagader, die ebenfalls am besten mit dem Zeige- und Mittelfinger etwas seitlich des Adamsapfels gut tastbar ist.

### BLUTDRUCKMESSGERÄT IMMER MIT ARRHYTHMIE-ERKENNUNG

Fast alle Bluthochdruckpatienten besitzen ein Blutdruckmessgerät, das den oberen (systolischen) und unteren (diastolischen) Blutdruckwert sowie die Herzfrequenz anzeigen kann. Mit diesen Geräten lässt sich aber nur dann erkennen, ob der Puls unregelmäßig ist, wenn sie über eine sogenannte Arrhythmieerkennung verfügen. Darunter versteht man ein Warnsymbol, das nur dann erscheint, wenn das Gerät erkennt, dass der Puls unregelmäßig ist.

Beim Kauf eines Blutdruckmessgeräts sollte man unbedingt fragen, ob das Gerät eine Arrhythmieerkennung hat und sich erklären lassen, wo und wie eine Rhythmusstörung angezeigt wird. „Jeder Patient, der einmal Herzrhythmusstörungen gehabt hat, sollte ein solches Gerät besitzen“, rät Lange seinen Patienten.



Eine Warnanzeige für Vorhofflimmern sollte jedes Blutdruckmessgerät haben



*Dr. Christian Hegeler-Molkewehrum bei der Durchführung einer PTA im Klinikum Links der Weser*

## ANGIOLOGIE

### BEHANDLUNGEN VON PATIENTEN DER PRAXIS MIT PERIPHERER VERSCHLUSSKRANKHEIT IM KLINIKUM LINKS DER WESER

Die Angiologie ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin und befasst sich mit Gefäßerkrankungen. Unsere Spezialisten für Angiologie können durch „nicht-invasive“, also nicht in den Körper eingreifende, Ultraschalluntersuchungen feststellen, ob Gehbeschwerden durch die sogenannte periphere Verschlusskrankheit verursacht werden.

Bei dieser im Volksmund auch „Schaufensterkrankheit“ genannten Erkrankung handelt es sich um Durchblutungsstörungen der Beine infolge von Verengungen der zuführenden Blutgefäße. Durch Erweiterungen dieser Verengungen mittels Ballondehnung und Einbringen von Gefäßstützen können unsere invasiv tätigen Angiologie-Spezialisten – Dr. Christian Hegeler-Molkewehrum, Dr. Friedrich Weber und Dr. Walter Kunstreich – diese Verengungen beseitigen.

Diese Eingriffe werden medizinisch perkutane transluminale Angioplastien – PTAs – genannt, was so viel heißt wie „durch die Haut durchgeführte Erweiterung des Gefäßinnenraums“. Diese Prozeduren führten die Gefäßspezialisten der Praxis im Jahre 2014 an über 200 Patienten in der Klinik Lilienthal durch, zum Teil auch im Klinikum Bremen Mitte.

Seit Neuestem können unsere Patienten mit Gefäßverengungen der Beinarterien nun auch im Klinikum Links der Weser behandelt werden. Vor der Behandlung erfolgt ein Gespräch mit dem Patienten an einem unserer Praxisstandorte, bei dem Art und Weise sowie Risiken des Eingriffs besprochen werden. Am Tag der Behandlung werden die Patienten stationär in der Klinik aufgenommen. Nach der Behandlung werden sie in der Regel ein bis zwei Tage stationär überwacht.

## HISTORIE: DR. ANDREAS GRÜNTZIG

### PIONIER DER BALLONDILATATION

**Für Menschen, die unter Gefäßverengungen des Herzens leiden, ist die Ballondilatation heute eine Selbstverständlichkeit. Das war aber nicht immer so. Noch bis Ende der 70er Jahre gab es für dieses Problem nur die Möglichkeit, die Schmerzen mit Tabletten erträglicher zu gestalten oder sich einer Bypassoperation zu unterziehen. Heute wird die Ballondilatation weltweit jährlich mehr als eine Million Male durchgeführt. 1977 hat sie ein Arzt aus Dresden erfunden: Andreas Grüntzig.**

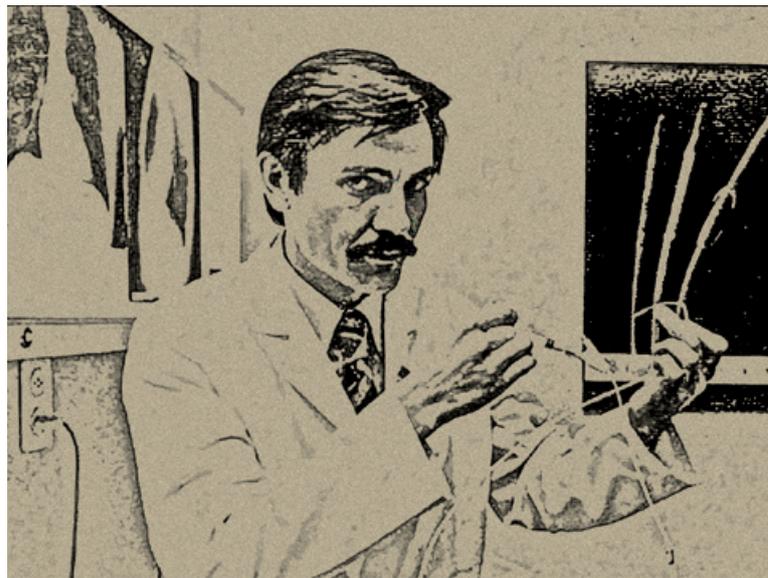
Das Prinzip der Ballondilatation ist einfach: Durch einen sogenannten Führungskatheter wird der Ballonkatheter über einen Führungsdraht bis zur Engstelle im erkrankten Herzkranzgefäß vorgeschoben. Der Ballonkatheter ist ein dünner, biegsamer Kunststoffschlauch mit einem aufblasbaren Ballon am Ende – ähnlich einem länglichen Luftballon. Das Einführen des Katheters erfolgt unter Röntgenkontrolle: Über den Katheter spritzt der Arzt Röntgen-Kontrastmittel und kontrolliert die Position des Ballons am Röntgenbildschirm. Mit einem Gemisch aus Kochsalz und Röntgen-Kontrastmittel wird der Ballon nun für etwa zehn bis 30 Sekunden aufgebläht, um das verengte Gefäß aufzudehnen.

Hinter dieser Methode, die die medizinische Welt verändert hat, steht Andreas Grüntzig. Geboren wurde er am 25. Juni 1939 in Dresden. Sein Vater starb 1945 im Krieg, fünf Jahre später flüchtete der Rest der Familie nach Argentinien, wo sie bis 1952 lebte. Zurück in Ostdeutschland und nach dem Abitur in Leipzig sowie der Flucht in die Bundesrepublik, begann Grüntzig 1958 das Medizinstudium in Heidelberg. Ende der 1960er trat er in Zürich eine Stelle als Assistenzarzt an. Die erste Begegnung mit der Gefäßerweiterung hatte Grüntzig 1971 bei dem Heidelberger Gefäßspezialisten Dr. Eberhard Zeitler, der die Erweiterung einer verengten Beinarterien von dem Amerikaner Charles Dotter gelernt hatte. Dotter – ein Radiologe mit dem Spitznamen „Crazy Charly“ – war es 1964 erstmals gelungen, eine verengte Beinarterie wieder durchgängig zu machen, indem er mehrere Schläuche mit immer dickerem Durchmesser in die Engstelle hineinschob.

Von den verschiedenen Entwicklungsideen schaffte es schließlich eine, Grüntzig zu überzeugen: ein Ballon am Ende eines Katheters, der innerhalb der Arterie zur Verschlussstelle geschoben und dort aufgeblasen wird. Grüntzig war klar, dass es hierdurch zu einem Einriss in der Innenhaut der Ader kommen musste. Ob die erweiterte Ader nach dem Herausziehen des Ballons weiter offen bleiben würde, mussten zunächst Tierversuche zeigen. Gefäßstützen (Stents) gab es noch nicht. Der Durchbruch gelang, als Grüntzig auf den Kunststoff PVC aufmerksam gemacht wurde: Das Material hatte die idealen Eigenschaften für seinen Ballonkatheter, denn es dehnte sich bei steigendem Füllungsdruck nur bis zu einem bestimmten

Durchmesser auf. 1974 öffnete der Arzt schließlich erstmals eine Beinarterie bei einem Patienten mit Durchblutungsstörungen. Zusammen mit seiner Mitarbeiterin Maria Schlumpf und der Medizintechnikfirma Schneider aus Bülbach gelang es ihm, die Methode so zu verbessern, dass sie auch für die Behandlung verengter Arterien im Herzen geeignet war. 1977 nahm Grüntzig erstmals den Eingriff vor, der ihn weltweit berühmt machte: die Erweiterung der verengten Herzerterie des Schweizer Dölf Bachmann. Der 38-Jährige litt an schwerer Angina pectoris, hatte aber eine Bypassoperation abgelehnt, die sonst die einzige Behandlungsmöglichkeit für eine kritisch verengte Herzkranzarterie war. Der Eingriff glückte. Der Patient blieb 23 Jahre beschwerdefrei und musste erst danach an einer anderen Stelle des Herzens erneut behandelt werden. Er ist noch heute wohlauf.

Trotz sehr positiver Resonanz aus der ganzen Welt, kam Grüntzig in Zürich beruflich nicht weiter, da die meisten Kollegen und Vorgesetzten am Zürcher Universitäts-Krankenhaus das Verfahren mit Skepsis betrachteten – es erschien ihnen zu riskant.



Anders in den USA: Dort erkannte man sofort, welch bedeutender Fortschritt Grüntzigs Verfahren war. Man bot ihm eine Stelle als Professor für Medizin und Radiologie sowie als Direktor der interventionellen kardiovaskulären Abteilung der Medizinischen Fakultät der Emory Universität in Atlanta an, wohin er 1980 auswanderte. Dort konnte er seine Forschungen ungehindert ausbauen und die Ballondilatation im großen Stil anwenden.

Auf dem Höhepunkt seiner Karriere und dem Nobelpreis nahe, starben der 46-Jährige und seine Frau beim Absturz ihres Privatflugzeugs am 27. Oktober 1985 in Georgia. Bis heute sind die Umstände des Unglücks nicht vollends geklärt.



## UNSER TEAM

### MARTINA SCHAFFRATH

Die Arbeit in einem so vielfältigen Team und die Versorgung der Patienten ist das, was Martina Schaffrath besonders gefällt. Seit 2008 ist sie in der Kardiologisch-Angiologischen Praxis tätig und greift auf einen großen Erfahrungsschatz zurück: Nach dem Abitur folgte eine Ausbildung zur Krankenschwester im Roten-Kreuz-Krankenhaus Bremen. Im Anschluss daran arbeitete die heute 51-Jährige auf der internen Privatstation, die sie später als Co-Leitung und dann als Leitung führte. Nach der Geburt ihrer drei Kinder war Martina Schaffrath auf verschiedenen Stationen als Nachtwache tätig. Dann folgten zwei Jahre in einem ambulanten psychiatrischen Pflegedienst und sechs Jahre in einer großen Kindergemeinschaftspraxis.

#### Welche Aufgaben haben Sie in der Praxis?

Ich arbeite im Herzkatheterlabor der Praxis. Meine Arbeit umfasst die Assistenz bei den diagnostischen und interventionellen Koronarangiographien sowie allen weiteren Untersuchungen wie z.B. Carotisangiographien. Die Vorbereitung und die Nachsorge der Patienten gehört ebenfalls zu meinem Aufgabenbereich. Seit Januar 2012 habe ich die stellvertretende Leitung des Herzkatheterlabors sowie der Tagesstation übernommen. Seitdem gehören auch viele organisatorische Arbeiten zu meinen Aufgaben.

#### Was macht Ihnen besonders Spaß?

Es bereitet mir viel Spaß, so eng in einem großen Team mit unterschiedlichen Charakteren zu arbeiten. Die Tätigkeit im Herzkatheterlabor empfinde ich als besonders – zumal neben den Routineuntersuchungen auch immer die Akutversorgung sowie die Behandlung der Infarktpatienten gehört, bei denen ein schnelles Handeln und Arbeiten erforderlich ist. Bei meiner Arbeit ist es mir neben der medizinischen Versorgung ebenso wichtig, dass der Patient sich gut betreut fühlt, wir ihn in seinen Ängsten begleiten und auffangen können. Viel Freude macht mir auch das ständig sich weiterentwickelnde medizinische Umfeld, also die ständige Verbesserung der Untersuchungsmethoden sowie des Materials.

#### Kommen Sie aus Bremen?

Ich bin in Bremen geboren und wohne jetzt mit meiner Familie in Stuhr.

#### Wie halten Sie sich selbst fit?

Ich gehe drei bis vier Mal in der Woche joggen und bin mit meinem Mann im Tanzsportverein.

#### Wie gestalten Sie Ihre Freizeit?

In meiner Freizeit laufe ich gerne mit meinem Hund oder unternehme etwas mit meiner Familie und meinen Freunden. Ich lese auch sehr gern.



Bilder © GU/Klaus-Maria Einwanger



# ERNÄHRUNGSTIPP

## BRUSCHETTE MIT TOMATE UND FEIGE

Im Sommer verspürt man Lust auf leichte, schmackhafte Snacks – wenn diese dann noch schnell zubereitet und gesund sind, umso besser. Das klassische Bruschetta mit Tomate und Basilikum wurde hier ein wenig verfeinert: Die Kombination mit Tomate und Feige macht das ursprüngliche „Arme-Leute-Essen“ zum Gaumenschmeichler.

### ZUTATEN (FÜR VIER PERSONEN):

2 reife Feigen; 150g feste vollreife Tomaten; 1 kleine Handvoll Rucola; 2 TL Zitronensaft; 1 Msp. Honig; Salz; Schwarzer Pfeffer; 4 EL Olivenöl; 4 Scheiben roher Schinken; 8 Scheiben italienisches Bauernbrot oder 12 Scheiben Baguette; 1 fleischige junge Knoblauchzehe

### ZUBEREITUNG:

Die Feigen waschen und den Stiel abschneiden. Die Früchte zusätzlich mit dem Sparschäler schälen, falls die Haut sehr dick ist. Die Feigen dann der Länge nach halbieren und in dünne Spalten schneiden. Die Tomaten waschen und auch in Spalten schneiden, dabei die Stielansätze entfernen.

Den Backofen auf 220 Grad vorheizen. Den Rucola von welken Blättern und groben Stielen befreien, waschen und gut trocken schütteln. Die Blätter dann in grobe Stücke zupfen.

Den Zitronensaft mit Honig, Salz und Pfeffer verrühren. Nach und nach das Olivenöl zu einem cremigen Dressing unterschlagen. Feigen, Tomaten und Rucola unterheben.

Den Schinken in Streifen schneiden. Die Brote auf das Ofengitter legen und im heißen Ofen (Mitte) circa fünf Minuten rösten.

Inzwischen den Knoblauch schälen. Die Brotscheiben damit einreiben und mit den Schinkenstreifen belegen. Den Feigen-Tomaten-Salat darauf verteilen, die Bruschette sofort servieren.

### TIPP: KRÄUTER-BRUSCHETTE MIT KÄSE

In einer Pfanne 2 EL Mandelblättchen ohne Fett goldbraun rösten. Eine große Handvoll gemischte (Wild-)Kräuter – beispielsweise Löwenzahn, junge Brennnesseln, Bärlauch und Petersilie – waschen und gut trocken schütteln. Dicke Stiele abknipsen und die Kräuter mit den Mandeln möglichst fein hacken. Dann mit 4 EL Olivenöl verrühren und mit Salz, Pfeffer sowie 1 Msp. Honig abschmecken. 12 Scheiben (Vollkorn-) Baguette wie beschrieben im heißen Backofen knusprig rösten. Die Kräutermischung gleichmäßig auf den Baguette-scheiben verteilen und jeweils einige Parmesan- oder Grana-Päne darüberhobeln.

# PATIENTEN BERICHTEN

## TRIATHLON TROTZ EINSTIGER HERZMUSKEL-ENTZÜNDUNG

**Mit einer verschleppten Erkältung ist nicht zu spaßen. Das merkte auch Thomas J. vor 20 Jahren, als man bei ihm die Diagnose „Herzmuskelentzündung“ stellte. Seitdem geht der heute 50-jährige Fernseh-Produktionsingenieur jährlich zum Check in die Kardiologisch-Angiologische Praxis – und hält sich mit Triathlon fit.**

**Erzählen Sie uns doch kurz, warum Sie Patient in der Praxis sind.**

Mit 30 Jahren habe ich eine Erkältung verschleppt und mir dadurch eine Herzmuskelentzündung geholt. Daraufhin habe ich mich sofort umfassend untersuchen lassen. Die Myocarditis ist Gott sei Dank komplett ausgeheilt, daher geben mir die Vorsorgeuntersuchungen einfach die Sicherheit, auch weiterhin uneingeschränkt Leistungssport zu betreiben.

**Wie sieht die Untersuchung aus?**

Ich werde an ein Belastungs-EKG angeschlossen und mein Herz wird per Ultraschall überprüft.

**Wann haben Sie mit dem Laufen angefangen?**

Mit Anfang 20 war ich bei der Marine in Eckernförde, da gab es regelmäßig größere Laufevents. So hat im Endeffekt alles angefangen. Während der Bundeswehrzeit bin ich regelmäßig gelaufen, danach wurde langsam der Triathlon populär. Da ich ursprünglich vom Schwimmen komme und auch gerne Rad fahre, habe ich zurück in Bremen dann angefangen, alles zusammen zu trainieren.

**Und wie ging es dann weiter?**

Ich bin seit damals im Triathlon-Club Bremen Mitglied und versuche, mindestens einmal im Jahr eine lange Distanz zu bewältigen. 2014 habe ich beispielsweise zusammen mit einem Partner die Alpen per Rad überquert. Sieben Tage lang ging es bei der Transalp-Tour von Mittenwald bis nach Arco in Italien. Pro Tag waren es Strecken zwischen 115 und 160 Kilometer mit wirklich tollen Pässen, die wir gefahren sind.

**Welchen Platz haben Sie letztlich belegt?**

Insgesamt waren bei der Veranstaltung 1.200 Teilnehmer dabei. In unserer Altersklasse (Masters) haben wir den 119. Platz gemacht – was uns aber egal war. Unser primäres Ziel hieß: überleben (lacht). Bei den unterschiedlichen Höhen-



metern und der langen Strecke wollten wir einfach mit unseren Kräften haushalten, die Natur genießen und die Alpen gut hinter uns bringen.

**Wohin geht es 2015?**

Nach Nizza zum Ironman. Meine Familie kommt mit, um mich zu unterstützen. Das ist natürlich besonders schön. Mit dem Training dafür habe ich bereits im November 2014 angefangen.

**Haben Sie eine Lieblingslaufstrecke?**

Nicht wirklich. Wir wohnen nahe beim Blockland, sodass ich eigentlich immer eine schöne Strecke direkt vor der Haustür habe.

**Und welche Jahreszeit ist für Sie die beste zum Trainieren?**

Ich mag den Spätsommer/Herbst am liebsten, wenn es morgens schon etwas kühler ist und der Nebel über die Felder streicht. Ich fahre aber auch das ganze Jahr über mit dem Rad zur Arbeit, daher bin ich, was das Wetter angeht, nicht zimperlich.

**Sind Sie auch schon in Bremen beim swb-Marathon dabei gewesen?**

Ich bin 2013 den Halbmarathon gelaufen, als Begleitung meiner Schwester. Ich war sozusagen ihr Pacemaker. Ansonsten bin ich auch schon in Hamburg und Berlin beim Marathon gestartet. In Bremen hat es bisher zeitlich nicht gepasst, weil ich nicht zu viele Läufe im Jahr machen will. Aber wer weiß, vielleicht laufe ich hier auch irgendwann noch die 42 Kilometer.

**Haben Sie sonst noch ein großes Ziel?**

Die meisten nennen wohl den Ironman auf Hawaii. Mich würde aber eher Lanzarote reizen. Und der London- oder New-York-Marathon.

**Wie gehen Sie heute mit Ihrem Körper um?**

Ich bin schon sensibilisiert und höre auf meinen Körper. Gerade, was den Puls angeht, merke ich schnell Veränderungen und reagiere darauf. Früher habe ich auch mit Erkältung Sport gemacht – das tue ich heute nicht mehr, sondern gönne mir dann eine ausreichende Pause. Schließlich will ich mir den Spaß am Triathlon erhalten.



#### KEINE SPORTLICHEN HÖCHSTLEISTUNGEN

Bewegung regt die Blutzirkulation an und entlastet den Herzmuskel in seiner Arbeit. Deswegen sind sportliche Aktivitäten auch an heißen Sommertagen wichtig – allerdings sollte man diese auf die frühen Morgenstunden oder auf den späten Abend verschieben. Gut eignen sich beispielsweise Walkingstrecken oder Spaziergänge in kühleren Parkanlagen oder Waldgebieten. Von Extremsport an heißen Tagen raten die Ärzte der Kardiologisch-Angiologischen Praxis jedoch auf jeden Fall ab – zu hoch ist die zusätzliche Belastung für das Herz. Wichtig sei zudem, jede sportliche Betätigung langsam zu beginnen, um dem Körper genügend Zeit zur Akklimatisierung zu lassen.

## TIPP: COOL BLEIBEN BEI HITZE

---

**Es ist wieder Sommer! Die Menschen genießen den Sonnenschein, vor den Eisdieleen bilden sich lange Schlangen, und in den Freibädern herrscht Hochkonjunktur. Doch nicht jeder kann die heiße Jahreszeit genießen. Vor allem Ältere, die unter Herzproblemen leiden, vertragen die hohen Temperaturen oft nur schlecht – Schwindel, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen oder gar ein Kreislaufkollaps können die Folge sein. Damit solche Probleme erst gar nicht auftreten, empfehlen die Ärzte der Kardiologisch-Angiologischen Praxis, an heißen Tagen ein paar hilfreiche Tipps zu befolgen.**

Besonders wichtig ist es, bei heißen Temperaturen auf eine ausreichende Trinkmenge zu achten, um Dehydrierung und Blutverdickung zu vermeiden. Beim Schwitzen können schnell mehrere Liter Flüssigkeit mit Mengen an Kochsalz, Magnesium und anderen Elektrolyten verloren gehen. Vor allem Mineralwasser bieten sich an. Mediziner raten, auf alkoholische Getränke bei Hitze zu verzichten, da diese besonders bei Patienten, die Bluthochdruck-Medikamente einnehmen, dazu führen können, dass der Blutdruck zu stark absinkt und sogar ein Kreislauf-Kollaps eintritt. Wer aufgrund einer Herzschwäche oder einer bestimmten Medikation normalerweise nicht so viel trinken darf, spricht die ideale Trinkmenge im Sommer am besten mit dem behandelnden Arzt ab.

#### LEICHTE KOST ENTLASTET DAS HERZ

Auch die Essgewohnheiten sollten der Sommerhitze angepasst werden. Die Devise lautet: Lieber mehrere kleinere als wenige schwere Mahlzeiten einnehmen und auf leichte Kost zurückgreifen – die entlastet das Herz bei Hitze zusätzlich. Besonders verträglich sind mediterrane Gerichte mit frischem Obst und Gemüse. So sind frische Sommersalate oder Fisch- und Geflügelgerichte üppiger Hausmannskost und fettigem Grillfleisch vorzuziehen.

Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen hat die Sonne auch eine positive Wirkung auf das Herz: Sie hilft dem Körper, das Provitamin D in das für die Herzgesundheit wichtige Vitamin D<sub>2</sub> umzuwandeln. Bei ausreichendem Sonnenschutz ist gegen ein kurzes Sonnenbad mit Wechsel in den Schatten also nichts einzuwenden.

# PRAXISNEWS

## NEUES HERZKATHETER-LABOR

Ende 2014 wurde im Herzzentrum ein neuer Herzkatheter-Arbeitsplatz für die Behandlung von Koronarpatienten installiert. Es handelt sich um einen Katheter-Messplatz mit neuester Flachdetektor-Technologie. Die Anlage ersetzt das 2002 errichtete Herzkatheterlabor 1. Das neue System arbeitet nicht mehr mit einer herkömmlichen analogen Röntgenbildverstärker-Kamera, sondern mit zwei hochempfindlichen, digitalen Flachdetektoren, die eine bessere Bildqualität bei gleichzeitig bis zu 70 Prozent geringerer Strahlenbelastung bieten.

### VERBESSERTE BILDQUALITÄT – VORTEILE FÜR PATIENTEN

Je genauer der Herzspezialist jedes Detail an den von ihm behandelten Kranzarterien erkennen kann, desto besser ist das Ergebnis für die Patienten. Die neue Anlage verbessert unter anderem die Erkennung feinsten Einrisse, die bei der Entfaltung von Stents an den Innenhäuten der Koronararterien entstehen können, und die – falls unerkant und unbehandelt – für den Patienten gefährlich werden könnten. Auch die die Eröffnung von chronisch verschlossenen Kranzarterien – ein erst seit wenigen Jahren praktiziertes Verfahren – wird durch die optimierte Bildqualität erfolgreicher und sicherer für den Patienten. Hierbei sind die Herzspezialisten darauf angewiesen, weniger als ein Viertel Millimeter dünne Umgehungskreisläufe „haargenau“ zu erkennen. Das neue Labor verfügt zudem über eine moderne, automatische Vermessungsfunktion, dem „Stent-boost“, mit der sich die Vollständigkeit der Entfaltung von Gefäßstützen exakter als bisher überprüfen lässt. Dies ermöglicht bessere Langzeitergebnisse.

### DOSISREDUKTION UM BIS ZU 70 PROZENT

Sicherheit für Patienten sowie interventionell tätige Ärzte und deren Teams sind während allen Eingriffen das oberste Gebot. Mit dem neuen Röntgensystem lässt sich erstmalig die Röntgendosis bei gleichbleibend ausgezeichneter Bildqualität um 70 Prozent senken. Bisher konnte der behandelnde Arzt während des Eingriffs die Strahlenbelastung des Patienten durch die Röntgendurchleuchtung nur annähernd abschätzen. Mit der neuen Anlage kann er fortlaufend am Bildschirm die Gesamtkörperdosis an Strahlen kontrollieren, die der Patient während des Eingriffs erhalten hat. Sobald die Strahlung einen gefährlichen Grenzwert zu erreichen droht, kann er nun den Eingriff früh genug beenden und so eine für den Patienten gefährliche Strahlen-bedingte Hautschädigung vermeiden.



Dr. Erhard König bei der Untersuchung im neuen Herzkatheterlabor

## NEUE KOLLEGEN

Die Kardiologisch-Angiologische Praxis begrüßt zwei neue Kollegen: Dr. Martin Gödde und Bülent Koç verstärken das Team zum 01. April 2015. Dr. Martin Gödde ist Kardiologe und wird in den Bremer Praxen sowie im Herzkatheterlabor tätig sein. Außerdem wird er Dr. Koppitz und Dr. Callenbach bei den Schrittmacherimplantationen in Delmenhorst unterstützen. Bülent Koç ist Facharzt für Innere Medizin und unterstützt die Kollegen vorwiegend am Standort Delmenhorst sowie auch an den Bremer Standorten.



#### Warum wollten Sie Ärztin werden?

Ich habe als Jugendliche Wettkampfsport betrieben und dadurch leider häufiger wegen verstauchter Gelenke einen Orthopäden oder Chirurgen aufsuchen müssen. Das fand ich so spannend, dass mein Interesse für den Beruf geweckt wurde.

#### Wie kam es zum Kontakt mit dem Klinikum Links der Weser?

Mit einigen Partnern habe ich bereits im Klinikum Links der Weser zusammengearbeitet. Außerdem gab es immer schon eine enge Kooperation zwischen der Praxis und dem Echolabor des LDW, das ich zuletzt geleitet habe.

#### Seit wann sind Sie in der Praxis beschäftigt und um welchen Fachbereich kümmern Sie sich?

Seit Januar 2008, erst als angestellte Ärztin und seit 2012 als Partnerin. Mein Schwerpunkt liegt in der nichtinvasiven Kardiologie, und hier wiederum besonders auf dem Gebiet der Echokardiographie mit ihren verschiedenen Spezialbereichen (unter anderem TEE und Stressechokardiographie).

#### Haben Sie ein Erlebnis aus Ihrem Berufsalltag, das Ihnen besonders im Gedächtnis geblieben ist?

Es gibt eigentlich kein einzelnes, besonderes Erlebnis. Es ist vor allem das enge und häufig auch persönliche Verhältnis, das man über die Jahre mit den Patienten aufbaut.

## ARZT IM INTERVIEW: DR. UTE JACUBASCHKE

---

Dr. Ute Jacubaschke wusste schon relativ früh, dass sie Ärztin werden wollte. Nach dem Studium der Humanmedizin folgten die Bereiche Gastroenterologie und Endokrinologie sowie die Facharztanerkennung zur Internistin und schließlich der Wechsel zur Kardiologie.

#### Was bereitet Ihnen an Ihrer Arbeit besondere Freude?

Es macht mir Spaß, in einem großen Team zu arbeiten, in dem man sich auch fachlich ständig austauscht. Durch die Kooperation mit dem Herzkatheterlabor und der Klinik umfasst das Aufgabengebiet ein großes Spektrum, was die Arbeit einfach jeden Tag sehr spannend macht.

#### Tun Sie selbst etwas für Ihre Herzgesundheit?

Ich mache regelmäßig Fitnesstraining und soweit es das Wetter zulässt, gehe ich joggen. Im Sommer kommen zusätzlich Tennis und im Winter Skifahren hinzu. Außerdem versuche ich mich gesund zu ernähren, vorzugsweise mediterrane Kost.



## UNSER MAGAZIN IM ABONNEMENT FÜR SIE KOSTENFREI!

In unserer Praxis liegen Anmeldekarten für Sie bereit.

Gerne können Sie unser Magazin auch per E-Mail ([vr@cardiohb.com](mailto:vr@cardiohb.com)) oder per Telefon (0421-432 55 721) unter Nennung Ihrer vollständigen Anschrift abonnieren.

### Was mögen Sie besonders an Bremen?

Bremen erinnert mich in vielem an meine Heimatstadt Göttingen. Es ist zwar deutlich größer, aber noch gut überschaubar und hat einen großen Altstadtbereich. Ich finde es immer wieder schön, durch das Viertel und im Sommer an der Schlachte entlang zu spazieren.

### Haben Sie einen Lieblings-Arztwitz?

Ein Internist, ein Chirurg und ein Pathologe gehen auf die Entenjagd. Als erstes legt der Internist an. Zwei Enten fliegen auf, er zielt zunächst auf die eine, dann auf die andere, oder ist die erste doch besser? Dann sind die Enten weg. Dann kommt der Chirurg, nimmt einen Kanonenschlag. Alles, was Flügel hat, fliegt auf. Er schießt wie wild um sich, dann dreht er sich zum Pathologen um und sagt: „Sieh' mal nach, ob eine Ente dabei ist.“

### IMPRESSUM

**HERAUSGEBER**  
Kardiologisch-Angiologische Praxis  
Herzzentrum Bremen  
Senator-Weßling-Str. 1 a  
28277 Bremen  
Telefon 0421/432 55 5  
[www.kardiologie-bremen.com](http://www.kardiologie-bremen.com)  
[redaktion@kardiologie-bremen.com](mailto:redaktion@kardiologie-bremen.com)

**V.I.S.D.P.**  
Jochen Heumos, Geschäftsführer

**LAYOUT / SATZ**  
eskalade Werbeagentur GmbH  
[www.eskalade.de](http://www.eskalade.de)

**REDAKTION / TEXT**  
neusta communications GmbH  
[www.neusta-communications.de](http://www.neusta-communications.de)

**BILDER**  
LightUp Studios GmbH, shutterstock

**DRUCK**  
flyerheaven GmbH & Co.KG

**Praxis Bremen Nord  
Angiologische Sprechstunde**

**Residenz Klinik Lilienthal**

**Praxis Bremen  
Schwachhausen**



**Praxis Delmenhorst  
Stedinger Straße**

**Praxis Bremen  
Links der Weser**



v. l.: Dr. med. Athanasios Gkanatsas, Dr. med. Caspar Börner, Dr. med. Patrick Koppitz, Herr Mohammad Pasalary, Dr. med. Christian Hegeler-Molkewehrum, Dr. med. Helmut Lange, Dr. med. Thek-Ling Eddy, Dr. med. Ertan Dogu, Dr. med. Friedrich Weber, Dr. med. Kirsten Naue, Geschäftsführer Jochen Heumos, Dr. med. Ute Jacobaschke, Dr. med. Erhard König, Dr. med. Walter Kunstreich, Dr. med. Arne Callenbach



**Von Herzen gesund.**

**Kardiologisch-Angiologische Praxis  
Herzzentrum Bremen**

Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie/Angiologie  
Mehr unter [www.kardiologie-bremen.com](http://www.kardiologie-bremen.com)