

HERZSCHLAG

DAS MAGAZIN DER KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHEN PRAXIS – HERZZENTRUM BREMEN

12

HANDGELENK ODER LEISTE

Herzkatheteruntersuchungen erfolgen heute oft über die Handgelenksarterie

HERZPUMPEN

Das künstliche Herz hat sich als gute Alternative zum Spenderherz erwiesen

BELASTUNGS-EKG

Das Belastungs-EKG kommt bei der Diagnostik immer seltener zum Einsatz

EIN NEUES ANGEBOT IN UNSERER PRAXIS

Sportmedizinische Untersuchung



UNSERE STANDORTE

An sechs Standorten in und um Bremen finden Patienten eine fachärztliche Versorgung auf höchstem Niveau





Dr. med.
Helmut Lange



Dr. med.
Caspar Börner



Dr. med. Christian
Hegeler-Molkewehrum



Dr. med.
Ertan Dogu



Dr. med.
Patrick Koppitz



Dr. med.
Martin Gödde



Dr. med.
Arne Callenbach



Dr. med.
Walter Kunstreich



Dr. med.
Erhard König



Dr. med.
Friedrich Weber



Dr. med.
Verena Korff



Dr. med.
Ute Jacobaschke



Dr. med.
Anja Wesenberg



Dr. med.
Reinhold Hachmöller (Vertr.)



Mohammad Noor Pasalary
(Äztl. Mitarbeiter)



Dr. med.
Kirsten Naue



Dr. med.
Thek-Ling Eddy



Katja Timmermann (Vertr.)



Bülent Koç



Dr. med.
Jan Rindermann



Dr. med.
Undine Pittl



Dr. med.
Manju Guha



Inga Krohm



KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHE PRAXIS
Herzzentrum Bremen

EDITORIAL

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Patientinnen und Patienten,



seit nunmehr zwölf Ausgaben bieten wir Ihnen zweimal jährlich in unserem Magazin Wissenswertes rund um Ihre Herzgesundheit. Dabei hat sich nicht nur in der Kardiologisch-Angiologischen Praxis Einiges geändert, auch das Layout dieses Heftes wurde nach und nach neu gestaltet. Wir hoffen, es gefällt Ihnen und Sie lesen die Berichte nach wie vor gerne. Auch in dieser Ausgabe haben wir spannende Themen für Sie zusammengetragen – beispielsweise unser erster großer Artikel zur Sportkardiologie. Nach einem langen Winter zieht es einen schließlich an den ersten warmen Tagen wieder nach draußen. Wer sich dabei sportlich betätigen möchte, aber unsicher ob seiner Gesundheit ist, kann bei uns in der Praxis eine sportmedizinische Untersuchung durchführen lassen. Mehr dazu lesen Sie auf Seite 6.

Sie möchten wissen, wo unsere Standorte sind und was dort an Untersuchungen möglich ist? Auf den Seiten 10 und 11 geben wir Ihnen einen genauen Überblick. Einen gemütlichen Schaufensterbummel machen – was sich im ersten Moment nach einem schönen Zeitvertreib anhört, ist für manche Menschen alles andere als das. Wer an Verengungen der Bein-gefäße leidet, verspürt beim Gehen schnell Schmerzen und muss Pausen einlegen – vorzugsweise vor Schaufenstern, da dies weniger auffällt. Diesen klassischen Fall der Angiologie finden Sie auf Seite 14.

Liegt bei Patienten ein schwerer Herzfehler vor, bleibt meist nur die Option auf ein neues Herz. Dies ist in der Regel mit langem Warten verbunden – schneller helfen kann hier ein künstliches Herz bzw. eine Herzpumpe. Dabei handelt es sich um ein implantierbares, mechanisches Pumpsystem, dass das erkrankte Herz unterstützt. Es nennt sich „VAD“ als Abkürzung für „ventricular assist device“ (Deutsch: „Herzkammerunterstützungssystem“). Was dieses Gerät kann, lesen Sie auf Seite 16.

In dieser Ausgabe gibt es wie immer ein schmackhaftes Rezept. Passend zum warmen Wetter legen wir Ihnen einen leichten Tomaten-Aprikosen-Salat ans Herz, der mit seiner fruchtig-herben Zusammensetzung echtes Sommergefühl aufkommen lässt. Zu finden auf Seite 23. Und wussten Sie eigentlich, dass Magnesium nicht nur bei Muskelkater hilft? Es zählt zu einem der wichtigsten Mineralstoffe für unseren Körper! So kann ein Mangel beispielsweise zu Herzrhythmusstörungen führen und das Arterienverkalkungsrisiko erhöhen. Mehr zu diesem Thema erwartet Sie auf Seite 27.

Viel Freude beim Lesen und einen gesunden Sommer wünscht
Bülent Koç

IMPRESSUM

HERAUSGEBER
Kardiologisch-Angiologische Praxis
Herzzentrum Bremen
Senator-Weßling-Straße 1 a
28277 Bremen
Telefon 0421/432 55 5
www.kardiologie-bremen.com
redaktion@kardiologie-bremen.com

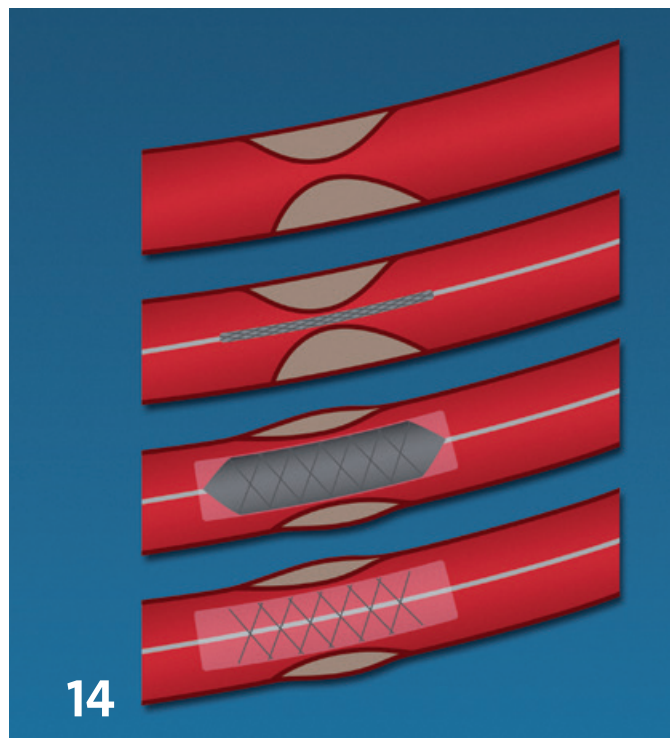
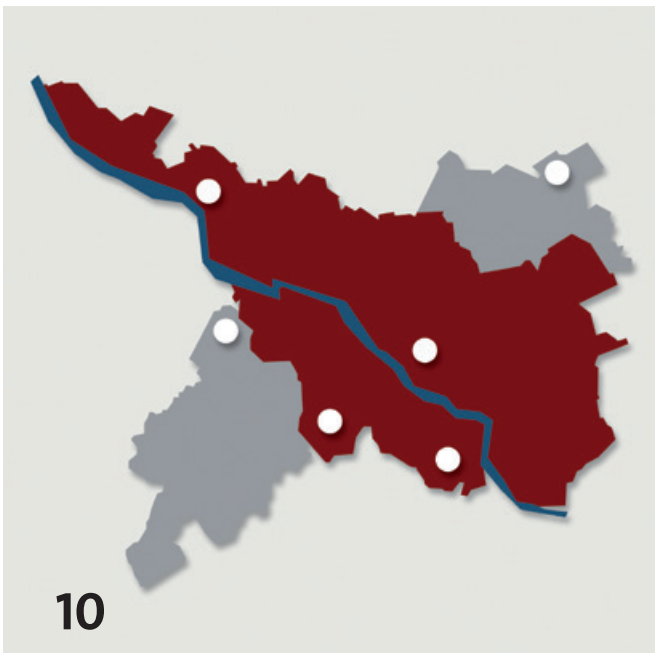
V.I.S.D.P.
Jochen Heumos, Geschäftsführer

LAYOUT/SATZ
eskalade Werbeagentur GmbH
www.eskalade.de

REDAKTION/TEXT
neusta communications GmbH
www.neusta-communications.de

BILDER
LightUp Studios GmbH, shutterstock

DRUCK
flyerheaven GmbH & Co.KG



INHALT

- 06** SPORTKARDIOLOGIE – Sowohl (Wieder-)Einsteiger als auch Leistungssportler haben nun die Möglichkeit, in unserer Praxis eine sportmedizinische Untersuchung durchführen zu lassen.
- 09** NEUES AUS DER FORSCHUNG – Eine Studie der Case Western Reserve University zeigt, dass unter Umständen die bisherigen Leitlinien für optimale Blutdruckwerte überarbeitet werden müssen.
- 10** STANDORTE IM ÜBERBLICK – Sie möchten wissen, wo wir vertreten und wer vor Ort Ihre Ansprechpartner sind? Hier finden Sie alle unsere Standorte, Angebote und Ärzte im Detail.
- 12** HERZKATHETER – Anstelle von Herzkatheteruntersuchungen über eine Leistenarterie entscheiden sich Kardiologen heute oft für die Einführung über die Handgelenksarterie.
- 14** ANGIOLOGIE – EIN KLASSISCHER FALL – Herr K. leidet seit längerem unter der sogenannten Schaufensterkrankheit. Dabei handelt es sich um eine Verengung der Beingefäße.
- 15** PRAXISWISSEN: BNP – Unser Herz wird durch viele Hormone gesteuert – so auch durch das B-Typ Natriuretische Peptid, welches das Zusammenspiel von Wasserhaushalt und Blutdruck regelt.
- 16** HERZPUMPEN – Menschen mit schwerem Herzproblem warten oft jahrelang auf ein passendes Spenderherz. Als gute Alternative hat sich das künstliche Herz bzw. die Herzpumpe erwiesen.
- 18** BELASTUNGS-EKG BEI HERZPATIENTEN – Früher war das Belastungs-EKG ein zentraler Bestandteil der Stufendiagnostik der koronaren Herzkrankheit. Das hat sich mittlerweile geändert.
- 19** UNSER TEAM: ULLA WILLEN – Seit 25 Jahren arbeitet Ulla Willen im Katheterlabor der Kardiologisch-Angiologischen Praxis und ist dort unter anderem für die Lagerverwaltung zuständig.
- 20** SIE FRAGEN. WIR ANTWORTEN. – Kann Lärm krank machen? Diverse Studien belegen, dass eine dauerhafte Aussetzung von Krach schädlich ist – nicht nur für die Psyche, auch für das Herz.
- 21** HISTORIE – WILLIAM WITHERING – Ein Zufall führte dazu, dass der Arzt und Botaniker William Withering die Wirkung eines bis heute aktiven Medikamentenbestandteils entdeckte: Digitalis.
- 22** PATIENTEN BERICHTEN – Herr S. unterzog sich einer Mitralklappen-Operation. Die nachfolgende Kontrolluntersuchung verläuft gut, bis er im Folgejahr merkt, dass etwas „nicht stimmt“.
- 23** GESUND ESSEN: TOMATEN-APRIKOSEN-SALAT – Eine Kombination aus fruchtig sowie salzig und dazu noch sommerlich leicht: Dieser Salat ist ideal für die warme Jahreszeit!
- 24** PRAXISNEWS – Die Kardiologisch-Angiologische Praxis freut sich über neue Kolleginnen, die wir kurz mit ein paar Fragen vorstellen. Lernen Sie unsere neuen Kolleginnen kennen!
- 26** ARZT IM INTERVIEW – Dr. Jan Rindermann war schon früh fasziniert von der Medizin und der Forschung. Im Labor merkte er, dass er lieber praktisch und praxisorientiert arbeiten wollte.
- 27** TIPP: MAGNESIUM BEI HERZ-RHYTHMUS-STÖRUNGEN – Magnesium zählt zu den wichtigsten Mineralstoffen für unseren Körper und spielt für das Herz eine bedeutsame Rolle.

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) oder per Telefon (0421-432 55 721) unter Nennung Ihrer vollständigen Anschrift abonnieren.



SPORTMEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG

Egal, ob Fußball, Laufen oder Radfahren – die Sportmedizinische Untersuchung zeigt, welche Sportart die Richtige ist.

Wer Sport treibt, bleibt länger fit. Und nicht nur Herzpatienten wissen, dass Bewegung gut für den Körper ist. Egal, ob das Fahrrad regelmäßig zum Einsatz kommt, ein Halbmarathon auf der Wunschliste steht oder das wöchentliche Schwimmen – wer wissen möchte, wie leistungsfähig er ist, kann sich in der Kardiologisch-Angiologischen Praxis seit Anfang des Jahres sportmedizinisch untersuchen lassen. Dr. Ertan Dogu und Frau Dr. Anja Wesenberg sind hierbei als Sportmediziner die Ansprechpartner vor Ort.

Neues Angebot in der Praxis

Uneingeschränkt sporttauglich oder gibt es Faktoren zu beachten?



Dr. Ertan Dogu (o.l.) und sein Team führen bei dem Patienten die sportmedizinische Leistungsdiagnostik durch – dazu gehört unter anderem ein Laktattest am Ohr (o.r.).

Aus purem Spaß oder aus gesundheitlichen Gründen – wer sich regelmäßig bewegt, kräftigt nicht nur seine Muskeln und verliert Gewicht. Auch das Herz profitiert davon, genauso wie die Seele. Gerade, wenn es in Richtung Sommer geht, ist der Drang, rauszugehen und etwas zu tun, besonders gegeben. Allerdings belegen mehrere Studien, dass bei sportlichem Neuanfang oder bei Wiedereinsteigern ein deutlich erhöhtes Risiko für kardiale Zwischenfälle bis hin zum Tod auftreten. „Daher empfehlen wir eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung, die von vielen gesetzlichen Krankenkassen kostentechnisch anteilig unterstützt wird“, so Dr. Ertan Dogu.

In der Kardiologisch-Angiologischen Praxis wird geklärt, ob jemand uneingeschränkt sporttauglich ist, oder ob es Faktoren gibt, die beachtet werden müssen. Laut international anerkannten Richtlinien wird allen Männern ab 45 Jahren und allen Frauen ab 55 Jahren eine Belastungsuntersuchung empfohlen. (Wieder-)Einsteigern, Freizeit- und auch Leistungssportlern bieten die beiden Kardiologen und Sportmediziner Dr. Anja Wesenberg und Dr. Ertan Dogu zwei verschiedene Tests an: die allgemeine sportmedizinische Untersuchung – mit kardiologischem Schwerpunkt bei Bedarf – sowie die sportmedizinische Leistungsdiagnostik.

DIE KOSTEN IM ÜBERBLICK



Sportmedizinische Untersuchungen und die Leistungsdiagnostik werden privat in Rechnung gestellt. Viele gesetzliche Krankenkassen übernehmen allerdings einen Teil der Kosten. Interessenten sollten sich vorab bei ihrer Krankenkasse informieren.

SPORTMEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG

ALLGEMEINE SPORTMEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG

Anamnese, körperliche Untersuchung, Ruhe-EKG, Ruheblutdruckmessung

ab 100 Euro

SPORTMEDIZINISCH-KARDIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

Anamnese, körperliche Untersuchung mit kardiologischem Fokus, Ruhe-EKG, Ruheblutdruckmessung, Belastungs-EKG und Echokardiographie

ab 200 Euro

SPORTMEDIZINISCHE LEISTUNGSDIAGNOSTIK

Spiroergometrie mit Kalorimetrie und Laktatmessungen

ab 200 Euro

Spiroergometrie mit Kalorimetrie, Laktatmessungen, Echokardiographie

ab 250 Euro

Spezielle Trainingsberatung

ab 100 Euro

Sportmedizinische Untersuchung

Die allgemeine sportmedizinische Untersuchung besteht aus einem körperlichen Check und einem Ruhe-EKG. „Anhand der Ergebnisse und unserem Gespräch mit den Patienten schätzen wir die Eignung für bestimmte Sportarten ein“, so Dogu. Die sportmedizinisch-kardiologische Untersuchung umfasst zusätzlich die bildgebende Diagnostik per Echokardiographie (Herzultraschall) und die Belastungsuntersuchung durch ein Belastungs-EKG. Mithilfe der Echokardiographie beurteilen die Ärzte die Herzfunktion und erkennen mögliche Herzmuskel- oder Herzklappenerkrankungen, die gegen die Aufnahme eines Trainings sprechen würden. „Durch die Belastungsuntersuchung klären wir weiter ab, ob Durchblutungsstörungen am Herzen vorliegen“, erläutert Dogu. Die sportmedizinisch-kardiologische Untersuchung fordern viele Sportverbände vor einer Wettkampfteilnahme – oft bereits in niedrigen Wettkampfklassen.

Sportmedizinische Leistungsdiagnostik durch Spiroergometrie

Diese Untersuchung ist vor allem für Ausdauersportler geeignet, aber auch für alle anderen Interessierten, die wissen wollen, wie leistungsfähig sie sind. Die Spiroergometrie ist allerdings auch ein Werkzeug, um einen Untrainierten vom (Herz-)Kranken zu differenzieren. „Aufgrund vieler verfahrenstechnischer Vorteile erfolgt der Check bevorzugt auf dem Fahrradergometer“, erklärt Dogu, „denn die Ergometrie auf dem Laufband ist für viele Probanden etwas sehr Ungewohntes, und die Messungen sind deutlich schwieriger“. Die ermittelten Herzfrequenzen für die einzelnen Schwellen können aber auch für Läufer und Schwimmer abgeschätzt werden.

Parallel werden ein Belastungs-EKG geschrieben, der Blutdruck unter Belastung protokolliert und Messungen des Laktatgehaltes im Blut durchgeführt. Laktat (Milchsäure) fällt an, wenn der Körper durch Leistungssteigerung seine Energie nicht mehr alleine aus der Fettverbrennung (aerob), sondern zusätzlich aus der Kohlenhydratverbrennung (anaerob) beziehen muss. Dabei werden die Glykogenspeicher angezapft, die bis zu 90 Minuten ausreichen. Erst wenn der Energiebedarf bei weiterer Leistungszunahme auch die Energiezufuhrkapazität aus dem Glykogenspeicher übersteigt, schwillt der Laktatwert auf Werte über 4,5 mmol/l (Millimol pro Liter) und fängt an, das Blut „sauer“ zu machen. Dies hemmt dann im Verlauf die Muskulatur und führt zum Abbruch der Belastung. Diese Belastungsstufe zu erkennen, ist eines der Ziele der Spiroergometrie.

NEUES AUS DER FORSCHUNG

SPRINT-STUDIE ZUR BLUTDRUCKSENKUNG

Seit 2013 galt ein Blutdruck um die 140 noch als in Ordnung. Eine aktuelle Studie der Case Western Reserve University zeigt allerdings, dass aus Sicht der Herzmedizin der Wert von unter 120 mmHG besser ist: Die Teilnehmer mit niedrigerem Blutdruck entwickelten deutlich seltener eine Herzschwäche, außerdem sank ihr Todesrisiko um etwa ein Viertel. Die sogenannte SPRINT-Studie war auf fünf Jahre angelegt, wurde aber aufgrund der Ergebnisse vorzeitig abgebrochen, um die Daten in den aktuellen us-amerikanischen Leitlinien berücksichtigen zu lassen.

Bei Menschen mit einem erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko liegt die Ursache nicht selten in einem zu hohen Blutdruck, der regelmäßig zu kontrollieren und behandeln ist. Doch was, wenn die bisherigen Leitlinien von 140/90 für Herzpatienten bald der Vergangenheit angehören? Diese Möglichkeit steht im Raum, seit die Systolic Blood Pressure Intervention Trial-Studie (SPRINT) der Case Western Reserve University im Herbst 2015 veröffentlicht wurde. Ziel der Studie: die Empfehlung eines geeigneten Zielblutdruckes für Hochdruckpatienten mit hohem kardiovaskulärem Gesamtrisiko zu verbessern. Finanziert wurde die Untersuchung vom National Institute of Health in den USA.

102 klinische Zentren untersuchten insgesamt 9.361 Patienten im Alter von über 50 Jahren mit systolischen Blutdruckwerten von mindestens 130 mmHg oder höher. Dabei hatten die Wissenschaftler besonders folgende Situationen im Fokus: Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen in der Vorgeschichte, Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen und Patienten, die 75 Jahre oder älter waren. Ausgeschlossen waren Menschen mit Diabetes, einem früheren Schlaganfall oder





Blutdruckproblemen beim Aufstehen. Die Teilnehmer wurden in zwei Gruppen aufgeteilt, in denen einerseits ein systolischer Blutdruck von weniger als 120 mmHg (intensive Behandlung) angestrebt wurde, in der anderen Gruppe sollte er auf unter 140 mmHg (Standardbehandlung) gesenkt werden.

Bereits im September 2015 wurde die Studie frühzeitig beendet: Nach einer Behandlungsdauer von etwas über drei Jahren stellten die Forscher fest, dass sich die medikamentöse Absenkung des Blutdrucks auf 120 mmHg positiv auswirkte. Im Vergleich zu jenen Probanden mit 140er Zielblutdruck, gab es 30 Prozent weniger Schlaganfälle, Herzinsuffizienzen und Herzinfarkte. Zudem war die Zahl der frühzeitigen Todesfälle in der ersten Gruppe um über 25 Prozent geringer.





Waren deutsche Bluthochdruckexperten nach Veröffentlichung der SPRINT-Studie aufgrund von mangelnden vollständigen Daten anfangs noch skeptisch, äußert sich die Deutsche Hochdruckliga mittlerweile positiv und spricht von einer Neuorientierung in der Bluthochdrucktherapie. Die Ergebnisse könnten in den Leitlinien Platz finden und zukünftige Behandlung von Patienten mit Hypertonie verändern. Dies setze allerdings umfangreiche Nachuntersuchungen voraus, um beispielsweise mögliche Nebenwirkungen zu beobachten, die bei einer intensiven Blutdruckbehandlung auftreten können. Zudem gab es im Rahmen der Studie eine engmaschige Überwachung, die im Alltag schwer realisierbar ist. Daher spricht die Hochdruckliga von einer großen Herausforderung für das Gesundheitssystem unter Berücksichtigung jedes einzelnen individuellen Patienten – denn nicht jeder Hochdruckpatient erfüllt die Einschlusskriterien.







LINKS DER WESER, BREMEN

-  Senator-Weßling-Straße 1A · 28277 Bremen
-  0421/43255-5 (Mo. bis Fr. 8:00 bis 17:00 Uhr)
-  info@cardiohb.com
-  Dr. Helmut Lange, Dr. Caspar Börner, Dr. Christian Hegeler-Molkewehrum, Dr. Ertan Dogu, Dr. Patrick Koppitz, Dr. Martin Gödde, Dr. Arne Callenbach, Dr. Erhard König, Dr. Friedrich Weber, Dr. Ute Jacobaschke, Dr. Jan Rindermann, Dr. Undine Pittl, Inga Krohm





SCHWACHHAUSEN, BREMEN

-  Schwachhauser Heerstraße 63A · 28211 Bremen
-  0421/989725-0 (Mo. bis Fr. 8:00 bis 17:00 Uhr)
-  schwachhausen@cardiohb.com
-  Dr. Caspar Börner, Dr. Christian Hegeler-Molkewehrum, Dr. Walter Kunstreich, Dr. Erhard König, Dr. Friedrich Weber, Dr. Kirsten Naue, Katja Timmermann (Vertreterin), Dr. Manju Guha, Inga Krohm





BREMEN NORD

-  Gerhard-Rohlfs-Straße 19 · 28757 Bremen
-  0421/43255-5 (Mo. bis Fr. 8:00 bis 17:00 Uhr)
-  info@cardiohb.com
-  Dr. Friedrich Weber, Dr. Kirsten Naue





KIRCHHUCHTING, BREMEN

-  Kirchhuchtinger Landstraße 80 · 28259 Bremen
-  0421/581880 (Mo., Di., Do. 7:30 bis 18:30 Uhr, Mi. 7:30 bis 13:00 Uhr, Fr. 7:30 bis 16:00 Uhr)
-  kirchhuchting@cardiohb.com
-  Dr. Anja Wesenberg, Dr. Thek-Ling Eddy

STEDINGER STRASSE, DELMENHORST

-  Stedinger Straße 72A · 27753 Delmenhorst
-  04221/150565 (Mo. bis Fr. 8:00 bis 17:00 Uhr)
-  delmenhorst@cardiohb.com
-  Dr. Patrick Koppitz, Dr. Martin Gödde, Dr. Arne Callenbach, Dr. Verena Korff, Bülent Koç, Dr. Reinhold Hachmöller (Vertreter)

ANGIOGRAPHIELABOR, LILIENTHAL

-  Moorhauser Landstraße 3C · 28865 Lilienthal
-  0421/43255-5 (Mo. bis Fr. 8:00 bis 17:00 Uhr)
-  info@cardiohb.com
-  Dr. Hegeler-Molkewehrum, Dr. Friedrich Weber, Dr. Walter Kunstreich



BREMEN NORD

An einem Tag in der Woche findet am Standort in Bremen-Nord in Kooperation mit der kardiologischen Praxis Stefan Kenter eine angiologische Sprechstunde statt.

STEDINGER STRASSE,
DELMENHORST

Die Delmenhorster Praxis bietet das gleiche kardiologische Untersuchungsspektrum wie der Standort Schwachhausen. Die Patientenakten einschließlich der Katheterbefunde sind mit den anderen Standorten vernetzt. Die invasiv tätigen Kardiologen unternehmen in der Regel selbst die Herzkatheteruntersuchungen und Stentimplantationen ihrer Delmenhorster Patienten im Herzkatheterlabor an unserem Standort Links der Weser. In Kooperation mit dem Klinikum Delmenhorst werden zudem Schrittmacherimplantationen durchgeführt.



UNSERE STANDORTE UND SCHWERPUNKTE



ANGIOGRAPHIELABOR, LILIENTHAL

Seit 2011 werden im Angiographielabor der Klinik Lilienthal Gefäßdarstellungen, Dilatationen und Stentimplantationen für die Behandlung von Durchblutungsstörungen der Arm-, Bein- sowie Beckengefäße von unseren Ärzten durchgeführt.

Wir bieten Ihnen eine umfassende Betreuung bei der Diagnostik, der Behandlung und der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – und das an sechs Standorten in Bremen und umzu. Hier finden Sie eine fachärztliche Versorgung auf höchstem Niveau.



SCHWACHHAUSEN, BREMEN

Die Praxis befindet sich im 3. Stock des Ärztehauses „63a“. Hier werden von bis zu vier Ärzten gleichzeitig sämtliche kardiologische Untersuchungen wie an unserem Hauptstandort Links der Weser durchgeführt – mit Ausnahme von medikamentösen Stressechokardiografien und des TEE („Schluckecho“). Patientenakten und Katheterbefunde sind über ein Netzwerk mit den anderen Standorten vernetzt. Ein Hauptschwerpunkt der Praxis ist die Angiologie. Auf dem gleichen Stockwerk befindet sich die Praxis für kardiologische Nuklearmedizin, in der die Myokardszintigrafie durchgeführt wird.



LINKS DER WESER, BREMEN

In der Kardiologisch-Angiologischen Praxis werden von bis zu fünf Ärzten gleichzeitig alle nicht-invasiven Diagnoseverfahren wie Ergometrie, Echokardiografie, Stressechokardiografie und Schrittmacherkontrolle durchgeführt. Zusammen mit den Radiologen der Röntgengemeinschaftspraxis finden außerdem spezielle bildgebende Untersuchungen in deren Räumlichkeiten am Klinikum Links der Weser statt (CT-Koronarangiografie und Kernspintomografie). Zur Kardiologisch-Angiologischen Praxis gehören eine ambulante Tagesstation mit 14 Betten und drei Herzkatheterlabore, in denen jährlich über 8.000 Herzkatheteruntersuchungen, davon mehr als 3.500 Stentimplantationen, durchgeführt werden. PräKardio – ein spezielles Untersuchungsprogramm zur Vorsorge und Früherkennung – wird ebenfalls in der Praxis angeboten. Seit Januar 2016 gibt es an diesem Standort auch die Möglichkeit der sportmedizinischen Untersuchungen.

KIRCHHUCHTING, BREMEN

Seit dem 1. Oktober 2015 gibt es einen weiteren Standort direkt neben dem Roland Center im Center-Point. In der Praxis werden nicht-invasive Diagnoseverfahren wie Ultraschalluntersuchung, Belastungs-EKG, Stressechokardiographie, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung und Schrittmacherkontrolle durchgeführt.



HANDGELENK ODER LEISTE – WELCHER ZUGANG IST BEIM HERZKATHETER BESSER?

In der Vergangenheit wurde fast jede Herzkatheteruntersuchung über die rechte oder linke Leistenarterie, die sogenannten Femoralarterien, durchgeführt. Heute entscheiden die Kardiologen vor der Untersuchung, ob sie den Katheter stattdessen über die Handgelenksarterie vorführen. Herzschlag sprach mit Dr. Patrick Koppitz über die Vor- und Nachteile der beiden unterschiedlichen Verfahren.



Seit wann gibt es eigentlich einen alternativen Zugang über den Arm?

Es ist bemerkenswert, dass die ersten Katheteruntersuchungen der Herzkranzadern 1960 über die rechte Armbeugenarterie, also über den Arm durchgeführt wurden. Später wurde allerdings fast ausschließlich über die rechte Leistenarterie kathetert. Die sogenannte transradiale Katheterisierung und Stentimplantation über die Handgelenksarterie, die Arteria radialis, wurde Mitte der 90er Jahre von dem holländischen Kardiologen Dr. Ferdinand Kiemeneij in Amsterdam entwickelt.

Was ist denn der bessere Weg?

Der wichtigste Vorteil des Radialiszugangs ist das geringere Blutungsrisiko, da die Handgelenksarterie nach dem Herausziehen der Einführschleuse einfacher und sicherer abgedrückt werden kann, um die Blutstillung zu erreichen. Dazu benutzen wir spezielle durchsichtige Plastikmanschetten, die genau über der Arterie Druck

ausüben, aber gleichzeitig den Blutabstrom über die Venen der Hand nicht behindern, damit die Hand nicht blau anschwillt. Bereits nach 15 bis 20 Minuten steht die Blutung in der Regel.

Ist denn das Abdrücken der Leistenarterie so viel schwieriger?

Früher wurde nach jeder Untersuchung die Leistenarterie von der Katheterschwester mit der Hand abgerückt. Das ist natürlich sehr personalintensiv. Heute gibt es spezielle Abdrückgurte, mit denen die Ader komprimiert wird. Da aber besonders bei übergewichtigen Patienten die exakte Platzierung des Gurtes schwierig ist, kann

**GERINGERES BLUTUNGSRISIKO
BEIM ZUGANG ÜBER DAS**

es hier häufiger – etwa bei jedem 50. Patienten – zu schweren Leistenblutungen kommen. Frauen und ältere Patienten sind stärker gefährdet. In sehr seltenen Fällen – etwa 1 zu 300 – dehnt sich die Blutung bis hinter den Bauchraum aus, wird dann oft zu spät bemerkt und führt zu lebensgefährlichem Blutverlust.

Muss der Patient nach einem transradialen Herzkatheter kürzer im Bett liegen?

Genau genommen muss er gar nicht im Bett liegen und kann nach etwa einer Stunde ohne Hilfe zur Toilette gehen. Er kann im Sitzen essen und trinken, wobei Letzteres aufgrund der Kontrastmittelausscheidung über die Niere besonders wichtig ist. All das ist gerade für unsere ambulanten Herzkatheterpatienten enorm vorteilhaft. Demgegenüber brauchen wir bei Patienten nach Leistenpunktion mindestens vier Stunden Liegezeit, und zwar in strenger Rückenlage, was von älteren Patienten mit Rückenproblemen als unangenehm empfunden wird als die Untersuchung selbst. Der Druckverband in der Leiste bleibt bis zum nächsten Morgen – etwas, was viele Patienten nicht sehr mögen.

Kann man denn über das Handgelenk auch Stents setzen?

Die diagnostische Koronarangiografie wird in der Regel mit 5 F-Kathetern (Durchmesser 1,67 mm) durchgeführt. Soll eine Stentimplantation in der gleichen Sitzung erfolgen, wechselt der Kardiologe die 5 F-Schleuse gegen eine mit 6 F-Durchmesser (2 mm). Selbst Frauen mit geringer Körpergröße haben in der Regel eine Handgelenksarterie von wenigstens 2 mm.

Wie sieht es denn bei Patienten mit akutem Herzinfarkt aus?

Gerade bei diesen ist das Risiko von Leistenblutungen erhöht, da sie zusätzliche Blutverdünnungsmittel brauchen. Deshalb empfehlen die neuesten Leitlinien, gerade hier den Eingriff über das Handgelenk durchzuführen. Eine neue große Vergleichsstudie bei 8.400 Patienten zeigte ein 30 Prozent geringeres Sterberisiko und ein 50 Prozent niedrigeres Blutungsrisiko bei Radialis-Patienten.

Warum werden heute denn nicht alle Katheter über den Arm eingesetzt?

Der Anteil der Katheteruntersuchungen über die Radialis nimmt in Deutschland stetig zu, liegt aber immer noch unter 20 Prozent. Das hängt damit zusammen, dass noch nicht alle Kardiologen ausreichend große Erfahrungen gesammelt haben, um den Eingriff über das Handgelenk durchzuführen. Die

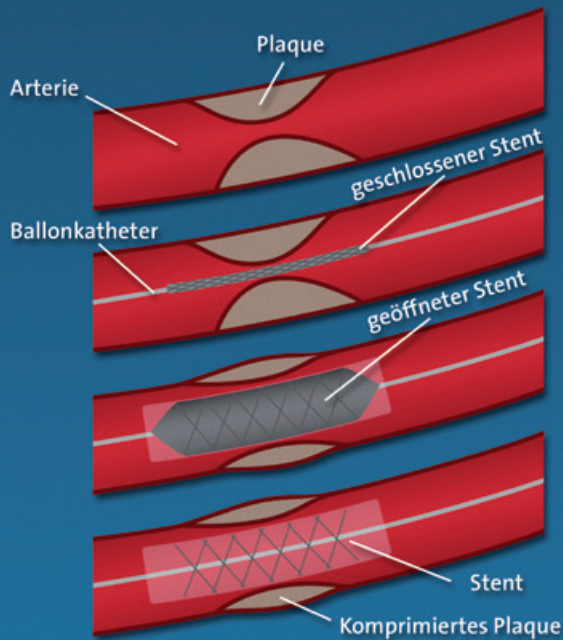
Platzierung der Katheter in die Abgänge der Koronararterien ist über den Arm etwas schwieriger als von der Leiste. Zudem ist die Strahlenbelastung für den Arzt bei transradialem Vorgehen höher.

Gibt es denn überhaupt Nachteile des Radialiszugangs?

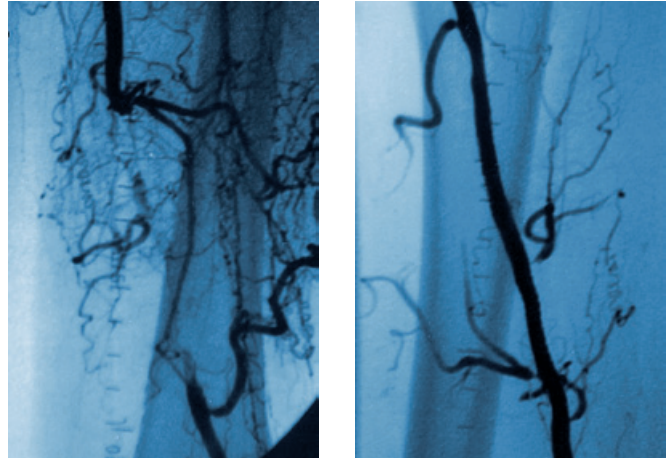
Neben der eben erwähnten höheren Strahlenbelastung für den Untersucher ist hier zu erwähnen, dass im Schnitt bei jedem zehnten Patienten die Untersuchung nicht über den Arm durchgeführt werden kann, weil sich die Unterarmarterie verkrampft und das Verschieben des Katheters unmöglich macht. Es kommt außerdem gelegentlich vor, dass keiner der zur Verfügung stehenden Katheterformen in einen der beiden Abgänge der Koronararterien passt. Dann muss zum zweiten Mal punktiert werden, und zwar in die bereits bei allen Patienten vorher steril abgedeckte Leistenarterie.

links:
Dr. Jan Rindermann und Dr. Patrick Koppitz bei einer Katheteruntersuchung über den rechten Arm.
unten: Die Punktion der Radial-Arterie ist technisch schwieriger, weil sie kleiner ist.





Angiogramm der Arteria femoralis: links vor dem Eingriff, rechts nach Stentimplantation.



EIN KLASSISCHER ANGIOLOGIEFALL

SCHAUFENSTERKRANKHEIT PER KATHETERVERFAHREN BEHANDELN

Herr K. bemerkt seit einigen Wochen zunehmende Schmerzen in der linken Wade, die regelmäßig beim Gehen nach etwa 200 bis 300 Metern auftreten. Mitunter etwas früher bei schnellerem Laufen, aber auch erst nach längeren, langsameren Distanzen mit Pause. Bergauf tritt der Schmerz deutlich früher auf. Die Beschwerden sind mitunter lästig, da sie ein kurzzeitiges Stehenbleiben erzwingen. Herr K. schaut dann als Vorwand in Schaufenster, um nicht aufzufallen. Inzwischen ist der Leidensdruck so groß, dass er seinen Hausarzt aufsucht.

Dieser untersucht ihn sorgfältig und tastet nach den Pulsen in beiden Leisten, Kniekehlen sowie Füßen. Dabei stellt er fest, dass sie an der linken Kniekehle und am linken Fuß nicht mehr fühlbar sind, wohl aber an der Gegenseite. Ergänzend wird der Blutdruck mit Spezialmanschetten an beiden Sprunggelenken gemessen, wobei auch hier Unregelmäßigkeiten auftreten. Mit Verdacht auf einen Verschluss der linken Oberschenkelarterie wird der Patient zum Gefäßspezialisten überwiesen. Eine durchgeführte Ultraschalluntersuchung bestätigt den Verdacht. Zwar hat sich zwischenzeitlich eine natürliche Umleitung von der linken Leisten- zur Kniekehlenarterie gebildet, diese sorgt aber nur für den Blutbedarf unter Ruhebedingungen. „Sobald die Wadenmuskeln auf der linken Seite mehr Blut benötigen und dieses über die Umleitung nicht ausreichend angeboten wird, treten Schmerzen auf“, erklärt Angiologe Dr. Friedrich Weber.

Für den Patienten ergeben sich zwei Möglichkeiten: Entweder Herr K. trainiert, indem er immer wieder bewusst bis in den Schmerz hineinläuft und damit das Wachstum sowie die Zunahme neuer natürlicher Umleitungen anregt. Die zweite Option ist die Wiederherstellung der verschlossenen Hauptarterie per Ballonaufdehnung oder die Überbrückung mit einer Bypassoperation. Aufgrund des Wunsches nach schneller Hilfe und Angst vor einer großen Operation, entschließt sich Herr K. für das Katheterverfahren in örtlicher Betäubung.

Am Tag des Eingriffes gibt es ein leichtes Frühstück, kurz danach geht es ins Katheterlabor. „Unter örtlicher Betäubung wird dann ein kleines Schläuchlein, der Katheter, in die linke Leistenarterie eingeführt und unter Röntgenüberwachung ein flexibler, dünner Draht durch das Lumen der verschlossenen linken Oberschenkelarterie bis in die linke Wade vorgeschoben“, beschreibt Weber den Eingriff. Dabei dient der Draht dem Ballon als Schiene. Danach wird der Ballon über einen Druckschlauch aufgedehnt und gleichzeitig ein dünnes Drahtgerüst (Stent) entfaltet, das die neu eröffnete Arterie offenhält und den Wiederverschluss verhindern soll. „Nach Entfernung von Ballon und Draht bleibt nur die Gefäßstütze in der wiedereröffneten Schlagader, wächst im Laufe der nächsten Monate in die Gefäßinnenwand ein und verbleibt dort lebenslang.“

Nach etwa 30 Minuten ist der Eingriff erfolgreich abgeschlossen. Der Katheter wird entfernt und ein Druckverband angelegt, der für sechs Stunden ein Liegen auf dem Rücken erfordert und erst am Folgetag entfernt wird. Bereits am nächsten Morgen spürt Herr K. keinen lästigen Schmerz nach ersten Gehversuchen mehr.



PRAXISWISSEN

BNP – EIN HERZ-HORMON

Das B-Typ Natriuretisches Peptid oder Brain Natriuretic Peptide (BNP) ist ein Hormon, das eine wichtige Rolle bei der Kontrolle des Wasserhaushaltes und des Blutdrucks spielt. Es wird hauptsächlich in den Herzkammern gebildet und sorgt für die Ausscheidung von Natrium über die Niere. Warum ist es so wichtig, den BNP-Wert testen zu lassen? In unserer Serie über wichtige Laborwerte beantwortet Dr. Verena Korff wissenswerte Fragen.

Wozu genau ist das BNP im Körper da?

Das Brain Natriuretic Peptide arbeitet mit dem Atrialen natriuretischen Peptid (ANP) zusammen, welches in den Herzvorhöfen produziert wird. Kommt es zu einer Drucksteigerung durch beispielsweise hohen Blutdruck, setzen die Herzmuskelzellen die beiden Hormone frei. Sowohl das BNP als auch das ANP bewirken dann, dass die Nieren mehr Natrium und Wasser ausscheiden. Das Blutvolumen nimmt wieder ab und der Blutdruck sinkt. Zusätzlich sorgen sie dafür, dass sich die Blutgefäße weiten und die Produktion des Hormons Aldosteron gebremst wird.

Wann entsteht ein erhöhter BNP-Wert?

Allgemein lässt sich sagen, dass Erhöhungen entstehen, sobald die Herzkammern gedehnt sowie überfüllt werden und überlastet sind. Dies passiert, wenn die Pumpleistung des Herzens nicht in Ordnung oder zu viel Flüssigkeit im Kreislauf vorhanden ist. Menschen mit chronischer Herzschwäche, aber auch bei Verdacht darauf, oder nach einem Herzinfarkt weisen vermehrt BNP auf. Doch auch Nieren-, Lungen- oder Lebererkrankungen können zu einer erhöhten Konzentration im Blut führen.

Wie wird der Wert bestimmt?

Die Werte von BNP und ANP lassen sich im Blutplasma bestimmen. Beide Hormone bestehen aus Aminosäuren und entstehen aus einer längeren Aminosäurenkette, einem „Vorhormon“. Durch dessen Spaltung entstehen das wirksame, aktive Hormon und eine unwirksame Aminosäurenkette. Die abgetrennten Kettenteile, die nicht wirken, nennt man NT-pro BNP und NT-pro ANP. Und da diese Bruchstücke länger im Blut bleiben, können sie besser nachgewiesen werden.

Und welcher Wert gilt als normal?

Weist ein Patient einen Wert bis zu 100 pg/ml auf, ist alles in Ordnung. Um eine Herzerkrankung allerdings vollends auszuschließen, beurteilen wir diese Zusatzinformation immer in Zusammenhang mit den Beschwerden des zu Behandelnden und weitere Untersuchungsergebnisse wie Herz-Ultraschall und Röntgen.



HERZPUMPEN: MODERNE HELFER

Ein künstliches Herz – was sich im ersten Augenblick nach ferner Zukunft anhört und vielleicht auch verunsichert, ist für viele Menschen mit schweren Herzproblemen schon heute die Rettung. Das Warten auf ein geeignetes Spenderherz kann mehrere Jahre dauern – Zeit, die Betroffene oftmals nicht haben. In so einem Fall bietet die Kardiologie eine Alternative: das Kunstherz, beziehungsweise die Herzpumpe.

Das künstliche Herz ist eigentlich ein implantierbares, mechanisches Pumpensystem, welches das erkrankte Herz unterstützt. Es nennt sich „VAD“ als Abkürzung für „ventricular assist device“ oder auf Deutsch „Herzkammerunterstützungssystem“. Da das menschliche Herz zwei Herzkammern besitzt, gibt es unterschiedliche Modelle: das Rechtsherzunterstützungssystem (RVAD), Linksherzunterstützungssystem (LVAD) und biventrikuläres Unterstützungssystem (BiVAD). Letztere werden auch totale Kunstherzen (total artificial heart, TAH) genannt. Grundsätzlich bestehen alle aus einer kleinen Pumpe und einem Elektromotor. „Welches letztendlich zum Einsatz kommt, ist individuell von der Krankheitsgeschichte des Patienten abhängig“, erläutert Kardiologe Dr. Arne Callenbach.

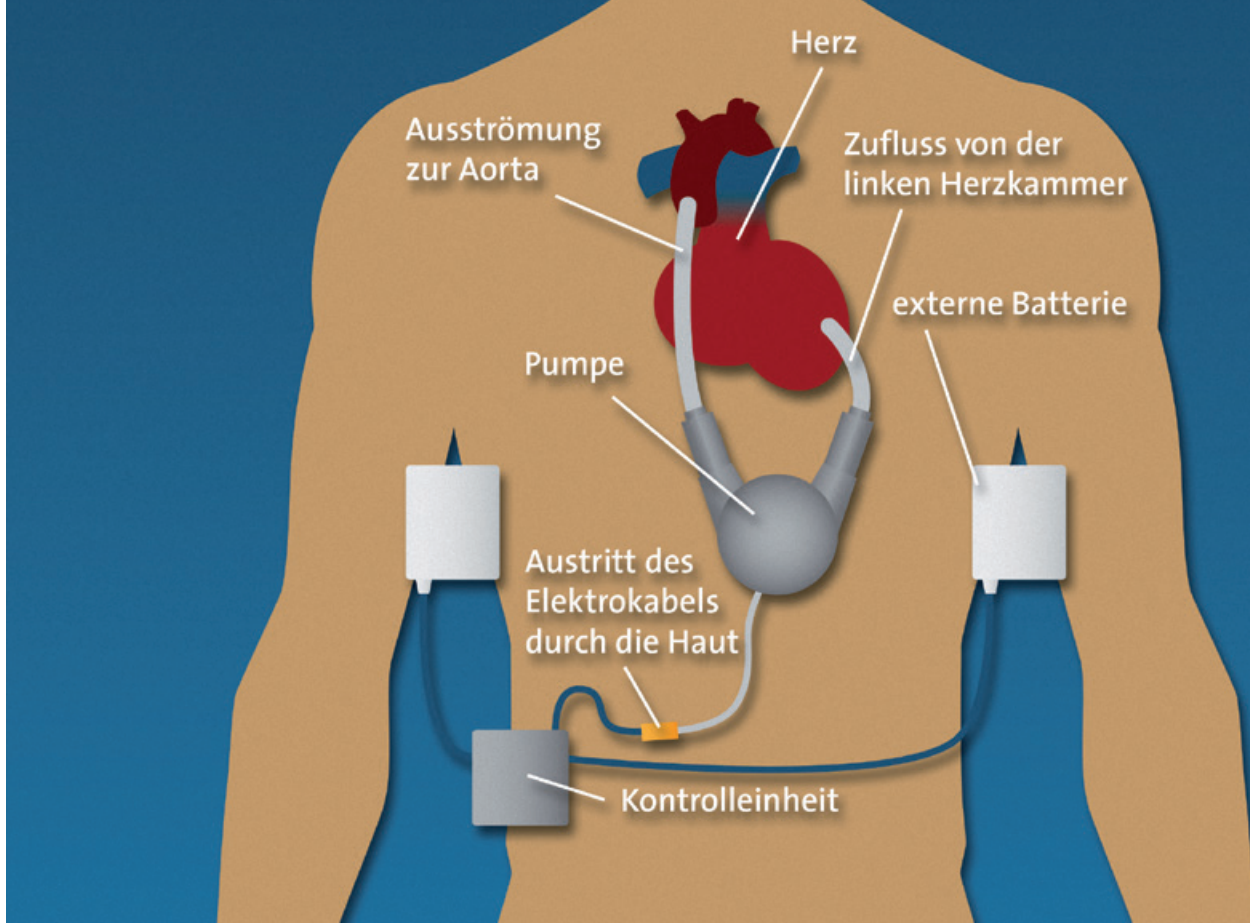
„Bei einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz, bei der mit einer schlechten Prognose zu rechnen ist, wird in der Regel die Implantation eines LVADs empfohlen.“ Dieses kann zur Überbrückung bis zur Herztransplantation eingesetzt werden. Die Pumpe unterstützt das erkrankte Herz mehrere Jahre, bis ein geeignetes Spenderherz gefunden wurde. Sollte ein Patient nicht für eine Herztransplantation infrage kommen, kann das LVAD auch als Dauerlösung implantiert werden. „Eine dritte Möglichkeit ist das Einsetzen, bis sich der Herzmuskel wieder erholt hat. Dies ist zwar selten, aber besonders bei schweren Herzmuskelentzündungen lebensrettend“, so Callenbach.

WANN BRAUCHT DER PATIENT EIN LVAD?

Grundsätzlich kommen nur Patienten mit schweren Herzmuskelschäden infrage. Die Auswurfraction muss unter 30 Prozent liegen, das heißt: Pro Schlag wirft das Herz nur noch weniger als 30 Prozent des Blutvolumens aus, das zu Beginn der Kontraktion in der Kammer vorhanden ist. Zum Vergleich: Bei normalen Herzen liegt der Wert über 55 Prozent. Die Patienten sind somit in ihrer Leistungsfähigkeit massiv eingeschränkt. Die meisten von ihnen haben zudem bereits mehrere Krankenhausaufenthalte aufgrund massiver Flüssigkeitsansammlungen in Lunge und Beinen hinter sich. Infolge der schlechten Durchblutung der Organe kann auch ihre Nierenfunktion bereits beeinträchtigt sein.

Die heutigen Herzpumpen können auch längere Zeit im Körper verbleiben – besonders für ungeeignete Herztransplantationskandidaten eine gute Alternative.





Das LVAD wird unterhalb des eigenen Herzens platziert und mit ihm verbunden. Die Stromversorgung erfolgt über ein Kabel, das an einen aufladbaren Akku angeschlossen ist.

RÜCKKEHR ZUR NORMALITÄT

Im Normalfall dauert der Eingriff drei bis fünf Stunden, wobei der Herzchirurg das Kunstherz in die Bauchdecke unterhalb des Zwerchfells einsetzt. Dann wird ein Kunststoffrohr in die Spitze der linken Herzkammer gelegt und festgenäht. Über dieses Rohr wird Blut aus der linken Herzkammer in das Kunstherz transportiert. Dieses fördert das Blut dann über ein zweites Rohr in die Hauptschlagader. „Das eigentliche Herz des Patienten bleibt im Körper“, so Callenbach. Man unterscheidet pulsatile und nicht-pulsatile Herzunterstützungssysteme. Bei Ersterem wird der körpereigene Puls durch die Verwendung Druckluftbetriebener, getakteter Blutpumpen simuliert. Bei dem nicht-pulsatilen Herzunterstützungssystem wird das Blut durch kontinuierlich fördernde Axial- oder Zentrifugalpumpen gefördert. Beide Systeme sind heute die Regel. „Konsequenterweise haben die Patienten keinen fühl- oder messbaren Puls mehr“, erläutert Callenbach. Doch wie sieht es mit der Stromversorgung und Steuerung aus? „Hierzu führt ein Kabel aus dem Körper heraus, welches sich außerhalb an eine Steuereinheit anschließen lässt“, erklärt der Kardiologe. Am Tag kann die Stromversorgung durch Akkus erfolgen, die in einer Tasche am Körper Platz finden. Diese müssen allerdings alle vier bis acht Stunden aufgeladen werden. Nachts wird das Kunstherz an eine Steckdose angeschlossen.

Nach der erfolgreichen Operation erholt sich der Patient zunächst ein paar Tage und muss lernen, das Kunstherz richtig zu bedienen. Dies kann bis zu ein paar Wochen dauern. „Träger eines LVADs sollten sich aber nicht entmutigen lassen“, rät Callenbach. „Es gibt weltweit Tausende von Menschen mit Herzpumpe, die wieder ein nahezu normales Leben führen.“ Sobald der Patient aus

dem Krankenhaus entlassen ist, erfolgen regelmäßige Kontrolluntersuchungen. Zunächst einmal monatlich und später je nach Bedarf in größeren Abständen.

DIE RISIKEN

Bei den Herzpumpen sind folgende Komplikationen möglich: Die Ladekabel, die von außen zur Pumpe führen, können Eintrittspforten für Infektionen sein. Zudem kann das Blut innerhalb der Pumpe verklumpen (Thrombose), weshalb alle Patienten Marcumar nehmen müssen.

DREI ARTEN DER ANWENDUNG

Anfänglich wurde das Kunstherz als Überbrückung bis zur Herztransplantation entwickelt, und auch heute noch ist dies die primäre Absicht. Immer mehr Patienten erhalten das Kunstherz jedoch als Ersatz zur Herztransplantation. Besonders gilt dies für diejenigen, die aufgrund ihres Alters oder Begleiterkrankungen keine guten Kandidaten für eine Herztransplantation sind. Die dritte Anwendung ist ein vorübergehender Gebrauch des Kunstherzens bei Patienten mit schweren Herzmuskelentzündungen, wobei es nach Genesung wieder entfernt wird.

ÜBERLEBENSCHANCEN MIT KUNSTHERZ

Heutige Träger eines LVADs haben eine mindestens 85-prozentige Ein-Jahres-Überlebensrate. Am 12. November 2015 erreichte der Patient Uwe S. der Medizinischen Hochschule Hannover den Meilenstein von zehn Jahren Kunstherztherapie mit dem Gerät „HeartMate II“. Er gilt als Inhaber des diesbezüglichen Europarekords als Kunstherzpatient.





Dr. Undine Pittl erklärt dem Patienten, was bei dem Belastungs-EKG gemessen wird.

BELASTUNGS-EKG BEI HERZPATIENTEN: WAS STECKT DAHINTER?

Früher wurde bei nahezu jedem Herzpatienten ein Belastungs-EKG durchgeführt. Das hat sich geändert. Herzschlag sprach mit Frau Dr. Undine Pittl über das Belastungs-EKG.

Woran liegt es, dass nur noch selten ein Belastungs-EKG durchgeführt wird?

Ginge es nach den Patienten, würden die Kardiologen noch weniger Belastungs-EKGs machen. „Muss das wirklich sein, Frau Doktor?“ oder „Heute schaffe ich das Fahrradfahren aber bestimmt nicht!“ höre ich immer wieder aus dem Munde meiner Patienten. Früher war das Belastungs-EKG ein zentraler Bestandteil der sogenannten Stufendiagnostik der koronaren Herzkrankheit.

Nach der Erhebung der Anamnese (Beschwerden des Patienten, Risikofaktoren, etc.) folgte das Ruhe-EKG, dann die Untersuchung mit Ultraschall und schließlich das Belastungs-EKG. Dieses gab fast immer den Ausschlag für die Entscheidung, ob eine Koronarangiografie – eine Herzkatheteruntersuchung – durchgeführt werden musste. Das hat sich geändert.

Und warum?

Wenn das Belastungs-EKG Durchblutungsstörungen des Herzens anzeigt, und zwar durch bestimmte EKG-Veränderungen, den sogenannten ST-Senkungen, dann sind bereits erhebliche Teile des Herzens schlecht durchblutet. Das heißt: Der Test wird nur in schweren Fällen positiv, also abnormal. Dazu müssen alle drei Herzkranzadern verengt oder verschlossen sein. Wenn außerdem die Herz hinterwand Durchblutungsstörungen aufweist, sieht man in der Regel im Belastungs-EKG keine Veränderungen, da es bevorzugt elektrische Veränderungen an der Herzvorderwand aufzeichnet. Das Belastungs-EKG ist somit zu unempfindlich (zu wenig „sensitiv“), mit anderen Worten: Der Test ist zu oft falsch negativ, er zeigt fälschlicherweise einen normalen Befund. Hinzu kommt noch, dass das Belastungs-EKG oft auch einen fälschlich positiven Befund zeigt. Dann kommt es zu ST-Senkungen im EKG, ohne dass eine Koronarverengung und eine Durchblutungsstörung vorliegen. So etwas sehen wir oft bei jüngeren Frauen.

Empfehlen Sie diesen Frauen denn dann eine Herzkatheteruntersuchung?

Besteht aufgrund der Beschwerden kein hoher Verdacht auf eine Koronare Herzkrankheit, empfehle ich diesen Frauen ein Belastungs-EKG mit Bildgebung. Bei diesem sogenannten Stressecho wird während des Belastungs-EKGs kontinuierlich ein Ultraschallbild von der linken Herzkammer gemacht. Werden die ST-Senkungen wirklich durch Durchblutungsstörungen verursacht, müssen korrelierend auch sogenannte Wandbewegungsstörungen im Ultraschall zu sehen sein. Die von der mangelnden Blutversorgung betroffenen Wandabschnitte des Herzens können nicht mehr kontrahieren, da die Engstelle nicht zulässt, dass genügend Blut fließen kann, um den erhöhten Bedarf bei Belastung zu decken.

Wie entscheiden Sie sich nun für oder gegen den Katheter ohne Belastungs-EKG?

In den meisten Fällen verlassen wir uns heute auf die genaue Befragung der Patienten. Legt diese den Verdacht nahe, dass Koronarverengungen die Ursache sein könnten, brauchen wir für die Empfehlung zum Herzkatheter kein Belastungs-EKG mehr, da es, wie wir gesehen haben, zu unzuverlässig ist. Dieses Vorgehen unterstützen auch die neuesten Leitlinien der Fachgesellschaften. In Zweifelsfällen schicken wir den Patienten doch noch zum Belastungs-EKG, dann aber mit gleichzeitiger Bildgebung, also zur Myokardszintigrafie oder zum Stressecho.



UNSER MAGAZIN IM ABONNEMENT FÜR SIE KOSTENFREI!

Ihnen gefällt unser Magazin und Sie möchten gern auch künftige Ausgaben kostenfrei lesen? Dann abonnieren Sie doch einfach den HERZSCHLAG.

In unserer Praxis liegen Anmeldekarten für Sie bereit.

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

Wir freuen uns auf Sie.

UNSER TEAM

ULLA WILLEN

25 Jahre Betriebszugehörigkeit – Ulla Willen ist eine der am längsten tätigen Kolleginnen der Kardiologisch-Angiologischen Praxis und hat nach wie vor Spaß an ihrer Arbeit. Dennoch geht die 59-Jährige im Herbst in die passive Altersteilzeit und hat für die Zeit schon etwas Schönes vor.

Seit wann sind Sie in der Kardiologisch-Angiologischen Praxis beschäftigt und welche Aufgaben haben Sie?

Ich arbeite seit 1991 im Herzkatheterlabor der Praxis und bin dort auch für die Lagerverwaltung, also die Bestellungen, zuständig. Besonders freue ich mich darüber, dass ich am 1. Mai 2016 mein 25. Firmenjubiläum feiern konnte!

Was macht Ihnen besonders Spaß?

Der Umgang mit den Patienten und die Materialbestellung samt Lagerhaltung.

Sind Sie Bremerin?

Nein, geboren bin ich in Lönningen, im Landkreis Cloppenburg. Nach Bremen hat es mich erst 1981 verschlagen, nachdem ich meine Ausbildung in Damme gemacht und danach in Lönningen, Winsen/Luhe sowie Hamburg gearbeitet habe.

Wie halten Sie sich selbst fit?

In meiner Freizeit gehe ich gerne Skifahren und mache Nordic-Walking. Außerdem fahre ich täglich Fahrrad und genieße Unternehmungen mit Freunden und der Familie.

Sie gehen im Herbst in den passiven Teil der Altersteilzeit. Freuen Sie sich schon auf die Rente und haben Sie schon ein paar schöne Pläne?

Einerseits freue ich mich, weil ich dann meine Zeit freier gestalten kann. Andererseits ist es natürlich eine ganz schöne Umstellung, wenn man jahrzehntelang in Vollzeit gearbeitet hat. Gerne würde ich die gewonnene Zeit nutzen, um mich ehrenamtlich zu engagieren.





SIE FRAGEN. WIR ANTWORTEN.

WIE GEFÄHRLICH IST LÄRM FÜR DAS HERZ?

Lärm macht krank – laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO gehen in Westeuropa pro Jahr eine Million gesunde Lebensjahre dadurch verloren. Nicht nur psychisch lassen sich Veränderungen bei Menschen, die beispielsweise an Hauptstraßen oder in der Einflugschneise eines Flughafens wohnen, nachweisen. Die Arbeitsgruppe „Lärmwirkungsforschung“ der Universitätsmedizin Mainz hat in einem experimentellen Modell Zusammenhänge zwischen Lärmbelastung und einer Dysfunktion des Endothels, der Innenwand von Blutgefäßen, nachgewiesen. Diese gilt als wichtige Ursache von schweren kardiovaskulären Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall.

Lärm umgibt uns ständig, wobei sich das Empfinden, was zu laut ist oder nicht, individuell unterscheidet. Dennoch weisen verschiedene Studien immer wieder nach, dass schon geringe Lärmbelastungen ab 35 Dezibel in der Nacht und mehr als 45 Dezibel am Tag zu dauerhaftem Stress führen. Doch was bezeichnet man als Krach? An einer stark befahrenen Straße sind wir beispielsweise einem Lärmpegel von 70 bis 80 Dezibel ausgesetzt. Lastwagen in voller Fahrt kommen auf rund 90 Dezibel. Startet ein Flugzeug, dröhnt es mit 120 bis 130 Dezibel.

Eine Autohupe kann auf rund 100 Dezibel kommen, ebenso ein Rasenmäher in unmittelbarer Nähe. Bei einer Unterhaltung schallt unsere Stimme mit etwa 60 bis 70 Dezibel – je nachdem, wie laut wir sprechen und welche Entfernung wir überbrücken müssen.

Bei der Arbeitsgruppe aus Mainz führte bereits bei gesunden Probanden eine Simulation von Nachtfluglärm von 30 bzw. 60 Überflügen zu einer endothelialen Dysfunktion. „Interessanterweise konnte sie durch Vitamin C korrigiert werden“, so Studienleiter Professor Thomas Münzel. Zudem wurden ein grenzwertiger Blutdruckanstieg und Schlafstörungen festgestellt. Bei Patienten mit einer bekannten koronaren Herzerkrankung waren die Auswirkungen noch deutlicher und die Blutdruckanstiege ausgeprägter. Insgesamt wurde die Gefäßfunktion schlechter – unabhängig davon, ob die Probanden sich über den Lärm ärgerten oder nicht.

Krach löst also Stressreaktionen aus, bei der Hormone wie Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol verstärkt ausgeschüttet werden. Dies wiederum lässt den Blutdruck steigen, die Herzfrequenz beschleunigt sich und die Blutgerinnung wird aktiviert. Weitere Studien belegen, dass Nachtflug-, Straßen- und Schienenlärm zu vermehrtem Auftreten von Bluthochdruck und zu mehr Herzinfarkten und Schlaganfällen führen.

Um den eigenen Stresspegel und das Risiko für Schlaganfall oder Herzinfarkt zu senken, sollten Betroffene vor allem gefährliche Faktoren minimieren: Regelmäßige „Lärmpausen“ wie Spaziergänge in der Natur oder Urlaub an ruhigen Orten sind dabei genauso ratsam wie eine gesunde Ernährung und der Verzicht auf Zigaretten.



HISTORIE

WILLIAM WITHERING – ENTDECKER DER MEDIZINISCHEN WIRKUNG DER DIGITALGLYKOSIDE



Digitalis ist nicht jedem bekannt. Der Rote Fingerhut (*Digitalis purpurea*) hingegen schon. In ihm kommen die medizinisch wirksamen Digitalglykoside vor, die der Arzt und Botaniker William Withering Ende des 18. Jahrhunderts nach systematischen Studien entdeckte. Indem er ein Hausmittel einer kräuterkundigen Frau gegen „Wassersucht“ untersuchte, kam er auf die therapeutische Wirkung der Pflanze. Spätere Untersuchungen ergaben, dass Digitalis ebenso bei Herzinsuffizienz hilft.

Withering, 1741 in Wellington in England geboren, studierte Medizin an der Universität Edinburgh. 1767 begann er als Facharzt am Stafford Royal Krankenhaus zu arbeiten, um schließlich ab 1779 am Birmingham General Hospital zu praktizieren. Zeitgleich wandte eine alte Heilerin aus Shropshire erfolgreich ein Hausmittel aus 20 Inhaltsstoffen gegen die sogenannte Wassersucht an – eine Krankheit, bei der sich Flüssigkeit in den Weichteilen des Körpers ansammelt. Ursache hierfür ist, wie man heute weiß, oft eine Herzinsuffizienz.

Withering wurde nach dem Wirken dieser Substanz befragt und begann, sich mit dem Hausmittel zu beschäftigen. Er stellte eine bedeutende Besserung der Symptome fest und fand heraus, dass als einzig wirksamer Bestandteil des Mittels die Blätter des Roten Fingerhutes infrage kamen. Zwischen 1775 und 1784 untersuchte der Arzt systematisch die harnflussteigernde Wirksamkeit verschiedener Pflanzenteile des Gewächses. Er identifizierte Digitalis,

benannt nach dem botanischen Namen des Fingerhuts, als aktiven Bestandteil der Rezeptur. In dieser Zeit probierte er unterschiedliche Zubereitungen von verschiedenen Pflanzenteilen aus, die er zu unterschiedlichen Jahreszeiten sammelte. Zudem stellte er fest, dass die kontinuierliche Gabe von Fingerhut zu Vergiftungserscheinungen führen konnte, da sich Digitalis im Körper anreicherte und die Wirkung bei Einnahme über einen längeren Zeitraum hinweg zunahm. Withering dokumentierte 156 Fälle, in denen er mit Auszügen des Fingerhuts behandelte, und beschrieb die beste sowie sicherste Anwendung bei Wassersucht.

Der Arzt vermutete, dass Digitalis an der Niere wirke. Ihm war der Effekt auf die Schlagfrequenz des Herzens zwar bekannt, doch erkannte er nicht den Zusammenhang zwischen der harnflussteigernden Wirkung und dem Einfluss auf die Herzfunktion. Diese wurde erst später entdeckt. Seine sorgfältigen und vorurteilsfreien Studien zur

Wirksamkeit des Fingerhuts machten ihn zum Begründer der modernen klinischen Pharmakologie und der evidenzbasierten Medizin. Er unterschied als Erster klar zwischen therapeutischer und toxischer Dosierung von Digitalis. 1785 publizierte Withering „An account of the foxglove and some of its medical uses“, welcher Berichte über seine klinischen Studien und Aufzeichnungen zu den Wirkungen sowie der Giftigkeit von Digitalis enthält.

1799 starb er in der Nähe von Birmingham. Ein Gedenkstein, verziert mit Fingerhut und *Witheringia solanaceae*, einem nach ihm benannten Nachtschattengewächs, in der Edgbaston Old Church in Birmingham und der William Withering-Lehrstuhl für Medizin an der Birmingham Medical School erinnern nach wie vor an den einflussreichen Forscher. Bis heute werden Medikamente verschrieben, die den aktiven Bestandteil des Fingerhuts, bekannt als Digitalis, enthalten.



PATIENTEN BERICHTEN

PANZERHERZ: EIN SELTENES PATIENTENSCHICKSAL



Perikarditis

Unter einem Panzerherz (medizinisch Perikarditis constrictiva) versteht man eine Verdickung und Verkalkung des Herzbeutels, der eine Ausdehnung des Herzens im Rahmen seiner Füllungsphase einschränkt. Ursache sind chronische Entzündungen, früher meist Tuberkulose.

Heutige Gründe sind chronische Nierenerkrankungen (urämische Pericarditis), Bestrahlungen des Brustkorbs, Tumorerkrankungen, Herzoperationen und Autoimmunerkrankungen wie der Lupus erythematodes. Egal, ob durch Erreger oder eine Immunreaktion des Körpers ausgelöst, sind Narben mit vermehrter Bildung von Bindegewebe (Fibrose) und Einlagerung von Kalk die Folge, die im Verlauf zur Verdickung und Abnahme der Elastizität des Herzbeutels führen.

Der Herzbeutel wird nahezu unbeweglich, das Herz ist wie in einem Panzer gefangen und kann seine Funktion nicht mehr richtig ausführen. Symptome sind Leistungsschwäche, Luftnot und kardiale Stauungszeichen (Ödeme). Echokardiografie, Kernspintomografie und Herzkatheterisierung sind zur Diagnosestellung notwendig. Die Operation (sog. Perikardektomie) ist die einzige Behandlungsmöglichkeit.

Herr S. unterzog sich vor sechs Jahren einer Mitralklappen-Operation, die sich als sehr belastend herausstellte. Erst in der Rehabilitationsklinik kommt er langsam wieder zu Kräften. Die erste Kontrolle in der Kardiologisch-Angiologischen Praxis gibt ihm aber Sicherheit: Die Operation ist geglückt, die Herzklappe arbeitet einwandfrei. Auch die nachfolgende Kontrolluntersuchung ein Jahr später verläuft gut, bis er im Folgejahr merkt, dass etwas „nicht stimmt“. Er ist nicht mehr so fit wie zuvor – doch die Untersuchung beim Kardiologen zeigt das gleiche Ergebnis wie zuvor: Alles in Ordnung.

Anfänglich versucht Herr S., die Beschwerden nicht so ernst zu nehmen, doch allmählich bemerkt er bereits bei leichten körperlichen Belastungen Kopfdruck und das Gefühl, dass „nichts mehr geht“. Eine erneute Untersuchung zeigt keinerlei Auffälligkeiten – weder bei der körperlichen Untersuchung noch bei der Echokardiografie. Der Patient wird immer verzweifelter, denn bereits die kleinsten Tätigkeiten bereiten ihm Schwierigkeiten. Zum ersten Mal sind seine Unterschenkel geschwollen, er hat Ödeme. Herr S. bittet um eine erneute Untersuchung in der Praxis. Der Kardiologe findet zunächst nichts Auffälliges. Beide Herzkammern sind normal groß und arbeiten normal. Doch dann hält er inne: Die untere Hohlvene, die das Blut zum Herzen transportiert, ist stark erweitert – ein eindeutiges Zeichen für eine Pumpleistungsschwäche des Herzens.

Der Kardiologe führt sofort eine Katheteruntersuchung mit Druckmessungen in Herz und Lunge durch. Diese zeigt klare Zeichen für einen Blutstau vor dem rechten Herzen. Der Anfangsverdacht bestätigt sich: Herr S. weist deutliche Zeichen einer „Konstriktion“ auf: Das Herz kann sich nicht normal mit Blut füllen, es ist „eingeeengt“. Sollte es sich wirklich um den äußerst seltenen Fall handeln, dass sich durch die Operationswunde am Herzbeutel eine Narbe gebildet hat, die nun das Herz wie einen Panzer umgibt und es sich nicht mehr normal mit Blut füllen kann?

Nur eine spezielle Untersuchung kann diesen Verdacht definitiv bestätigen: die Kernspintomografie. Da der Patient allerdings einen Schrittmacher (aus Metall) hat, der bei Anwendung von starkem Magnetismus kaputtgehen würde, ist ein Umdenken erforderlich. So entscheidet der Kardiologe, den Schrittmacher zu entfernen, da dieser zu dem Zeitpunkt nicht unbedingt lebensnotwendig ist. Die Entfernung ist ein sehr schwieriger Eingriff, der dennoch von den Spezialisten der Praxis für Elektrophysiologie mit Erfolg durchgeführt wird. Schließlich bestätigt die Kernspintomografie die Verdachtsdiagnose: Das Herz ist von einem narbigen Panzer eingeschnürt, der durch die Herzoperation verursacht wurde. Nur eine erneute Herzoperation kann ihm helfen, die ohne Schwierigkeiten verläuft. Die Herzchirurgen „schälen“ den narbigen „Panzer“ ab, der das Herz umgibt. Sechs Wochen später ist er genesen und wieder „er selbst“.



ERNÄHRUNGSTIPP

TOMATEN-APRIKOSEN-SALAT MIT FETA UND HONIG-SAMBAL-DRESSING

An einem lauen Sommerabend schmecken Salate gleich nochmal so gut. Und wenn so eine raffinierte Kombination aus fruchtig, herb und salzig auf den Tisch kommt, bekommt man gleich Lust, noch mehr der Rezepte des Kochbuchs „Salate zum Sattessen“ (GU Verlag) auszuprobieren. Guten Appetit!

ZUTATEN FÜR 2 PERSONEN:

je 200 g gelbe und rote Kirschtomaten
250 g reife Aprikosen
200 g Fetakäse/Schafskäse
6 Stängel Basilikum
1/2 Bund glatte Petersilie

Honig-Sambal-Dressing:

20 g flüssiger Honig
1 TL Sambal Oelek
2 TL Sherryessig
Salz
frisch gemahlener grüner Pfeffer
2 EL Traubenkernöl

ZUBEREITUNG

Die Tomaten waschen und je nach Größe halbieren oder vierteln, die Stielansätze dabei wegschneiden. Die Aprikosen waschen und halbieren. Die Kerne entfernen. Die Aprikosenhälften in schmale Spalten schneiden und mit den Kirschtomaten mischen.

Den Feta/Schafskäse trocken tupfen, einmal quer halbieren und nach Belieben zerbröckeln oder in circa 1 cm große Würfel schneiden. Nun behutsam unter die Tomatenmischung heben.

Für das Honig-Sambal-Dressing den Honig mit Sambal Oelek, Sherryessig, Salz und Pfeffer verrühren, nach und nach das Traubenkernöl unterschlagen.

Die Tomaten-Aprikosen-Mischung mit dem Dressing mischen und etwa 15 Minuten durchziehen lassen.

Inzwischen das Basilikum und die Petersilie abrausen und trocken schütteln. Die Blättchen abzupfen und bis auf einen kleinen Rest grob hacken. Kurz vor dem Servieren die gehackten Kräuter unter den Salat heben. Den Salat mit den Kräuterblättchen garnieren.

Das Honig-Sambal-Dressing passt auch zu: Möhren, Knollensellerie oder Kürbis – jeweils roh oder gegart. Auch zu gekochten Schwarzwurzeln, rohen oder gekochten Champignons und zu Avocado.



PRAXISNEWS

NEUE KOLLEGINNEN

Das Team der Kardiologisch-Angiologischen Praxis freut sich, auch in diesem Jahr weitere Ärzte begrüßen zu können. Damit Sie unsere neuen Kolleginnen besser kennenlernen, haben wir ihnen ein paar Fragen gestellt.



01



03



02



04

01 INGA KROHM

Seit wann sind Sie in der Praxis?

Ich werde ab dem 01. Juni 2016 als angestellte internistische Fachärztin in der Kardiologisch-Angiologischen Praxis am Herzzentrum Bremen an den Standorten Links der Weser und Schwachhausen tätig sein.

Beschreiben Sie bitte kurz Ihren Aufgabenbereich.

Mein Aufgabenbereich als kardiologische Weiterbildungsassistentin liegt in der Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von Patienten mit Herzkreislauf- und Gefäßerkrankungen sowie deren Prävention.

Was gefällt Ihnen besonders an Ihrer Arbeit?

Eine auf Einfühlungsvermögen, Vertrauen und Verständnis basierende Arzt-Patientenbeziehung bildet für mich

die Grundlage für eine gute Behandlung. Die moderne Medizin ist im stetigen Wandel und erfordert die dauerhafte Fort- sowie Weiterbildung. Hierdurch bleibt der Arztberuf stets eine Herausforderung, der ich mit Leidenschaft begegne.

Bremen ist für Sie ...

... wunderschön, meine Wahlheimat und gleichzeitig der Ort, an dem ich meine Familie gegründet habe. Neben einer hohen Lebensqualität bietet mir Bremen eine vielversprechende berufliche Zukunft.

02 DR. MED. MANJU GUHA

Seit wann sind Sie in der Praxis?

Seit 2009 bin ich in geringem Umfang kontinuierlich in der Praxis tätig. Seit dem 01. April dieses Jahres bin ich nun vollständig hier beschäftigt.

Beschreiben Sie bitte kurz Ihren Aufgabenbereich.

Mein besonderes Interesse und damit einer meiner Schwerpunkte liegt in dem komplexen Krankheitsbild der Herzschwäche mit der gezielten Diagnostik und umfangreichen Behandlung. Zudem beziehe ich die unglaublich guten Einflussmöglichkeiten der Bewegungs- und Trainingstherapie von Herzerkrankungen gern mit ein. Für die Erkennung zahlreicher Herz- und Gefäßerkrankungen stellt die Ultraschalluntersuchung des Herzens, die Echokardiographie, eine ausgezeichnete Untersuchungstechnik dar. Darüber hinaus bin ich in der Präventionsmedizin spezialisiert.

Was gefällt Ihnen besonders an Ihrer Arbeit?

Sehr vielen Patienten kann man durch die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Herz- und Gefäßerkrankungen helfen und ihnen ein beschwerdefreies, normales Leben ermöglichen. Das ist oft selbst bei schwererem Krankheitsbild möglich. Deshalb empfinde ich täglich aufs Neue eine hohe Zufriedenheit, wenn man betroffenen Menschen helfen kann. Das schätze ich an meinem Beruf.

Bremen ist für Sie ...

... eine kleine, sehr feine Stadt, die all das im überschaubaren Raum bietet, was andere deutsche Städte auch haben. Sie hat viel Tradition und sie ist meine Heimatstadt.

03

DR. MED. ANJA WESENBERG

Seit wann sind Sie in der Praxis?

Ich bin seit Februar 2004 in unserer Praxis in Kirchhuchting tätig. Mit meinem Praxispartner Harald Grieger habe ich hier bis März 2016 unsere gemeinsamen kardiologischen Patienten betreut. Er ist nun im Ruhestand, und an seine Stelle ist Frau Dr. med. Thek-Ling Eddy getreten. Sie kommt aus der Kardiologisch-Angiologischen Praxis, in der ich seit dem 01. Januar 2016 Partnerin bin.

Beschreiben Sie bitte kurz Ihren Aufgabenbereich.

Mein Aufgabenbereich in der Praxis beinhaltet in erster Linie die nicht-invasive kardiologische und angiologische Diagnostik sowie Behandlung bei Erkrankungen des Herzens und der Gefäße. Des Weiteren kümmere ich mich um einen kleinen Teil allgemein internistischer Fragestellungen.

Was gefällt Ihnen besonders an Ihrer Arbeit?

Die Arbeit mit und am Patienten macht mir nach wie vor viel Freude. Viele kenne und begleite ich nun schon seit Jahren und es hat sich ein besonderes Vertrauensverhältnis herausgebildet. Diese Kontinuität der Betreuung empfinde ich als ein großes Plus der Arbeit als niedergelassene Kardiologin im Gegensatz zur Arbeit in der Klinik. Die Kardiologie mit dem Herzen als wichtigem,

zentralem und auch symbolträchtigem Organ als Schwerpunkt, war für mich seit Beginn meiner medizinischen Ausbildung das faszinierendste Fachgebiet und mein Wunschfach. Auch jetzt nach vielen Jahren finde ich die technischen Herausforderungen und Möglichkeiten der Diagnostik – insbesondere der Echokardiografie – interessant sowie spannend. Außerdem wollte ich immer in einem großen Team arbeiten ... auch dieser Wunsch hat sich erfüllt.

Bremen ist für Sie ...

... eine schöne, lebendige Stadt mit überschaubarer Größe, kurzen Wegen und viel Grün. Ich schätze hier besonders die gute Mischung aus Kultur und Natur sowie die vielfältigen Möglichkeiten, Sport zu treiben.

04

DR. MED. UNDINE PITTL

Seit wann sind Sie in der Praxis?

Ich bin seit dem 01. Januar 2016 in der Kardiologisch-Angiologischen Praxis tätig.

Beschreiben Sie bitte kurz Ihren Aufgabenbereich.

Ausgebildet bin ich über viele Jahre an verschiedenen Zentren sehr breit gefächert in allen Herz- und Kreislauf-erkrankungen. Ich kann alle Tätigkeitsfelder eines interventionellen und nicht-invasiven Kardiologen abdecken. Dabei unternehme ich alles, was für das Wohl und die Gesundheit meiner Patienten wichtig und notwendig ist. Ich habe langjährige Erfahrung und Routine in allen bedeutsamen Erkrankungen der Kardiologie wie zum Beispiel Herzinfarkt aufgrund von Verengungen der Herzkranzgefäße, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen und angeborenen oder erworbenen Herz- und Herzklappenfehlern. Dies ist neben meinen Facharzttiteln für Innere Medizin und Kardiologie meine Zusatzqualifikation (Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern – EMAH).

Was gefällt Ihnen besonders an Ihrer Arbeit?

Jeder einzelne Patient wird von mir ganz individuell nach seinen Symptomen und seinen Befunden zügig in der Sprechstunde und auch im Herzkatheterlabor vor dem Hintergrund der deutschen und internationalen Richtlinien diagnostiziert sowie therapiert. Ich bin gerne Kardiologin, bin vielseitig und vielschichtig einsatzfähig, liebe die Arbeit mit Menschen, die Zusammenarbeit in einem Team. Ich helfe gerne bei der Lösung von Problemen, was die Gesundheit und die Lebensqualität meiner Patienten betrifft. Lache gerne. Freue mich über jeden Moment zusammen mit anderen Menschen, möchte alles geben für eine gezielte, ganzheitliche und individualisierte Diagnostik und Therapie.

Bremen ist für Sie ...

... eine wunderbare und spannende Herausforderung.



ARZT IM INTERVIEW

DR. JAN RINDERMANN



Dr. Jan Rindermann ist seit Sommer 2015 in der Kardiologisch-Angiologischen Praxis tätig und freut sich jeden Tag auf die Arbeit mit und am Patienten.

Eigentlich stand für Jan Rindermann nach seinem Studium in Göttingen fest, in die Forschung zu gehen. Im Labor merkte der 37-Jährige aber bald, dass die vielen mühseligen und oft erfolglosen Labor-Versuche zu theoretisch für ihn waren. Der Gedanke an die praktische und praxisorientierte Medizin war geboren. Dass sein Weg letztlich in die Kardiologie führen sollte, hat sich aber erst viel später herausgestellt.

Wann war Ihnen klar, dass Sie Arzt werden wollten?

In den letzten Jahren der Schule habe ich mich als Lehrer in naturwissenschaftlichen Fächern oder auch als Chemiker vorstellen können. Meinen Zivildienst leistete ich dann im Operationsbereich eines kleineren Krankenhauses. Hier half ich beim Vorbereiten der Patienten im Operationsaal und arbeitete der instrumentierenden Schwester als sogenannter Springer zu. Dort wurde mein Interesse an der Medizin geweckt. Ich mochte die Kombination aus Naturwissenschaft und handwerklichen Tätigkeiten.

Sie waren von Dezember 2006 bis Sommer vergangenen Jahres im Klinikum Links der Weser beschäftigt. Wie kam es zum Wechsel in die Kardiologisch-Angiologische Praxis?

Meine kardiologische Ausbildung habe ich beim Chefarzt des Herzzentrums und Experten auf seinem Gebiet, Prof. Dr. Rainer Hambrecht, absolviert. Durch die Zusammenarbeit des Krankenhauses mit der Kardiologisch-Angiologischen Praxis im Herzkatheterlabor waren mir die meisten der jetzigen Kollegen und auch der Arbeitsalltag in der Praxis bereits recht gut bekannt. Die Kombination von Patientensprechstunden und invasiver Tätigkeit im Herzkatheterlabor empfand ich als attraktiv und langfristig erstrebenswert. Im Juli 2015 ergab sich dann die Möglichkeit zum Wechsel.

Wie sieht Ihr Arbeitsalltag aus?

Der Arbeitstag beginnt um 8:00 Uhr morgens. An drei Tagen der Woche halte ich meine Patientensprechstunde ab. Diese findet entweder in der Praxis am LdW, in der Stedinger Straße in Delmenhorst oder auch in Schwachhausen statt. Neben der gängigen Ultraschalluntersuchung des Herzens, welches neben der Belastungsergometrie eine Standarduntersuchung darstellt, führe ich auch Schluckechountersuchungen über die Speiseröhre durch. Bei einigen Patienten ist zudem eine elektrische Kardioversion notwendig. Zusammen mit der Nachsorge von Patienten mit Herzschrittmachern bietet sich ein abwechslungsreicher Arbeitstag. Die beiden übrigen Tage der Woche verbringe ich im Herzkatheterlabor und führe invasive Untersuchungen der Herzkranzarterien durch.

Was bereitet Ihnen an Ihrer Arbeit besondere Freude?

Nur in der Praxis ist es möglich, Patienten über einen längeren Zeitraum hinweg kontinuierlich zu betreuen und zu behandeln. Die Möglichkeit, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, gefällt mir sehr. Und wenn dann auch noch gemeinsam eine positive gesundheitliche Entwicklung erreicht werden kann, macht mir die Arbeit überaus viel Spaß.

Halten Sie sich selbst fit?

Im Sommer fahre ich gerne mit meinem Rennrad durch das Blockland. Hier bekomme ich einen freien Kopf und genieße die Landschaft in diesem besonderen Licht. An kälteren oder nassen Tagen versuche ich mich zum Joggen zu drängen, dieses gelingt mir aber leider nicht immer. Seit Kurzem schaffe ich es aber immerhin regelmäßig, Kräftigungsübungen für meinen Rücken durchzuführen. Aufgrund meiner Größe bin ich anfällig für Rückenschmerzen und kann diesen somit vorbeugen.

Was mögen Sie besonders an Bremen?

Mir gefällt das bereits erwähnte Blockland an der Wümme mit der Weite und dem wirklich besonderen Licht, gerade ich den Nachmittagsstunden. Insgesamt hat Bremen eine ideale Größe, sodass man sowohl zentral wohnen und alles mit dem Fahrrad erledigen kann als auch ein ausreichendes kulturelles Angebot geboten bekommt.

Haben Sie einen Lieblings-Arztwitz?

Nein, leider nicht. Neulich habe ich aber diesen gelesen und fand ihn recht witzig:

Was ist der Unterschied zwischen einer Hebamme und einem Chemiker? Der Chemiker sagt „H₂O“, die Hebamme „Oha, zwei“!!!





Mg

TIPP

MAGNESIUM BRINGT DAS HERZ WIEDER IN TAKT

Fast jeder weiß: Magnesium ist gut für die Muskulatur, beispielsweise, um Muskelkater nach dem Sport vorzubeugen. Dass der Nährstoff auch eine wichtige Rolle für das Herz spielt, ist weniger bekannt. Besteht ein Magnesiummangel, kann dies zu Herzrhythmusstörungen führen und das Risiko für Arteriosklerose erhöhen.

Magnesium ist einer der wichtigsten Mineralstoffe für unseren Körper. Bei einem Erwachsenen liegt die empfohlene tägliche Zufuhr zwischen 400 und 900 Milligramm pro Tag. Ist ein Mangel vorhanden, wirkt sich dies schnell negativ auf verschiedene Organe und Körperfunktionen aus. Die wohl bekanntesten Symptome sind Wadenkrämpfe und plötzliches Zucken der Augenlider. Doch auch Migräne, Depressionen, Angstzustände, Stressgefühl, Schlaflosigkeit, Karies, Kribbeln in den Beinen und Bluthochdruck können entstehen oder verstärkt werden. Nicht zuletzt ist Magnesium zusammen mit Kalium für die Bildung elektrischer Impulse und deren Weiterleitung von Muskelzelle zu Muskelzelle im Herzen zuständig. Ein Mangel der Nährstoffe kann somit Herzrhythmusstörungen auslösen. Deshalb ist Magnesium ein ideales Mittel, um ohne zusätzliche Medikamente die unangenehmen

„Extasystolen“ – einzelne heftige Herzschläge, sogenannte Aussetzer – zu bekämpfen. Sogar das Auftreten von Vorhofflimmern kann durch Einnahme von Magnesium vermindert werden. Magnesium ist nahezu frei von Nebenwirkungen. Nur bei Zufuhr von zu hohen Mengen kann es zu Durchfall kommen.

Wer testen möchte, ob zu wenig Magnesium im eigenen Körper vorhanden ist, kann dies von seinem Hausarzt überprüfen lassen. Wird ein Mangel nachgewiesen, gilt es, diesen möglichst schnell wieder auszugleichen. Doch auch ohne Arztbesuch sollte man die Einnahme von ausreichend Magnesium nicht vernachlässigen. Besonders geeignet ist das gut verfügbare Magnesiumcitrat, wie es beispielsweise in Magnesium-Produkten der Firma Diasporal enthalten ist. Eine besonders angenehme Art der Einnahme ist das „Direkt-Granulat“, das schnell

und ohne Flüssigkeit geschluckt werden kann, da es sich wie Brausepulver direkt im Mund auflöst.

Dabei hilft es nicht, nur auf die tägliche Einnahme von Brausetabletten zu setzen. Wer es noch nicht wusste: Der Nährstoff kommt in etlichen Lebensmitteln vor, insbesondere in Vollkornprodukten, Mineralwasser, Leber, Geflügel, Speisefisch, Kürbis- und Sonnenblumenkernen, Mandeln, Erdnüssen, Kartoffeln, Spinat, Kohlrabi, Beerenobst, Orangen, Bananen, Sesam, Zuckerrübensirup, Milch und Milchprodukten. Auch Amaranth und Quinoa sind gute Lieferanten. Wer diese Speisen also regelmäßig zu sich nimmt, versorgt seinen Körper nicht nur mit ausreichend Magnesium, sondern sorgt insgesamt für eine optimale Deckung mit Vitalstoffen, die gesund und fit halten und für die Heilung von bereits vorhandenen Beschwerden wichtig sind.



HERAUSGEBER

Kardiologisch-Angiologische Praxis
Herzzentrum Bremen
Senator-Weßling-Str. 1 a
28277 Bremen

Telefon 0421/432 55 5
www.kardiologie-bremen.com
redaktion@kardiologie-bremen.com



WIR WÜNSCHEN IHNEN
EINE HERZGESUNDE SOMMERZEIT.

FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN, KARDIOLOGIE UND ANGIOLOGIE
www.kardiologie-bremen.com