

HERZSCHLAG

DAS MAGAZIN DER KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHEN PRAXIS – HERZZENTRUM BREMEN

17

AORTENKLAPPENSTENOSE

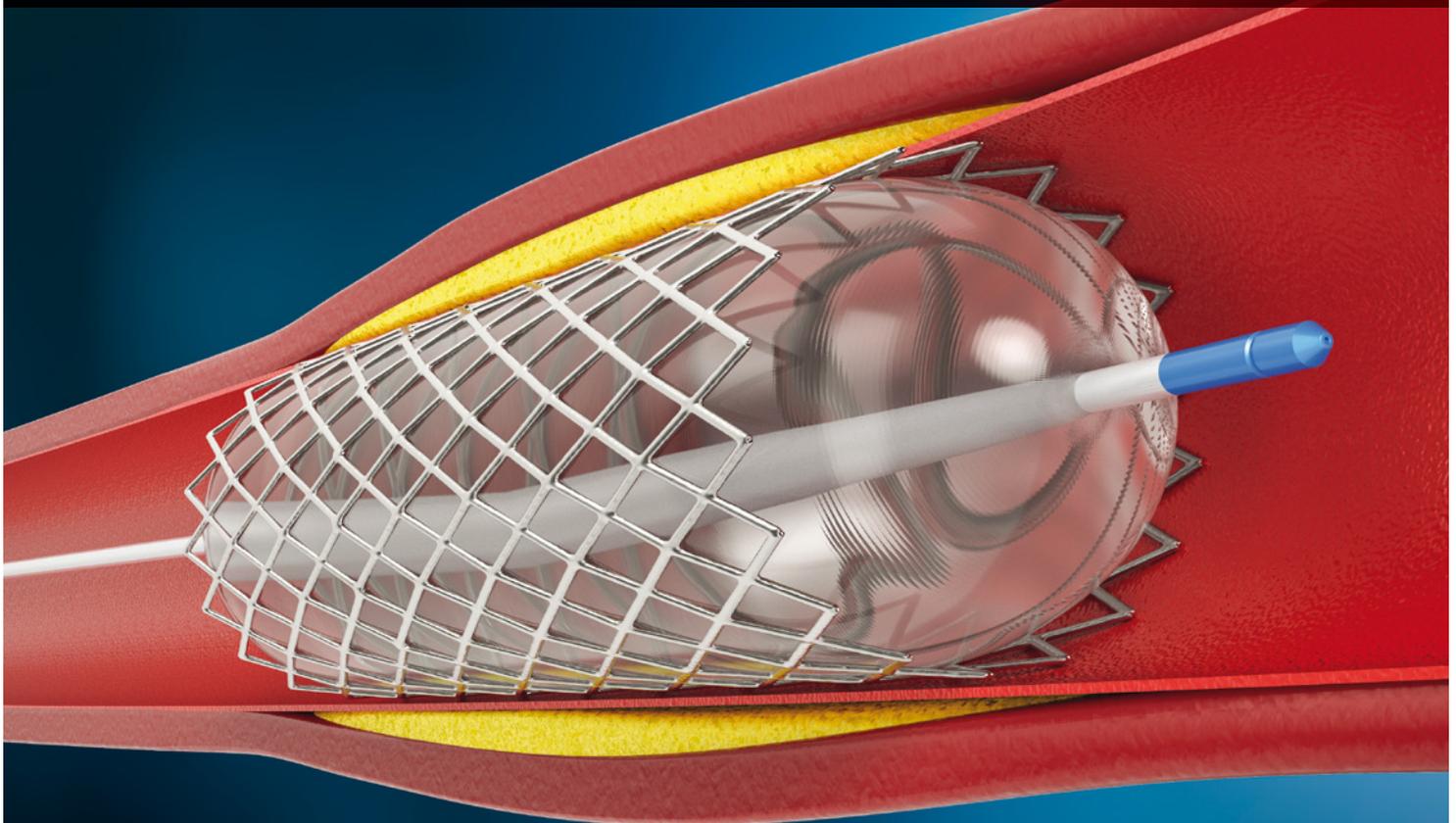
Macht die neue Methode „TAVI“ den chirurgischen Eingriff bald überflüssig?

BESSERE CHOLESTERINWERTE

Durch PCSK9-Hemmer kann das LDL-Cholesterin stark gesenkt werden.

SPORTKARDIOLOGIE

Gerade für herzkranken Sportler ist die Betreuung durch einen Sportkardiologen ratsam.



AKTUELLE STUDIENERGEBNISSE HELFEN BEI ENTSCHEIDUNG

Stent oder Bypass?

WEISSKITTELHYPERTONIE

WESHALB DAS BLUTDRUCK-PHÄNOMEN GEFÄHRLICH IST



KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHE PRAXIS
Herzzentrum Bremen



Dr. med. Helmut Lange



Dr. med. Christian Hegeler



Dr. med. Ertan Dogu



Dr. med. Patrick Koppitz



Dr. med. Martin Gödde



Dr. med. Arne Callenbach



Prof. Dr. med. Christoph Langer



Prof. Dr. med.
Jochen Müller-Ehmsen



Dr. med. Friedrich Weber



Dr. med. Verena Korff



Dr. med. Ute Jacobaschke



Dr. med. Anja Wesenberg



Dr. med. Kirsten Naue



Dr. med. Stefan von Lojewski



Dr. med. Caspar Börner



Dr. med. Walter Kunstreich



Mohammad Noor Pasalary
(Ärztlicher Mitarbeiter)



Bülent Koç



Dr. med. Jan Rindermann



Katja Timmermann



Dr. med./RU Cornelia Klehmet



Dr. med. Malte Rossius



Barbara Gowrea



Dr. med. Astrid Mersmann
(Weiterbildungsassistentin)



Dr. med. Jan Haßfurther



Ahmad El Ghalban
(Vertreter)



Dr. med. Paul Klein



KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHE PRAXIS
Herzzentrum Bremen

FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN, KARDIOLOGIE UND ANGIOLOGIE

EDITORIAL

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Patientinnen und Patienten,



nachdem wir unsere erfolgreiche Kooperation mit dem Klinikum Links der Weser um weitere 25 Jahre verlängert haben, freuen wir uns, Ihnen auf diese Weise weiterhin eine optimale kardiologische Versorgung zu bieten. Diese enge Zusammenarbeit ermöglicht eine immer bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, sodass zum Beispiel unsere Tagesstation, die „Juist“, auch für die nächtliche Überwachung von Patienten geöffnet wurde.

Auch uns von der Kardiologisch-Angiologischen Praxis hat die Coronakrise unerwartet eingeholt. Unser Praxisbetrieb ist mit vielen zusätzlichen Hygiene- und Vorsichtsmaßnahmen gut auf die neue Situation eingestellt und wir sind weiterhin für Sie da. Einzelheiten dazu, was sich für Sie als Patient zunächst einmal ändert, finden Sie im Text von Prof. Dr. Langer und Dr. Weber auf Seite 31 und jederzeit aktuell auf unserer Webseite.

Unsere Praxis kann auf zwei neue Auszeichnungen stolz sein. Zum einen bietet unsere Praxis seit Langem qualitätsgesicherte integrierte Versorgung für Menschen mit Herzschwäche, die nun als sogenannte Heart Failure Unit als „HFU-Schwerpunktpraxis“ durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e.V. (DGK) zertifiziert ist. Zum anderen auf den Großen Preis des Mittelstandes der Oskar-Patzelt-Stiftung, der dieses Mal unter dem Motto „Nachhaltig Wirtschaften“ verliehen wurde. Nach einer Nominierung im vorhergehenden Jahr ist unsere Praxis jetzt als nachhaltiges Unternehmen ausgezeichnet, das einen bewussten Umgang mit seiner Umgebung pflegt, Arbeitsplätze sichert und die Zukunft gestaltet. Alle Neuigkeiten finden Sie in den Praxisnews (S. 26-27).

Zum April dieses Jahres scheidet Dr. Helmut Lange, langjähriger Kardiologe im Team und Partner, aus der Gemeinschaftspraxis aus, um in den Ruhestand zu gehen. Das gesamte

Team bedankt sich für die sehr gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit über fast drei Jahrzehnte. Wir wünschen eine erfüllte Zeit zu Hause auf dem Bauernhof im Bremer Umland. Ein Interview mit Dr. Lange finden Sie auf Seite 9. Auf den Seiten 10-11 informiert Dr. Lange noch einmal ausführlich, für wen ein Stent und für welche Patienten eine Bypass-OP die beste Behandlung ist.

Die Kardiologisch-Angiologische Praxis beteiligt sich derzeit unter anderem an zwei umfangreichen medizinischen Studien: zum einen an der „NOAH-AFNET-6-Studie“, in der untersucht wird, inwieweit die neuen Gerinnungshemmer „NOAKs“ gängigen Medikamenten überlegen sind, zum anderen an der „Evolucumab-Studie“ zur Wirksamkeit von PCSK9-Hemmern, einer neuen Therapie zur Cholesterinsenkung (S. 20-21). Zudem stellen wir diese neuen Cholesterinsenker, die vor allem bei Statinunverträglichkeit eine gute Wahl sind, genauer vor (S. 12-13).

Auf Seite 22 und 23 erfahren Sie, was genau eigentlich eine „Weißkittelhypertonie“ ist und warum diese einer aktuellen Studie zufolge behandelt werden sollte. Außerdem erklärt Kardiologe Dr. Dogu auf Seite 17, warum die Kardiologie in der Sportmedizin immer wichtiger wird – vor allem für Patienten mit Herzerkrankung, die wieder neu in ein Trainingsprogramm einsteigen möchten. Seit dem Sommer verstärken die Kardiologen Herr Ahmad El Ghalban und Dr. Jan Haßfurther das Team der Kardiologisch-Angiologischen Praxis – herzlich willkommen! Neue Leiterin unserer drei Herzkatheterlabore und unserer Tagesstation „Juist“ ist unser langjähriges Teammitglied Martina Schaffrath (Interview auf S. 30).

Gute Unterhaltung beim Lesen unseres neuen Magazins und eine (herz-)gesunde Zeit wünscht Prof. Dr. med. Christoph Langer.

IMPRESSUM

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

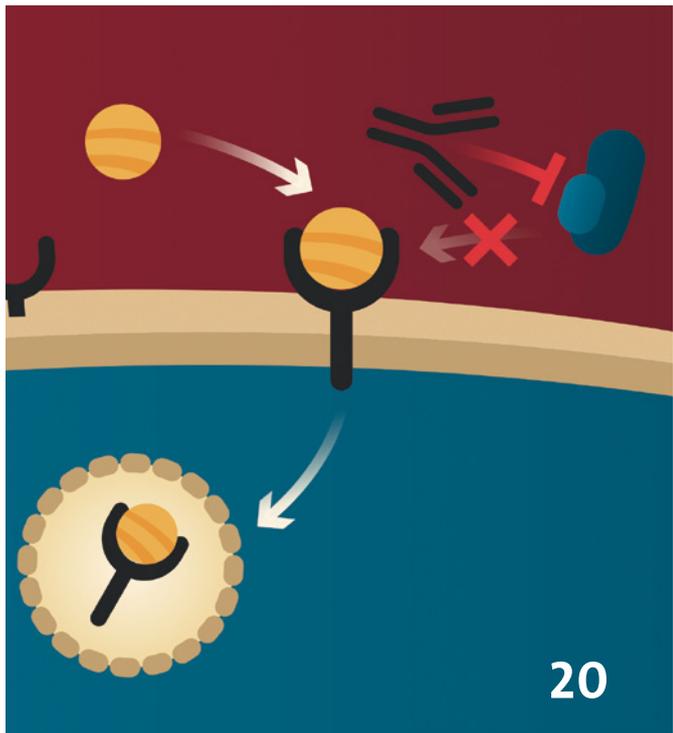
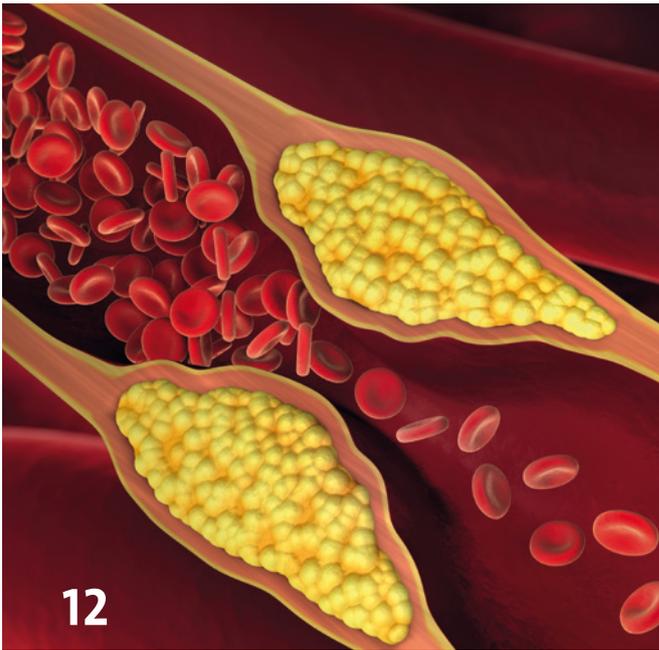
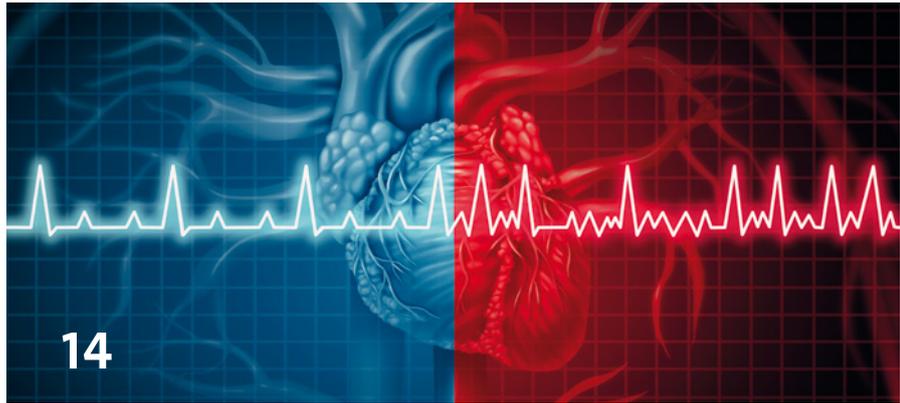
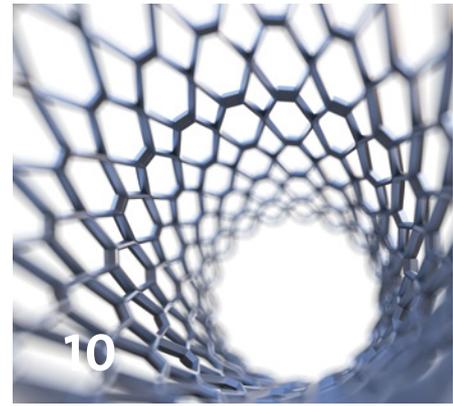
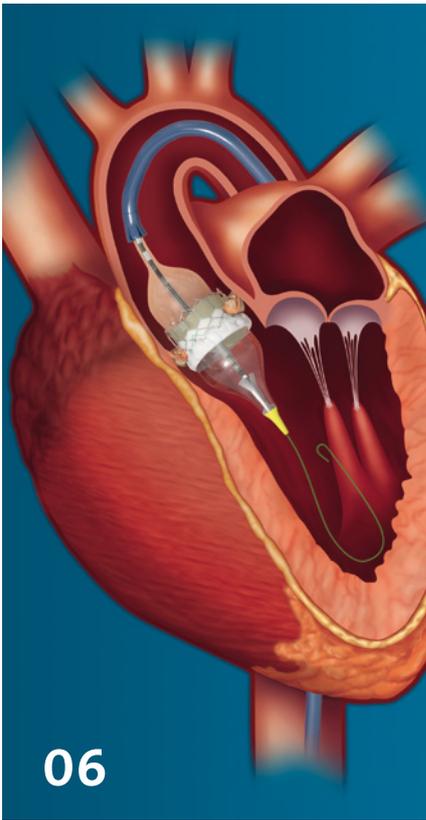
V.I.S.D.P.
Jochen Heumos, Geschäftsführer

LAYOUT/SATZ
eskalade Werbeagentur GmbH
www.eskalade.de

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

BILDER
Bildplantage 13 GmbH, AdobeStock

DRUCK
flyerheaven GmbH & Co.KG



INHALT

AORTENKLAPPENSTENOSE – Bislang war eine Operation am offenen Herzen die einzig mögliche Therapie. Macht die neue Methode „TAVI“ den chirurgischen Eingriff bald überflüssig?	06
DR. HELMUT LANGE IM INTERVIEW – Nach fast drei Jahrzehnten verlässt Dr. Lange die Kardiologisch-Angiologische Praxis. Dr. Lange erzählt, was er vermissen wird und was jetzt folgt.	09
STENT ODER BYPASS? – Neue Studienergebnisse helfen bei der wichtigen Entscheidung, die Patienten mit verengten Herzkranzgefäßen treffen müssen. Dr. Lange informiert ausführlich.	10
BESSERE CHOLESTERINWERTE DANK PCSK9-HEMMERN – Durch den neuen Wirkstoff kann das LDL-Cholesterin stark gesenkt werden. Gastroenterologe Prof. Dr. Gerald Klose beschreibt einen Fall.	12
WENN DAS HERZ AUS DEM TAKT GERÄT – Wie entsteht Vorhofflimmern, was können die Folgen sein und welche Therapien gibt es? Kardiologe Dr. Rodolfo Ventura informiert über alles Wichtige.	14
UNSERE SPEZIALISTEN FÜR GEFÄßERKRANKUNGEN – Hier finden Sie unsere Angiologen auf einen Blick – zusammen mit ihren Spezialisierungen und den Praxisstandorten, an denen sie praktizieren.	16
KARDIOLOGIE WIRD IN DER SPORTMEDIZIN IMMER WICHTIGER – Gerade für Sportler, die herzkrank sind, ist es ratsam, sich von einem Sportkardiologen betreuen zu lassen.	17
NEU IM TEAM: AHMAD EL GHALBAN UND DR. JAN HAßFURTHER – Die beiden Ärzte verstärken das Team der Kardiologisch-Angiologischen Praxis im Bereich konventionelle Kardiologie.	18
BETEILIGUNG AN STUDIEN – Schützen „NOAKs“ als neue Gerinnungshemmer vor einem Schlaganfall und mindern die Cholesterinsenker „PCSK9-Hemmer“ das Risiko für Herz- und Gefäßkrankheiten?	20
WEIßKITTELHYPERTONIE – Worum handelt es sich dabei genau, weshalb ist das Blutdruck-Phänomen gefährlich und warum sollte es neuesten Erkenntnissen zufolge behandelt werden?	22
INTERVIEW MIT KATJA TIMMERMANN – Kardiologin Frau Timmermann wertet im Rahmen ihrer Doktorarbeit Patientenfälle für eine Studie zur Therapie des Vorhofseptumdefekts aus.	24
„SCHAUFENSTERKRANKHEIT“ – Manfred Reinker erhielt die Diagnose „periphere arterielle Verschlusskrankheit“. Nach einem minimalinvasiven Eingriff sind die jahrelangen Schmerzen verschwunden.	25
PRAXISNEWS – Unser Team freut sich über die Verlängerung der erfolgreichen Kooperation mit dem Klinikum Links der Weser um weitere 25 Jahre und über einige Auszeichnungen.	26
FIT MIT HERZGESUNDEM ESSEN – Ernährungsberaterin Inga Garbelmann unterstützt unsere Patienten bei einer Ernährungsumstellung – aus gesundheitlichen Gründen oder vor und nach einer Operation.	28
ERNÄHRUNGSTIPP: VOLLWERTSALAT MIT GESUNDEM DRESSING – Einfach zubereitet und gesund: Salat mit Fetakäse, Roter Bete, Walnüssen und Obst, verfeinert mit einem gesunden Dressing.	29
UNSER TEAM: MARTINA SCHAFFRATH, CHRISTOPH VON DÖLLEN – Die neue Leiterin unserer drei Herzkatheterlabore und der stellvertretende Leiter erzählen im Interview von ihrem Beruf.	30
INFORMATION ZUR CORONA-PANDEMIE – Was sich für Sie als Patient unserer Praxis durch die aktuelle Situation ändert.	31



AORTENKLAPPENSTENOSE

IST DIE OPERATION BALD VERGANGENHEIT?

Die Anzahl der Patienten mit einer Verengung der Aortenklappe nimmt – wegen ihrer Abhängigkeit vom Lebensalter – beständig zu. Unter den über 75-Jährigen haben 4 Prozent eine Aortenklappenstenose. Trotzdem werden in Deutschland immer weniger Patienten an der Aortenklappe operiert. Der Grund: die transfemorale Aortenklappenimplantation (TAVI), bei der eine Bioprothese mithilfe eines Ballonkatheters in die verengte Aortenklappe vorgeschoben wird.

Die normale Aortenklappe öffnet sich bei jedem Herzschlag auf mehr als 4 Quadratzentimeter, und zwar 40 Millionen Mal pro Jahr. Mit dem 70. Lebensjahr hat sie sich 2,8 Milliarden Mal geöffnet und geschlossen: ein Wunderwerk der Natur. Im Laufe des Lebens werden die drei Segel der Klappe bei manchen Menschen unelastisch. Kommt dann noch eine vermehrte Kalkeinlagerung hinzu, kann sich die Öffnungsfläche auf weniger als einen Quadratzentimeter verringern. Dann

„TAVI ermöglicht Herzklappenersatz per Ballonkatheter – ganz ohne chirurgischen Eingriff

wird es kritisch: Die betroffenen Patienten verspüren Kurzatmigkeit und Brustenge, denn der Herzmuskel muss das gesamte Blut durch die viel zu enge Klappenöffnung pressen und dazu viel mehr Druck aufbauen als normalerweise. Gleichzeitig bekommt das Herz nicht mehr genug Sauerstoff, denn der Blutfluss durch die Koronararterien, die hinter der Aortenklappe entspringen, wird immer geringer, je enger die Klappe ist. In diesem Stadium überlebt die Hälfte der Betroffenen das nächste Jahr nicht mehr.

Die einzige lebensrettende Therapie war bisher eine Operation am offenen Herzen: der Aortenklappenersatz (AKE) mit einer Klappenprothese – früher meist aus Metall, heute fast ausschließlich aus biologischem Klappenmaterial, das Schweineherzen entnommen wurde. Die degenerierte Aortenklappe wird mit allem Kalkmaterial herausgeschnitten und stattdessen die an einem Metallgerüst befestigte Herzklappe vom Schwein angenäht. Bei jüngeren Patienten überstanden über 99 Prozent die Operation unbeschadet, mit zunehmendem Alter steigen die Sterblichkeit und das Schlaganfallrisiko jedoch steil an. Da die Aortenklappenstenose normalerweise eine Alterserkrankung ist, gibt es sehr viele erkrankte Patienten, die bei der Diagnosestellung über 80 Jahre alt sind. Haben diese Patienten mehrere Begleiterkrankungen – beispielsweise Diabetes, eine eingeschränkte Nierenfunktion oder einen erlittenen Schlaganfall –, beträgt das Risiko, nach der Operation zu sterben, 10 Prozent und mehr,

das Schlaganfallrisiko liegt bei 5 Prozent. Angesichts dieses hohen Operationsrisikos kam es bisher oft vor, dass ältere Patienten mit kritischen Begleiterkrankungen gar nicht mehr zum Kardiologen überwiesen wurden, sondern die Aortenklappenstenose ihr Schicksal besiegelte.

Im Jahr 2002 gelang dem Franzosen Alan Cribier der erste AKE ohne Operation. Das die Bioklappe tragende Metallgerüst wurde so hergestellt, dass es zusammenklappbar war und fest auf einen zusammengefalteten Ballonkatheter angedrückt werden konnte. Alan Cribier führte den Ballonkatheter über die Leistenarterie des Patienten in die Aortenklappe ein, nachdem diese zuvor aufgedehnt worden war. In der alten Aortenklappe wurde der Ballon mit Druck entfaltet, wodurch sich dort das Metallgerüst mit der neuen Bioklappe ebenfalls entfaltete. Wie zu Beginn der Ballondilatation der Koronararterien wurde diese Methode anfänglich mit großer Skepsis betrachtet. Man befürchtete, dass sich durch die Aufdehnung der verkalkten Klappenränder Kalkbrocken lösen könnten, die dann einen Schlaganfall verursachen. Zudem hatte man Sorge, dass der Klappenring durch die Aufdehnung aufreißen und eine fatale Massenblutung in den Herzbeutel zur Folge haben könnte. Deshalb war es wichtig, dass die amerikanische Zulassungsbehörde FDA zunächst gewissenhaft durchgeführte Studien zur Sicherheit und Effektivität des nicht-chirurgischen AKE als Voraussetzung für die Zulassung dieser Klappenprothesen machte.

Zwischen 2010 und 2019 wurden die Ergebnisse der drei „Partner“-Studien veröffentlicht, die heute die Grundlage für die Entscheidungsfindung jedes Patienten sind, ob er sich konventionell operieren lassen sollte oder eine nicht-chirurgische Klappenimplantation bevorzugen soll. Das zu erwartende Operationsrisiko eines chirurgischen Klappenersatzes – wie auch anderer Herzoperationen – lässt sich heute mit ziemlicher Sicherheit vorhersagen. Hierbei werden alle für das Operationsrisiko wichtigen Faktoren miteinbezogen – wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Lungen- und Nierenfunktion, früherer Schlaganfall – und ein darauf basierender Schätzwert des Mortalitätsrisikos errechnet. Die Gruppe mit einem hohen Mortalitätsrisiko hat einen sogenannten STS-Score – kurz für „Society of Thoracic Surgeons-Score“ – über 8 Prozent, die Gruppe mit mittlerem Mortalitätsrisiko einen Score von 4 bis 8 Prozent und die Niedrigrisiko-Gruppe zeigt einen Score unter 4 Prozent. Dementsprechend wurden die drei „Partner“-Studien an drei Patientengruppen mit unterschiedlichem Risiko durchgeführt.

Die Tabelle auf der folgenden Seite zeigt alle Ergebnisse der drei „Partner“-Studien für die Sterblichkeit in Prozent nach einer Operation oder nach TAVI innerhalb der ersten 30 Tage nach dem jeweiligen Eingriff. In den ersten zwei Spalten ist das vorausgesagte mittlere Risiko aufgeführt (ermittelt nach dem STS-Score) sowie das mittlere Alter der Patienten.

PARTNER I-III-Studienergebnisse

Risikogruppe	Vorausgesagte Sterblichkeit in %	Mittleres Alter in Jahren	Sterblichkeit in % bei OP	Sterblichkeit in % bei TAVI
Hoch	11,6	84	6,5	3,4
Mittel	5,8	82	4,1	3,9
Niedrig	1,9	73	1,7	0

Das Sterblichkeitsrisiko im Fall eines nicht-chirurgischen Klappenersatzes (TAVI) ist in allen drei Risikogruppen geringer als nach einer konventionellen Operation. Ältere Patienten mit hohem Risiko profitieren am meisten von einer TAVI. Hier kann das Risiko fast halbiert werden. Bei Patienten mit mittlerem oder niedrigem Risiko sind beide Verfahren gleichwertig. Auffällig ist, dass das Operationsrisiko in den ersten beiden Gruppen deutlich niedriger ist als vom STS-Score vorhergesagt. Dies legt nahe, dass die an der Studie teilnehmenden Chirurgen überdurchschnittlich gute Arbeit geleistet haben.

Der Schlaganfall ist die Komplikation, die Patienten bei einem AKE am meisten fürchten – sei es bei einer chirurgischen Implantation oder bei TAVI. Bei der TAVI ist es nahezu unvermeidbar, dass sich an der Aortenwand oder den Klappenrändern Kalkpartikel lösen und mit dem Blutstrom in das Gehirn getragen werden. Wird der AKE chirurgisch durchgeführt, kann der Chirurg unter direkter Sicht auf das Operationsfeld Kalkpartikel absaugen. Allerdings bringt das Anlegen der Schläuche der Herz-Lungenmaschine in die meist stark verkalkte Aortenwand ein Schlaganfallrisiko mit sich, das die TAVI nicht hat. Das Risiko für einen Schlaganfall ist nach den derzeitigen Erkenntnissen bei einer TAVI nicht höher als bei einer entsprechenden Operation. Bei Patienten mit niedrigem Risikoprofil ist es sogar niedriger: 1,0 Prozent nach einer TAVI, 2,5 Prozent nach einer Operation.

Können wir nun vorhersagen, dass es bald keinen chirurgischen AKE mehr geben wird? Dies ist jedenfalls im Moment noch falsch. Denn es gibt eine Reihe von Kriterien, welche die Durchführung einer TAVI unmöglich machen. Am wichtigsten ist hier eine begleitende koronare Dreifäßerkrankung mit vielen komplexen Stenosen, die, wenn man den wahrscheinlichen Krankheitsverlauf betrachtet, besser durch eine offene Herzoperation behandelt wird. Bei diesen Patienten wird natürlich ein chirurgischer AKE in Kombination mit einer Bypass-Operation durchgeführt. Außerdem müssen gewisse anatomische Gegebenheiten vorhanden sein, damit eine TAVI erfolgen kann. Der Klappenring, in dem die Prothese verankert wird, sollte nicht kleiner als 18 Millimeter und nicht größer als 29 Millimeter sein. Klappen mit zwei statt drei Klappensegeln – sogenannte biskupide Klappen – oder solche mit erheblicher Aortenklappeninsuffizienz – einer sogenannten Leckage – eignen sich nicht für eine TAVI. Zudem müssen die Abgänge der Koronararterien mindestens 12 Millimeter oberhalb des Klappenrings liegen. Auch dürfen die Beckenarterien weder geschlängelt verlaufen noch stark verkalkt sein. Alle diese anatomischen Voraussetzungen werden im Rahmen des sogenannten TAVI-Screenings durch eine Computertomografie und ein Schluckecho – kurz TEE – abgeklärt, wofür ein kurzer stationärer Aufenthalt erforderlich ist. Für die TAVI-Prozedur selbst muss der Patient dann weitere drei bis fünf Tage stationär ins Krankenhaus.



ABSCHIED VON DR. HELMUT LANGE IN DEN „BEINAHE“ RUHESTAND

Nach 29 Jahren ärztlicher Tätigkeit hat Dr. Helmut Lange am 1. April 2020 die Kardiologisch-Angiologische Praxis, Herzzentrum Bremen verlassen. Dr. Lange hat das Katheterlabor vom ersten Tag an begleitet. Gemeinsam mit den Kardiologen Dr. Kallmayer und Dr. Scherer, die die Praxis 1989 eröffnet hatten, gründete er vor fast drei Jahrzehnten ein Herzkatheterlabor in der Paracelsus-Kurfürstenklinik Bremen, in dem zum ersten Mal in der Hansestadt ambulante Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt wurden. 2002 zogen die Praxis und das Katheterlabor an ihren heutigen Standort am Klinikum Links der Weser. Beide bilden bis heute das „Herzzentrum Bremen“. Nachfolger von Dr. Helmut Lange wird Prof. Müller-Ehmsen. Einige Fragen vom Herzschlag-Magazin an den Mitgründer des Katheterlabors.

WANN HABEN SIE ANGEFANGEN, IN DER PRAXIS ZU ARBEITEN?

Am 1. Oktober 1991. Ich hatte 1985 den Praxisgründer Dr. Kallmayer während unserer kardiologischen Facharztausbildung in Boston kennengelernt, wo wir erstmals die Idee einer Gemeinschaftspraxis mit eigenem Herzkatheterlabor entwickelten. Die Vorteile einer solchen Organisationsstruktur hatte ich in den USA kennengelernt. In Deutschland war dies 1991 etwas völlig Neues.

WARUM HÖREN SIE AUF?

Für niedergelassene Ärzte gibt es in Deutschland keine Altersbeschränkung. In unserem Partnerschaftsvertrag ist jedoch geregelt, dass mit 68 Jahren Schluss ist.

WAS WERDEN SIE VERMISSEN?

Die Arbeit im Katheterlabor wird mir fehlen. Es ist schon etwas sehr Schönes, wenn man den Patienten vor Schaden bewahren und ihm wieder seine alte Leistungsfähigkeit zurückgeben kann. Der Patient oder die Patientin ist ja immer „live“ dabei, da bei Eingriffen in der Regel nur lokal betäubt wird. Diesem entgegengebrachten Vertrauen und der daraus resultierenden Verantwortung gerecht zu werden, hat mir immer sehr viel Befriedigung gegeben.

UND WAS NICHT?

Als freiberuflicher Arzt hat man immer auch eine große wirtschaftliche Verantwortung, besonders seiner Familie gegenüber. Wir sind ja keine GmbH, sondern jeder Partner haftet mit seinem eigenen Vermögen. Die Investition in ein eigenes Katheterlabor bedeutet für jeden Einzelnen ein finanzielles Risiko, das über die Jahre nicht viel geringer geworden ist. Ich bin froh, dass ich diese Verantwortung nicht mehr tragen muss.

WAS KOMMT JETZT?

Meine Frau und ich haben einen Bauernhof mit vielen Tieren. Da kommt nie Langeweile auf. Wir sind beide begeisterte Reiter. Ich freue mich sehr darauf, das zu genießen.

WAS SAGEN IHRE PATIENTEN ZU IHREM ABSCHIED?

Eine Reihe von Patienten behandle ich ja schon seit über 20 Jahren. Sie bedauern meinen Abschied besonders. Da ich weiterhin noch einen Tag

pro Woche in der Praxis sein werde, kann ich hoffentlich einen Teil dieser Patienten weiter betreuen.

WER WIRD IHR NACHFOLGER?

Professor Dr. Jochen Müller-Ehmsen. Ich freue mich sehr darüber, weil er nicht nur ein sehr sympathischer Kollege ist, sondern auch über sehr viel Erfahrung verfügt. Er ist ein hervorragender interventioneller Kardiologe, der neben der Stentimplantation auch alle modernen Verfahren der Behandlung von Herzklappenerkrankungen beherrscht. Sein besonderer Schwerpunkt ist die Behandlung der Herzschwäche, die ja immer mehr Patienten unserer Praxis betrifft. ■



Wenn Kardiologen ihre Patienten bei der Entscheidung beraten, ob ein Stent oder besser ein Bypass die richtige Therapie ist, richten sie sich in der Regel nach den Leitlinien der Fachgesellschaften. Die wichtigste Basis für diese Leitlinien ist die „Syntaxstudie“, bei der Wissenschaftler den Verlauf der koronaren Herzkrankheit untersuchten, nachdem die Patienten nach dem Zufallsprinzip entweder mit Stent oder Bypass behandelt wurden. Die 5-Jahres-Ergebnisse der Syntaxstudie sind seit 2013 Basis einer auf objektiven Daten basierten Therapieempfehlung für koronare Herzkrankheit. Auf dem Kongress der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie im September 2019 stellten die Autoren der Syntaxstudie erstmals die 10-Jahres-Ergebnisse der Langzeitstudie vor.

Herzchirurgen kritisieren seit vielen Jahren die beständig wachsende Anzahl an Stent-Implantationen zulasten von Bypass-Operationen. Das Argument der Kritiker war bislang vor allem die ihrer Meinung nach zu kurze Nachbeobachtungszeit der Syntaxstudie von bisher fünf Jahren. Weiter argumentierten sie, Kardiologen beseitigten mit Stents lediglich die zum Zeitpunkt des Eingriffs engsten Stellen der Gefäße. Entwickelten sich in der Folgezeit aber neue Engstellen, so die Herzchirurgen, biete der Bypass mehr Sicherheit, denn er überbrücke die erste Hälfte der Herzkranzarterie, an der die Erkrankung in der Regel in Erscheinung tritt. Schlimmstenfalls trete wenige Millimeter vor oder hinter dem eingesetzten Stent unerwartet ein weiterer Verschluss der Herzkranzader auf. Den hierdurch ausgelösten, unter Umständen tödlichen Herzinfarkt könne ein Stent nicht verhindern, so die Kritiker.

Die 5-Jahres-Ergebnisse der Syntaxstudie hatten 2013 ergeben, dass nur ein Drittel aller Patienten nach einer Bypass-Operation länger lebte – und zwar diejenigen, die die meisten Gefäßverengungen und Gefäßverschlüsse hatten. Bei zwei Dritteln der Patienten war die Überlebensrate gleich hoch – nach einer Stent-Implantation ebenso wie nach einer

STENT ODER BYPASS?

AKTUELLE STUDIENERGEBNISSE HELFEN BEI
DIESER WEITREICHENDEN ENTSCHEIDUNG

Sich zu einer Bypass-Operation zu entschließen und damit gegen eine Stent-Implantation, ist mit Sicherheit eine der schwierigsten Entscheidungen, die ein Herzpatient zu treffen hat. Früher gab es oft keine Alternative zum Bypass, da Stents aufgrund schwieriger Bedingungen keine Option waren. Heute können 90 Prozent aller Verengungen der Herzkranzadern mit Stents behandelt werden. Neue Forschungsergebnisse helfen bei dieser buchstäblich lebenswichtigen Entscheidung.

Bypass-OP. Die 10-Jahres-Ergebnisse sind für Herzchirurgen enttäuschend und gleichzeitig eine gute Nachricht für alle Patienten, die eine Bypass-Operation bisher aus verständlichen Gründen scheuen. Die Sterblichkeit nach zehn Jahren war in der gesamten Studiengruppe nahezu identisch: 27 Prozent nach Implantation eines Stents und 24 Prozent nach einer Bypass-Operation – nicht nur statistisch gesehen kein signifikanter Unterschied. Wie schon bei den 5-Jahres-Ergebnissen profitierten nur diejenigen Patienten von einer Bypass-Operation, die die meisten und kompliziertesten Gefäßverengungen aufwiesen, sozusagen das die Herzgesundheit betreffend „am schlechtesten aufgestellte“



Die Qualität von Koronar-Stents hat sich in den letzten Jahren immer weiter verbessert.

Drittel. In dieser Gruppe lebten von den Bypass-operierten Patienten nach zehn Jahren noch 74 Prozent, von den Stent-Patienten 66 Prozent. Dieser Überlebensvorteil hat freilich für einen 60-jährigen Patienten in der Regel eine größere Tragweite als für einen 80-jährigen. Dennoch steigt der Anteil der über 80-jährigen, die eine Bypass-Operation erhalten, seit mehreren Jahren kontinuierlich an.

Die Erklärung, warum die Bypass-Operation, anders als angenommen, keine langfristigen Vorteile gegenüber der Stent-Implantation bietet – mit Ausnahme eines Drittels der Patienten –, ist Kardiologen

und Kardiochirurgen seit Langem bekannt. Viele der für die Bypass-Operation verwendeten Beinvenen haben eine Haltbarkeit von nur etwa sieben Jahren, danach erkranken diese ebenso wie die Herzkranzgefäße an Arterienverkalkung. Die in der Syntaxstudie erfassten Patienten wurden nach den damals üblichen Methoden operiert: Nur die vordere absteigende Koronararterie wurde mit einer Arteria mammaria überbrückt, die von der Armarterie entspringt und entlang des Brustbeins verläuft. Von dieser ist bekannt, dass sie aus bisher nicht erforschten Gründen gegenüber einer arteriosklerotischen Degeneration resistent ist. Inzwischen haben Herzchirurgen aus dieser Erfahrung Konsequenzen gezogen und verwenden heutzutage besonders bei jüngeren Patienten für nahezu alle gelegten Bypässe die linke und rechte Mammaria-Arterie. Insofern können alle auf diese Weise operierten Patienten zuversichtlich sein, dass die Haltbarkeit ihrer Bypass-Gefäße den heutigen Erfahrungen nach nahezu unbegrenzt ist.

Somit stellt sich die Frage, ob die Ergebnisse von Patienten, die vor mehr als 10 Jahren operiert wurden, aus heutiger Sicht überhaupt noch aktuell sind. Viele Herzchirurgen ziehen dies in Zweifel. Ebenso viele Kardiologen setzen dem jedoch entgegen, dass die in der Syntaxstudie implantierten Stents inzwischen gleichfalls veraltet seien und heute ausgereiftere Modelle eingesetzt würden, wodurch sich gleichfalls die Lebenserwartung der Stent-Patienten verbessert habe.

Die Kardiologen der Kardiologisch-Angiologischen Praxis am Herzzentrum Bremen beraten jeden Patienten, der die für ihn bedeutsame und weitreichende Entscheidung treffen muss, ob er durch eine Stent-Implantation oder eine Bypass-Operation behandelt werden möchte, nach bestem Wissen und Gewissen. Und auch bei der Frage: „Wie würden Sie entscheiden, wenn es Ihre Mutter wäre?“ scheuen sich die Kardiologen der KAP nicht davor, eine verantwortungsvolle Antwort zu geben.



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

Wir freuen uns auf Sie.



NEUES AUS DER FORSCHUNG

NEUE THERAPIE ZUR CHOLESTERINSENKUNG

PCSK₉-HEMMER ALS ALTERNATIVE ZU STATINEN

Ablagerungen in den Halsschlagadern, die die Blutgefäße verengen – diese beunruhigende Diagnose erhielt Frau N., 62 Jahre, in der Praxis für Endokrinologie in Bremen Horn-Lehe. Diese Ablagerungen – fachsprachlich auch „Atherome“ oder, wenn sie bereits größer sind, „Plaques“ genannt – bestehen aus Kalk und fettartigen Cholesterinpartikeln. In der Lipid-Sprechstunde der Praxis informierte sich die Patientin daraufhin, wie wichtig eine cholesterinsenkende Behandlung in ihrem Fall ist und welche unterschiedlichen Möglichkeiten es gibt.

Bei Atherosklerose, auch „Arterienverkalkung“ genannt, ist die Medikamentengruppe der Statine in der Cholesterinsenkung nachweislich optimal wirksam. Daher stehen sie bei zahlreichen Studien an erster Stelle der möglichen Therapieformen. Frau N. waren bereits vor 20 Jahren Statine verordnet worden, nachdem sie sich wegen koronarer Herzkrankheit (KHK) einer Bypass-Operation unterziehen musste. Bedauerlicherweise vertrug sie die Statine jedoch nicht gut. Sie litt unter erheblichen Muskelschmerzen – einer nicht seltenen, unerwünschten Nebenwirkung.

URSACHEN FÜR GEFÄSSVERENGUNGEN

Die Verengungen der Herzkranzgefäße traten bei Frau N. ungewöhnlich früh im Leben auf. Ursache ihrer KHK war eine Atherosklerose, bedingt durch sehr hohe Cholesterinwerte von über 400 Milligramm pro Deziliter Blut (mg/dl).

Die Auswertung der Familiengeschichte zeigte, dass viele Mitglieder hohe Cholesterinwerte aufwiesen und frühzeitig Herzinfarkte erlitten hatten. Zusammen mit weiteren Untersuchungen führte sie bei Frau N. zur Diagnose einer familiären Hypercholesterinämie. Bei dieser genetisch bedingten Störung wird das LDL-Cholesterin im Blut nicht ausreichend vom Körper verarbeitet. Diese Stoffwechselstörung tritt in Deutschland bei etwa einem von 250 Menschen auf und ist eine der Hauptursachen für Herzinfarkte in jüngeren Jahren. Entsprechend ist eine möglichst frühe Behandlung mit cholesterinsenkenden Statinen die Therapie der Wahl. Ihre Wirksamkeit sowie ihre Sicherheit bei der Vorbeugung von auf

„Bei manchen Betroffenen kann es im Falle einer Unverträglichkeit hilfreich sein, die Dosis der Statine zu reduzieren.“

Prof. Dr. Gerald Klose, von 1987 bis 2010 Chefarzt der Inneren Abteilung des Klinikums Links der Weser, berät in der Lipidambulanz der Praxis Dr. Iris van de Loo, Dr. Claudia Otte und Dr. Knut W. Spieker in Bremen zu Diagnose und Therapie von Fettstoffwechselstörungen.



Atherosklerose beruhenden Komplikationen sind in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen.

WAS TUN BEI STATINUNVERTRÄGLICHKEIT?

Bei manchen Betroffenen kann es im Falle einer Unverträglichkeit hilfreich sein, die Dosis der Statine zu reduzieren. Die geringere Wirkung kann in vielen Fällen durch eine Kombinationstherapie ausgeglichen werden. Hierfür steht in erster Linie der Wirkstoff Ezetimib zur Verfügung, der die Aufnahme von Cholesterin im Darm hemmt.

Bei der Patientin Frau N. liegt jedoch eine komplette Statintoleranz vor. Dies bedeutet, sie verträgt Statine auch nicht in niedrigeren Dosierungen und die alleinige Gabe von Ezetimib ist bei ihrer Stoffwechselstörung nicht effektiv genug. Als Lösung der Problematik ergab sich der Einsatz einer neuen Substanz: eines PCSK9-Hemmers. PCSK9 ist die Abkürzung für ein Enzym, das im Zusammenspiel mit weiteren körpereigenen Stoffen den Abbau von LDL-Cholesterin im Blut reguliert. Das Maß an PCSK9 im Körper wurde bereits 2013 als Ursache besonders hoher LDL-Cholesterinwerte in bestimmten Familien erkannt. Die untersuchten Familienmitglieder waren von einer genetischen Mutation betroffen, die eine stärkere Wirkung des Enzyms PCSK9 und somit einen verminderten Abbau von LDL-Cholesterin

verursacht. Umgekehrt wurden wenige Zeit später bei Menschen mit einer Genmutation, die zu geringerer PCSK9-Aktivität führt, niedrigere LDL-Cholesterinwerte sowie eine drastische Senkung des Herzinfarktrisikos um 80 Prozent festgestellt.

Diese nachteilige Wirkung von PCSK9 auf die Verstoffwechslung von LDL-Cholesterin im Körper machte sich die Medizin zunutze und entwickelte Antikörper gegen das Enzym. Der Wirkstoff steht in Deutschland seit 2015 zur Behandlung zur Verfügung und wird unter die Haut gespritzt. Die Senkung des LDL-Cholesterins liegt hierdurch bei durchschnittlich mindestens 50 bis 60 Prozent. In Studien mit insgesamt mehr als 46.000 Patienten war schon nach wenigen Anwendungsjahren eine Verminderung des Herzinfarktrisikos nachweisbar, die mit dem enzymhemmenden Wirkstoff in Verbindung steht. Gleichzeitig konnte die Verträglichkeit und Sicherheit dieser Behandlung aufgezeigt werden.

VERORDNUNG VON PCSK9-HEMMERN ÜBER DIE GESETZLICHE KRANKENKASSE

Für die Verordnung von PCSK9-Hemmern zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gelten aus wirtschaftlichen Gründen Einschränkungen. Sie dürfen grundsätzlich nur dann verordnet werden, wenn das Ziel einer leitliniengerechten Lipidsenkung mit

den Standard-Medikamenten nicht erreicht werden kann, zum Beispiel bei einer Unverträglichkeit von Statinen. Über einen Zeitraum von 12 Monaten muss anhand von Laborwerten dokumentiert sein, dass der LDL-Cholesterinwert über 70 mg/dl liegt. PCSK9-Hemmer dürfen ebenfalls dann verordnet werden, wenn eine familiäre Hypercholesterinämie vorliegt, wie dies bei Frau N. der Fall ist. Bei sonstigen Ursachen von Hypercholesterinämie müssen die betroffenen Patienten einen „therapierefraktären Verlauf“ ihrer Gefäßerkrankung aufweisen. Das heißt, dass es bei ihnen trotz Behandlung mit den Standard-Medikamenten zu erneuten Stentimplantationen, Herzinfarkten oder Schlaganfällen kommt. Solche Patienten müssten sonst mit einer sogenannten Lipid-Apherese, einer Blutwäsche zur Entfernung des schädlichen Cholesterins, behandelt werden. Dies bleibt ihnen nun durch die PCSK9-Hemmer erspart. Die Verschreibung der Cholesterinsenker und Überwachung der Therapie dürfen nur bestimmte Fachärzte durchführen.

Unsere Patientin erhält inzwischen alle 14 Tage die verordnete Injektion eines PCSK9-Antikörpers und verträgt den Wirkstoff gut. Diese Therapie senkte ihr LDL-Cholesterin um mehr als 50 Prozent und ihre Blutfettwerte entsprechen durch die Behandlung nun vollständig den medizinischen Leitlinien.



KARDIOLOGIE

VORHOFFLIMMERN WENN DAS HERZ AUS DEM TAKT GERÄT



Dr. Rudolpho Ventura, Autor des Artikels, ist Partner der Praxis Elektrophysiologie Bremen.

Beim Vorhofflimmern schlägt das Herz nicht mehr im gewohnten, gesunden Rhythmus: Die beiden Herzvorhöfe ziehen sich nicht mehr in einer gleichmäßigen Frequenz zusammen, sondern „zittern“ stattdessen gewissermaßen. Diese Flimmerbewegung leitet der Körper unregelmäßig an die beiden Hauptkammern des Herzens weiter, der Blutfluss ist langsamer als gewöhnlich. Die Erkrankung ist die häufigste anhaltende Herzrhythmusstörung. Patienten mit Vorhofflimmern spüren diesen unregelmäßigen Rhythmus häufig als Herzstolpern. Zurzeit leiden etwa 2,2 Prozent der Bevölkerung unter dieser Volkskrankheit, Betroffene ohne Diagnose nicht mitgezählt. Hinzu kommen asymptomatische Personen ohne Diagnosestellung.

Mit dem Alter steigt der Anteil der Betroffenen von weit unter einem Prozent der Bevölkerung auf bis zu 16 Prozent bei Menschen ab 80 Jahren. Da die Bevölkerung immer älter wird und Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Übergewicht und Zuckerkrankheit weiter zunehmen, gehen Experten davon aus, dass sich die Anzahl der Patienten mit Vorhofflimmern in den kommenden 50 Jahren verdoppelt. Die Erkrankung kann jedoch ebenso bei Menschen auftreten, die keinerlei Risikofaktoren aufweisen – in diesem Fall als sogenanntes idiopathisches Vorhofflimmern.

URSACHEN

Der gestörte Herzrhythmus beim Vorhofflimmern entsteht in der Vorkammer des Organs. Arrhythmische

GEEIGNETE THERAPIEN: VON MEDIKAMENTEN BIS ZU KATHETERABLATION UND OPERATION

Erregungswellen unterdrücken den normalen Rhythmus – den sogenannten Sinusrhythmus – und in der Vorkammer entsteht ein „elektrisches Chaos“. Verantwortlich dafür sind Areale mit veränderter Gewebestruktur wie narbige oder entzündliche Regionen, die sich bei Ausdehnung der Vorkammer oder bei Reizung der Herzwand – beispielsweise durch eine koronare Herzkrankheit, eine Blutzuckererkrankung oder durch Rauchen – bilden können.

Vorhofflimmern wird durch zusätzliche elektrische Impulse ausgelöst, die aus den Lungenvenen stammen. Diese flimmernden Impulse übertragen sich in den Arealen auf den Herzvorhof, in denen die Lungenvenen in den Vorhof münden. Dies führt zu den typischen Herzschlägen außerhalb des normalen Sinusrhythmus, den sogenannten Extrasystolen. Mit der Katheterablation können solche Bezirke bei einigen Patienten elektrisch isoliert und somit die Rhythmusstörung beseitigt werden.

Bei Menschen, die an Vorhofflimmern leiden, werden beide Herzkammern über den sogenannten AV-Knoten in unregelmäßigen Abständen elektrisch aktiviert. Das Herz schlägt nicht mehr gleichförmig und der Betroffene hat das Gefühl, dass es aus dem Takt gekommen ist. Relativ häufig schlägt das Herz dann über 100 Mal pro Minute – der Patient hat starkes Herzklopfen oder gar Herzrasen und ihm ist schwindelig. Selten sind die Erkrankten nur müde, abgeschlagen,

kurzatmig und weniger leistungsfähig. Mittel- bis langfristig leiden Patienten in vielen Fällen schließlich unter Herzschwäche, der sogenannten Tachymyopathie. Weitere Folge des Vorhofflimmerns kann ein Hirninfarkt sein, besser bekannt als Schlaganfall. Während der Rhythmusstörung zieht sich die Vorkammer im Herz nicht wie gewöhnlich zusammen. Das Blut fließt, insbesondere im Vorhof, deutlich langsamer und bildet sehr viel eher Gerinnsel, die über die Blutbahn in andere Körperregionen gelangen und dort Gefäße verstopfen können. Am häufigsten sind Hirngefäße betroffen.

VERLAUF

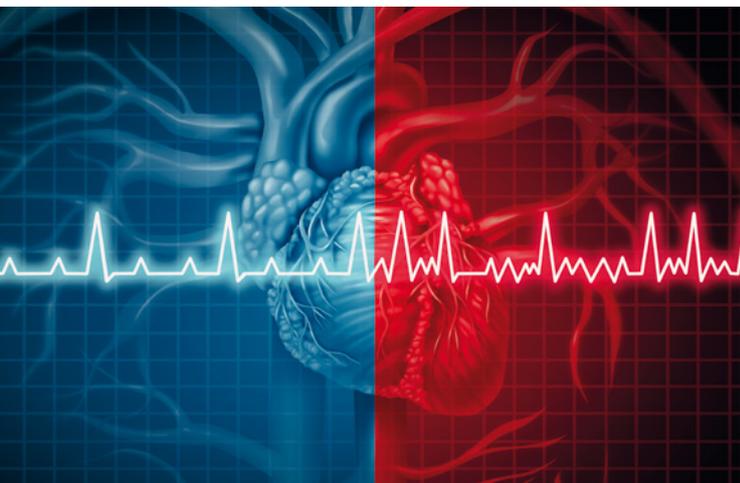
Manchmal zeigt sich Vorhofflimmern als anfallsartige Herzrhythmusstörung. In anderen Fällen tritt es als anhaltende Arrhythmie auf, welche durch orale sowie intravenöse Medikamenten oder durch Elektroschock – fachsprachlich „elektrische Kardioversion“ – wieder normalisiert werden kann. Anfallsartiges Vorhofflimmern wird jedoch in vielen Fällen mit der Zeit anhaltend oder gar chronisch und lässt sich nach einer gewissen Dauer nicht mehr beenden. Daher ist es ratsam, die Erkrankung frühzeitig zu behandeln – je früher, desto größer die Chance, das Herz wieder in seinen normalen und gesunden Rhythmus zu versetzen. Auch die Früherkennung durch vorbeugende Kontrolluntersuchungen, sogenannte Check-ups, hat immer mehr an Bedeutung gewonnen.

FOLGEN

Vorhofflimmern ist für sich allein genommen nicht lebensbedrohlich. Es kann jedoch, wie bereits erwähnt, zu schwerwiegenden Schäden wie beispielsweise zum Schlaganfall führen. Der Schlaganfall zählt zu den häufigsten Todesursachen und wird in 15 Prozent aller Fälle durch Vorhofflimmern ausgelöst. Deshalb sind blutverdünnende Medikamente – sogenannte orale Antikoagulanzen – bei dieser Herzrhythmusstörung unverzichtbar. Vorhofflimmern mit hoher Kammerfrequenz kann zudem zu Herzschwäche – der sogenannten Tachymyopathie – führen, die jedoch durch eine therapeutische Herzfrequenzkontrolle rückgängig gemacht werden kann.

MEDIKAMENTE GEGEN VORHOFFLIMMERN

Da Vorhofflimmern zwar keine lebensbedrohlichen, aber dennoch schwerwiegende Folgen haben kann, sprechen mehrere Gründe für eine Behandlung mit Medikamenten.



Herzrhythmusstörungen durch Vorhofflimmern verstärken sich oft über die Jahre und werden häufiger. Medikamente verlangsamen die Frequenz des Herzschlags und können diesen Prozess abbremsen oder sogar aufhalten. Zusätzlich schützen sie das Herz während der Arrhythmie. Durch die gelinderten Beschwerden verbessert sich die Lebensqualität der Patienten meist deutlich. Weniger Arztbesuche und Klinikaufenthalte sind die Folge.

Ein Weg, Patienten mit Medikamenten zu therapieren, ist es, das Vorhofflimmern zu beseitigen und den normalen Sinusrhythmus mithilfe von Betablockern oder Antiarrhythmika aufrechtzuerhalten. Die zweite Möglichkeit ist hier, die Herzfrequenz durch Medikamente wie Betablocker, Kalziumantagonisten, Digitalisglykoside und in Ausnahmefällen durch Amiodaron oder Sotalol zu normalisieren. Im Ergebnis sollte der Ruhepuls zwischen 60 und 90 Schlägen pro Minute liegen und bei Belastung zwischen 90 und 115. Das Vorhofflimmern selbst besteht dabei weiter.

Antiarrhythmika können in sehr wenigen Fällen selbst lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen hervorrufen, statt sie zu beheben. Einige von ihnen dürfen wiederum nicht eingenommen werden, wenn der Patient unter Herzschwäche oder koronarer Herzkrankheit leidet. Eine medikamentöse Therapie sollte daher unter besonderen Vorsichtsmaßnahmen beginnen und durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen gut überwacht werden.

KATHETERABLATION

Diese Therapie kommt in Betracht, wenn Medikamente nicht mehr helfen, bei schwerwiegenden Nebenwirkungen oder wenn der Patient den Eingriff ausdrücklich wünscht. Bei einer Katheterablation wird der Herzmuskel mit Hochfrequenzstrom verödet. Bei einer sogenannten Kryoablation per Ballonkatheter geschieht dies durch Kälte. Die Lungenvenen im Herzen, aus denen die zusätzlichen elektrischen Impulse kommen, werden bei beiden Verfahren elektrisch isoliert, sodass die Ausbreitung dieser störenden Impulse blockiert wird. Der Patient befindet sich währenddessen meist unter Narkose, ohne künstliche Beatmung oder Intubation. Mit dieser Methode kann das Vorhofflimmern in etwa 50 Prozent aller Fälle beseitigt werden, sogar bei bis zu 80 Prozent aller Erkrankungen, wenn der Eingriff wiederholt wird.

Die Katheterablation ist ein schonendes Therapieverfahren, jedoch kann es gelegentlich zu Komplikationen kommen. Die Rate liegt im Durchschnitt zwischen 5 und 7 Prozent. Statistische Untersuchungen zeigen, dass Komplikationen seltener in Zentren mit viel Erfahrung auf diesem Gebiet auftreten als in solchen mit weniger Expertise.

CHIRURGISCHE BEHANDLUNG

Patienten können sich bei Vorhofflimmern zudem auch operieren lassen. In diesem Fall wird die Rhythmusstörung im Rahmen einer Bypass- oder Klappenoperation, aber auch bei minimalinvasiven Eingriffen zusätzlich mitbehandelt. Mithilfe spezieller Katheter werden die Herzmuskelbereiche verödet, die für das Flimmern verantwortlich sind. Hierbei wird entweder Hochfrequenzstrom eingesetzt oder Mikrowellen-, Laser-, Ultraschall- oder Kälteenergie. Wenn sich bei Patienten trotz mehrmaliger Ablationen kein normaler Herzrhythmus einstellt, können sie sich – zumeist minimalinvasiv – auch unabhängig von weiteren herzchirurgischen Eingriffen operieren lassen.

Die Erfolgsaussichten der chirurgischen Verfahren liegen zwischen 70 und 90 Prozent. Allerdings ist die chirurgische Therapie bei Vorhofflimmern keine Therapie der ersten Wahl, da hier statistisch öfter mit Komplikationen zu rechnen ist als bei einer Katheterablation mittels Wärme oder Kälte.



UNSERE SPEZIALISTEN FÜR GEFÄßERKRANKUNGEN

Alle Angiologen der Kardiologisch-Angiologischen Praxis, Herzzentrum Bremen sehen Sie hier auf einen Blick – zusammen mit den jeweiligen Standorten, an denen sie praktizieren. Damit Sie schnell den passenden Spezialisten in Ihrer Nähe finden.



DR. MED. KIRSTEN NAUE

Frau Dr. Naue ist Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie und unsere Spezialistin auf dem Gebiet des Ultraschalls aller Gefäßerkrankungen. Sie praktiziert in unserer Praxis an den Standorten Schwachhausen, in Vegesack in Bremen-Nord und in Kirchhuchting. In Kirchhuchting praktiziert Frau Dr. Naue als einzige Angiologin aus unserem Team. Sie ist Partnerin der Gemeinschaftspraxis.



DR. MED. FRIEDRICH WEBER

Dr. Weber ist Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Angiologie. Neben gängigen Behandlungen im Bereich der Kardiologie und Angiologie führt er zusätzlich auch Becken-Bein-Angiografien und weitere angiologische Eingriffe durch. Er betreut Patienten an unserem Standort am Klinikum Links der Weser – sowohl in unserer Sprechstunde als auch in unserem Herzkatheterlabor. Außerdem ist er am Standort Schwachhausen und seit 2019 auch in unserer Praxis in Delmenhorst tätig. Dr. Weber ist Partner der Praxis und zusammen mit Dr. Kunstreich unser Weiterbildungsbeauftragter im Fachbereich Angiologie.



DR. MED. STEFAN VON LOJEWSKI

Zusätzlich zu seiner Qualifikation als Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie ist Dr. von Lojewski Facharzt für Angiologie. Er betreut hauptsächlich unsere angiologischen Patienten. Wie Dr. Weber führt auch Dr. von Lojewski im Angiographielabor am Standort Links der Weser minimalinvasive angiologische Eingriffe durch. Dr. von Lojewski ist Partner der überörtlichen Gemeinschaftspraxis.



DR. MED. WALTER KUNSTREICH

Dr. Kunstreich ist sowohl Facharzt für Innere Medizin als auch für Angiologie. Er besitzt langjährige klinische Erfahrung in der Angiologie. Heute ist Herr Dr. Kunstreich unser Spezialist für Venenerkrankungen. Wie Dr. Weber ist auch Dr. Kunstreich berechtigt, Assistenten auf dem Gebiet der Angiologie weiterzubilden.



DR. MED. PAUL KLEIN

Dr. Klein ist Facharzt für Innere Medizin und Angiologie und behandelt Patienten mit arteriellen Erkrankungen und Venenthrombosen. Darüber hinaus besitzt er eine Zusatzqualifikation in Hämostaseologie und führt in begründeten Fällen eine Gerinnungsdiagnostik des Blutes durch. Als erfahrener Angiologe unterstützt Dr. Klein unser ärztliches Team ab April 2020 in Delmenhorst.



BÜLENT KOÇ

Zusätzlich zu seiner Expertise als Kardiologe in unserer Gemeinschaftspraxis verfügt Herr Koç über besondere Kenntnisse im Bereich der Myokardszintigrafie. Mithilfe der Szintigrafie prüft er die Durchblutung des Herzmuskels und diagnostiziert, ob dieser funktionstüchtig ist. Herr Koç ist in der ärztlichen Weiterbildung zum Facharzt für Angiologie. Er praktiziert an den Standorten Schwachhausen, Links der Weser und in Delmenhorst.



PRAXISWISSEN

KARDIOLOGIE WIRD IN DER SPORTMEDIZIN IMMER WICHTIGER



„Innerhalb der Sportmedizin hat die Kardiologie zunehmend an Bedeutung gewonnen“, erklärt Dr. Dogu, Kardiologe in der Kardiologisch-Angiologischen Praxis mit Zusatzqualifikation Sportkardiologie. In den letzten Jahren hat sich die Sportkardiologie als neue Unterdisziplin der Sportmedizin herausgebildet. Zu dieser Entwicklung hat vor allem die Erkenntnis geführt, dass Sport sowohl präventiv als auch therapeutisch bei nahezu allen Erkrankungen viel zum Therapieerfolg beiträgt. Zu den Hauptaufgaben der Sportkardiologen gehört es, Risiken für Amateur- und Freizeitsportler zu erkennen, Menschen mit Herzerkrankung beim Sport treiben zu unterstützen und anzuleiten sowie zu prüfen, ob Leistungssportler und ambitionierte Freizeitsportler aus kardiologischer Sicht sport- oder wettkampftauglich sind.

„Gerade für Sportler mit Herzerkrankung ist die Betreuung durch einen Sportkardiologen ratsam

ERKENNEN VON RISIKEN BEI AMATEUR- UND FREIZEITSPORTLERN

Ob in der Midlife-Crisis, zur Stressbewältigung oder unterstützend bei der Bekämpfung von Übergewicht – immer mehr Menschen sind sportlich aktiv. „Je mehr Menschen Sport treiben, desto besser“, so Dr. Dogu, „denn körperliche Inaktivität ist einer der größten Risikofaktoren für Herz- und Kreislauferkrankungen. Gerade wer ab dem 40. Lebensjahr in ein Training einsteigt, sollte vorab einen Gesundheitscheck machen“, rät der Sportkardiologe. In der Regel untersucht der Arzt den Patienten dabei körperlich, per EKG und Echokardiografie. Je nachdem, welche individuelle Konstellation von Risikofaktoren der Patient mitbringt, sollten zusätzlich Belastungsuntersuchungen und weiterführende Diagnostik stattfinden, um abzuklären, ob eventuell schon eine koronare Herzkrankheit besteht.

SPORT MIT HERZERKRANKUNG

Immer mehr Menschen mit Herzerkrankung wollen ihre Fitness durch Sport steigern – auch nach herzchirurgischen oder kardiologischen Eingriffen und Behandlungen. Damit der Patient keine gesundheitlichen Schäden davonträgt, ist vor dem Trainingsstart eine gründliche kardiologische Diagnostik notwendig. Gleichzeitig sollte der Kardiologe die körperliche Belastbarkeit und die Herz-Kreislauf-Verhältnisse einschätzen. Zudem sollte gegebenenfalls der individuelle Belastungsgrad neu



festgelegt werden, den der Patient beim Training nicht überschreiten sollte. Sportler mit Herzerkrankung müssen ausserdem intensiver geschult werden als herzgesunde Sportler. Oft muss auch die Medikation an die neue Belastung angepasst werden.

PRÜFUNG DER SPORT- UND WETTKAMPFTAUGLICHKEIT

Leistungssportler und ambitionierte Freizeitsportler brauchen oft eine sportärztliche Bescheinigung, ob sie aus sportkardiologischer Sicht an einem Wettbewerb teilnehmen können. Sehr wichtig zu klären ist auch, ab wann ein Leistungssportler, der an einer Infektion erkrankt war, wieder trainieren kann und welches Maß für ihn gesundheitlich gut verträglich ist. Für all diese Aufgaben braucht der behandelnde Arzt spezielle kardiologische Fachkenntnisse sowie Erfahrung – Fähigkeiten, die einen Sportkardiologen auszeichnen.

Sportkardiologische Untersuchungen werden in der Kardiologisch-Angiologischen Praxis von unseren zertifizierten Sportkardiologen Frau Dr. Anja Wesenberg, Dr. Ertan Dogu und Prof. Dr. Christoph Langer durchgeführt. Dr. Dogu besitzt seit Februar 2020 die Zusatzqualifikation Sportkardiologie der Stufe 3, verliehen von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislau fforschung e. V. (DGK). Prof. Dr. Langer sammelt seine umfangreiche Erfahrung mit Profi-, Hochleistungs- und ambitionierten Freizeitsportlern seit 2004 – damals noch in der sportkardiologischen Gruppe am Herzzentrum in Bad Oeynhausen.

AHMAD EL GHALBAN

„Wenn ich unseren Patienten helfen kann, beschwerdefrei zu leben, dann bin ich sehr zufrieden.“



Seit Juli 2019 ist Ahmad El Ghalban als Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin Teil des Teams der Kardiologisch-Angiologischen Praxis und arbeitet in der Sprechstunde, demnächst auch im Katheterlabor. Herr El Ghalban bringt mehrere Jahre Erfahrung in der interventionellen Kardiologie mit, die er in Norddeutschland, der Golfregion und Ägypten erworben hat.

WARUM HABEN SIE SICH ENTSCLOSSEN, GERADE IN DER KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHEN PRAXIS ZU ARBEITEN?

Die Praxis bietet Patienten ein breites Leistungsspektrum und hat mit fünf verschiedenen Standorten eine beachtliche Größe. Hier habe ich die Möglichkeit, ambulant zu arbeiten. In der Gemeinschaftspraxis können Patienten sowohl im Rahmen der Sprechstunde als auch interventionell im Herzkatheterlabor betreut werden. Diese Verbindung ist selten in meinem Beruf. Zudem pflegt das Team hier einen tollen Umgang miteinander, das merkt man sofort.

WAS FASZINIERT SIE AN DER KARDIOLOGIE?

Es ist so vieles möglich in diesem Fachbereich – immer wieder kommen Innovationen hinzu. Heute können wir viele Eingriffe minimalinvasiv durchführen, beispielsweise mithilfe eines Katheters, der in die Leistenvene geführt wird. Früher waren solche Eingriffe nur invasiv im Rahmen einer Operation möglich. Es begeistert mich, Patienten in medizinisch kritischen Ausgangslagen effektiv helfen zu können.

WAS BEREITET IHNEN BESONDERE FREUDE BEI IHRER ARBEIT?

Es ist schön zu sehen, wenn die Therapie anschlägt und sich die Beschwerden der Patienten bessern. Wenn ich bei Kontrolluntersuchungen feststelle, dass ich dem Patient oder der Patientin mit meinen Interventionen helfen konnte, bin ich sehr zufrieden.

WAS WAR IHRE BISHER GRÖSSTE HERAUSFORDERUNG?

Nach meinem Studium und der Ausbildung zum Facharzt in Ägypten musste ich für meine weitere Arbeit hier vieles noch einmal auf Deutsch lernen, vor allem die medizinische Fachsprache. Außerdem musste ich meine Approbation ein zweites Mal ablegen, um auch hier als Arzt anerkannt zu werden. Eine Herausforderung, aber es hat gut geklappt.

TUN SIE SELBST ETWAS FÜR IHRE HERZGESUNDHEIT?

Ich esse von Haus aus der herzgesunden Mittelmeerdiet entsprechend: viel Gemüse, wenig Salz und tierische Fette, viel ungesättigte Fettsäuren. Und ich achte darauf, mich bewusst zu ernähren. Zusätzlich versuche ich, regelmäßig Ausdauersport zu treiben und trainiere auf dem Laufband oder Crosstrainer.

AN BREMEN MÖGEN SIE ...

In Bremen ist es im Vergleich zu beispielsweise Hamburg ruhiger und die Menschen zumeist entspannter. Trotzdem findet man hier alles, was man braucht. In der Regel verbringe ich die Wochenenden bei meiner Frau und unseren zwei Kindern in Buxtehude und habe hier ein Apartment. Perspektivisch möchten wir aber gern alle zusammen in Bremen leben.



DR. JAN HAßFURTHER



„An der Kardiologie fasziniert mich, Patienten mit akuten Erkrankungen rasch helfen zu können.“

Als erfahrener Kardiologe verstärkt Dr. Jan Haßfurth seit Juni 2019 das Team der Kardiologisch-Angiologischen Praxis. Er greift auf vier Jahre Erfahrung in der ICD- und Schrittmacher-Therapie zurück. Dr. Haßfurth betreut Patienten in der Sprechstunde und macht im Katheterlabor unserer Praxis eine Ausbildung zum interventionellen Kardiologen.

WARUM HABEN SIE SICH ENTSCHLOSSEN, GERADE IN DER KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHEN PRAXIS ZU ARBEITEN?

Seit Beginn meines Studiums in Lübeck wollte ich gern ambulant arbeiten. Nach meiner Facharztausbildung als Internist und Kardiologe im Klinikum Links der Weser gab es diese Möglichkeit hier und ich habe mich beworben. Leicht hat es mir unter anderem gemacht, dass ich viele Kollegen schon aus meiner Zeit im Klinikum kannte, wenn Patienten sektorübergreifend betreut wurden.

WAS BEGEISTERT SIE AN DER KARDIOLOGIE?

Es fasziniert mich, Patienten mit ernsten, teils lebensbedrohlichen Erkrankungen, wie Herzrhythmusstörungen oder einem Herzinfarkt, rasch helfen zu können – durch eine Herzkatheteruntersuchung, Herzschrittmacherimplantation oder auch mit Medikamenten.

WIE SIEHT EIN TYPISCHER ARBEITSTAG IN DER KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHEN PRAXIS FÜR SIE AUS?

Mein Tag beginnt meist mit der Korrektur der Arztbriefe der letzten Tage für Hausärzte oder Patienten und ich werte Untersuchungsbefunde aus, wie beispielsweise Langzeit-EKGs. In der Sprechstunde stellt sich dann – nach der Erstaufnahme durch unsere medizinischen Fachangestellten – bis zum Nachmittag etwa alle zwanzig Minuten ein neuer Patient bei mir vor. Ich untersuche die Patienten körperlich und per EKG und bespreche anschließend mit ihnen das weitere Vorgehen.

WAS BEREITET IHNEN BESONDERE FREUDE BEI IHRER ARBEIT?

Es freut mich, wenn ich im Gespräch mit den Patienten gelegentlich ihre zum Teil sehr interessanten Lebensläufe und auch lustige Anekdoten erfahre.

WELCHES BERUFLICHE ERLEBNIS IST IHNEN NACHDRÜCKLICH IN ERINNERUNG GEBLIEBEN?

Während meiner Zeit im St. Joseph-Stift Bremen habe ich einen rüstigen älteren Herrn behandelt, der eine langsame Herzrhythmusstörung hatte, wenig körperlich belastbar war und häufig stürzte. Nach der Schrittmacher-Implantation konnte er sich wieder frei bewegen und kam wieder gut im Alltag zurecht. Beeindruckend.

TUN SIE SELBST ETWAS FÜR IHRE HERZGESUNDHEIT?

Meine Frau und ich unternehmen auf dem Deich in Hasbergen lange Spaziergänge mit meiner kleinen Tochter im Kinderwagen. Außerdem fahre ich mit dem Rad zur Arbeit und versuche, möglichst oft mit frischem Gemüse vom Markt selbst zu kochen.

WELCHE ERWARTUNGEN HABEN SIE AN IHRE ZUKÜNFTIGE ARBEIT, WAS WÜNSCHEN SIE SICH?

Mein Wunsch ist es, im Beruf geistig gefordert zu bleiben und mein handwerkliches Geschick weiterentwickeln zu können.

AN BREMEN MÖGEN SIE ...

... an einem Sonntagvormittag mit meiner Frau in einem kleinen Café in der Innenstadt zu sitzen, Zeitung zu lesen und den Blick auf die Contrescarpe zu genießen – wenn sich die jetzige Situation wieder normalisiert hat und Oma und Opa das Kind hüten.



HERZ- UND GEFÄßERKRANKUNGEN VORBEUGEN MIT GERINNUNGS- HEMMERN UND CHOLESTERINSENKERN

NEUARTIGE WIRKSTOFFE ZEIGEN WIRKSAMKEIT:
UNSERE PRAXIS BETEILIGT SICH AN AKTUELLEN STUDIEN

Weltweit sterben jährlich circa 18 Millionen Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ursächlich sind häufig Gefäßverkalkungen, auch „Arteriosklerose“ genannt, wodurch es zu Gefäßverengungen bis hin zu Verschlüssen kommen kann. Diese können sich langsam aufbauen, aber auch akut auftreten. Der lebensbedrohliche Herzinfarkt oder ein Schlaganfall können die Folge sein.

RISIKO FÜR HERZ- UND GEFÄßERKRANKUNGEN VERMINDERN

Während sich einige Risikofaktoren, die eine Arteriosklerose begünstigen, nicht beeinflussen lassen – wie die familiäre Veranlagung, aber auch ein bestimmter Blutfettbestandteil, das Lipoprotein (a) (Lp (a)) –, helfen bestimmte Medikamente, einige Risikofaktoren günstig zu beeinflussen. So senken die sogenannten Statine beispielsweise das „schlechte“ LDL-Cholesterin. Eine sogar bessere Wirkung – insbesondere in Fällen, in denen Statine nicht ausreichen – zeigen die noch neuen „PCSK9-Hemmer“. Zu dieser Substanzklasse gehört das Medikament „Evolucumab“.

NEUE CHOLESTERINSENKER „PCSK9-HEMMER“ ZEIGEN GUTE WIRKUNG

Das Medikament „Evolucumab“ wurde in umfangreichen Studien auf seine Wirksamkeit und Verträglichkeit getestet. Durch Einnahme von „Evolucumab“ konnte das „schlechte“ LDL-Cholesterin um bis zu 60 Prozent gesenkt werden, ohne dass gravierende Nebenwirkungen für die Patienten auftraten. Die „FOURIER-Studie“ zeigte, dass eine Behandlung der Studienteilnehmer mit „Evolucumab“ kombiniert mit einem Statin das Risiko, an Arteriosklerose zu erkranken, nach einer mittleren Beobachtungsdauer von 26 Monaten um ganze 15 Prozent reduzierte. Diese äußerst guten Ergebnisse wurden bisher ausschließlich bei kardiovaskulären Patienten nachgewiesen, die bereits einen Herzinfarkt und/oder Schlaganfall erlitten hatten. Die Kardiologisch-Angiologische Praxis, Herzzentrum Bremen beteiligt sich zu diesem Thema aktuell an zwei neuen Studien.

KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHE PRAXIS WIRKT AN ZWEI STUDIEN MIT – PATIENTEN KÖNNEN TEIL DER UNTERSUCHUNGEN WERDEN

Zum einen soll in den Studien untersucht werden, ob der positive Effekt des PCSK9-Hemmers „Evolucumab“ auch bei Menschen erreicht werden kann, die zwar ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko aufweisen, aber bislang noch keinen Herzinfarkt oder Schlaganfall hatten. An der Studie teilnehmen können Männer über 50 Jahre und Frauen über 55 Jahre, die auch nach mindestens 4-wöchiger optimaler fettsenkender Therapie – beispielsweise mit einem Statin – einen LDL-Cholesterinwert im Blut von mehr als 100 Milligramm pro Deziliter (mg/dl) zeigen.

Aus medizinischer Sicht ist zudem ein Wirkstoff zur Senkung hoher Lp (a)-Werte im Blut wünschenswert. Hohe Lp (a)-Blutspiegel fördern die Entstehung und das Fortschreiten von Arteriosklerose. Forscher versuchten in der Vergangenheit erfolglos, den Lp (a)-Spiegel im Blut zu senken. Kürzlich stellte die Wissenschaft hier neue pharmakologisch-wissenschaftliche Erfolge in Aussicht. Sollte aufgrund dieser Erfolge mindestens eine „Phase-3-Studie“ durchgeführt werden, würde die Kardiologisch-Angiologische Praxis ihren betroffenen Patienten im Rahmen solch einer Studie eine medikamentöse Behandlung anbieten, wobei die Praxis gleichzeitig auch als Studienzentrum dienen würde.

IMPLANTIERTE SCHRITTMACHER UND DEFIBRILLATOREN ERKENNEN FRÜHZEITIG VORHOFFLIMMERN

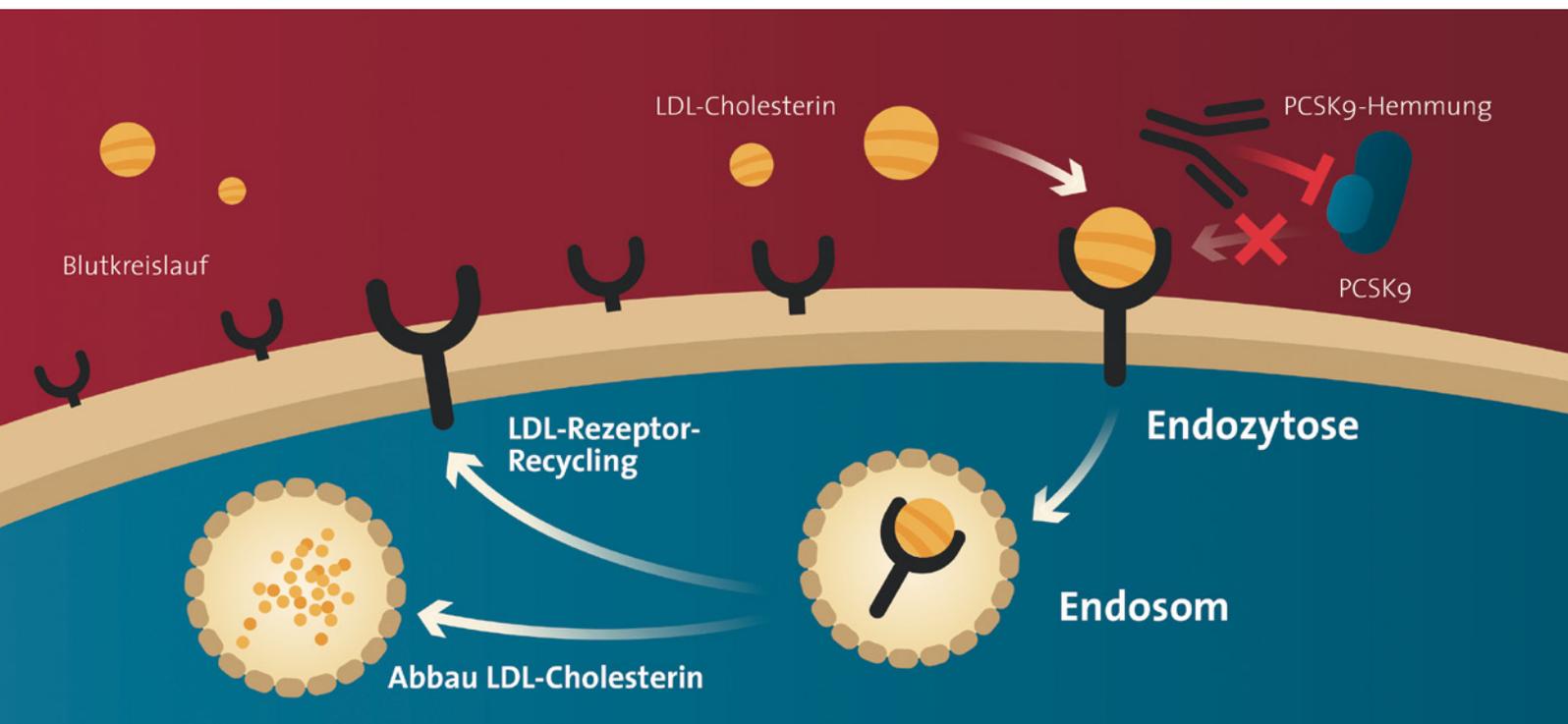
Vorhofflimmern ist eine bedeutende Ursache für Schlaganfälle. Es sind zahlreiche Daten verfügbar, die zeigen, dass die Einnahme von Medikamenten, die die Blutgerinnung hemmen, einen positiven Effekt bei der Vorbeugung von Schlaganfällen zeigt. Die Daten zu den Effekten dieser sogenannten oralen Antikoagulation wurden bei EKG-Untersuchungen im Rahmen von Arztbesuchen erhoben. Ein großer Anteil der – unter Umständen für die Patienten folgenschweren – Vorhofflimmer-Episoden bleibt jedoch unerkannt. Hier spricht man von einem „stummen Vorhofflimmern“. Gleichzeitig erleben viele Patienten als erste Folge eines nicht erkannten

Vorhofflimmerns einen Schlaganfall. Eine Therapie mit gerinnungshemmenden Medikamenten, die früher als bisher üblich beginnt, könnte helfen, derartige Ereignisse zu verhindern.

So könnte die kontinuierliche Überwachung des Vorhofflimmers diese Lücke in der frühzeitigen Erkennung von Vorhofflimmern schließen. Dies wäre durch implantierte Schrittmacher oder Defibrillatoren, sogenannte Implantierbare Kardioverter-Defibrillatoren (ICDs), möglich. Derartige „Aggregate“ erfassen mithilfe von Algorithmen automatisch Unregelmäßigkeiten im Herz- beziehungsweise Vorhofflimmer, insbesondere sogenannte „atrial high rate episodes“ (AHRE), also Hochfrequenzepisoden

NEUE GERINNUNGSHEMMER NOAKS SCHÜTZEN VOR SCHLAGANFALL

Neue Gerinnungshemmer, sogenannte NOAKs, bewirken einen gleichen oder etwas besseren Schutz vor Schlaganfällen als die älteren Vitamin-K-Antagonisten – wie beispielsweise das Medikament „Marcumar“ – und erzeugen dabei ein geringeres Blutungsrisiko als diese. In der „ENGAGE-TIMI-48-Studie“, in der Patienten mit dem gerinnungshemmenden Wirkstoff „Edoxaban“ behandelt wurden, konnten die positiven Eigenschaften der NOAKs durch einen mindestens gleichwertigen Schlaganfallschutz und ein signifikant geringeres Blutungsrisiko klar nachgewiesen werden. Die Kardiologisch-Angiologische



PCSK9-Hemmer beschleunigen die Bindung von LDL an den Rezeptor in der Leber, mehr LDL wird abgebaut, der LDL-Spiegel im Blut sinkt.

im Vorhof des Herzens. AHRE gelten heute als Vorboten eines später auftretenden Vorhofflimmerns. Breit angelegte prospektive Studien haben bereits gezeigt, dass die Schlaganfallrate bei Patienten, bei denen AHRE nachgewiesen wurden, erhöht ist. Auch bekannt ist, dass ein großer Anteil dieser Patienten mit AHRE im späteren Verlauf Vorhofflimmern entwickelt. Daher gilt der Nachweis von AHRE als Frühmanifestation eines sogenannten paroxysmalen Vorhofflimmerns – eines Vorhofflimmerns, das anfallsartig auftritt und zeitlich begrenzt ist.

Lediglich einige AHRE-Patienten entwickeln später kein Vorhofflimmern und erleiden weniger häufig Schlaganfälle, als dies bei Patienten mit Vorhofflimmern der Fall ist. Bislang besteht unter Medizinern eine Unsicherheit, ob man AHRE-Patienten ohne jemals dokumentiertes Vorhofflimmern mit gerinnungshemmenden Mitteln behandeln sollte oder nicht.

Praxis nimmt derzeit an einer Studie zu diesem Thema teil, die helfen soll zu klären, ob eine medikamentöse Gerinnungshemmung mithilfe von Tabletten mit dem Wirkstoff „Edoxaban“ anderen Therapien überlegen ist. Erforscht wird unter anderem, inwieweit auf diese Weise Schlaganfällen und kardiovaskulär bedingtem Tod wirkungsvoller vorgebeugt werden kann, wenn Patienten kein Vorhofflimmern, aber AHRE und mindestens zwei kardiovaskuläre Risikofaktoren zeigen. Konkret wird im Rahmen der „NOAH-AFNET-6-Studie“ die Wirksamkeit von „Edoxaban“ im Vergleich zu a) keiner Behandlung der Patienten und b) zu einer Behandlung mit dem Wirkstoff Acetylsalicylsäure (ASS) untersucht. Patienten, die für diese Studie infrage kommen, erkennen unsere Kardiologen im Rahmen von Schrittmacherkontrollen in unserer Praxis. Unsere Ärzte werden Sie in diesem Fall ansprechen, ob Sie Teil dieser Studie sein möchten.



SIE FRAGEN, WIR ANTWORTEN

WEIßKITTELHYPERTONIE: HOHE BLUTDRUCKWERTE NUR BEIM ARZTBESUCH?

BLUTDRUCK-PHÄNOMEN LAUT NEUER STUDIE DOCH
BEDEUTSAM FÜR DAS HERZ-KREISLAUF-SYSTEM

WEIßKITTELHYPERTONIE – WAS IST DAS?

Patienten mit sogenannter Weißkittelhypertonie haben einen erhöhten Blutdruck, wenn sie eine Arztpraxis besuchen und dort untersucht werden, aber normale Blutdruckwerte in ihrem häuslichen Umfeld.

WIE SIND DIESE HOHEN BLUTDRUCKWERTE, DIE NUR IN DER ARZTPRAXIS FESTSTELL- BAR SIND, AUS MEDIZINISCHER SICHT ZU BEWERTEN?

Lange Zeit wurden hohe Blutdruckwerte, die im Rahmen eines Arztbesuchs gemessen wurden, unterschätzt. Da in vielen Fällen ausschließlich in diesen „Praxis-Situationen“ hohe Blutdruckwerte auffielen, wurden sie in den meisten Fällen als Weißkittelhypertonie gedeutet und als wenig bedeutsam eingestuft. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass bei diesem Phänomen ein hohes Maß an Aufregung (wegen des Praxisbesuchs) als Grund für die erhöhten Werte angesehen wird. Aufregung gibt es im Alltag der Patienten aber auch in zahlreichen anderen Situationen, in denen nicht gerade Blutdruck gemessen wird. Die Frage, ob eine Weißkittelhypertonie verpflichtend behandelt werden sollte, wurde in Fachkreisen lange Zeit kontrovers diskutiert – bisher überwiegend mit der Tendenz, nicht zu behandeln.

WAS GENAU IST BLUTHOCHDRUCK UND AB WANN IST MAN BETROFFEN?

Normale arterielle Blutdruckwerte liegen unterhalb 140/90 mmHg. Der optimale Blutdruck liegt unterhalb 120/80 mmHg. Als Bluthochdruck – fachsprachlich „Hypertonie“ – werden arterielle Blutdruckwerte bezeichnet,

die oberhalb dieser normalen Blutdruckmesswerte liegen. Dabei entsprechen Werte bis 159/99 mmHg dem Grad 1, bis 179/100 mmHg Grad 2 und Werte über 180/110 mmHg dem Grad 3.

WELCHE BEDEUTUNG HAT BLUTHOCHDRUCK FÜR MEIN HERZ-KREISLAUF-SYSTEM?

Bluthochdruck gehört zu den sehr ernst zu nehmenden Risikofaktoren für unser Herz-Kreislauf-System. Das Auftreten der koronaren Herzerkrankung (KHK), von Herzinfarkten sowie von Schlaganfällen hängt nachweislich eng mit Bluthochdruck als Auslöser und Ursache zusammen. Bluthochdruck ist ein ähnlich bedeutsamer Risikofaktor für das Herz-Kreislauf-System wie Diabetes mellitus, erhöhtes LDL-Cholesterin – alltagssprachlich auch „schlechtes Cholesterin“ –, regelmäßiger Nikotinkonsum, familiäre Veranlagung für Gefäßkrankheiten und indirekt auch Adipositas, welche all diesen Risikofaktoren in vielen Fällen mit zugrunde liegt.

BEI WELCHEN PATIENTEN TRITT WEIßKIT- TELHYPERTONIE AM HÄUFIGSTEN AUF UND IST SIE GEFÄHRLICH?

Weißkittelhypertonie kommt am häufigsten bei Patienten vor, die während der Blutdruckmessung in der Arztpraxis eine Hypertonie vom Grad 1 aufweisen. Es ist dagegen unwahrscheinlich, dass Patienten, die in der gleichen Situation eine Hypertonie vom Grad 2 zeigen, zuhause oder während einer 24-Stunden-Messung wieder einen Blutdruckwert im normalen Bereich haben. Weißkittelhypertonie ist entgegen bisheriger Annahmen nicht gutartig: Das Risiko für akute Komplikationen, wie beispielsweise Schlaganfall und Herzinfarkt, ist erhöht.

Es ist wichtig, Patienten mit Weißkittelhypertonie regelmäßig und langfristig zu untersuchen. Denn viele entwickeln schließlich eine Hypertonie, die dann auch in ihrem vertrauten Umfeld und während der 24-Stunden-Langzeitmessung auftritt und mit Medikamenten behandelt werden sollte. Patienten, die von Weißkittelhypertonie betroffen sind, empfiehlt die Kardiologisch-Angiologische Praxis allerdings, zunächst erst einmal ihren Lebensstil und gegebenenfalls ungesunde Gewohnheiten zu ändern.

GIBT ES WISSENSCHAFTLICHE ERKENNTNISSE ZUR WEISSKITTELHYPERTONIE?

Eine breit angelegte schwedische Metaanalyse, die im Juni 2019 veröffentlicht wurde und 27 Studien zum Thema Bluthochdruck mit Daten von circa 64.300 Menschen auswertete, bestätigt, dass sich Weißkittelhypertonie ungünstig auf die medizinische Prognose auswirkt. In der Metaanalyse unterteilten die Wissenschaftler

die Gesamtzahl der untersuchten Menschen, die an Weißkittelhypertonie litten – insgesamt etwa 38.500 Patienten –, in zwei Gruppen: eine, in der Patienten keine entsprechende medikamentöse Therapie erhielten, die andere mit Patienten, bei denen eine Bluthochdrucktherapie eingeleitet worden war. Beide Gruppen stellten die Wissenschaftler all jenen untersuchten Patienten gegenüber, die keinen Bluthochdruck hatten – insgesamt circa 25.800 Menschen.

Die in den Studien untersuchten Patienten wurden über unterschiedlich lange Zeiträume von 3 bis 19 Jahren hinweg überwacht. In allen drei untersuchten Gruppen der Metaanalyse bestimmten die Autoren Daten zur allgemeinen Sterblichkeit, der sogenannten all-cause-mortality, sowie zu Herz-Kreislauf-Ereignissen, sogenannten cardiovascular events, wie beispielsweise Schlaganfall, Herzinfarkt und Herzschwäche. Neue Erkenntnis dieser umfassenden Metaanalyse ist, dass Patienten mit unbehandelter Weiß-

kittelhypertonie eine schlechtere Prognose haben als Patienten mit einer behandelten Weißkittelhypertonie sowie als Menschen ohne Bluthochdruck. Frauen und Männer mit unbehandelter Weißkittelhypertonie haben der Studie zufolge ein vergleichsweise hohes Risiko für Schlaganfälle, Herzinfarkte und Herzschwäche. Darüber hinaus ist auch ihr Sterberisiko erhöht. Diese Ergebnisse zeigten sich gleichbleibend in diversen statistischen Tests.

WAS LÄSST SICH ABSCHLIEßEND AUS DIESEN NEUEN DATEN FÜR DIE BEHANDLUNG ABLEITEN?

In der Zukunft sollten weitere Studien zur Weißkittelhypertonie durchgeführt werden. Schon jetzt empfiehlt es sich, bei der Diagnose Weißkittelhypertonie eine medikamentöse Behandlung zu beginnen, insbesondere wenn bei den Betroffenen weitere Risikofaktoren vorliegen.

Klassifikation des Blutdrucks und Definition der Hypertonie-Grade ¹			
Kategorie ²	Systolisch (mmHG)		Diastolisch (mmHg)
Optimal	< 120	und	< 80
Normal	120-129	und/oder	80-84
Hochnormal	130-139	und/oder	85-89
Hypertonie Grad 1	140-159	und/oder	90-99
Hypertonie Grad 2	160-179	und/oder	100-109
Hypertonie Grad 3	≥ 180	und/oder	≥ 110
Isolierte systolische Hypertonie ¹	≥ 140	und	< 90

1: Die isolierte systolische Hypertonie wird in Grad 1, 2 oder 3 eingestuft, gemäß den SBP-Werten (Systolischer Blutdruck, engl. „Systolic Blood Pressure“) in den angegebenen Bereichen. Für alle Altersstufen ab 16 Jahren wird dieselbe Klassifikation genutzt.

2: Die BP-Kategorie (Blutdruck-Kategorie, engl. „Blood Pressure“) ist definiert gemäß klinischem BP im Sitzen und durch den jeweils höchsten Blutdruckwert, sei er systolisch oder diastolisch.

ÄRZTIN IM INTERVIEW

AUSWERTUNG VON PATIENTENFÄLLEN AUS DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS FÜR GROSSE HERZFEHLER-STUDIE



Kardiologin Katja Timmermann wertet Patientenfälle der Kardiologisch-Angiologischen Praxis für eine umfangreiche Studie zur Behandlung von Vorhofseptumdefekten aus, an der sich die Gemeinschaftspraxis beteiligt. Katja Timmermann arbeitet seit 2014 als Kardiologin in Teilzeit in der Kardiologisch-Angiologischen Praxis. Sie hat in Leipzig studiert, anschließend folgte die internistische Facharztausbildung in Süddeutschland. 2008 ging Frau Timmermann ans Klinikum Links der Weser, um ihre Subspezialisierung in Kardiologie zu erwerben. Sie ist Mutter von drei Kindern.

WAS HAT SIE BEWOGEN, MITGLIED DES ÄRZTETEAMS DER KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHEN PRAXIS ZU WERDEN?

Vor dem Hintergrund eine Familie zu haben, ist das Arbeiten in der Praxis viel planbarer als normalerweise in meinem Beruf. Da die Gemeinschaftspraxis ein breites Leistungsspektrum abdeckt, bietet sie mir viele Weiterbildungsmöglichkeiten und die Option, mit Kollegen auf kurzem Weg Rücksprache zu halten, um dem Patienten die für ihn optimale Therapie zukommen zu lassen.

SIE HABEN SICH, ALS KARDIOLOGIN UND MUTTER, ERST KÜRZLICH FÜR EINE DOKTORARBEIT ENTSCIEDEN – WARUM?

Mir wird hier die Möglichkeit geboten, interne Daten in enger Betreuung durch die Kardiologisch-Angiologische Praxis wissenschaftlich auszuwerten. Es handelt sich also um Arbeit am PC, die sich örtlich und auch zeitlich gut einteilen lässt. Insgesamt also eine Win-win-Situation, gerade als Mutter.

WELCHE BEDEUTUNG HAT EINE DOKTORARBEIT FÜR EINEN ARZT BEZIEHUNGSWEISE EINE ÄRZTIN?

Um in der Medizin neue Erkenntnisse zu erhalten und in die Praxis übertragen zu können, müssen bisherige Erkenntnisse und Erfahrungen hinterfragt und wissenschaftlich überprüft werden. So lassen sich beispielsweise nicht bekannte Muster erkennen und bestenfalls neue Zusammenhänge postulieren oder auch ausschließen – alles letztlich mit dem Ziel, die medizinische Versorgung für die Patienten zu verbessern. Ob eine Promotion eine bessere Ärztin aus mir macht, ist noch offen.

WAS IST DAS THEMA IHRER DOKTORARBEIT?

In dieser Doktorarbeit sollen Untersuchungsergebnisse rückblickend angeschaut werden. Es handelt sich um Patienten, die in den vergangenen Jahren einen sogenannten Schirmchen-Verschluss erhalten haben, da sie einen Vorhofseptumdefekt hatten – also ein Loch in der Herzscheidewand zwischen den beiden Vorhöfen. Wie stark der behandelte Defekt jeweils ausgeprägt war, variierte, weshalb sowohl die Vormedikation als auch die Begleiterkrankungen unterschiedlich waren. Uns interessiert dabei, ob unter der Gabe bestimmter notwendiger Medikamente in Kombination mit Begleitmedikamenten Auffälligkeiten auftreten. Oder ob Patienten mit bestimmten Begleiterkrankungen Vor- oder Nachteile unter Einnahme bestimmter Tabletten haben. Um sich dem nähern zu können, müssen die Daten zunächst vollständig zusammengetragen werden, denn nur so sind valide Ergebnisse in der statistischen Auswertung möglich.



PATIENTEN BERICHTEN

JAHRELANGE SCHMERZEN NACH MINIMALINVASIVEM EINGRIFF „WIE WEGGEBLASEN“

Schmerzen in der rechten Wade beim Gehen und die Diagnose „periphere arterielle Verschlusskrankheit“ (paVK) führten Manfred Reinker im Herbst 2019 in die Kardiologisch-Angiologische Praxis.

MIT WELCHEN SYMPTOMEN BEGANNEN IHRE BESCHWERDEN UND WAS HABEN SIE UNTERNOMMEN?

Zuerst hatte ich ein Kribbeln im rechten Bein, dann begannen die Schmerzen. Diese wurden so intensiv, dass ich nicht mehr als ungefähr 500 Meter ohne Schmerzen gehen konnte. Ich habe die Beschwerden bei meinem Hausarzt angesprochen. Weil ich seit vielen Jahren auch Morbus Bechterew-Patient bin, hat mein Arzt das Kribbeln im Bein und meine Schmerzen beim Gehen fälschlicherweise meiner rheumatischen Erkrankung zugeordnet.

WIE SIND SIE SCHLIEßLICH DARAUF GEKOMMEN, ZU EINEM FACHARZT FÜR GEFÄßERKRANKUNGEN, EINEM ANGIOLOGEN, ZU GEHEN?

Die Beschwerden haben sich nicht gebessert und mich ziemlich beeinträchtigt. Schließlich hat mir ein Freund geraten, einen Angiologen aufzusuchen, was ich auch tat. 2019 wurde eine paVK, also eine Durchblutungsstörung der Arterien, im Bein festgestellt.

WELCHE THERAPIE WURDE IHNEN ANGERATEN?

Neben Medikamenten wurde mir Gehtraining empfohlen. Ich bin von jeher sehr viel gegangen und Rad gefahren. Seit vielen Jahren bin ich von Anfang April bis Ende Oktober in Sahlenburg an der Nordseeküste und unternehme Wattwanderungen. Trotz Gehtraining blieben die Schmerzen.

WIE KAM ES, DASS SIE DIE KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHE PRAXIS AUFGESUCHT HABEN?

2017 hatte ich eine Gefäßverengung am Herzen und habe drei Bypässe gesetzt bekommen. 2019 war ich dann zur Nachsorgeuntersuchung in der Kardiologisch-Angiologischen Praxis in Kirchhuchting und erzählte dem Kardiologen Dr. Börner von meinen Schmerzen im Bein. Er hat mich umgehend zu einem Angiologen nach Schwachhausen überwiesen.

WAS PASSIERTE DORT BEIM ANGIOLOGEN IN DER KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHEN PRAXIS SCHWACHHAUSEN?

Herr Koç ist in der Gemeinschaftspraxis Kardiologe und in der ärztlichen Weiterbildung zum Facharzt für Angiologie. Er diagnostizierte mithilfe einer Ultraschalluntersuchung einen Verschluss der Beinarterie von 10 Zentimeter Länge im rechten Oberschenkel. Herr Koç erklärte mir, dass ich die Blutgefäße im Bein per Angiografie genauer untersuchen lassen kann. Dabei würde ein dünner Katheter in das Gefäß eingeführt und Röntgenbilder von dem verschlossenen Gefäß erstellt. Dabei könnte der Verschluss auch gleichzeitig behandelt werden. Auf seine Empfehlung hin entschied ich mich zu dem Eingriff.

WIE VERLIEF DER MINIMALINVASIVE EINGRIFF?

Am Freitag vor dem Eingriff hatte ich ein Vorgespräch in der Gemeinschaftspraxis. Am Montag habe ich nach der Aufnahme ein Zimmer auf der Station im Klinikum Links der Weser bezogen. Im Angiographielabor wurde dann zunächst meine rechte Leiste lokal betäubt. Dr. Dogu führte einen Katheter über



die Leistenarterie in die Beinarterie. Mithilfe eines Ballons hat Dr. Dogu dann den Verschluss im Blutgefäß geweitet und anschließend einen Stent platziert.

WIE HABEN SIE DEN EINGRIFF WAHRGENOMMEN?

Während des Eingriffs, der etwa zwei Stunden dauerte, war ich bei vollem Bewusstsein. Durch die örtliche Betäubung in der Leiste habe ich von all dem nichts gemerkt, weder während noch nach dem Eingriff.

WIE IST DIE GENESUNGSZEIT NACH DEM EINGRIFF FÜR SIE VERLAUFEN?

Nach dem Eingriff war ich noch einen Tag in der Klinik, danach ging es schon wieder nach Hause. Ich fühlte mich wie neu geboren. Seit dem Eingriff, der jetzt einige Wochen her ist, kann ich wieder ohne Schmerzen gehen. Das ist toll. Erst letztens bin ich in Berlin ganze 15 Kilometer zu Fuß gegangen, das war ich gar nicht mehr gewohnt.



PRAXISNEWS

QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM DER PRAXIS ENTSPRICHT OFFIZIELLER DIN-NORM

Der Kardiologisch-Angiologischen Praxis, Herzzentrum Bremen wurde zum fünften Mal in Folge bestätigt, dass sie in den Bereichen Kardiologisch-Angiologische Praxis, Herzkatheterlabor, ambulante Tagesstation und in ihrer Verwaltung ein Qualitätsmanagementsystem anwendet, das den Anforderungen der aktuellen DIN-Norm

entspricht (DIN EN ISO 9001:2015). 2007 wurde die Praxis erstmalig nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert. Das Zertifikat der „Kiwa International Cert GmbH“ gilt bis November 2022 für alle Standorte der Praxis: Links der Weser, Kirchhuchting, Delmenhorst und Schwachhausen. Alle drei Jahre erfolgt eine Re-Zertifizierung.



KOOPERATION MIT DEM KLINIKUM LINKS DER WESER VERLÄNGERT

VERTRAG ÜBER ZUSAMMENARBEIT MIT DER GENO FÜR WEITERE 25 JAHRE – EIN BLICK ZURÜCK UND NACH VORN

In der Sommerausgabe des Herzschlag-Magazins vom Mai 2012 zog einer unserer Praxisgründer, Dr. Klaus Kallmayer, zur damaligen Halbzeit der Kooperation mit dem Klinikum Links der Weser die Zwischenbilanz: Eine Fortsetzung des Vertrages sei aufgrund der bundesweit einmaligen sektorübergreifenden Aufgabenteilung – sowohl in der Tiefe als auch in der Breite – und der guten Erfahrung miteinander vonseiten der Kardiologisch-Angiologischen Praxis gewünscht. Knapp zehn Jahre später können wir nun verkünden, dass alle Beteiligten sich nach intensiven Vertragsverhandlungen vorfristig auf eine Verlängerung der Kooperation für die kommenden 25 Jahre geeinigt haben.

Ausschlaggebend für den Willen aller Partner, die Kooperation zu verlängern, waren dieselben positiven Effekte wie zu Beginn des Vertrages im Jahr 2002. Die Zusammenführung der Herzkatheterlabore von Kardiologisch-Angiologischer Praxis und LDW unter der Führung und Verantwortung unserer Praxis hat nachweislich wesentlich zur Überwindung der sonst üblichen Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geführt. So ist beispielsweise die Tagesstation „Juist“ der Kardiologisch-Angiologischen Praxis jetzt auch für die Überwachung von Patienten während der Nacht geöffnet. Durch die Kooperation können personelle Ressourcen künftig noch besser zum Vorteil der

Patienten genutzt werden. Ebenso werden hierdurch finanzielle Ressourcen frei, die ebenfalls der optimalen Versorgung unserer Patienten zugutekommen. Gleichzeitig wirken sich diese Synergien positiv auf alle Kostenträger aus. Als eines der bundesweit größten Herzzentren ist es der Kardiologisch-Angiologischen Praxis zudem gelungen, kompetente Fachärzte zu gewinnen, die in unserer Praxis die Möglichkeit haben, am gesamten invasiven und nicht-invasiven Spektrum der Kardiologie und Angiologie teilzuhaben.

Für die Zukunft erwarten wir, die modernen bildgebenden Verfahren mit unserer gebündelten Kompetenz noch effizienter einsetzen und so die Digitalisierung weiterhin optimal umsetzen zu können – stets in guter Kooperation sowohl mit den Kosten- und Leistungsträgern als auch mit der Bremer Politik und zum Wohl unserer vielen tausend Patienten in Bremen und umzu.

Wir verbinden die erfolgreiche Vertragsverlängerung zugleich mit dem substanziellen Wunsch an die Bremer Politik, am Standort Links der Weser nachhaltig für optimale räumliche und bauliche Voraussetzungen zur Gesundheitsversorgung Sorge zu tragen und den gut eingeführten Namen des „Herzzentrum Links der Weser“ zum gesundheitspolitischen Leuchtturm zu machen.



„GROßER PREIS DES MITTELSTANDES“ FÜR KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHE PRAXIS

Der „Große Preis des Mittelstandes“ der Oskar-Patzelt-Stiftung ehrt mittelständische Unternehmen mit einer nachhaltigen Philosophie, die die Zukunft gestalten und die einen bewussten Umgang mit ihrer Umgebung pflegen und Arbeitsplätze sichern. Die Kardiologisch-Angiologische Praxis, Herzzentrum Bremen konnte sich in diesem Jahr zum zweiten Mal über eine

Nominierung zum „Großen Preis des Mittelstandes“ freuen und zusätzlich über die diesjährige Auszeichnung als Preisträger.

Als „Norddeutsche Ärzte mit cleverer Struktur“ betitelten die Juroren der Stiftung die Unternehmungen der 13 Partner der Kardiologisch-Angiologische Praxis, Herzzentrum Bremen. Der Wettbewerb wurde 2019 bereits

zum 25. Mal ausgeschrieben. Das Motto in diesem Jahr: „Nachhaltig Wirtschaften“. Für die Region Bremen und Niedersachsen wurden 261 mittelständische Unternehmen und Persönlichkeiten nominiert. Je Wettbewerbsregion wählten die Juroren bis zu drei Preisträger und bis zu fünf Finalisten aus.



ERFOLGREICHE ZERTIFIZIERUNG ALS HFU-SCHWERPUNKTPRAXIS



In Deutschland sind rund 1,8 Millionen Menschen von einer Herzschwäche – fachsprachlich „Herzinsuffizienz“ – betroffen. Für herzinsuffiziente Patienten ist eine integrierte Versorgung von enormer Bedeutung.

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) zertifiziert Praxen

und Krankenhäuser als sogenannte Heart Failure Unit (HFU) für eine qualitätsgesicherte integrierte Versorgung herzinsuffizienter Patienten. Beim Audit der DGK zur Zertifizierung im März 2019 erfüllte unsere Praxis am Standort Links der Weser alle geforderten Kriterien. Wir freuen uns, uns nun als „Zertifizierte HFU-Schwerpunktpraxis“ bezeichnen zu dürfen.



ERNÄHRUNGSBERATERIN INGA GARBELMANN IM INTERVIEW

FIT MIT DER RICHTIGEN ERNÄHRUNG

INDIVIDUELLE BERATUNG FÜR UNSERE PATIENTEN

Mehrmals im Monat berät Inga Garbelmann Patienten unserer Praxis zu allen Themen rund ums Essen. Frau Garbelmann informiert, welche Lebensmittel sich günstig auf das Herz-Kreislauf-System auswirken und gesundes Abnehmen unterstützen. Die Patienten lernen, neue Gewohnheiten zu trainieren, wie wichtig es ist, was wir übers Essen denken, und dass selbst kleine Veränderungen langfristig viel bewirken. Zusätzlich erarbeitet Frau Garbelmann Ernährungspläne für die Zeit vor und nach einer Operation. Patienten der Kardiologisch-Angiologischen Praxis können sich nach Absprache von der studierten Ökotrophologin ausführlich beraten lassen. Die Beratung ist unter anderem auf Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Adipositas, pathologischer Glukoseintoleranz oder Reizdarm-Syndrom ausgerichtet.

WAS, GLAUBEN SIE, HINDERT VIELE MENSCHEN AN EINER ERNÄHRUNG, DIE AUSGEWOGENEN IST UND DAS HERZ UNTERSTÜTZT?

Aus alten Gewohnheiten auszubrechen ist immer ein Prozess. Da tut ein wenig Unterstützung meist gut.

WELCHE FETTE SIND GESUND, WELCHE NACHTEILIG ODER SOGAR SCHÄDLICH FÜRS HERZ?

Pflanzliche Fette wie Raps-, Walnuss- oder Leinöl sind gesund, auch Nüsse und ihre Fette. Tierische Fette sind dagegen ungünstig – neben Butter insbesondere versteckte Fette, wie sie oft in Wurst, Snacks oder Gebäck zu finden sind. Fisch hingegen enthält für den Körper essenzielle Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren. Aufpassen sollte man bei Kokos- oder Palmfett wegen ihrer eher ungünstigen gesättigten Fettsäuren.

FÜR DIE HERZGESUNDHEIT WIRD GERATEN, WENIG FLEISCH ZU ESSEN – WIE VIEL ROTES FLEISCH SOLLTE MAXIMAL PRO TAG AUF DEN TELLER KOMMEN? UND SIND WEISSES FLEISCH UND FISCH WIRKLICH GESÜNDER?

Für eine herzgesunde Ernährung ist mageres Fleisch – Hähnchenbrust ohne Haut, Schweinefilet, Schnitzel natur, Tatar oder Rinderfilet – empfehlenswert. Wer Wurst essen möchte, sollte zu Pute, Schinken ohne Fettrand, gekochtem Schinken und Geflügelwurst greifen. Magerer Fisch – Kabeljau, Seelachs, Rotbarsch –, aber gerade auch fetter Fisch wie Lachs, Makrele und Hering sind hinsichtlich ihrer Fette gut fürs Herz. Insgesamt dürfen es täglich bis zu 150 Gramm Fleisch sein – weniger oder gar keines wäre noch besser.

WELCHE LEBENSMITTEL SIND DARÜBER HINAUS BESONDERS ZU EMPFEHLEN?

Alle Gemüsesorten – ihre Vitamine, Mineralstoffe und sekundären Pflanzenstoffe wirken wunderbar entzündungshemmend und beugen Entzündungsprozessen unter anderem an der Arterienwand vor. Außerdem hilft Gemüse mit seinen vielen Ballaststoffen dabei, gesund abzunehmen. Ideal sind mindestens drei Portionen am Tag. Vollkornprodukte sind das zweite Wundermittel für unsere Herzgesundheit: Sie können den Cholesterinspiegel senken und füttern das „gute“ Mikrobiom im Darm. Meine Empfehlung: Brot und Brötchen am besten im Bioladen kaufen, wo die sogenannte Teigführung – also die Teigentwicklung vom Mischen bis zum Backen – ordentlich ist. Und auch bei Nudeln lohnt es, die Vollkornvariante zu wählen.

WIE WIRKEN SICH DIÄTEN AUF DAS HERZ AUS? UND WARUM IST EIN RADIKALER, SCHNELLER GEWICHTSVERLUST SCHLECHT FÜR DAS HERZ?

Gewichtsverlust bei zu vielen Kilos ist generell etwas Gutes. Besonders gesund ist es, Haushaltszucker wegzulassen – weißen und braunen Kristallzucker ebenso wie Rohrzucker, Puderzucker oder Kandis – und auch süße Getränke und Süßigkeiten zu meiden. Ob Low Carb, Low Fat oder FdH – es ist immer ein Lernprozess herauszufinden, was für einen selbst am besten passt. Radikale Nulldiäten führen kurzfristig zu scheinbarem Erfolg auf der Waage, aber man nimmt auch viel Wasser und Muskelmasse ab – langfristig hilft das kaum. Der Abbau des Fettdépôts im Körper ist ein komplexer und langsamer Stoffwechselprozess, der nicht von heute auf morgen erzwungen werden kann.



DERZEIT SIND VERSCHIEDENE ERNÄHRUNGSWEISEN IM TREND, BEISPIELSWEISE VEGANE ERNÄHRUNG ODER AUCH DIE PALEO-DIÄT. UNTERSTÜTZT EINER DIESER TRENDS TATSÄCHLICH DIE HERZGESUNDHEIT?

Vegane Ernährung unterstützt die Herzgesundheit, denn hier werden deutlich weniger tierische Fette sowie mehr Gemüse und Ballaststoffe verzehrt. Die Paleo-Ernährung kann viel Fleisch enthalten und so eher herzbelastend wirken.

BEIM INTERVALLFASTEN WERDEN ZWISCHEN DEN MAHLZEITEN STRIKTE PAUSEN EINGEHALTEN. IST DIES ZUM ABNEHMEN UND FÜR DIE HERZFUNKTION SINNVOLL?

Pausen vom Essen sind häufig gut: Der Körper ist nicht pausenlos mit der Verdauung beschäftigt und hat plötzlich mehr Energie. Beim Intervallfasten gibt es auch die Variante, an einem Tag in der Woche lediglich weniger zu essen. Zu strikte Pausen und radikale Regeln bergen aber Risiken. Es hilft auszuprobieren, was individuell zu einem passt.

ÜBER DIE ERNÄHRUNG HINAUS – WAS LEGEN SIE UNSEREN LESERN NOCH ANS HERZ, UM DIESES LANGFRISTIG GESUND ZU ERHALTEN?

Regelmäßige Bewegung, Entspannung und mit dem Rauchen aufzuhören. Zudem ist wenig oder gar kein Alkohol ratsam: Ein Glas pro Tag – Männer maximal 20 Gramm, Frauen maximal 10 Gramm, also ein halbes Glas – ist die empfohlene Höchstmenge.

ERNÄHRUNGSTIPP

VOLLWERT-SALAT MIT GESUNDEM DRESSING

Mit einem leckeren Dressing erhält jeder Salat eine besondere Note. Dieses Grundrezept kann an den persönlichen Geschmack angepasst werden: Ob mit jeweils einem extra TL Senf und Honig oder durch Kürbiskernöl oder Balsamicoessig – jedes Mal entsteht ein neues Geschmackserlebnis.



ZUBEREITUNG

- 1] Walnüsse grob gehackt oder die Nusshälften im Ganzen ohne Öl in einer Pfanne auf mittlerer Stufe anrösten. Ausreichend lang bei der Pfanne bleiben, um genau den richtigen Zeitpunkt abzapassen: Die Nüsse direkt vom Herd nehmen, wenn sie eine leichte Bräune haben, und zum Abkühlen auf einen großen Teller füllen.
- 2] Salat waschen, trocknen und anschließend in mundgerechte Stücke schneiden. Rote Beete würfeln. Restliches Gemüse waschen, trocknen (damit es das Dressing gut aufnehmen kann) und in kleine Stücke schneiden. Salat, Gemüse und Nüsse in eine große Schüssel füllen. Feta abtropfen lassen, ebenfalls in kleine Stücke schneiden und auf dem Salat verteilen. Wer es fruchtig mag, kann eine Birne klein schneiden oder eine Orange filetieren und sie vor dem Servieren über den fertigen Salat geben.
- 3] Für das Dressing Öl und Zitronensaft mit Salz und Pfeffer in einer Tasse verrühren und über den Salat gießen.

Guten Appetit!

ZUTATEN FÜR 4 PERSONEN

- 1 Salatkopf (z.B. Kopfsalat, Eisberg oder 200 g Feldsalat)
- 1/2 Packung gekochte Rote Bete (250 g)
- 100 g Feta (noch gesünder: 100 g weiße Bohnen aus der Dose)
- 30 g Walnüsse
- 1 Tomate
- 1/2 Gurke
- 1 gelbe Paprika
- nach Geschmack eine Birne oder Orange

FÜR DAS DRESSING:

- 2 EL Olivenöl
- 1 EL frischer Zitronensaft
- etwas Salz & Pfeffer



UNSER TEAM IM INTERVIEW

MARTINA SCHAFFRATH

Martina Schaffrath ist seit diesem Januar neue Leiterin der drei Herzkatheterlabore und der ambulanten Tagesstation „Juist“ der Kardiologisch-Angiologischen Praxis.

Auf ihre Position als stellvertretende Leitung folgt Christoph von Döllen. Er arbeitete bisher als Gesundheits- und Krankenpfleger in unseren Laboren und zuvor im St. Joseph-Stift Bremen sowie in der Notaufnahme des Klinikums Links der Weser. Christoph von Döllen bringt über zehn Jahre Erfahrung als Rettungssanitäter für das Deutsche Rote Kreuz mit.

WELCHE AUFGABEN HATTEN SIE IN DER PRAXIS, BEVOR SIE DIE LEITUNGSPPOSITION ÜBERNOMMEN HABEN, FRAU SCHAFFRATH?

Ich arbeite seit zwölf Jahren im Herzkatheterlabor. Bisher habe ich alle Untersuchungen begleitet und war mit einer Kollegin für die Qualitätssicherung verantwortlich. Außerdem hatte ich seit Anfang 2013 die stellvertretende Leitung unserer drei Labore und der Tagesstation inne.

WAS MACHT IHNEN BESONDERS SPAß?

Es macht mir viel Freude, in einem so großen Team zu arbeiten. Das bedeutet neben allen medizinischen Herausforderungen auch, immer wieder mit unterschiedlichsten Charakteren zu arbeiten – das bereichert den Alltag. Aber auch die intensive Betreuung unserer Patienten und die medizinische Komplexität der Arbeit machen meine Zeit hier interessant und erfüllend.

KOMMEN SIE AUS BREMEN?

Ich bin in Bremen geboren und aufgewachsen. Seit 2001 wohne ich mit meiner Familie in Stuhr und genieße das Landleben.

WIE HALTEN SIE SICH SELBST FIT?

Ich habe einen quirligen Hund, der viel Auslauf braucht. Und ich gehe regelmäßig und gerne joggen – bei jedem Wetter.

WIE GESTALTEN SIE IHRE FREIZEIT?

Am allerliebsten verbringe ich meine Freizeit mit meiner großen Familie und guten Freunden.



CHRISTOPH VON DÖLLEN

SEIT WANN SIND SIE IN DER KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHEN PRAXIS BESCHÄFTIGT UND WELCHE AUFGABEN HABEN SIE AKTUELL?

Ich arbeite seit Dezember 2018 im Herzkatheterlabor der Praxis. Jetzt, als stellvertretende Leitung, möchte ich meine langjährige Erfahrung aus der Notfallmedizin und mein Wissen aus dem Studium anwenden. Mir liegt vor allem der Bereich Qualitätsmanagement am Herzen.

WELCHE AUFGABEN HATTEN SIE BISHER IN DER PRAXIS?

Als Mitarbeiter im Herzkatheterlabor sind wir für die Vor- und Nachbereitung der Untersuchungen, die Assistenz während der Eingriffe und die Dokumentation danach zuständig.

WAS BEREITET IHNEN BESONDERE FREUDE?

Viele Patienten sind vor dem Eingriff ängstlich oder aufgeregt. Es ist ein gutes Gefühl, wenn man ihnen dieses Unbehagen nehmen kann und sie nachher sagen, dass alles viel angenehmer war als gedacht. Bei Patienten mit akutem Herzinfarkt freut es mich immer wieder, wie schnell es ihnen nach der Behandlung besser geht.

KOMMEN SIE AUS BREMEN?

Ursprünglich komme ich aus Rastede bei Oldenburg, inzwischen lebe ich aber seit 2011 in Bremen.

WIE HALTEN SIE SICH SELBST FIT?

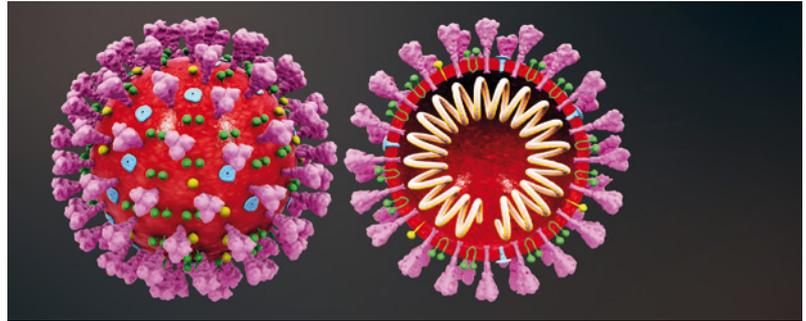
Ich gehe regelmäßig joggen – ein guter Ausgleich, um den Kopf freizubekommen. Im Sommer fahre ich gern lange Strecken auf meinen Inlinern.

WIE VERBRINGEN SIE IHRE FREIZEIT?

Ich verreise sehr gern – 2019 war ich mit meiner Partnerin in China und auf Bali. Dieses Jahr ist bislang eine Rundreise entlang der Westküste der USA geplant, aber das entscheiden wir in diesem Jahr spontan. Neben regelmäßigem Sport macht es mir viel Spaß zu kochen.

AKTUELLE INFORMATIONEN ZUR CORONA-PANDEMIE

WAS SICH FÜR SIE ALS PATIENT ÄNDERT



Im Januar 2020 erreichte das bislang unbekannte Coronavirus SARS-CoV-2 auch Deutschland und breitet sich seitdem auch hierzulande schnell aus. Wirksam gebremst wurde das Virus bisher, indem viele Menschen auf eine Ansteckung mit dem Virus getestet wurden und alle Personen, bei denen eine Infektion erkannt wurde, konsequent isoliert sowie deren Kontaktpersonen nachverfolgt wurden.

In erster Linie verbreitet sich das Virus über die Atemluft, etwas seltener auch über direkten Körperkontakt, wobei das Virus zunächst vor allem die Schleimhäute der oberen Atemwege befällt. Neben der Verhaltensregel, mindestens zwei Meter Abstand zu anderen Menschen zu halten, sollten persönliche Gespräche von Angesicht zu Angesicht vermieden werden. Im öffentlichen Raum kann zusätzlich ein einfacher Mundschutz getragen werden, um sein Gegenüber zu schützen. Darüber hinaus gilt, sich mehrmals täglich sorgfältig die Hände zu waschen oder zu desinfizieren – beide Maßnahmen hintereinander anzuwenden, würde hingegen die natürliche Schutzbarriere der Haut angreifen. Außerdem sollte sich nicht ins Gesicht gefasst werden, da hierdurch Keime von der Hand auf die Schleimhäute von Mund, Nase und Augen und somit in die Lunge sowie schließlich den gesamten Körper gelangen können.

In den meisten Fällen verläuft die durch das Virus ausgelöste akute Erkrankung „Covid-19“ relativ harmlos. Vorrangige Symptome sind

trockener Reizhusten und Fieber. Kinder und jüngere Menschen bemerken ihre Erkrankung bisweilen überhaupt nicht, können deshalb aber andere Personen unbeabsichtigt anstecken. Erste Studien zeigen, dass es bei älteren und vorerkrankten Menschen zu einer Lungenentzündung – medizinisch „Pneumonie“ – kommen kann, an der sie schließlich sterben. Da es bisher noch keine wirksamen Medikamente oder Impfungen gibt, müssen diese besonders gefährdeten Mitmenschen unbedingt vor einer Ansteckung geschützt werden. Neben erhöhtem Blutdruck und Diabetes mellitus gehören auch Durchblutungsstörungen des Herzens (KHK) und Herzschwäche sowie Lungenerkrankungen, die durch das Rauchen verursacht werden, wie beispielsweise COPD, zu den bislang bekannten Risikofaktoren.

Bei ersten Anzeichen eines Infektes sollten Sie zunächst telefonisch Kontakt mit uns aufnehmen und nicht persönlich in die Praxis kommen. In unseren Praxisräumen gelten die Vorgaben des Bremer Gesundheitsamtes und des Robert-Koch-Institutes. Zum Schutz von Mitpatienten und Personal wird individuell entschieden, welcher Patient unbedingt persönlich zu uns kommen sollte und wer besser fernbleibt und erst einmal telefonisch betreut werden kann. Sprechen Sie uns bitte hierzu an – wir beraten Sie gerne!

Aktualisierte Informationen zur Corona-Pandemie finden Sie jederzeit auf unserer Webseite: www.kardiologie-bremen.com

HERAUSGEBER

KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHE PRAXIS
Herzzentrum Bremen
Senator-Weßling-Str. 1 A
28277 Bremen

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

A close-up photograph of a tree trunk with a heart-shaped hole in the bark. The hole is dark and appears to be a natural opening or a result of insect damage. The bark is light-colored and textured. The background is blurred, showing more of the tree and some green foliage.

WIR WÜNSCHEN IHNEN
EIN HERZGESUNDES FRÜHJAHR.

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