

AUSGABE NOVEMBER 2012

HERZSCHLAG

Das Magazin der Kardiologisch-Angiologischen Praxis am Herzzentrum Bremen



BEWEG DICH
Sport macht mehr als glücklich

VERABSCHIEDUNG
Dr. Klaus T. Kallmayer geht



Dr. med. Hans-Eberhard Scherer



Dr. med. Helmut Lange



Dr. med. Caspar Börner



Dr. med. Reinhold Hachmöller



Dr. med. Christian Hegeler-Molkewehrum



Dr. med. Athanasios Gkanatsas



Dr. med. Ertan Dogu



Dr. med. Patrick Koppitz



Dr. med. Walter Kunstreich



Dr. med. Erhard König



Dr. med. Friedrich Weber



Dr. med. Verena Korff



Dr. med. Ute Jacubaschke



Dr. med. Kirsten Naue



Dr. med. Mathias Lange



Kardiologisch-Angiologische Praxis
Links der Weser • Herzzentrum Bremen

EDITORIAL

SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN, LIEBE LESER,

vermissen Sie ein vertrautes Gesicht auf der linken Seite in unserer Ärzteübersicht? Im Juli haben wir unseren Praxisgründer, Dr. Klaus Kallmayer, in den „Unruhestand“ verabschiedet, der deswegen nicht mehr im Team dabei ist. Partner, Mitarbeiter, Familie und Freunde würdigten seine beruflichen Leistungen in feierlichem Rahmen (Seite 25).

Der Sommer ist vorbei und die dunkle Jahreszeit nähert sich. Für Körper und Abwehrkräfte ist es jetzt wichtig, in Bewegung zu bleiben – vor allem draußen. Auch wenn das norddeutsche Wetter einmal nicht so einladend wirkt und die Couch ruft. Wer beispielsweise regelmäßig läuft, kann langfristig Herz und Kreislauf gesund halten. Neue Studien beweisen sogar, dass sich die Lebenszeit verlängert (Seite 10).

In den vergangenen Monaten haben wir unser Leistungsspektrum für Sie weiter ausgebaut: Mit unserem Ärzteteam in Delmenhorst bieten wir unseren Patienten nun auch eine Schrittmachertherapie am dortigen Klinikum (Seite 13). Im angiologischen Bereich führen wir seit Kurzem renale Denervationen durch (Seite 9). Mittels Herzkatheter setzen wir bei geeigneten Patienten nun sogar im linken Hauptstamm einen Stent und vermeiden so die bislang notwendige Bypass-Operation (Seite 16).

Außerdem räumen wir in dieser Ausgabe mit zwei verbreiteten Mythen auf. „Weißes Fleisch ist besser als rotes“ lautet ein landläufiger Ernährungstipp. Warum Sie diesen Rat in den Wind schlagen können, zeigen wir auf Seite 24. Und unseren männlichen Herzpatienten empfehle ich unser Thema auf Seite 14: Da klären wir, ob Blutdrucksenker tatsächlich zu Erektionsstörungen führen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante und unterhaltsame Lektüre. Kommen Sie gut durch Herbst und Winter. Und vor allem: Bleiben Sie herzgesund!

Ihr
Dr. Christian Hegeler-Molkewehrum



INHALT



6 **UNTERSCHÄTZTE SCHAUFENSTERKRANKHEIT**

Wenn beim Laufen das Bein schmerzt, Wade oder Oberschenkel brennen, kann das ein Hinweis auf eine Periphere Arterielle Verschlusskrankheit sein.

8 **SIEBEN IST BESSER ALS FÜNF**

Genügend Schlaf wirkt positiv auf Körper und Geist. Das lässt sich nun auch wissenschaftlich belegen.

9 **RENALE DENERVATION**

Bluthochdruck ist keine Bagatelle. Er ist ein deutlicher Risikofaktor für alle Herz-Kreislauf-Erkrankungen und wird dennoch von vielen Menschen unterschätzt.

10 **BEWEG DICH**

Sport macht nicht nur glücklich und fit, sondern kann das Leben verlängern.

13 **SCHRITTMACHERTHERAPIE IN DELMENHORST**

Unsere Praxis bietet seit Jahresbeginn die Implantation von Herzschrittmachern an. So erweitern wir die kompetente Versorgung unserer Patienten in einem wesentlichen Punkt.

14 **WANN IST EIN MANN EIN MANN**

Einen sicheren Zusammenhang zwischen Blutdrucksenkern und Erektionsstörungen lässt sich nicht herstellen – entgegen einer unter betroffenen Männern weit verbreiteten Annahme.

16 **STENT IM LINKEN HAUPTSTAMM**

Für Patienten mit einer Hauptstammstenose führte bislang an einer Bypass-Operation kein Weg vorbei.

17 **SIE FRAGEN. WIR ANTWORTEN.**

Wie verhalte ich mich richtig, wenn ich eine bewusstlose Person auffinde?



GERÄTEMEDIZIN: CARDIO-MRT 18

Eine Diagnose ohne Strahlenbelastung und körperlichen Eingriff ermöglicht ein modernes radiologisches Instrument: Die Magnetresonanztomografie.

UNSER TEAM: HELGA KOLK 19

Helga Kolk ist ausgebildete Labor-Medizinisch-Technische Angestellte und arbeitet bereits seit 1976 im Herzkatheter-Labor.

KÜRBISLASAGNE 20

Der Herbst lädt mit vielen saisonalen Produkten zum gemeinsamen Kochen ein. Jetzt darf es wieder rustikaler und gemütlicher werden.

PATIENTEN BERICHTEN 21

Wir sprachen mit Hans T. (79 Jahre). Ihm wurde im Juli dieses Jahres ein Stent durch Kardiologe Dr. Helmut Lange gesetzt. Mittlerweile fährt er wieder Fahrrad.

WENN DAS HERZ AUS DEM TAKT GERÄT 22

Wer denkt schon über seinen Herzschlag nach? Solang alles im Takt ist, nimmt wohl kaum jemand bewusst den Rhythmus des eigenen Herzens wahr.

DER MYTHOS VOM WEISSEN FLEISCH 24

Hartnäckig hält sich das Gerücht, weißes Fleisch sei gesund, während rotes schädlich sein soll.

PRAXISGRÜNDER VERABSCHIEDET 25

Zahlreiche Geschäftspartner, Freunde und Familienangehörige kamen Anfang Juli in unsere Praxis, um Dr. Klaus Kallmayer zu verabschieden.

ARZT IM INTERVIEW: DR. ATHANASIOS GKANATSAS 26

Dr. Athanasios Gkanatsas ist seit 2002 Partner unserer Praxis. Der 53-jährige Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie hatte zuvor als Oberarzt in der Klinik für Innere Medizin und Kardiologie am Klinikum Links der Weser in Bremen gearbeitet.





oben: Kardiologe Dr. Christian Hegeler-Molkewehrum (hinten links) und Angiologe Dr. Friedrich Weber (vorn) während einer Gefäßkatheteruntersuchung im Katheterlabor.

rechts: Der Name „Schaufensterkrankheit“ spiegelt das typische Verhalten betroffener Patienten wider. Beschwerden in den Beinen kaschieren sie durch das vermeintliche Betrachten von Auslagen.



UNTERSCHÄTZTE SCHAUFENSTERKRANKHEIT

GUTE THERAPIEAUSSICHTEN IM FRÜHEN STADIUM VON DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

Wenn beim Laufen das Bein schmerzt, Wade oder Oberschenkel brennen, kann das ein Hinweis auf eine so genannte PAVK sein – eine Periphere Arterielle Verschlusskrankheit. Fünf bis zehn Prozent der Erwachsenen leiden in Deutschland an derartigen Durchblutungsstörungen, bei den über 65-Jährigen sind es schon 20 Prozent. Doch kennen Betroffene die Symptome häufig nicht. Die Krankheit schreitet unerkannt voran, obwohl eine frühzeitige Therapie nachhaltigen Erfolg verspricht.

Wie bei Herzinfarkt oder Schlaganfall liegt die Ursache einer PAVK in der Verengung von Blutgefäßen. Betroffen sind Arme und Beine. Dort büßen die Arterien mit der Zeit an Elastizität ein. Dazu kommen Verkalkungen an Gefäßwänden, so dass sich die Blutgefäße verengen. Die Durchblutung verschlechtert sich, die Sauerstoffversorgung nimmt ab. Kardiologe und Angiologe Dr. Friedrich Weber behandelt regelmäßig Patienten mit einer frühen PAVK und weiß: „Diese mangelnde Versorgung verursacht die typischen Beschwerden, die Betroffene als Muskelschmerzen deuten oder auf die leichte Schulter nehmen. Dabei können diese Symptome bereits beim Zurücklegen kurzer Strecken auftreten. Gelegentliche Beinschmerzen sollten also auf jeden Fall ernst genommen werden.“

NICHT AUF DIE LEICHTE SCHULTER NEHMEN

„Fast verharmlosend wird ein frühes Stadium der PAVK als Schaufensterkrankheit bezeichnet“, erklärt der Angiologe. Der Name spiegelt ein häufiges Verhalten von Betroffenen wider, die durch Schmerzen in den Beinen zum Stehenbleiben gezwungen sind und diese Pause durch das Betrachten von Schaufenstern kaschieren. Der Krankheitsverlauf gestaltet sich individuell unterschiedlich. Wenn Schmerzen auch nachts im Schlaf auftreten, ist die Krankheit bereits fortgeschritten. Im schlimmsten Fall heilen wegen der schlechten Durchblutung auch kleinste Verletzungen nur noch schlecht ab, Infektionen können auftreten und das Gefäß verstopft ganz. Dann ist schlimmstenfalls eine Amputation nicht mehr ausgeschlossen. Rund 30.000 Menschen verlieren nach seinen Erkenntnissen bundesweit jährlich so Arm oder Bein.

THERAPIE MÖGLICH

„Verengte Gefäße lassen sich frühzeitig diagnostizieren und mittels Ballondilatation oder Bypass behandeln“, sagt der Facharzt. Bei der Ballondilatation wird über einen Zugang in der Leiste ein Katheter zur verengten Stelle geschoben und dort ein „Ballon“ entfaltet. Die Verkalkungen werden auf diese Weise nach außen geschoben. In einigen Fällen wird ein Stent, ein röhrenförmiges, metallisches Geflecht, als Stütze eingesetzt. „Die Engstelle ist so wieder eröffnet.“ Erscheint ein Bypass vorteilhafter, werde die verengte Stelle mit einer Umleitung aus künstlicher Gefäßprothese oder körpereigenem Gefäß umgangen.

RISIKOFAKTOREN AUSSCHLIESSEN

Je früher eine Diagnose erfolge, umso besser ließe sich eine invasive Behandlung vermeiden. „Kampf den Risikofaktoren“ lautet daher die Devise von Weber. „Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Stress, Bluthochdruck und falsche Ernährung sind die gängigsten Faktoren, die eine PAVK begünstigen können“, beschreibt er die Ursachen. Wer diese Parameter ausschalte oder jedenfalls minimiere, senke neben dem Risiko einer Gefäßverengung gleichzeitig die Gefahr eines Herzinfarktes oder Schlaganfalls. Neben einem gezielten Bewegungstraining, beispielsweise in einer Gefäßsportgruppe, kann bei einer nicht akuten oder frühen PAVK auch eine medikamentöse Therapie in Betracht kommen. Gerinnungshemmer, wie Aspirin oder andere durchblutungsfördernde Präparate, kommen dann zum Einsatz.



Eine angemessene Nachtruhe ist gut für Körper, Geist und Seele. Schlafmangel dagegen kann zu erhöhtem Blutdruck führen.

SIEBEN IST BESSER ALS FÜNF

SCHLAFDEFIZIT LÄSST BLUTDRUCK STEIGEN

Genügend Schlaf wirkt positiv auf Körper und Geist. Das lässt sich nun auch wissenschaftlich belegen. Denn wer an Arbeitstagen weniger als fünf Stunden Schlaf bekommt, hat ein deutlich erhöhtes Risiko, an Bluthochdruck zu erkranken.

Französische Forscher haben den Zusammenhang von Schlafdauer und Blutdruckwerten untersucht. Über 1.000 Personen im Alter zwischen 40 und 71 Jahren wurden gefragt, wie lange sie während der Woche nachts schlafen. Zudem wurde der Blutdruck erfasst. Lagen die ermittelten Werte über 140/90 Millimeter Quecksilbersäule wurde Bluthochdruck angenommen, ebenso wenn bereits blutdrucksenkende Medikamente eingenommen wurden. Dabei stellten die Wissenschaftler fest: Menschen, die an Werktagen höchstens fünf Stunden schliefen, wiesen signifikant häufiger einen zu hohen Blutdruck auf – nämlich 51 Prozent.

Dagegen konnte nur bei 31 Prozent der Personen, die nachts sieben Stunden schliefen, ein zu hoher Blutdruck gemessen werden. Im Schnitt der Studienteilnehmer, die keine blutdrucksenkenden Medikamente einnahmen, war bei 41 Prozent Bluthochdruck zu verzeichnen. Der durchschnittliche Blutdruck von Kurzschläfern, also Menschen mit nur fünf Stunden oder noch weniger Nachtruhe, erreichte systolisch 135 und diastolisch 82 Millimeter Quecksilbersäule. Bei den Sieben-Stunden-Schläfern lagen die Werte bei 130 bzw. 78 Millimeter Quecksilbersäule.

Zusammenfassend kamen die Wissenschaftler zum Befund: Wer wenig schläft, schwebt in Hypertoniegefahr. Menschen mittleren Alters, die nicht mehr als fünf Stunden pro Nacht schlafen, tragen offensichtlich ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. Über die Abläufe, die im Körper zu diesem Zusammenhang führen, bestehen bisher nur Vermutungen.

RENALE DENERVATION

NEUE BEHANDLUNGSMETHODE FÜR SCHWER EINSTELLBARE BLUTHOCHDRUCKPATIENTEN

Bluthochdruck ist keine Bagatelle. Er ist ein deutlicher Risikofaktor für alle Herz-Kreislauf-Erkrankungen und wird dennoch von vielen Menschen unterschätzt. Die renale Denervation, die wir unseren Patienten seit einigen Monaten anbieten können, ist ein neuartiges Verfahren zur Behandlung von Bluthochdruck in den Fällen, in denen blutdrucksenkende Medikamente kein stabiles Ergebnis herbeiführen. Dr. Christian Hegeler-Molkewehrum ist Facharzt für Innere Medizin und erklärt die Methode so: „Wir durchtrennen bestimmte Nervenfasern der zur Niere führenden Ader, die für die Entstehung von Bluthochdruck mitverantwortlich sind. Der Eingriff wird über einen speziellen Katheter mit Hilfe von Hochfrequenzstrom-Energie durchgeführt.“



Da den an der Niere befindlichen sympathischen Nervenfasern eine zentrale Bedeutung bei der Entwicklung von Bluthochdruck beigemessen wird, setzt die Behandlung an dieser Stelle an.

Für die betroffenen Patienten bietet ein solcher Eingriff endlich die Gewähr, den Blutdruck ohne Medikamente deutlich zu senken. „Zu dieser Therapieform kommen wir erst, wenn eine medikamentöse Behandlung nicht anschlägt. Die Patienten haben dann bereits mindestens drei blutdrucksenkende Mittel genommen, ohne die erhoffte Verbesserung zu erreichen“, erklärt Hegeler-Molkewehrum. Untersuchungen haben gezeigt, dass der mittlere Blutdruck mit einer solchen Behandlung von etwa 180/100 Millimeter Quecksilbersäule um durchschnittlich 27 Millimeter Quecksilbersäule gesenkt werden kann. Der Mediziner weiter: „Die Nierenfunktion bleibt dabei ohne Einschränkungen erhalten. Bislang lässt sich der blutdrucksenkende Effekt für mindestens zwölf Monate nachweisen.“

Der Eingriff wird im Herzkatheterlabor durchgeführt. Vorab klärt eine Auswertung von Kernspintomographie oder Computertomographie die anatomischen Verhältnisse. Gibt es keine Bedenken, führt der Weg ins Herzkatheterlabor. Hegeler-Molkewehrum: „Über einen Zugang in der Leiste schiebe ich einen speziellen Katheter bis zu den Nierenarterien. Der Katheter gibt an der Spitze Hochfrequenz-Energie ab. An den zu behandelnden Punkten halte ich den Katheter für etwa zwei Minuten. Die abgegebene Energie führt zu einer Unterbrechung der so genannten sympathischen, autonomen Nervenfasern der Niere.“ Der Eingriff selbst dauert etwa 45 bis 60 Minuten und wird stationär in der Klinik Lilienthal durchgeführt.

Wird ein bestehender Bluthochdruck nicht oder nicht wirksam behandelt, können langfristig wichtige Organe geschädigt werden wie Herz, Nieren oder Blutgefäße. „Bluthochdruck kann die Leistung des Herzens schwächen, zu Nierenfunktionsstörungen bis hin zur Dialysepflicht führen und Schlaganfälle fördern. Deswegen sollten die Werte regelmäßig erfasst und gegebenenfalls ärztlich bewertet werden“, meint Hegeler-Molkewehrum abschließend.

links: Abhilfe für Bluthochdruckpatienten kann auch ein kathetergestützter Eingriff an den Nervenfasern der Niere bringen.



BEWEG DICH!

SPORT MACHT NICHT NUR GLÜCKLICH UND FIT, SONDERN KANN DAS LEBEN VERLÄNGERN.

Die Bedeutung von regelmäßigem Sport und Bewegung wurde lange unterschätzt. In den 80er Jahren waren Schonung und reduzierte körperliche Betätigung das Prinzip jeder Herztherapie. Das so genannte Sportlerherz galt lange als krankhafte Veränderung, da es größer war und verdickt im Vergleich zu untrainierten Herzen. Diese Auffassung ist gründlich überholt.

Kardiologe Dr. Ertan Dogu erinnert: „Herzinfarktpatienten mussten bis zu sechs Wochen im Bett bleiben. Sie erlitten dabei nicht selten Komplikationen wie Thrombosen oder Lungenembolien, die sie mehr schädigten als der eigentliche Herzinfarkt.“

Erst vor etwa 20 Jahren erkannten Kardiologen, dass eine ausgewogene und regelmäßige sportliche Betätigung den Verlauf von Herzkrankheiten günstig beeinflusst. Dogu weiter: „Die Effekte sind zahlreich und positiv nicht nur für das Herz allein. Sport wirkt auf die gesamte Physis und auch auf die mentale Verfassung.“ Wer sich regelmäßig bewegt, kann Gewicht verlieren, das Diabetesrisiko reduzieren, die Aktivität der erregenden vegetativen Nervenendigungen reduzieren und die Aktivität der beruhigenden, parasympathischen vegetativen Nervenendigungen steigern. Blutdruck und Puls sinken. Herzrhythmusstörungen werden weniger. Gleichzeitig verbessert sich die so genannte Endothelfunktion, das heißt Arterien verbessern ihre Fähigkeit, sich bei Bedarf zu erweitern.

„Diese Erkenntnisse änderten die Therapie bei koronaren Herzkrankheiten grundlegend. So steht heute nach Herzinfarkten prinzipiell eine Rehabilitation auf dem Programm. Dabei steht eine Bewegungstherapie im Mittelpunkt“, erklärt der Kardiologe weiter. Das Ende der Reha sollte nicht das Ende der sportlichen Betätigungen bedeuten. „Wir empfehlen bei Patienten, die sich schlecht selbst motivieren können, die regelmäßige Teilnahme an einer Herzsportgruppe.“

Doch Sport hat auch eine enorme präventive Wirkung. Studien zeigen, dass Patienten, die regelmäßig Sport treiben, weniger nichttödliche und tödliche Herzinfarkte erleiden. Für Aufsehen sorgte eine Studie aus der Universität Leipzig, die der heutige Leiter des Bremer Herzzentrums, Prof. Dr. Rainer Hambrecht, durchführte. Sie belegte: Patienten mit einer nicht unmittelbar lebensbedrohlichen Koronarverengung profitieren durch ein Sportprogramm mehr als durch Implantation von Stents. Ertan Dogu: „Heute empfehlen Kardiologen oft beides: Stents und die optimale konservative Therapie – also Sport.“

Bei gesunden Menschen ist mittlerweile ein weiterer Effekt wissenschaftlich belegt: Die Lebenserwartung von Männern und Frauen, die regelmäßig laufen, verlängert sich um rund sechs Jahre. In der „Copenhagen Heart City Studie“ wurde die Sterblichkeit von Menschen, die in kontinuierlichen Abständen joggen, verglichen mit dem Durchschnitt der Bevölkerung. Die Studie lief 35 Jahre. Wer ein bis zweieinhalb Stunden wöchentlich lief – verteilt auf zwei bis drei Einheiten –, dessen Lebenszeit verlängerte sich am deutlichsten.



Eine ausgewogene sportliche Betätigung wirkt gesundheitsfördernd.

Als besonders gesundheitsfördernd erwies sich ein maßvolles Lauftempo. In dieser Gruppe reduzierte sich die Sterblichkeitsrate um 44 Prozent. Männer wurden im Schnitt 6,2 Jahre älter, Frauen 5,6 Jahre. Es besteht also ein direkter Zusammenhang zwischen regelmäßigem Training und Sterblichkeit. „Mit relativ wenig Aufwand ist also ein so gutes Ergebnis zu erreichen“, betont der Kardiologe.

Vor Beginn eines Sportprogramms sollten sich Herzpatienten und gesunde Menschen kardiologisch untersuchen lassen. Belastungs-EKG und Herz-Echo liefern wichtige Daten, um das Maß der körperlichen Belastungsfähigkeit optimal einschätzen zu können. Dabei ist der sogenannte Belastungspuls nur für diejenigen wichtig, die eine erhebliche Durchblutungsstörung der Koronararterien trotz Stents oder Bypassoperation haben. Für alle Anderen gilt laut Dogu die Faustregel: Belastung bis zu der Intensität, mit der ohne schwere Anstrengung oder Atemnot mindestens 20 Minuten Sport getrieben werden kann.

Doch nicht jede Art der sportlichen Betätigung hat dieselben positiven Effekte. Unterschieden werden nach der Art der Belastung aerobes und anaerobes Training. Wer ohne allzu hohen Sauerstoffverbrauch über längere Zeit trainiert und die Anstrengung seiner Muskeln nicht zu

einem Sauerstoffdefizit führen lässt, ist aerob unterwegs. Laufen, Walken, Radfahren, Rudern, Schwimmen sind klassische aerobe Betätigungen. Im Gegensatz dazu steht das anaerobe Training: Kurze, intensive Trainingseinheiten mit hoher Belastung und Sauerstoffdefizit. Krafttraining ist dafür das beste Beispiel. Ertan Dogu: „Wir wissen, dass lebensbedrohliche Ereignisse besonders bei Überanstrengungen stattfinden, wie bei einem Marathon. Moderates aerobes Training weist zwar ein minimal erhöhtes statistisches Risiko eines Herzinfarktes auf, in der Bilanz überwiegen die Vorteile die Nachteile aber ganz erheblich.“ Selbst bei schwerer Herzmuskelschwäche führt aerobes Training zu einer signifikanten Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Überlebenszeit.

„Mit Sport und Bewegung erreichen wir mehr als durch Medikamente oder Schrittmacher. Ein bleibender Trainingseffekt ist nach allgemeiner Auffassung durch dreimaliges Laufen, Radfahren oder Walken pro Woche zu erreichen bzw. aufrecht zu erhalten. Dies sollte Ansporn sein, auch kürzere Strecken zu laufen. Für Berufstätige ist es oft besser, in den frühen Morgenstunden vor dem Frühstück zuhause Rad zu fahren und dabei fernzusehen oder Musik zu hören. „Das mache ich selbst seit vielen Jahren so und fühle mich ohne meinen Sport überhaupt nicht mehr wohl“, sagte Dogu.



HERZSCHLAG

Wenn Medikamente bei einem langsamen Puls nicht helfen, kann ein Schrittmacher die damit verbundenen Beschwerden dauerhaft beseitigen. Das Herz ist ein hochkomplexes Organ, das von einem inneren Taktgeber angetrieben wird. Durch ein spezielles Reizleitungssystem wird das Herz erregt. Es bewirkt eine ausgefeilte Koordination der einzelnen Herzkammern, was eine perfekte Pumpenwirkung zur Folge hat. Ist jedoch der Taktgeber oder die Leitung gestört bzw. unterbrochen, kann dies zu leichten bis schwerwiegenden Symptomen führen. Hier hilft ein Herzschrittmacher. Ferner wird ein Schrittmacher auch eingesetzt, wenn eine große Gefahr für Pulsaussetzer besteht. Diese Therapie führt bei vielen Menschen zu einer Verbesserung der Lebensqualität und ist in manchen Fällen sogar lebensverlängernd.

Dr. Patrick Koppitz geht neue Wege in der Schrittmachertherapie.

SCHRITTMACHERTHERAPIE IN DELMENHORST

NEUE LEISTUNG FÜR UNSERE PATIENTEN



Aufklärungsgespräch vor dem Implantieren eines Herzschrittmachers der neuen Generation.

Unsere Praxis bietet seit Jahresbeginn die Implantation von Herzschrittmachern an. So erweitern wir die kompetente Versorgung unserer Patienten in einem wesentlichen Punkt. Wir greifen bei Neuimplantationen ausschließlich auf hochmoderne, spezielle Schrittmachersysteme zurück, die eine spätere Untersuchung im Kernspintomographen nicht mehr ausschließen. Mit dieser fortschrittlichen Technologie sind wir – neben dem Albertinen Krankenhaus in Hamburg – Vorreiter in Norddeutschland. Im Klinikum Delmenhorst führt Dr. Patrick Koppitz, der zuvor am Klinikum Links der Weser die Schrittmacherambulanz leitete, diese Eingriffe für Patienten aller Standorte durch.

Die heutigen Schrittmacher weisen Funktionen auf, die die physiologischen Anforderungen des Körpers nahezu perfekt nachempfinden. Das 18 Gramm leichte Aggregat wird im Brustbereich unterhalb des Schlüsselbeins implantiert. Die Verbindung mit dem Herzmuskel erfolgt mit einer oder zwei Sonden, die durch Blutgefäße geführt werden. Dieser Eingriff kann in örtlicher Betäubung erfolgen. Er dauert etwa eine Stunde. Der Patient bleibt zwei Tage im Krankenhaus. Der Schrittmacher wird auf den spezifischen Rhythmus des Patienten eingestellt. Die Batterie moderner Geräte hat eine Laufzeit von acht Jahren oder mehr. Dann wird das Aggregat bei einem kurzen Eingriff ausgewechselt.

Eine spezielle Weiterentwicklung der Schrittmachertherapie ist die Resynchronisation. Diese kann bei Patienten mit symptomatischer Herzschwäche und einer speziellen Erregungsstörung im Herzen zur Anwendung kommen. Bei dieser wird neben den zwei Sonden in die rechte Herzkammer eine dritte Sonde in die Herzvene platziert, die die linke Herzkammer umgibt. Damit wird die linke Herzkammer von zwei Seiten gleichzeitig stimuliert, so dass sich die Herzwände wieder wie bei einem gesunden Herz gleichzeitig zusammenziehen. Dies führt zu einer Verbesserung der Herzleistung, zur Abnahme von Luftnot und einer deutlichen Steigerung der Lebensqualität. Heute ist es möglich, Informationen aus dem Schrittmacher über die Telefonleitung an den Arzt zu senden und so die Betreuung wesentlich zu verbessern.

WANN IST EIN MANN EIN MANN?

BLUTDRUCKSENKER UND EREKTIONSSTÖRUNGEN

Einen sicheren Zusammenhang zwischen Blutdrucksenkern und Erektionsstörungen lässt sich nicht herstellen – entgegen einer unter betroffenen Männern weit verbreiteten Annahme. „Kommt es zu einer so genannten erektilen Dysfunktion, sollten Männer das Warnsignal richtig deuten“, meint der Bremer Kardiologe, Dr. Erhard König. Denn nicht nur Psyche, Nervensystem und Hormone seien an der Aufrechterhaltung einer Erektion beteiligt, sondern auch eine intakte Gefäßfunktion.

„Erektionsstörungen können definitiv ein Hinweis auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung sein. Betroffene sollten sich unmittelbar ärztlichen Rat einholen“, meint König. Der Grund: Erektionsstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben viele Gemeinsamkeiten. Sie treten im Alter häufiger auf. Rauchen, Diabetes, Übergewicht und Bluthochdruck verstärken das Risiko. „Die Ursache bei beiden Erkrankungen kann eine Durchblutungsstörung sein. Insofern sind Erektionsstörungen oft ein Vorläufer für Herzinfarkt oder Schlaganfall“, erklärt König. Eine Fehlfunktion der Gefäßinnenhaut verhindere dabei die Erektion und sei in der Regel die Vorstufe einer Gefäßerkrankung.

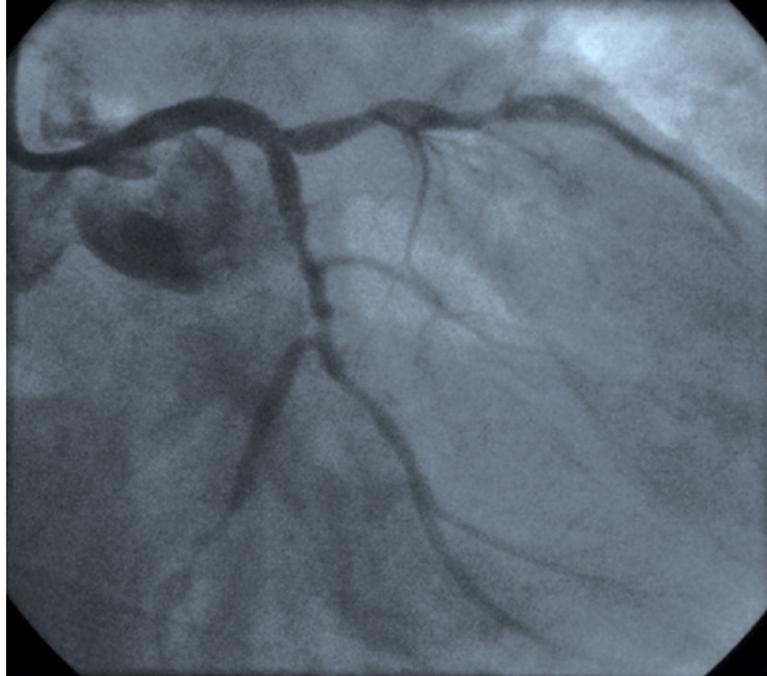
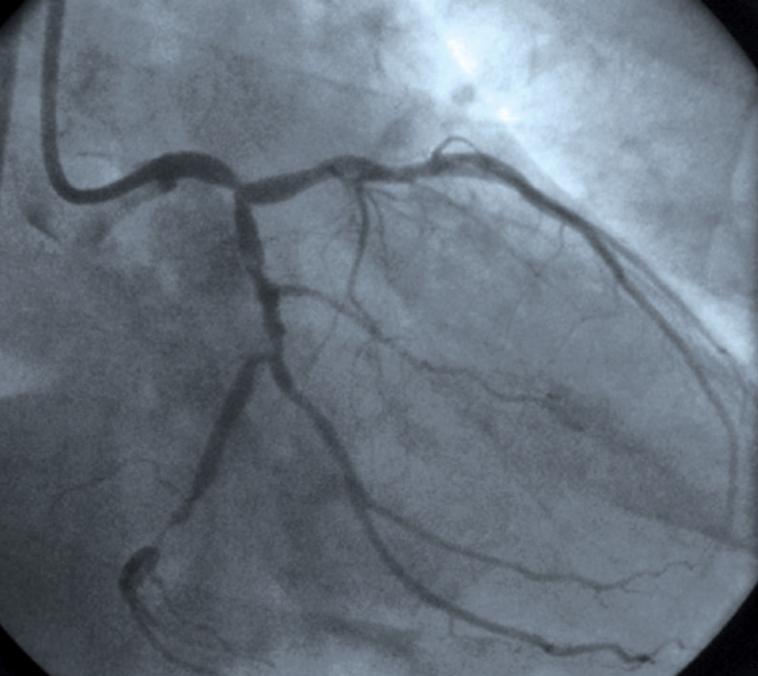
Wissenschaftliche Studien haben einen Zusammenhang zwischen einer erektilen Dysfunktion und Bluthochdruck belegen können. Entstehende Gefäßverkalkungen wirken sich eben nicht nur negativ auf Herz und Kreislauf aus, sondern können auch die Durchblutung der Blutgefäße im Penis beeinträchtigen. König weiter: „Eine individuelle medikamentöse Behandlung des Bluthochdrucks ist geboten und löst dennoch nach meiner Erfahrung bei männlichen Patienten Bedenken aus. Sie befürchten wegen der blutdrucksenkenden Wirkung der Arzneimittel eine Beeinträchtigung ihres Sexualverhaltens.“ Dabei sei es in der Regel gerade umgekehrt: Die Durchblutungsstörung ist die Ursache der Erektionsstörung, nicht der blutdrucksenkende Wirkstoff.

Dies bestätigen Studien, denen zufolge ein sicherer Zusammenhang zwischen Blutdrucksenkern und Erektionsfähigkeit nicht zu erbringen war. Der Bremer Kardiologe weiß aber: „Es hat sich gezeigt, dass bei der Einnahme von Betablockern tatsächlich nur geringfügig mehr erektile Dysfunktionen auftreten.“ Über die Wirkung von Diuretika – also Medikamenten mit harntreibender Funktion, die ebenfalls blutdrucksenkend wirken – gibt es nur wenig belastbare Aussagen. „Zwar war nach zwölf Monaten der Einnahme eine signifikante Verschlechterung nachweisbar. Nach 24 Monaten allerdings bereits nicht mehr“, erklärt König weiter. Auch ACE-Hemmer verursachen keine erektile Dysfunktion. Bei den so genannten Kalziumantagonisten wie Amlodipin konnte in klinischen Studien kein derartiger Effekt bestätigt werden, eher umgekehrt: Sie führen zu einer Entspannung der Blut zuführenden Gefäße, was die Erektionsfunktion begünstigt. Interessanterweise sind die erektionsfördernden Medikamente Viagra und Cialis selbst aus der Substanzklasse der Kalziumantagonisten.

König empfiehlt deswegen: „In jeder Hinsicht lohnt es sich, Gefäßerkrankungen und Bluthochdruck durch gesundheitsbewusstes Verhalten positiv zu beeinflussen. Regelmäßiger Ausdauersport wie Walking, ausgewogene Ernährung, wenig Alkohol und ein Abschied von der Zigarette helfen, Blutgefäße gesund zu erhalten und können damit auch Erektionsstörungen vorbeugen.“



Erektionsstörungen können ein Hinweis auf eine ernsthafte Herz-Kreislauf-Erkrankung sein und sollten deswegen auch unter diesem Aspekt untersucht werden.



Vor (links) und nach (rechts) dem Eingriff: Ein Stent im linken Hauptstamm verhindert Bypass-Operation.

STENT IM LINKEN HAUPTSTAMM

ALTERNATIVE BEHANDLUNG ZUM BYPASS

IMPRESSUM

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

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

V.I.S.D.P.
Thomas Ciesla, Geschäftsführer

LAYOUT / SATZ
eskalade Werbeagentur GmbH
Wachtstraße 17-24
28195 Bremen
www.eskalade.de

REDAKTION / TEXT
Reitzenstein | Lenk
Agentur für PR und CSR GbR
Wachtstraße 17-24
28195 Bremen
www.agentur-reitzenstein.de

BILDER
LightUp Studios GmbH, shutterstock

DRUCK
flyerheaven GmbH & Co.KG

Für Patienten mit einer Hauptstammstenose, das heißt einer erheblichen Verengung am Beginn der linken Herzkranzarterie, führte bislang an einer Bypass-Operation kein Weg vorbei. Auch eine medikamentöse Behandlung konnte keine Abhilfe schaffen, führte zu schlechter Prognose und hoher Sterblichkeit. Nur Patienten mit stark erhöhtem Operationsrisiko oder solche, bei denen die meisten dahinterliegenden Adern über Bypassgefäße versorgt sind, wurden bisher mittels Herzkatheter behandelt. Neuere Studien haben allerdings zu einer Neubewertung der Situation geführt. Die Erweiterung der Gefäßengstelle durch Stents erbrachte vergleichbare Ergebnisse hinsichtlich Herzinfarkt, Schlaganfall oder Sterblichkeit. Seit 2011 werden deshalb von den Kardiologen unserer Praxis Stent-Implantationen bei Hauptstamm-Stenosen durchgeführt.

Erfolgt eine Stent-Implantation des Hauptstamms, werden vor und nach der Implantation „intrakoronare Ultraschalluntersuchungen“ mit einem Spezialekatheter gemacht. Kardiologe Dr. Helmut Lange: „Sie gewährleisten, dass die Gefäßgröße exakt bekannt ist, so dass ich die richtige Stent-Größe wählen kann. Nach dem Eingriff erlaubt ein Ultraschall eine Beurteilung, ob der Stent perfekt an der Gefäßwand anliegt.“ Auch lässt sich sehen, ob es hinter oder vor dem Stent Einrisse gibt, die den Blutabfluss beeinträchtigen könnten. In deren Folge könnte der Stent verstopfen, was fast immer den Tod des Patienten zur Folge hat. Während des Eingriffs steht ein Operationsteam der Herzchirurgie im Hause bereit, um notfalls sofort eine Bypass-Operation durchzuführen. „Doch die Ergebnisse in unserer Praxis sind sehr zufriedenstellend. Wir verzeichnen keine Akutkomplikationen, Notoperationen oder spätere Todesfälle“, betont der Kardiologe.

Patienten mit signifikanter Hauptstammstenose rät Helmut Lange, sich vom „Heart-Team“ beraten zu lassen: „Patienten werden dann sowohl vom interventionellen Kardiologen als auch vom Kardiochirurgen beraten. Danach sollte ein Gespräch mit dem Hausarzt erfolgen, der oft ein besonders ausgewogenes und neutrales Urteil fällen kann.“ Die abschließende Entscheidung trifft dann der Patient.

SIE FRAGEN. WIR ANTWORTEN.

WIE VERHALTE ICH MICH RICHTIG, WENN ICH EINE BEWUSSTLOSE PERSON AUFFINDE?

Wichtig ist zunächst, sich der Situation anzunehmen und Ruhe zu bewahren. Die Angst, einen Fehler machen zu können, sollte nicht davon abhalten, überhaupt zu helfen. Bis zum Eintreffen eines Arztes sollte die so genannten „Laienreanimation“ durchgeführt werden. Dabei ist folgendermaßen vorzugehen:

Schritt 1: Atmet der Patient?

Schritt 2: Ist ein Puls messbar – am besten am Hals seitlich neben der Luftröhre?

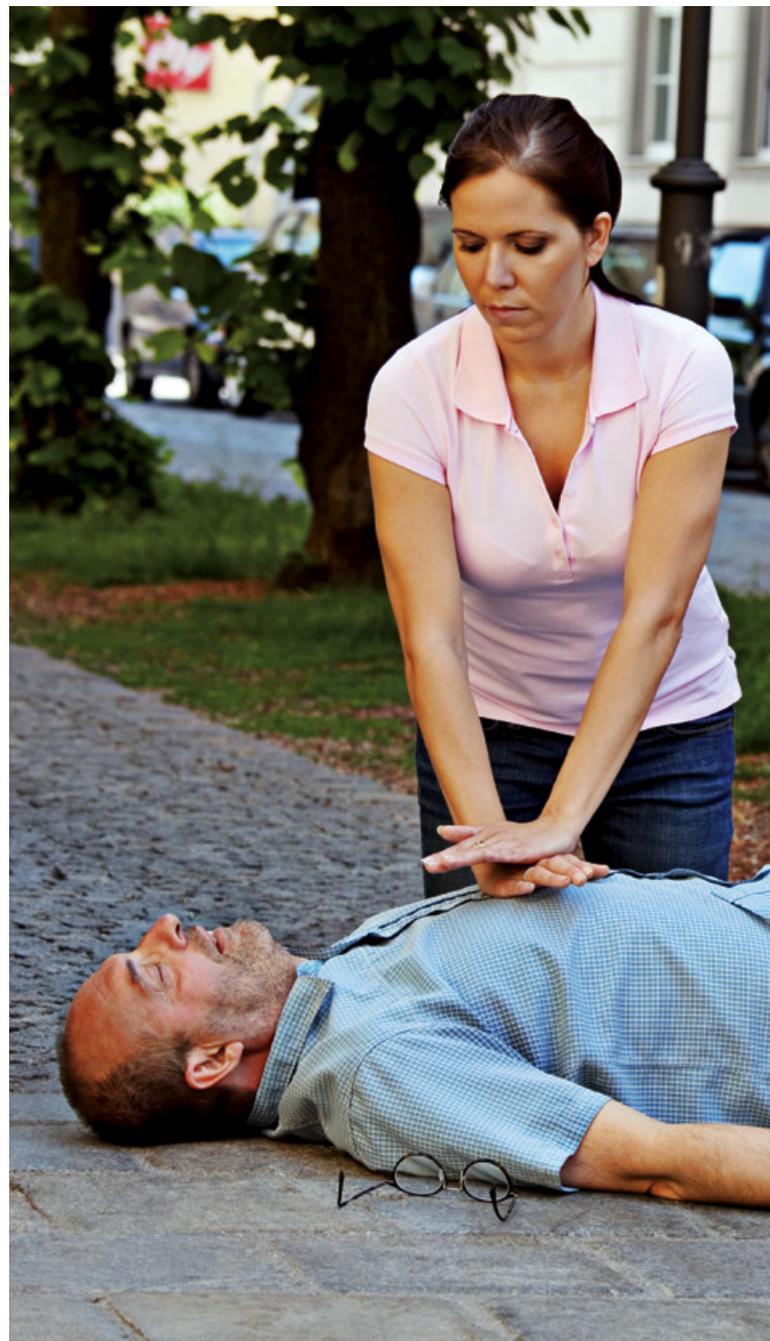
Schritt 3: Atmet der Patient nicht oder hat er keinen Puls, ist mit der Herzdruckmassage zu beginnen. Dafür den Betroffenen auf den Rücken rollen. Die Unterlage muss hart sein, sonst funktioniert die Herzdruckmassage nicht. Für die Herzdruckmassage neben die hilflose Person knien. Die Hände übereinander legen und mit ausgestreckten Armen kräftig auf die Mitte des Brustbeins drücken. Zwischendurch sollte der Brustkorb ganz entlastet werden. Die empfohlene Frequenz liegt bei 100 Mal in der Minute, also fast doppelt so schnell wie der Sekundenzeiger. Eine Mund-zu-Mund-Beatmung wird nicht mehr empfohlen!

Schritt 4: Notruf 112 wählen und Hilfe anfordern. Bitten Sie umstehende Personen um Unterstützung dabei.

Schritt 5: Klären Sie, ob es einen automatischen Laiende-fibrillator gibt und befolgen Sie die Anweisungen, die das Gerät gibt.

TIPP: Organisationen, wie das Deutsche Rote Kreuz oder der Arbeiter-Samariter-Bund, bieten regelmäßig Erste-Hilfe-Kurse an.

Ersthelfer können Leben retten. Mit den Grundregeln der so genannten Laienanimation sollte sich jeder vertraut machen.





Kardiologe Dr. Caspar Börner (vorn) und Radiologe Dr. Martin Marschall bei der Auswertung eines MRT.

GERÄTEMEDIZIN: CARDIO-MRT

Eine Diagnose ohne Strahlenbelastung und körperlichen Eingriff ermöglicht ein modernes radiologisches Instrument: Die Magnetresonanztomografie (MRT), auch bekannt als „Kernspin“ oder im Volksmund „die Röhre“ genannt. Ein MRT wird ambulant durchgeführt, ist frei von Nebenwirkungen und erfolgt mittels Radiowellen.

Die Untersuchung liefert mithilfe eines starken Magnetfeldes Schnittbilder vom Inneren des Körpers. Möglich werden so wichtige Erkenntnisse über Art und Stadium einer Erkrankung. Für Ärzte ist ein MRT eine wichtige Hilfestellung, um eine gezielte Therapie zu entwickeln. Die hohe Auflösung und ein großer Gewebekontrast führen zu einer detaillierten Abbildung der anatomischen Strukturen des Herzens. Ein MRT wird angeordnet, wenn Kardiologen spezielle Fragen zu klären haben. Und zwar dann, wenn sie eine Herzmuskelschwäche ursächlich abklären wollen.

Besonders am MRT ist, dass sich Strukturveränderungen des Herzmuskels analysieren lassen. Akute oder chronische Herzmuskelentzündungen können so diagnostiziert werden. Selbst kleinste Herzinfarkte kann der untersuchende Arzt entdecken, da sich im MRT abgestorbene und lebendige Anteile des Herzmuskels unterscheiden lassen. Deren Ausmaß hat entscheidenden Einfluss auf die Therapie. Bei Erkrankungen, die mit einer Muskelverdickung des Herzens einhergehen, kann das MRT das Ausmaß der Vernarbungen innerhalb der Muskelwülste anzeigen.

So lässt sich das Risiko für einen plötzlichen Herztod abschätzen. Auch für die Unterscheidung von gesundem Sportlerherz und krankhaft verdicktem Herz ist ein MRT unverzichtbar.

Die MRT-Untersuchungen unserer Praxis werden in der Radiologischen Praxis am Klinikum Links der Weser durchgeführt. Der Eingang befindet sich am Haupteingang des Klinikgebäudes links neben der Cafeteria. Die Auswertung der Bilder erfolgt gemeinsam durch einen Radiologen und einen Kardiologen unserer Praxis. Für die Untersuchung brauchen die Patienten nicht nüchtern sein. Sie müssen vorher einen Kreatinin-Wert im Blut bestimmen lassen, der einen Rückschluss auf die Nierenfunktion erlaubt, und dieses Ergebnis mitbringen.

Grundsätzlich geht einem MRT ein umfassendes Gespräch voraus, in dem kardiovaskulären Risikofaktoren, die Krankheitsgeschichte des Patienten sowie gegebenenfalls erste Voruntersuchungen des überweisenden Arztes erörtert werden. Menschen mit herkömmlichen Herzschrittmachern oder eingesetztem Defibrillator können mittels MRT allerdings nicht untersucht werden, ebenso wie Patienten mit akuter Platzangst. Eine MRT-Untersuchung des Herzens dauert zwischen 35 und 75 Minuten. In den meisten Fällen wird ein Kontrastmittel verwendet, das nach unserer Erfahrung aber sehr gut verträglich ist. Ein MRT kann auch unter Belastung des Herzens durchgeführt werden, um die Durchblutung des Herzmuskels in dieser Situation zu prüfen. Dazu verabreichen wir ein Medikament, auf das das Herz wie bei einer körperlichen Belastung mit Pulsanstieg reagiert.

UNSER TEAM

Helga Kolk ist ausgebildete Medizinisch-Technische-Assistentin und arbeitet bereits seit 1976 in einem Herzkatheterlabor (HKL). Sie begann 1996 ihre Tätigkeit im HKL unserer Praxis. Die 58-Jährige stammt ursprünglich aus der Nähe von Köln, ist verheiratet und verbringt gern Zeit mit ihrem 2-jährigen Enkelkind.

Was genau ist Ihre Tätigkeit?

Wir betreuen die Patienten vor, während und nach den Herzkatheteruntersuchungen. Mein Aufgabenspektrum ist sehr vielfältig. Die Assistenzarbeit erstreckt sich auf eine Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Untersuchungen.

Was ist Ihre größte Herausforderung bei ihrer Arbeit im HKL und wie meistern Sie diese?

Notfallpatienten stellen nach wie vor eine große Herausforderung für mich dar. Wir müssen innerhalb des Teams flexibel auf den kritischen Zustand des Patienten eingehen und dafür sorgen, dass eine rasche Behandlung durch den Kardiologen erfolgen kann. Es bedeutet auch immer, dass andere Patienten, die auf die Untersuchung warten, getröstet werden müssen. Dieser „Spagat“, zwischen schnellster Versorgung von Patienten mit akutem Infarkt und dem Trösten von regulären Patienten, deren Eingriff wir deswegen verschieben müssen, stellt eine Herausforderung dar, die wir im Team lösen.

Warum haben Sie sich für das HKL und diese Aufgabe entschieden?

Ich arbeite seit 1976 in dem Bereich Herzkatheter-Untersuchung. Dieser Beruf ist meine Berufung. Es macht Spaß, neue Untersuchungsmethoden zu erlernen. Den Patienten kann immer effektiver geholfen werden. Ich bin stolz darauf, in diesem innovativen Bereich mitwirken zu können.

Welche Aufgabe liegt Ihnen am meisten?

Die Computertechnik nimmt natürlich einen großen Stellenwert im Herzkatheterlabor ein. Hier erfülle ich einige Schwerpunkte auf der „Administrationsebene“ und freue mich, wenn alles gut läuft. Auch zur Erstellung von Statistiken habe ich eine positive Einstellung, vergesse aber nie, dass hinter jeder Zahl auch ein Patient mit seiner ganz eigenen Geschichte steht.



Helga Kolk an ihrem Arbeitsplatz – im Herzkatheterlabor.

Im Kontakt mit Patienten – was steht für Sie im Vordergrund?

Zu meinem Lebensmotto gehört „Leben im Hier und Jetzt“. So erlebe ich auch die Patienten: Wenn sie zur Herzkatheter-Untersuchung kommen, sind sie in einer Ausnahme-situation, haben mehr oder weniger Ängste vor dem, was auf sie zukommt und vor dem Ergebnis der Untersuchung. Ich bemühe mich immer – trotz aller anfallenden Routinearbeit – die uns anvertrauten Patienten da abzuholen, wo sie stehen, auf Ängste und Bedürfnisse einzugehen und dank meiner recht großen Erfahrung, Fragen zu beantworten, die nicht zwingend vom Arzt beantwortet werden müssen. Manchmal „übersetze“ ich den Patienten, was der Untersucher ihnen mitgeteilt hat. Ich erlebe dabei, dass wir damit Vertrauen schaffen und die Patienten sich gut bei uns aufgehoben fühlen.

Gibt es ein Motto, unter dem Ihre Arbeit steht?

Nur als Team sind wir gut und schaffen, was zu tun ist.

Wie halten Sie sich fit und gesund?

Ich höre Tag für Tag, dass unsere Patienten die Risikofaktoren abbauen sollen, die zur Herzerkrankung führen. Leider lebe ich auch mit Risikofaktoren: zu viel Gewicht, zu wenig Sport. Aber ich arbeite daran und gehe Spazieren, fahre Rad und esse möglichst gesund und abwechslungsreich.

Was tun Sie gern nach Feierabend oder am Wochenende?

Ich bin ein absoluter Krimifan. Aber auch Kirchenmusik liebe ich und genieße das Angebot der vielen großen und kleinen Kirchen im Umland. Die Arbeit in unserem großen Garten macht meistens Spaß, es sei denn, das Genießen kommt zu kurz. Ich erfreue mich an dem kleinen Enkel, der eine absolut positive Herausforderung ist. Häufig verbringen wir die Wochenende in der alten Kölner Heimat. Auch Besuch bekommen wir häufig, denn Bremen und umzu ist eine Reise wert!



ERNÄHRUNGSTIPP

KÜRBISLASAGNE

Der Herbst lädt mit vielen saisonalen Produkten zum gemeinsamen Kochen ein. Jetzt darf es wieder rustikaler und gemütlicher werden – auch beim Essen. Nach einem herbstlichen Spaziergang wärmt unsere Kürbislasagne von innen. Kürbis als Alternative zu Hackfleisch – das schmeckt und ist gut für Herz und Gefäße.

ZUTATEN (FÜR VIER PERSONEN):

750 Gramm Hokaido Kürbis, 2 Zwiebeln, 3 Esslöffel Olivenöl, Salz, Cayennepfeffer nach Geschmack, 0,5 Teelöffel Zimtpulver, 1 Esslöffel gehackter Thymian, 500 Gramm passierte Tomaten, 275 Milliliter Fleischbrühe, 300 Milliliter Milch, 25 Gramm Butter, 25 Gramm Mehl, geriebene Muskatnuss, 125 Gramm fein geriebener Bergkäse oder Parmesan, 200 Gramm Lasagneblätter, 50 Gramm grobe Semmelbrösel, 4 Stiele Thymian

ZUBEREITUNG:

Den Kürbis zuerst waschen, dann halbieren, das Kerngehäuse mit einem Löffel entfernen und das Kürbisfleisch ungeschält würfeln. Die Schale wird beim Kochen weich und kann einfach mitgegessen werden. Die Zwiebeln würfeln.

Das Olivenöl in einer Pfanne erhitzen. Die Kürbiswürfel und die Zwiebeln anbraten, mit Salz, Cayennepfeffer, Zimt und Thymian ganz nach Geschmack würzen. Jetzt die Tomaten und 125 Milliliter der Brühe hinzugeben. Das Ganze etwa acht bis zehn Minuten bei mittlerer Hitze schmoren.

Inzwischen die Milch in einem Topf erhitzen – nicht kochen. Die Butter in einem anderen Topf zergehen lassen. Unter ständigem Rühren das Mehl dazugeben und dann nach und nach die Milch dazugeben. Wichtig ist das Rühren, damit sich keine Klümpchen bilden. Auf keinen Fall die Milch auf einmal dazugeben, am besten mit einer Schöpfkelle portionieren. Mit Salz und Muskat würzen und einmal kurz aufkochen. Dann den Topf von der Herdplatte ziehen und die Hälfte des Käses nach und nach unterrühren.

Die Lasagneblätter, Kürbissauce und Bechamelsauce abwechselnd in eine Auflaufform schichten. Mit Käsesauce abschließen. Dann den restlichen Käse und die Semmelbrösel darüber streuen. Im heißen Ofen bei 200 Grad (Umluft 180 Grad) auf der mittleren Schiene 30 bis 35 Minuten backen, fünf Minuten ruhen lassen und jetzt mit Thymian bestreut servieren. Guten Appetit!



Brustschmerzen sollten kurzfristig ärztlich untersucht werden.

PATIENTEN BERICHTEN

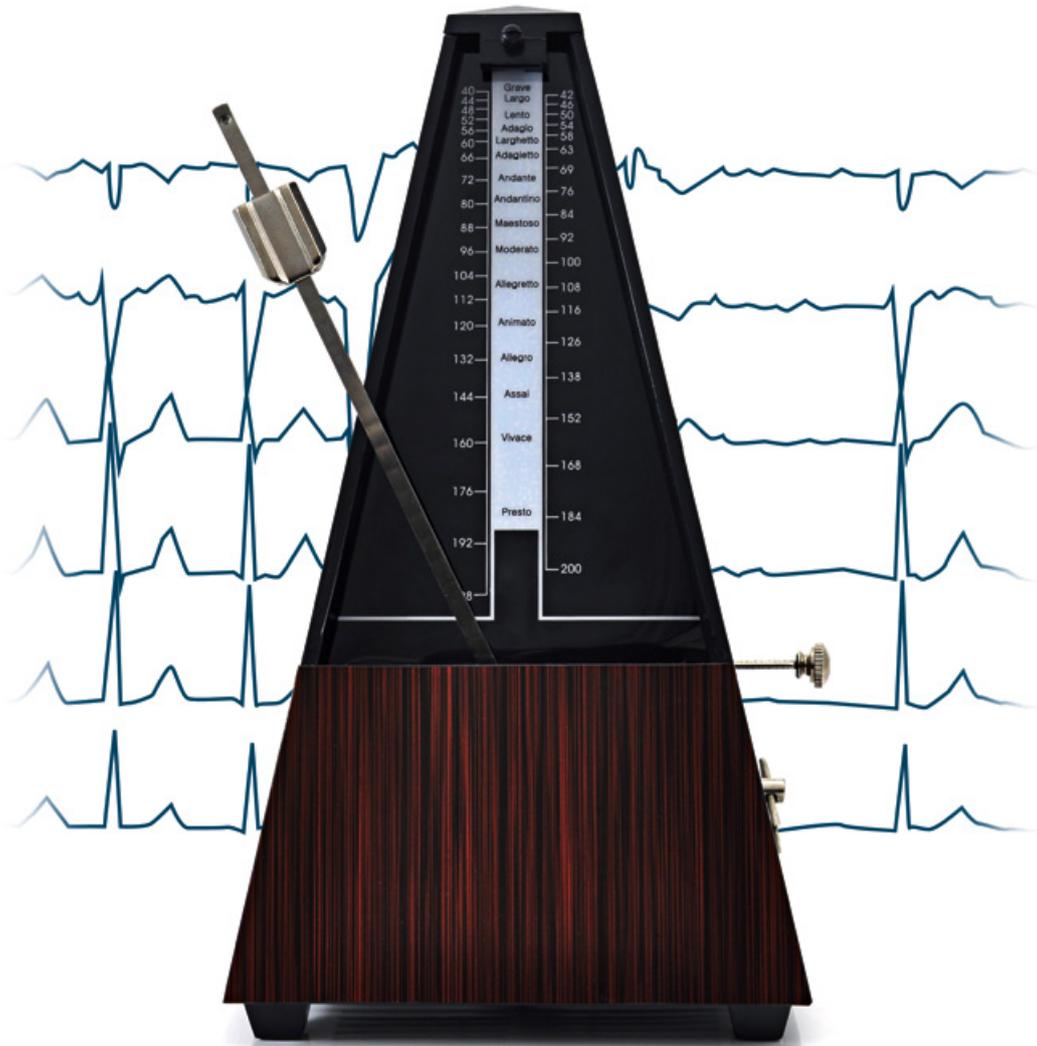
Wir sprachen mit Hans T. (79 Jahre). Ihm wurde im Juli dieses Jahres ein Stent durch Kardiologe Dr. Helmut Lange gesetzt. Mittlerweile fährt er wieder Fahrrad.

Hans T.: „Vor knapp einem halben Jahr bin ich mit meinem Fahrrad schneller gefahren und da spürte ich auf einmal Schmerzen in der Brust. Das Gleiche passierte auch, als ich bergauf fuhr. Es war, als ob mein Herz auf einmal mit der Situation überfordert war. Ein Belastungs-EKG zeigte, dass ich Herz-Rhythmus-Störungen hatte. Bei meinem Hausarzt wurde ein Ultraschall gemacht und aufgrund dessen schickte er mich in die Kardiologisch-Angiologische Praxis. Dort bekam ich innerhalb von zwei Tagen einen Termin. Dr. Lange stellte ein verengtes Herzkranzgefäß fest. Deswegen bekam mein Herz nicht mehr genügend Sauerstoff. Mit einem Herzkatheter platzierte er einen Stent, so dass wieder genügend Blut fließen konnte.“

Ich durfte dann eine Woche kein Fahrrad fahren und nicht schwer heben. Sonst konnte ich meinen Lebensalltag genauso bewältigen wie zuvor auch. Mittlerweile kann ich wieder alles machen, was ich vorher auch gemacht habe.

Vor allem das Fahrradfahren macht mir großen Spaß. Ich merke kein Schwächegefühl mehr und bin wieder leistungsfähiger. Da ich nie einen Führerschein besaß, bin ich es von Jugend an gewohnt, Fahrrad zu fahren.

Meine ganzen Erledigungen mache ich mit dem Rad, mit dem ich am Tag bis zu sechs Kilometer zurücklege. Zwar muss ich manchmal meinen inneren Schweinehund überwinden, aber jetzt ist das Fahrradfahren fast wie eine Medizin für mich. Meinem Herzen und mir geht es super. Ich habe keine Probleme mehr und fühle mich fit.“



WENN DAS HERZ AUS DEM TAKT GERÄT

HÄUFIGE ARRHYTHMIEN

Wer denkt schon über seinen Herzschlag nach? Solang alles im Takt ist, nimmt wohl kaum jemand bewusst den Rhythmus des eigenen Herzens wahr. Doch das ändert sich, wenn das Herz die gewohnten Bahnen verlässt, heftig klopft, gar rast oder aussetzt. So zeigen sich Herzrhythmus-Störungen. Sie sind nach Luftnot und Brustschmerzen das häufigste Symptom in der Kardiologie.

Meist kommen die Arrhythmien aus den Vorkammern. Kardiologe Dr. Reinhold Hachmöller: „Diese Störungen sind für den Betroffenen zwar unangenehm, aber medizinisch harmlos.“ Es handelt sich dann um sogenannte supraventrikuläre Rhythmusstörungen. Anders liegt der Fall bei den ventrikulären Arrhythmien. Sie haben ihre Ursache in den Herzkammern und können zum Herzstillstand führen.

Die wichtigste Frage, die der Kardiologe deswegen zunächst zu beantworten hat, lautet: Ist die Arrhythmie durch eine ernsthafte Herzkrankheit verursacht? „Um dies zu klären, führen wir eine Echokardiografie durch. Liegt eine solche vor, wird zuerst die Herzerkrankung behandelt“, erklärt der Kardiologe das Vorgehen. Lässt sich eine solche Ursache nicht bejahen, muss die Arrhythmie dokumentiert werden. Hachmöller weiter: „Ein Langzeit-EKG ist sinnvoll, wenn die Arrhythmie täglich auftritt. Sonst nutzen wir einen Eventrecorder.“ Das ist ein tragbares EKG-Gerät, das im Gegensatz zu einem 24-Stunden-EKG erst nach Aktivierung aufzeichnet. Treten Beschwerden auf, aktiviert der Patient selbst den Aufnahmeknopf. Wird der Recorder eingeschaltet, speichert das Gerät das EKG. Mit diesen Daten kann der Kardiologe die Beschwerden auswerten und beurteilen.

Die häufigste supraventrikuläre Arrhythmie ist das Vorhofflimmern. Rund 300.000 Menschen leiden nach Schätzungen in Deutschland darunter. Das Herz schlägt dann außergewöhnlich schnell, weil Impulse fortwährend auf die Kammer übergeleitet werden. Vorhofflimmern kann anfallsweise oder dauerhaft auftreten. „Als Therapie empfehlen sich im Regelfall zunächst Medikamente, die die Überleitung auf die Kammer bremsen, wie Betablocker, Digitalis oder Kalziumblocker“, erklärt Hachmöller. Leiden Patienten trotz derartiger Maßnahmen weiter an Symptomen, wird versucht, die Rhythmusstörung zu beseitigen. „Wer nur sporadisch Beschwerden hat, wird dauerhaft medikamentös eingestellt. Bei chronischem Vorhofflimmern wird eine Kardioversion durchgeführt. Ein kontrollierter Stromimpuls soll den Rhythmus wieder herstellen.“

Patienten, die die Medikamente schlecht vertragen oder bei denen sich keine Wirkung einstellt, kann durch einen Katheter-Eingriff geholfen werden. „Die Erfolgsaussichten sind gut. Nach dem ersten Eingriff ist die Hälfte der Patienten bereits beschwerdefrei. Wird der Eingriff wiederholt, sind es sogar über 70 Prozent“, weiß der Kardiologe und erklärt: „Grundsätzlich behandeln wir alle Arten von Arrhythmien in unserer Praxis. Stellt sich aber heraus, dass der Patient von einem Katheter-Eingriff zur Verödung der Quelle der Herzrhythmusstörung profitieren würde, überweisen wir ihn an die Kollegen der elektrophysiologischen Praxis am Klinikum Links der Weser.“

Der Katheter-Eingriff ist allerdings nicht ganz ungefährlich: Es besteht ein einprozentiges Risiko für eine Perforation des Herzbeutels oder einen Schlaganfall. Außerdem kann durch die Behandlung eine neue Rhythmus-Störung provoziert werden. „Dann leiden Patienten unter einer Vorhofftachykardie, die sich nur schlecht mit Medikamenten beherrschen lässt und die deswegen sehr unangenehm ist“, sagt Hachmöller.

Ventrikuläre Rhythmusstörungen sind seltener als die supraventrikulären. Die häufigste ist hier die Extrasystolie: Es handelt sich um einzelne, vorzeitig einfallende Schläge in mehreren Varianten. Entweder kommt nach jedem normalen ein vorzeitiger Schlag oder nach zwei oder auch drei normalen Schlägen folgt ein vorzeitiger Schlag. Kommen die vorzeitigen Schläge als Doppelschlag spricht der Kardiologe von einem „Couplet“. Der Kardiologe erklärt die Symptome so: „Patienten bemerken in aller Regel nicht den vorzeitigen Schlag. Sie registrieren erst wieder den normalen Schlag, der nach der auf einen vorzeitigen Schlag folgenden Pause erfolgt. Er ist nämlich dann deutlich stärker und heftiger, da das Herz mehr Zeit hatte, sich zu füllen.“



Klein, tragbar und effizient: Der Eventrecorder zeichnet erst nach Aktivierung auf.

Entgegen früherer Ansichten werden diese Störungen heute nicht mehr als Vorboten eines plötzlichen Herztodes angesehen. Nur wenn eine erhebliche Schädigung des Herzmuskels vorliegt, können diese Rhythmusstörungen gefährlich werden. Ansonsten haben auch viele normale Menschen, wenn sie beispielsweise häufig unter Stress leiden, derartige Extrasystolen. „Der Einfluss von Seele und psychischer Verfassung auf Rhythmus-Störungen ist sehr stark“, betont Hachmöller. Eine hier an eigenen Patienten durchgeführte Studie belegt, dass depressive Verstimmungen das Wiederauftreten von Vorhofflimmern nach einer Kardioversion verstärken. Deswegen werden auch die Lebensumstände und die berufliche Situation der Patienten in das ärztliche Beratungsgespräch einbezogen.

HERZSTILLSTAND

Zum Herzstillstand kommt es, wenn das Herz stehenbleibt. Dann liegt eine sogenannte Asystolie vor, das heißt, die Herz-erregung setzt komplett aus und damit auch der Herzschlag. In diesem Fall braucht der Patient einen Herzschrittmacher. Herzstillstand kann aber auch die Folge eines Kammerflimmerns sein. Das Herz flimmert durch rasend schnelle und völlig ungeordnete Impulse und wirft kein Blut mehr aus. Hier benötigen Betroffene einen sofortigen Elektroschock, die so genannte Defibrillation.

KARDIOVERSION

Als Kardioversion oder Elektroschock bezeichnet man die Anwendung eines Stromstoßes zum Beenden von Vorhofflimmern. Dann findet eine geplante Behandlung statt, für die der Patient etwa fünf Minuten in Narkose versetzt wird. Um Hautreizungen zu vermeiden, werden Elektroden mit einem speziellen Gel eingeschmiert und vorn rechts oben und links unten platziert. Sodann erfolgt ein Stromstoß in der Spanne von 50 und bis 350 Volt. Die Prozedur ist nahezu völlig ungefährlich und kann auch häufig wiederholt werden.



DER MYTHOS VOM WEISSEN FLEISCH

Hartnäckig hält sich das Gerücht, weißes Fleisch sei gesund, während rotes schädlich sein soll. Als Begründung wird angeführt, weißes Fleisch enthalte weniger Kalorien, weniger Fett und Cholesterin und sei überhaupt günstig, um Herz- und Kreislauf-Erkrankungen vorzubeugen.

Diese Unterscheidung kann getrost als Mythos angesehen werden. Fakten belegen diese Trennung jedenfalls nicht. Schon die Aufteilung in rotes und weißes Fleisch ist im Grunde willkürlich. So wird als rotes Fleisch Rind-, Schweine- und Lammfleisch bezeichnet, dabei ist auch Enten- und Gänsefleisch dunkel. Puten haben in bestimmten Partien rotes Fleisch, ebenso wie Wildgeflügel. Eine klare Trennung ist also gar nicht möglich. Auch die Inhaltsstoffe lassen keine derartige Unterscheidung zu: Geflügelfleisch und Fisch unterscheiden sich in ihrem Nährstoffgehalt beispielsweise stärker als Geflügel und Schwein.

Entscheidender ist, ob es sich um ein fettes oder ein mageres Stück Fleisch ein und desselben Tieres handelt. Bei Geflügel variiert der Fettgehalt ganz stark danach, ob die Haut mitgegessen wird oder nicht. So hat eine Hühnerbrust mit Haut sechsmal so viel Fett wie ohne Haut. Mageres Schweine- und Rindfleisch ist dagegen genauso fettarm wie Puten- und Hühnerfleisch. Fleisch von Weidetieren, wie Schafen oder Ziegen, enthält zudem mehr gesundheitsförderliche Fettsäuren. Rind- und Schweinefleisch haben mehr Eisen und Zink als Geflügelfleisch. Das oft fälschlich gering geschätzte Schweinefleisch weist von allen Fleischarten das meiste Vitamin B1 auf.

Deshalb gilt: Wer auf seine Ernährung und Herzgesundheit achtet, isst grundsätzlich nicht öfter als ein bis zweimal in der Woche Fleisch – egal, ob Huhn, Rind oder Schwein.

PRAXISGRÜNDER VERABSCHIEDET

DR. KLAUS T. KALLMAYER GEHT IN „UNRUHESTAND“



Der Gründer unserer Praxis, Dr. Klaus Kallmayer, ist im Juli dieses Jahres aus Altersgründen ausgeschieden – hier bei seiner Verabschiedung.

Kallmayer verlässt unsere Praxis, die er vor mehr als 20 Jahren gründete, und in der heute 15 Kardiologen und Angiologen etwa 25.000 Patienten jährlich versorgen. „Alles aus einer Hand“ lautete das Motto bei der Gründung der Praxis 1989 an der Paracelsus-Kurfürsten-Klinik. Von Anfang an war sie auf das bis heute geltende Konzept angelegt, das eine ambulante Sprechstunde, Belegbetten im Krankenhaus und Herzkatheter-Labore vorsah. So konnten ambulante wie stationäre, konservative und interventionelle Behandlungen vom selben Arzt angeboten werden.

Philosophie und Kultur der Praxis wurden geprägt durch die gegensätzlichen Erfahrungen, die der Kardiologe als Student in Deutschland und England sowie als Arzt an verschiedenen Kliniken, aber insbesondere an der Harvard School of Public Health in Boston gewonnen hatte. Nach Kallmayers Vorstellungen sollte sich seine Praxis deutlich von dem hierzulande gewohnten Angebot unterscheiden: „Es kam nie in Frage, einfach eine bestehende Praxis zu übernehmen. Nur eine Neugründung erlaubte die kompromisslose Umsetzung meiner Vorstellungen.“

Dazu gehören die Überwindung der Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, wie sie derzeit mit dem Klinikum Links der Weser gelebt wird, aber vor allem der ganzheitliche Blick für den Patienten. „Medizin ist weder Naturwissenschaft noch Technik. Gefordert ist das Eingehen auf den Menschen und das Einbeziehen seines persönlichen und beruflichen Umfelds. Deshalb nimmt das Gespräch mit dem Patienten den größten Teil der Zeit ein, die der Arzt mit ihm verbringt. Es findet in Räumen statt, die keine medizinischen Geräte enthalten und dem Patienten die Angst nehmen, mit der fast alle in die Praxis kommen“, beschrieb Kallmayer seine Vision, die er verwirklichte und als Lebenswerk hinterlässt. Mit seinem Ausscheiden kommt für den erfahrenen Herzspezialisten keine Längeweile auf, da er sich seiner ärztlichen Tätigkeit im Ausland weiter widmen wird.



Zahlreiche Geschäftspartner, Freunde und Familienangehörige kamen Anfang Juli in unsere Praxis, um Klaus Kallmayer zu verabschieden. Leistungen und Verdienste Kallmayers würdigte sein langjähriger Weggefährte und Partner, Dr. Helmut Lange, in seiner Ansprache. Auch die Leitung des Klinikums Links der Weser überbrachte die besten Wünsche, ebenso wie Peter Stremmel von der Klinik Lilienthal und das Mitarbeiterteam.

ARZT IM INTERVIEW: DR. ATHANASIOS GKANATSAS

DR. ATHANASIOS GKANATSAS IST SEIT 2002 PARTNER UNSERER PRAXIS. DER 53-JÄHRIGE FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN UND KARDIOLOGIE HATTE ZUVOR ALS ASSISTENZARZT UND SPÄTER ALS OBERARZT IN DER KLINIK FÜR INNERE MEDIZIN UND KARDIOLOGIE AM KLINIKUM LINKS DER WESER IN BREMEN GEARBEITET. GKANATSAS ABSOLVIERTE SEIN MEDIZINSTUDIUM IN HAMBURG, AN DAS ER SEINE WEITERBILDUNG AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM (UKE) SOWIE IM KRANKENHAUS BETHANIEN IN HAMBURG ANSCHLOSS.

Wann wussten Sie, dass Sie Arzt werden wollen und warum?

Bereits in der Schule waren Naturwissenschaften meine Lieblingsfächer. Dass aus dieser Leidenschaft später Medizin werden sollte, hat sich aber erst nach meinem Abitur gezeigt. Durch Zufall lernte ich einige Medizinstudenten kennen, die begeistert von ihrem Fach erzählten. Den letzten Anstoß hat mir aber mein Pflegepraktikum im Bereich der Neurologie und Inneren Medizin gegeben, das ich dann in einem Krankenhaus absolvierte. Mit dem Medizinstudium steigerte sich dann auch meine Lust an der Arbeit mit Menschen und ihrem höchsten Gut: der Gesundheit.

Was hat es Sie nach Bremen geführt?

Am Universitätsklinikum in Hamburg arbeitete ich mehr wissenschaftlich als klinisch. Während des Studiums stellte ich aber fest, dass mich die klinische Arbeit mehr interessierte. Ich folgte deshalb Professor Dr. Gerald Klose, den ich bereits aus dem Universitätsklinikum kannte und wechselte nach Bremen in die Innere Medizin am Klinikum Links der Weser. Als Assistenzarzt habe ich dann mit ihm während meiner Weiterbildung zum Internisten ein Verfahren zur Blutwäsche für Cholesterin bei Gefäßpatienten mit schwerer Fettstoffwechselstörung eingeführt, die so genannte ‚LDL-Apharese‘.

Aus welchen Gründen haben Sie sich für das Fachgebiet der Kardiologie entschieden?

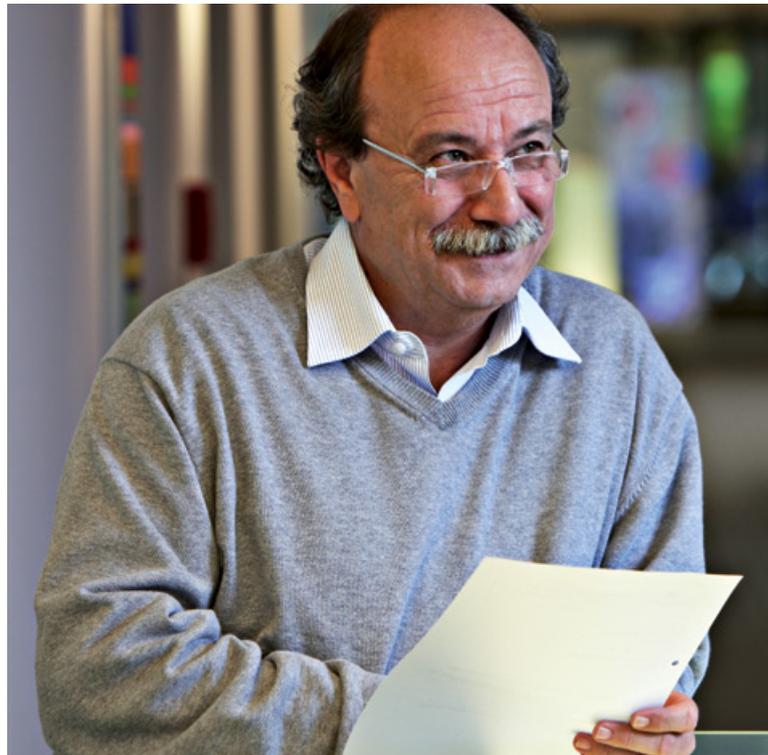
Das Herz fasziniert mich in seiner Komplexität: Keine andere Pumpe kann auch nur annähernd die Leistung des Herzens erbringen. Zudem lassen sich zahlreiche Erkrankungen logisch erklären, deren Diagnose und Therapie wiederum eine Herausforderung darstellen: Die Behandlungs- und Untersuchungsmethoden sind anspruchsvoll und erfordern Geschick. Aber auch die menschliche Komponente sehe ich als Berufung: Heute kann ich sterbenskranken Menschen nach zum Beispiel einem Herzinfarkt effizient helfen oder ihnen Schmerzen und Todesängste mit einer Herzkatheter-Untersuchung nehmen.

Warum sind Sie vom Klinikbetrieb in die Kardiologisch-Angiologische Praxis gewechselt?

Ich war damals Oberarzt in der Kardiologie am Klinikum Links der Weser. Durch die Kooperation mit der angrenzenden Praxis hat sich dann die Möglichkeit ergeben, als niedergelassener Kardiologe Patienten im ambulanten Sektor zu betreuen und trotzdem eine Bindung zur Klinik zu haben. Das Konzept ist in Deutschland einmalig und bot die Möglichkeit, ambulante Medizin mit invasiver Tätigkeit zu kombinieren. Diese Abwechslung reizte mich und begünstigte letztendlich meinen Schritt in die Selbstständigkeit, die ich bis heute nicht bereue.

Wo sehen Sie die Praxis in zehn Jahren?

Bereits jetzt hat sich die Praxis erheblich weiterentwickelt, indem sie um den Bereich der Angiologie erweitert wurde. So behandeln wir seit einigen Jahren Patienten mit Gefäßerkrankungen sowohl nicht-invasiv als auch invasiv. Manpower und Bündelung von Kompetenzen erlauben uns, eine flächendeckende Versorgungsstruktur in der Kardiologie und Angiologie für Patienten aus Bremen und dem Umland zu bieten. In den nächsten zehn Jahren wären Kooperationen mit weiteren niedergelassenen Kardiologen und Kliniken denkbar.



Dr. Athanasios Gkanatsas ist bereits seit zehn Jahren Partner in unserer Praxis.

Unsere Standorte

**Praxis Schwachhausen
Bremen**

Residenz Klinik Lilienthal



Praxis Delmenhorst

**Praxis Links der Weser
Bremen**



Kardiologisch-Angiologische Praxis
Herzzentrum Bremen

Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie, mehr unter www.kardiologie-bremen.com