Herz InForm

impulse

Für Menschen mit HERZ – in Hamburg und Umgebung

1/2019

IN DIESEM HEFT:

VOLKSKRANKHEIT BLUTHOCHDRUCK

SEITE 4

EIN HERZ FÜR DEN SPORT

SEITE 8

HERZ UND SCHILDDRÜSE

SEITE 10

10.000 SCHRITTE FÜR EIN GESUNDES HERZ

SEITE 3

Zum Tod von Dr. med. Günter Laubinger

Ehemaliger Chefarzt der Medizinischen Abteilung A des Krankenhauses Rissen

Mitte Dezember 2018 erreichte Herz-InForm die traurige Nachricht vom Tod von Dr. Günter Laubinger.

Dr. Laubinger hat in den 70iger Jahren die Herzgruppen in Hamburg mit aufgebaut. Er hat die Herzgruppen in Hamburg Rissen all die Jahre betreut. Das ist für einen Chefarzt schon ungewöhnlich bzw. vorbildlich. Es entsprach seinem Charakter, sich konsequent für Dinge einzusetzen, von deren Nutzen er überzeugt war, und er war dabei nicht auf persönliche „Lorbeeren" aus. Dabei war er ein guter ärztlicher Lehrer, und viele seiner Schüler konnten sich nach der gründlichen klinischen Ausbildung bei ihm erfolgreich in eigener Praxis niederlassen.

Seine Liebe zur Natur (speziell der Ornithologie) und seine Sportlichkeit trugen sicher dazu bei, dass er das hohe Alter von fast 93 Jahren in fittem Zustand erreicht hat.

Wir behalten Dr. Günter Laubinger als ärztliches Vorbild in guter Erinnerung!

DR. HENNING SEEVERS
und HANS-HAUKE ENGELHARDT
Vorstandsmitglieder Herz InForm

Liebe Leserinnen und Leser,

neues Jahr – neues Glück?! Ich gönne es Ihnen von Herzen!

Der Jahresbeginn steht ja oft unter dem Zeichen der guten Vorsätze: Nicht mehr rauchen, mehr Sport, eine Diät, mehr Zeit für Hobbies und Familie...„im neuen Jahr wird bestimmt alles anders". Tja, die lieben Vorsätze haben zum Jahreswechsel ihre Blütezeit. Doch was wird aus ihnen, wenn der Alltag auch im neuen Jahr wieder Einzug hält in unser hektisches Leben? Meistens werden die vielen guten Vorsätze von der Macht der Gewohnheit weggespült, als hätte es sie nie gegeben. Was bleibt ist ein schales Gefühl der Unzufriedenheit, weil wir es vermeintlich wieder nicht geschafft haben. Das ist sehr schade, weil Energie in eine gute Sache fließt, die jedoch irgendwie von vorneherein zum Scheitern verurteilt ist.

Unser Tipp: Wenn Sie einen guten Vorsatz fassen möchten, dann denken Sie lange und intensiv darüber nach, mit welchem der vielen guten Vorsätze Sie es wirklich ernst meinen!? Sie sollten dabei einerseits sehr wählerisch sein, andererseits aber auch realistische Vorstellungen haben. In der exakten Zieldefinition liegt nämlich der erste und wichtigste Schritt für den Erfolg. Was ist Ihnen im neuen Jahr wirklich wichtig? Wenn Sie darauf eine sichere Antwort haben, dann schreiben Sie diese auf und heften sie diese z.B. an den Kühlschrank oder und tragen Sie sie in der Brieftasche bei sich! Lassen Sie die Idee ein paar Tage wirken und prüfen danach, ob das Ziel immer noch wichtig für Sie ist! Wenn ja, dann beginnen Sie mit den ersten Schritten zur Umsetzung. Achtung: erste kleine Schritte sind bereits ein Erfolg! Freuen Sie sich also darüber! Denn Freude und gute Gedanken unterstützen jeden langfristigen Prozess! Wenn Sie Ihren neuen Vorsatz auf diese Weise hegen und pflegen, dann kann er in Ruhe wachsen und fester Bestandteil ihres Alltags werden.
Ich wünsche Ihnen viel Erfolg, aber auch Nachsicht mit sich selbst, falls es doch nicht so klappt – auch das ist einfach nur menschlich!

Herzliche Grüße und viel Freude mit der neuen Ausgabe unserer IMPULSE,

Sabrina Bittkau
Geschäftsführerin Herz InForm

IMPRESSUM

Herausgeber:	Hamburger Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg Tel. 040/22 80 23 64
Redaktion:	Sabrina Bittkau, Prof. Dr. Herbert Nägele
Gestaltung:	Meinhard Weidner, Elmenhorst
Litho und Druck:	print24, Radebeul
Fotos:	Herz InForm

www.herzinform.de

Vielen Dank an unseren Partner:

Deutsche Rentenversicherung Nord

10.000 SCHRITTE FÜR EIN GESUNDES HERZ

Um das Herz ranken sich viele Mythen, Märchen und Legenden. Im Volksmund ist es das Symbol für die Liebe, der Sitz der Seele und der Ort der Gefühle. Ein herzlicher Mensch ist gemeinhin ein guter Mensch, herzlos ist, wer anderen Schlechtes will.

Schrittzähler (Pedometer) wurden vereinzelt schon in der Antike beim Straßenbau eingesetzt. Leonardo da Vinci schreibt man um 1500 den ersten Entwurf eines im Alltag einsetzbaren Pedometers zu. Pedometer übersetzen Bewegungsimpulse über Pendel, Akzelerometer oder elektromechanisch in analoge oder digitale Daten.

Als 1964 anlässlich der olympischen Spiele das japanische Unternehmen „Yamasa Tokei“ den ersten elektronischen Pedometer (Schrittzähler) namens „Man-po-kei“ (Abbildung) auf den Markt brachte, ahnte wohl kaum jemand, welchen Siegeszug diese Technik der Selbstvermessung nehmen sollte. Man-po-kei heißt übersetzt in etwa so viel wie „Der 10.000-Schritt-Zähler“. Was messen diese Systeme? Zurückgelegte Schritte werden gezählt, angezeigt und gespeichert. Die Genauigkeit der Pedometer ist natürlich limitiert durch die unterschiedliche Schrittlänge eines jeden Menschen und durch Fehlmessungen bei anderen Erschütterungen. Von der Schrittzahl auf die genau zurückgelegte Wegstrecke rückzuschließen ist somit unzulässig. Dies kann exakt nur mit einem zusätzlichen GPS – System erfolgen, wie es in manchen Pedometern schon verbaut ist.

Als Faustregel kann gesagt werden, dass 10.000 Schritte circa 7km entsprechen (bei einer Schrittlänge von 70cm). Manche Modelle erlauben außerdem die Berechnung des Kalorienverbrauchs, oder sie können die Pulsfrequenz, die Sauerstoffsättigung, oder sogar den Blutdruck messen. Schrittzähler sind in Form von Apps außerdem in fast jedem Smartphone verfügbar und können meist kostenlos aktiviert werden.

Eine Vergleichbarkeit ist interindividuell nicht möglich, sehr wohl jedoch intraindividuell. Deshalb wurden Pedometer erfolgreich in der Trainingssituation und auch in der Rehabilitation von Herz- Kreislauferkrankungen eingesetzt. Durch Einsatz von Pedometern haben sich Patienten mehr bewegt und ihr Risikoprofil besserte sich. Durch die tägliche Messung der Schrittzahl kann der individuelle Trainings- oder Rehabilitationsfortschritt dokumentiert und analysiert werden. Für viele Menschen ist es eine zusätzliche Motivation ihre Schrittzahl pro Tag nach und nach zu steigern und bestimmte Grenzen zu erreichen und zu überschreiten. Hier hat sich tatsächlich die magische Zahl 10.000 als Richtschnur herausgestellt, bei deren täglichem Erreichen eine Reduktion des kardiovaskulären Risikos möglich erscheint. Diese Schrittanzahl entspricht übrigens den oben erwähnten 7km, das ist einmal um die Alster. Oberhalb von 10.000 Schritten pro Tag gilt man als „physisch aktiv“, über 12.500 Schritte als „sehr aktiv“.

Für wen ist der Einsatz eines Pedometers geeignet? Z.B. für alle, die mehr machen wollen, als nur 2x / Woche in der Herzgruppe zu trainieren. Mittels Pedometer können Sie lernen Bewegung in den Alltag zu integrieren und so das Medikament „Bewegung“ ausreichend hoch zu dosieren. Sie benötigen dazu keine Sportgeräte, Turnhallen etc., sondern können sofort loslegen. Es muss kein teures Gerät für mehrere 100 € sein, einfache Systeme im niedrigen zweistelligen Bereich reichen völlig aus. Ggf. reicht auch die Aktivierung einer kostenlosen Smartphone-App aus um Schritte zu zählen (siehe oben). Eine Online Auswertung der Daten ist sinnvoll, um Trends darzustellen.

Zusammengefasst lautet unsere Empfehlung: Gehen Sie regelmäßig in die Herzgruppen. Versuchen Sie aber auch zusätzlich Bewegung in Ihren Alltag zu integrieren. Und wenn Sie nicht recht wissen wie: Versuchen Sie es doch einmal mit einem Pedometer.

Auch die deutsche Herzstiftung hat ein entsprechendes Programm ins Leben gerufen:

Unter: https://www.herzstiftung.de/schrittzaehler.html und auf https://www.herzschritte.com/ finden Sie weiterführende Informationen.

PROF. DR. HERBERT NÄGELE

Albertinen Herz- und Gefäßzentrum
Leitung Department Herzinsuffizienz und Devicetherapie

VOLKSKRANKHEIT BLUTHOCHDRUCK

WIE SIE DIE TICKENDE „BOMBE“ ENTSCHÄRFEN KÖNNEN

Die arterielle Hypertonie (Bluthochdruck) ist eine der häufigsten chronischen Krankheiten in Industrieländern. Die Häufigkeit dieser Erkrankung steigt im Alter stark an: so haben ca. 20% bis 25% der 50 Jährigen in Deutschland bereits einen Bluthochdruck, mit >60 Jahren fast jeder Zweite in Deutschland einen Bluthochdruck, im Alter >70 Jahre sind es ca. 3 von 4. Da diese Krankheit in den meisten Fällen keine spürbaren Symptome verursacht, leiden nur sehr wenige darunter; das erklärt, dass viele Menschen mit Bluthochdruck dies gar nicht wissen: man geht davon aus, dass nur ca. 75% der Erkrankten diese Krankheit selbst kennen; von den „Wissenden“ begeben sich nur ca. ¾ in Behandlung (in einer allgemeinärztlichen Praxis macht Bluthochdruck übrigens ca. 50% der Beratungsanlässe aus), und trotz ärztlich begleiteter Behandlung sind wiederum nur ca. 75% der Hypertoniker ausreichend gut behandelt.

Diese sehr verbreitete Volkskrankheit ist ein wichtiger Risikofaktor bei der Entstehung von anderen Volkskrankheiten, wie z.B. verschiedenen Herz- und Gefäßerkrankungen, insbesondere der Koronaren Herzkrankheit (Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße) mit der möglichen Folge eines Herzinfarktes oder eine Herzschwäche, einer zerebralen Ischämie (Durchblutungsstörung der Gehirngefäße mit Folge von z.B. Schlaganfall) oder Arteriosklerose (Gefäßverengung) anderer Gefäße und Organe, einer chronischen Nierenschädigung u.a., und viele Menschen versterben an diesen Folge-Erkrankungen des Bluthochdrucks: Herzinfarkt und Schlaganfall sind in den zivilisierten Ländern die häufigste Todesursache, so dass der Bluthochdruck ein bedeutendes gesundheitliches Problem darstellt – **Bluthochdruck kostet nach vielen beschwerdefreien Jahren sowohl Lebensjahre wie auch Lebensqualität!** Bluthochdruck gehört mit den anderen Risikofaktoren Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“), Tabakrauchen und Hypercholesterinämie (erhöhte Cholesterinwerte) zu dem „Quartett“, den 4 gravierendsten Risikofaktoren der o.a. häufigsten tödlichen Erkrankungen in unserer Zivilisation. Innerhalb von Europa ist Deutschland übrigens Rekordhalter mit dem höchsten Anteil von Bluthochdruck-PatientInnen in der Gesamtbevölkerung!

Die Höhe der Blutdruckwerte hängt von mehreren Faktoren ab, davon sind u.a. bedeutsam:

- die Pumpleistung des Herzens (Herzkraft)
- der Gefäßwiderstand, d. h. der Weit- bzw. Engstellung der Blutgefäße.

Diese Faktoren werden entscheidend von **äußeren Faktoren** (z. B. körperliche Anstrengungen, Arbeit oder Sport) und **inneren Faktoren** (z. B. seelische Belastungen, Stress oder Schmerzen) beeinflusst. Auch andere Faktoren wie z.B. die Blutmenge u.a. können den Blutdruck mit beeinflussen.

Wie wird der Blutdruck gemessen?

Bei der Blutdruckmessung werden 2 Werte gemessen: der systolische und der diastolische Blutdruckwert: der **systolische Druckwert** ist der höhere Blutdruckwert während der Systole (= Auswurfphase) des Herzens; der **diastolische Druckwert** ist der niedrigere Blutdruckwert während der Diastole (=Entspannungsphase) des Herzens.

Die indirekte Blutdruckmessung mit einer Druckmanschette nach Riva-Rocci (auch als „RR-Messung“ abgekürzt) beruht auf einer Entdeckung dieser Messmethode (1896) durch den italienische Arzt Scipione Riva-Rocci (1863-1937): eine Oberarmmanschette wird über den systolischen Blutdruck aufgepumpt und dann der Druck langsam abgelassen während man mit dem Stethoskop die Ellenbeuge abhört; das erste auftretende Geräusch entspricht dem systolischen Blutdruck und markiert den Punkt, an dem der Blutdruck erstmals den Manschettendruck übersteigt; dem diastolischen Blutdruck entspricht der Wert, an dem die Geräusche verschwinden, da der Manschettendruck unter dem diastolischen Blutdruck liegt.

Es gibt verschiedene Formen der Blutdruckmessung:

- **Fremdmessung**, z. B. manuelle Messung durch den Arzt oder Apotheker: durch den sog. „Weißkitteleffekt“ sind Verfälschungen möglich, und aufgrund der nur seltenen Messungen geben die Werte nicht

die Schwankungen der Blutdruckwerte im Alltag wieder, sind daher nur als Orientierung von Bedeutung.

• **Selbstmessung:** zuverlässig (wenn mit modernen automatischen Oberarm-Messgeräten gemessen wird) und bevorzugte Messmethode, insbes. da die Selbstmessungen die Schwankungsbreite im Alltag erfassen. Wichtig bei der Selbstmessung ist: am genauesten sind Oberarmgeräte; moderne Handgelenkgeräte sind zwar praktisch, aber auch störanfälliger, z.B. bei Herzrhythmusstörungen und bei einem Alter von > 50 Jahren nicht zuverlässig. Die Blutdruckmanschette sollte immer auf Herzhöhe liegen. Man sollte kein Billig-Gerät kaufen; es gibt viele Geräte mit Prüfsiegel, z.B. der Deutschen „Hochdruckliga" (siehe u.a. Internetseite). In den meisten Fällen übernimmt die Krankenkasse die Kosten für ein Blutdruckmessgerät, das der Hausarzt rezeptieren kann.

- Immer in Ruhe messen, d.h. vor der Messung ca. 5 Minuten ausruhen (im Sitzen oder Liegen)
- Möglichst zur gleichen Tageszeit messen (z.B. morgens, mittags, abends)
- Bei schwankenden Werten und bei Rhythmusstörungen: 2-3x hintereinander messen (Abstand ca. 1 Minute)
- Bei kräftigen Oberarmumfängen >33 cm sollte eine dafür passende breitere Manschette verwendet werden.
- **24-Stunden-Langzeit-Blutdruckmessung:** automatische Messung, ermöglicht eine Vielzahl an Messungen unter Alltagsbedingungen und in der Nacht.
- **Blutdruckmessung beim Belastungs-EKG:** ermittelt Blutdruckwerte in Ruhe und unter körperlicher Belastung; z.B. zur Früherkennung erhöhter Blutdruckwerte unter körperlicher Belastung bei in Ruhe noch normalen Werten (sog. „Belastungshypertonie").

Wie sind die Bluthochdruckwerte definiert?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1999 die Grenzwerte definiert, die auch noch in der aktuellen europäischen Leitlinie Gültigkeit haben (im Gegensatz zur aktuellen US-amerikanischen Leitlinie, bei der 2017 die Grenzwerte abgesenkt wurden):

Ein **Bluthochdruck** besteht bei **systolischem Wert >= 140 mmHg und/oder diastolischen Wert >= 90 mmHg;** es gibt eine Einteilung des Schweregrades:

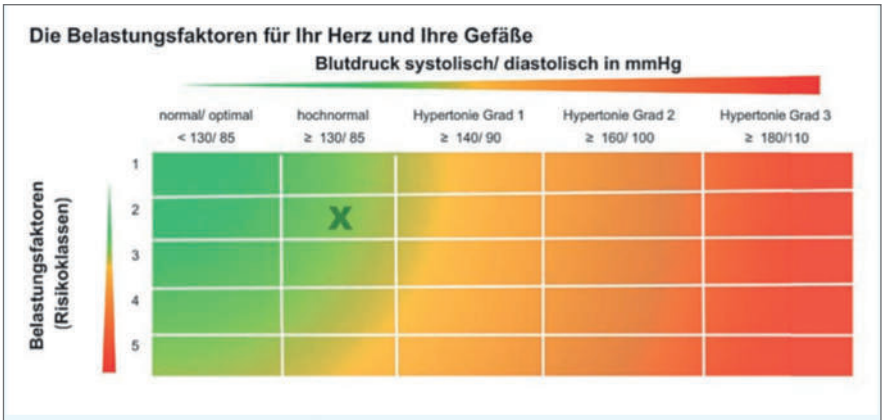
Blutdruck-Kategorie	systolischer Wert (mmHg)	diastolischer Wert (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	120–129	80–84
Hoch-normal	130–139	85–89
Milde Hypertonie Grad 1	**140–159**	**90–99**
Mittlere Hypertonie Grad 2	**160–179**	**100–109**
Schwere Hypertonie Grad 3	**> 180**	**> 110**
Isolierte systolische Hypertonie	**> 140**	**< 90**

(=alleiniger Bluthochdruck des oberen Wertes)

Wie entsteht Bluthochdruck?

In den meisten Fällen (ca. 90-95 %) besteht eine sog. **„primäre" oder „essentielle Hypertonie"**, die durch ein Zusammenwirken von Erbanlage und dem Lebensstil mit den sog. „Risikofaktoren" verursacht wird. Zu diesen gut erforschten und bekannten Risikofaktoren, die jeder für sich genommen das Risiko der Entstehung von Bluthochdruck ungefähr verdoppeln oder noch mehr erhöhen, gehören neben der familiären (vererbten) Belastung folgende **Lebensstil-Faktoren**:

- Vermehrter Stress bzw. Anspannungen und Sorgen, fehlender Rhythmus zwischen Anspannung und Entspannung, Depressionen
- Ungesunde, d.h. fettreiche und salzreiche Ernährung (> 6 Gramm Kochsalz = NaCl täglich)
- Übergewicht. Nach WHO ist Übergewicht definiert über den sog. **„Body-Mass-Index"** = Körpergewicht (in kg) / Körpergröße (in Meter)²): bei einem BMI >= 25 kg/m² besteht Übergewicht. Der BMI ist jedoch ein nur ungenauer Wert für die Abschätzung des Risikos; genauer ist der Bauchumfang: bei Frauen ist bei einem Bauchumfang > 88 cm, bei Männer bei > 102 cm das Risiko für Folgeerkrankungen erhöht.



Mit zunehmendem Blutdruck und zunehmender Risikoklasse steigt das Gesamtrisiko für Ihr Herz oder Ihre Gefäße. Die Risikoklasse können Sie nur bedingt durch Lebensstilmaßnahmen bzw. Medikamente reduzieren. Sie können aber durch Lebensstilmaßnahmen bzw. Medikamente Ihren Blutdruck beeinflussen. Mit abnehmendem Blutdruck sinkt dann auch das Gesamtrisiko für Ihr Herz oder Ihre Gefäße.

- Bewegungsmangel (< 30 Minuten Sport täglich)
- Tabakkonsum
- Vermehrter Alkoholkonsum (>20 g täglich, z.B. > 1 Glas Wein oder >1 Flasche Bier täglich)

In ca. 5-10% besteht eine sog. „sekundäre Hypertonie", d. h. es liegt eine nachweisbare andere Störung zugrunde, z. B. eine Verengung von Nierenarterien, eine Hormonstörung (z.B. Überfunktion der Schilddrüse), ein Schlaf-Apnoe-Syndrom oder auch eine chronische Medikamenten-Nebenwirkung (z.B. Kortison-Präparate, bestimmte Schmerzmittel o.a.) mit der Folge eines Bluthochdrucks. Wenn man die „eigentliche" zu Grunde liegende Krankheit behandelt, normalisieren sich dann auch die Blutdruckwerte.

Was kann man selbst tun zur Entschärfung der „Bombe" Bluthochdruck?

Da gegen die Erbanlagen (noch) keine Therapie besteht, können wir vor allem beim Lebensstil ansetzen und damit die Risikofaktoren sehr effektiv (und dazu noch kostengünstig) reduzieren. Die wirksamsten Lebensstil-Änderungen mit günstiger Wirkung auf den Blutdruck sind:

- **Gesunde Ernährung** mit reichlich Obst und Gemüse (sog. mediterrane Kost) und kochsalzarme Kost (< 6 Gramm Kochsalz = NaCl täglich)
- **Regelmäßige Bewegung** (ideal: mind. 30 Minuten täglich auf 2/3 des maximal möglichen Leistungsniveaus, z.B. Walking (zügiges Gehen), Joggen, Radfahren, Schwimmen o.a.), so auch im Rahmen einer Herzgruppe, die in Hamburg von „Herz InForm" organisiert werden.
- Gewichtsreduktion bei Übergewicht (idealer Bauchumfang: für Frauen <= 88 cm, für Männer <= 98 cm bzw. BMI < 25 kg/m².)
- **Nichtrauchen,** bzw. Reduzierung des Tabakkonsums.
- **Reduzierung des Alkoholkonsums** (auf <20 g täglich = max. 1 Glas Wein bzw. 1 Flasche Bier täglich)
- **Stressreduktion**, z.B. regelmäßige Atem-/Entspannungsübungen, bei schweren psychischen Problemen, wie z.B. Depression, ist ggf. eine Psychotherapie hilfreich.

Zusätzlich ist wichtig:

- Medikamente regelmäßig einnehmen,
- bei Nebenwirkungen diese mit dem Arzt besprechen und
- Änderungen nicht selbständig, sondern in Rücksprache mit dem Arzt vornehmen
- Regelmäßige Selbstmessungen des Blutdrucks

Diese o.a. Lebensstil-Veränderungen können im Einzelfall den Blutdruck je nach Ausprägung bis zu 10-20 mmHg senken (z.B. kann allein eine Gewichtsreduktion vom 1 kg den Blutdruck bis 1 mmHg senken). Da diese Veränderungen jedoch erst nach einigen Monaten und häufig nicht ausreichend wirksam sind, ist in den meisten Fällen auch die Einnahme von Medikamenten notwendig, manchmal sogar eine Kombination von verschiedenen Medikamenten.

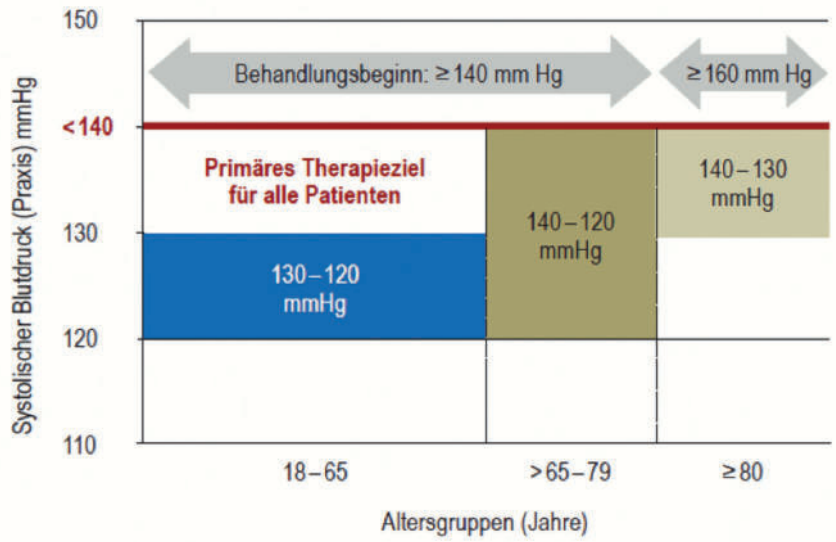
Therapieziele:

Abhängig vom Alter und dem vorhandenen Risikoprofil sowie evtl. bestehenden Nebenerkrankungen wurden verschiedene Zielwerte festgelegt. Das erste Ziel einer medikamentösen antihypertensiven Therapie ist die **Absenkung des Blutdrucks auf < 140/90 mmHg bei allen Patienten**. Über dieses Ziel hinaus empfiehlt die aktuelle Leitlinie, bei guter Verträglichkeit einen niedrigeren Blutdruckzielbereich anzustreben, der im Wesentlichen altersabhängig ist (siehe u.a. Grafik 1). Dabei zeigt sich insbesondere **in der Altersgruppe der 65–80-Jährigen ein großer Ermessensspielraum** bei der Festlegung des individuellen Behandlungsziels, der von Arzt und Patient gemeinsam festgelegt werden sollte.

Beim diastolischen Blutdruck wird empfohlen, über das primäre Therapieziel von < 90 mmHg hinaus unabhängig von Alter und der Begleitmorbidität einen Blutdruckzielbereich von 80–70 mmHg anzustreben.

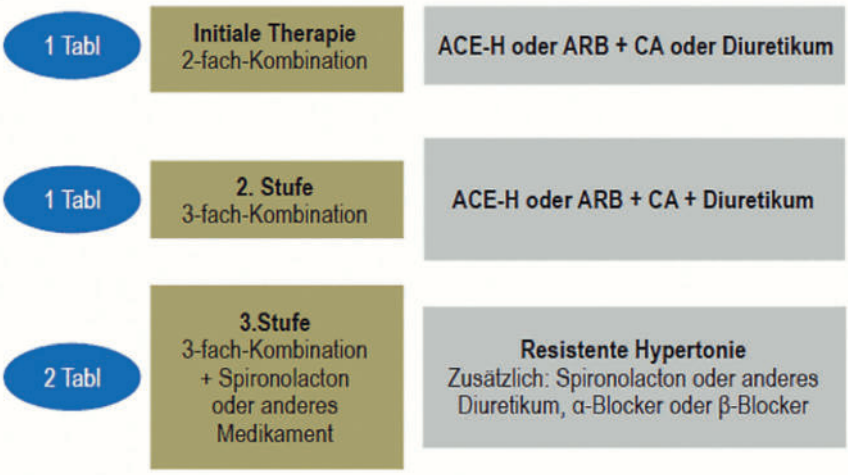
GRAFIK 1

Grenzwerte zum Beginn einer medikamentösen Therapie, primäres generelles Therapieziel (< 140 mm Hg) und anzustrebender Zielbereich des systolischen Blutdrucks in Abhängigkeit vom Alter in der ESH/ESC-Leitlinie 2018.



GRAFIK 2

Schema der medikamentösen Hypertoniebehandlung in der Europäischen Leitlinie 2018. Beginn mit einer fixen 2-fach-Kombination bei der Mehrzahl der Patienten. Eine Monotherapie sollte nur erwogen werden bei Patienten mit Grad-1-Hypertonie und niedrigem kardiovaskulären Risiko und bei Patienten ≥80 Jahre oder auch generell bei gebrechlichen Patienten (3).



ACE-H = ACE-Hemmer, ARB = Angiotensin Rezeptorblocker, CA = Calciumantagonist

Es ist wichtig, sein eigenes Risikoprofil zu bestimmen, um zu wissen, wie wichtig die Blutdrucksenkung ist und in welchem Bereich die Blutdruckwerte liegen sollten.

Medikamentöse Therapie:

Oft reicht eine alleinige Lebensstil-Änderung nicht aus, um die o.a. Zielwerte zu erreichen, insbes. wenn die Blutdruckwerte sehr hoch sind und/oder schwere Nebenerkrankungen vorliegen. Dann ist eine zusätzliche medikamentöse Therapie notwendig - aktuell bevorzugt auch in Kombination von 2-3 verschiedenen Wirkstoffen) und führt in den meisten Fällen zum Ziel (siehe u.a. Grafik 2).

Die wichtigsten Medikamentengruppen sind in der folgenden Tabelle aufgeführt (Beispiele):

- ACE-Hemmer (Abkürzung für Angiotensin-Converting-Enzym-Hemmer) (z.B. Ramipril, Enalapril, Captopril u.a.): diese blockieren die Umwandlung des Hormons Angiotensin (gefäßverengendes Hormon) im Körper und verlangsamen die schädlichen Umbau- und Anpassungsvorgänge des Herzens; eine mögliche Nebenwirkung ist ein trockener Reizhusten, Vorsicht bei erhöhtem Kaliumwert und / oder Niereninsuffizienz.
- AT1-Antagonisten (Abkürzung für Angiotensin-Rezeptor-Antagoonisten), sog. „Sartane“ (z.B. Candesartan, Losartan u.a.): Alternative oder Ergänzung zu ACE-Hemmer, z.B. bei Unverträglichkeit / Reizhusten.
- Calciumantagonisten (z.B. Amlodipin, Nifedipin, Verapamil, Diltiazem u.a.): diese Präparate erweitern die Gefäße und reduzieren insbesondere anfallsartige Gefäßkrämpfe, sog. Spasmen; eine häufige Nebenwirkung sind ein Anschwellen der Beine.
- Alpha-Blocker (z.B. Clonidin, Moxonidin u.a.). Wirkung “zentral” im Gehirn. Mögliche Nebenwirkung: z.B. Mundtrockenheit, Müdigkeit.
- Diuretika (Entwässerungsmittel), z.B. HCT, Triamteren, Torasemid, Furosemid: Entlastung des Herzens durch Ausscheidung von Salzen/Mineralien und damit Flüssigkeit aus dem überwässerten Körper. Mögliche Nebenwirkung: Wadenkrämpfe, Herzrhythmusstörungen, Erhöhung der Nierenwerte.
- Renin-Aldosteron-Antagonisten (z.B. Spironolacton): Ergänzung der blutdrucksenkenden Wirkung durch Wirkung im Stresshormon-System, bei Nierenerkrankungen nur mit Einschränkungen möglich (unter ärztlicher Kontrolle von Nierenwerten und Mineralien, insbes. Kalium)
- Betarezeptorenblocker (z.B. Metoprolol, Bisoprolol, Nebivolol, Carvedilol): Schutz des Herzens vor Stresshormonwirkungen; verlangsamt den Puls. Nebenwirkung: Bradykardie (zu langsamer Puls), niedriger Blutdruck, Antriebsarmut o.a. neurologisch-psychische Veränderungen, evtl. Impotenz bei Männern. Diese Medikamentengruppe sollte nach den neuen Leitlinien nur als Reservepräparat bei Herzerkrankungen (z.B. bei Herzschwäche oder Zustand nach Herzinfarkt) und bei Patientinnen während/vor einer geplanten Schwangerschaft eingesetzt werden; sie sind bei Asthma bronchiale nicht geeignet!
- Es gibt noch Reserve-Medikamente, die nur in seltenen Fällen eingesetzt werden und bei denen spezielle Einschränkungen bzw. Nebenwirkungen zu beachten sind.

Was ist wichtig bei der medikamentösen Behandlung?

- Oft reicht ein Medikament nicht aus, sodass in der aktuellen Leitlinie auch bereits zu Beginn eine Kombination von 2-3 Medikamenten empfohlen wird; es existieren viele Kombinationspräparate (mehrere Wirkstoffe in 1 Tablette), sodass die Einnahme der Tabletten auch einfach ist.
- Die Wirkung setzt oft erst nach Tagen oder Wochen ein, daher erfordert eine gute Blutdruckeinstellung Zeit, Geduld und eine ärztliche Betreuung.

- Anfängliche Symptome wie Schwindel oder Müdigkeit sind harmlos und verschwinden meistens, wenn der Blutdruck sich eingestellt hat
- Auch bei Dauereinnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten treten in der Regel keine gravierenden Nebenwirkungen ein.
- Eine regelmäßige Einnahme, möglichst zur gleichen Zeit, ist wichtig.

Wichtig: Eine Lebensstiländerung ist mindestens genauso wirksam wie alle Medikamente und hat keine Nebenwirkungen! Ggf. lässt sich durch dauerhafte Lebensstiländerung die Dosis der nötigen blutdrucksenkenden Medikamente senken, im Einzelfall sind diese evtl. langfristig sogar ganz verzichtbar. Wenn man die Lebensstil-Veränderungen aus eigener Kraft alleine nicht umsetzen kann, sind evtl. eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll (dies ist auch in Hamburg möglich, über den Hausarzt muss bei der Krankenkasse bzw. bei der Rentenversicherung ein entsprechender Antrag gestellt werden) oder auf Dauer z.B. eine Herzgruppe.

In besonders hartnäckigen Fällen, z.B. wenn der Blutdruck trotz Lebensstil-Änderungen und 5 verschiedener Blutdruck-Medikamente (in ausreichender Dosis) nicht gut einstellbar ist, können im Einzelfall im Rahmen von Studien spezielle technische Interventionen zum Ziel führen, wie z.B. eine Nierenarteriendenervation, die in speziellen Zentren / Kliniken mit speziellen Katheter-Techniken über die Nierenarterien durchgeführt werden; hierzu liegen jedoch bisher noch nicht ausreichend guten Daten vor, sodass eine solche Therapie keine Routinetherapie ist; Patienten sollten dies im Einzelfall mit ihrem Arzt besprechen und ggf. Kontakt mit einem Spezialzentrum aufnehmen, in denen dann die Eignung für solche technischen Therapiemaßnahmen im Rahmen von Studien geprüft werden kann.

Ich möchte zusammenfassen, dass Bluthochdruck eine sehr häufige und „tückische", da häufig nicht erkannte Volkskrankheit vor allem in sog. Wohlstandsländern ist, die zu ernsten und nicht selten auch zu tödlichen Folgeerkrankungen führen kann („Bombe mit langer Zündung"). Es gibt sehr viele Möglichkeiten, dieser Krankheit mit „natürlichen" Mitteln der Lebensstil-Änderung, wie z.B. regelmäßige Entspannung und Bewegung, z.B. in Herzgruppen, gesunde Ernährung u.a. günstig und sehr effektiv entgegen zu wirken („Entschärfung der Bombe"). Nach Möglichkeit sollten tägliche Selbstmessungen der Blutdruckwerte durchgeführt werden. Es gibt inzwischen eine Vielzahl von modernen und auch sehr gut verträglichen Medikamenten, die - auch in Kombination - sehr effektiv den Blutdruck normalisieren können; wenn alle diese Mittel im Einzelfall nicht ausreichend wirksam sind, kommt evtl. die Möglichkeit moderner Katheter-Interventionen (z.B. Nierenarteriendenervation) in Frage, die in Spezialzentren im Rahmen von Studien durchgeführt werden. Ein gut eingestellter Blutdruck ist in unserer heutigen „schnellen" Gesellschaft einer von vielen Faktoren für ein möglichst langes und gesundes Leben mit hoher Lebensqualität.

DIETHELM ULRICH NEETZ

Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Geriatrie, Sozialmedizin
Physikalische Therapie und Balneologie
Kardiovaskulärer Präventivmediziner DGPR®
Hypertensiologe DHL®
Chefarzt Geriatrie
Reha-Klinik am Sendesaal

EIN HERZ FÜR DEN SPORT

Über vierzig Jahre lang hat er sich unermüdlich für die Gesundheit und Fitness seiner Sportler eingesetzt. Nach so vielen aktiven Jahren, die er für den Verein DUWO 08 in Ohlstedt im Einsatz war, hat er nun seine Sportschuhe beiseite gestellt: Cord Uetzmann, Übungsleiter für Herzsport hat seinen Abschied genommen. Nun steht seine eigene Gesundheit im Vordergrund.

Schon seit 1972, als jungem Gymnasiallehrer in Ohlstedt, galt sein besonderes Interesse dem Sport bei DUWO 08. Mit vielfältigem Einsatz als Trainer und Übungsleiter für Handball, für Turnen und Gymnastik, darunter sogar Skigymnastik.

Sein Herzblut aber galt ganz besonders dem Herzsport. Und hier zählt er zu Recht zu den Pionieren , die von Anfang an an die Effektivität dieses besonderen Sport-

zweiges geglaubt und schließlich auch zum endgültigen Durchbruch verholfen haben. DUWO 08 war tatsächlich einer der ersten Vereine in Hamburg und sogar Deutschland, bei dem diese bislang unbekannte, völlig neue Art eines Gesundheitsprogramms angeboten wurde. Zunächst ohne die heute gültigen Richtlinien, dafür jedoch in engster Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Ärzten der ersten Jahre. Schritt für Schritt wurde in der Folge das Angebot für Herzsport verfeinert, die Abteilung bis zur heutigen Größe von rund sechzig Teilnehmern ausgebaut.

Die breite Anerkennung und das Vertrauen, die der Herz-und Koronarsport heute insgesamt genießt, ist ganz sicher in großen Teilen auch dem engagierten Einsatz von Cord Uetzmann zu verdanken.

DUWO 08 und ganz besonders seine Herzsportler bedanken sich bei einem einfühlsamen Motivator und Vorbild sowie einem großartigen Menschen !

HANS-JÜRGEN PRICK

INFO-RUBRIK:

WAS GENAU BEDEUTET EIGENTLICH...!?

KAPILLAREN

Kapillaren sind kleinste Blutgefäße, die für den Stoff- und Gasaustausch zwischen Blut und Gewebe zuständig sind. Sie werden auch als Haargefäße bezeichnet.

KARDIOMYOPATHIE

Der Begriff **Kardiomyopathie** umfasst eine Reihe von Erkrankungen der Herzmuskulatur, bei denen das Herz weniger leistungsfähig ist. Es zeigen sich Symptome einer Herzschwäche, die bis hin zum plötzlichen Herztod führen können. Der Herzmuskel weist eine veränderte Struktur auf und benötigt in der Regel medikamentöse Unterstützung.

VARIZEN

Varizen bzw. Krampfadern (von althochdeutsch krimpfan „krümmen“) sind knotigerweiterte (oberflächliche) Venen.

VASOSPASTISCHES SYNDROM

Anfallsweise funktionelle Engstellung der Finger- und Zehenarterien meist ausgelöst durch Kälte und Erregung . Anzeichen des **vasospastischen Syndroms** sind Blässe mit ggf. darauffolgender Blaufärbung der betroffenen Areale. Beim Abklingen des Anfalls schließlich Rötung als Ausdruck der reaktiven Mehrdurchblutung. Es können Taubheitsgefühl oder Missempfindungen bis hin zu Schmerz auftreten.

AORTENKLAPPE

Die **Aortenklappe** (Valva aortae) ist eine der vier Herzklappen. Sie liegt zwischen der Hauptschlagader (Aorta) und der linken Herzkammer und verhindert zu Beginn der Erschlaffungsphase (Diastole) des Herzens den Rückfluss des Blutes zurück in das Herz.

BETABLOCKER

Sogenannte **Betablocker** bzw. Betarezeptorenblocker, ß-Blocker oder auch Beta-Adrenozeptor-Antagonisten, sind eine Reihe ähnlich wirkender Arzneistoffe, die sich im Körper mit Beta-Adrenozeptoren verbinden, diese blockieren und so die Wirkung der „Stresshormone“ Adrenalin und Noradrenalin hemmen. Die wichtigsten Wirkungen von **Betablockern** sind die Senkung der Ruheherzfrequenz und des Blutdrucks, weshalb sie bei der medikamentösen Therapie vieler Krankheiten, insbesondere von Bluthochdruck und Koronarer Herzkrankheit, eingesetzt werden. Beispiele für Wirkstoffe sind: Bisoprolol, Atenolol, Metaprolol, Celiprolol, Propranolol, Talinolol.

LIEBE LESER,

Falls es einen bestimmten Begriff gibt, den Sie gerne einmal erläutert haben möchten oder falls Sie einen Vorschlag haben, welche weitere Definition wir im kommenden Heft abdrucken sollen, geben Sie uns gerne einen Hinweis! Wir freuen uns über Anregungen!

HERZ UND SCHILDDRÜSE

DIE BEZIEHUNG ZWISCHEN DIESEN BEIDEN ORGANEN

Dass es wichtige medizinische Beziehungen zwischen Herz und Schilddrüse gibt, ist seit langem bekannt.

Dennoch wird manchmal bei bestimmten Herzproblemen nicht gleich daran gedacht, dass die Schilddrüse die Ursache sein könnte oder zur Verschlechterung der Situation beiträgt.

Das kann unangenehme Folgen haben und die Behandlung der Herzbeschwerden erschweren bzw. den Erfolg verzögern.

Grundsätzlich sind aber sowohl die durch eine Schilddrüsenfunktionsstörung verursachten Herzprobleme als auch die zugrundeliegende Schilddrüsenerkrankung gut zu behandeln.

Auch hier gilt, dass Vorsorge das Beste ist. Diese ist denkbar einfach: Bei den üblichen Labor-Vorsorge-Untersuchungen beim Hausarzt wird in der Regel auch ein Schilddrüsenwert, der TSH-Wert, mitbestimmt. Wenn dieser normal ist, liegt in der Regel keine Schilddrüsen- Funktionsstörung vor. (Eine Schilddrüsenvergrößerung kann jedoch auch bei normalen Schilddrüsen-Blutwerten vorliegen. Die Schilddrüsenvergrößerung, sog. Struma, als solche, soll in diesem Beitrag jedoch nicht besprochen werden.)

Vielmehr sollen hier einige typische Herzprobleme dargestellt werden, bei denen eine Schilddrüsen-Funktionsstörung zugrunde liegt und bei denen es deswegen zu bedeutsamen und u.U. bedrohlichen Herz-Kreislaufstörungen kommen kann.

Eine **Überfunktion der Schilddrüse (Hyperthyreose)** kann u.a. folgende Symptome und Herzkrankheiten verursachen:

- Gewichtsabnahme trotz gesteigerten Appetits
- starkes Herzklopfen
- Herzrasen (Tachykardie)
- Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern)
- Bluthochdruck
- Luftnot
- Angina pectoris
- Auslösung oder Verschlechterung (Dekompensation) einer vorbestehenden Herzinsuffizienz

Die Behandlung der Schilddrüsenüberfunktion ist dann dringend erforderlich, um gleichzeitig die Herzsymptomatik erfolgreich behandeln zu können. Es gibt verschiedene Formen von Schilddrüsenüberfunktion, und die Behandlung muss entsprechend eingeleitet werden. In der Regel erfolgt eine Therapie mit sog. Thyreostatika. Zur Behandlung der kardialen Symptome, z,B. einer Tachykardie, werden Betablocker eingesetzt, ggfs. das bei Hyperthyreose geeignete Propranolol. Aber auch Metoprolol kommt als Betablocker in Betracht. Wenn ein sog. Autonomes Adenom („heißer Knoten“, Schilddrüsenautonomie) vorliegt, ist meistens eine definitive Therapie mit einer Radiojodtherapie oder auch Operation sinnvoll. Wieder anders sieht die Therapie bei einer Schilddrüsenentzündung aus.

Die Normalisierung der Schilddrüsenfunktion ermöglicht dann auch eine effektive Behandlung der Herzsymptomatik, z.B. von Vorhofflimmern. Zuvor ist meistens eine erfolgreiche Therapie der Herzrhythmusstörung nicht möglich.

Auch kann bei normalisierter Schilddrüsenfunktion eine vorliegende Herzinsuffizienz dann wirksam behandelt werden.

Eine **Unterfunktion der Schilddrüse (Hypothyreose)** führt zu folgenden Allgemeinsymptomen und kann folgende Herz –Symptome verursachen:

- Schwäche
- Energiemangel
- Kälteunverträglichkeit
- Gewichtszunahme
- Trockene Haut
- Wassereinlagerung (typisches „Myxödem“)
- u.U. Herzbeutelerguss
- langsamer Puls (Bradykardie)
- u.U. Herzmuskelerweiterung
- Cholesterinerhöhung im Blut
- bei chronischer Schilddrüsenunterfunktion gesteigertes Herzinfarktrisiko

Bei schwerer Hypothyreose ist die Patientin/der Patient stark beeinträchtigt und insgesamt verlangsamt. Es kann zu Wassereinlagerungen im Sinne eines sog. Myxödems kommen und es können ein Herzbeutelerguss oder eine Herzinsuffizienz entstehen. In dieser Situation kann wiederum eine Herzkrankheit nur wirksam behandelt werden, wenn gleichzeitig die Schilddrüsenunterfunktion therapiert wird.

Die Behandlung der Schilddrüsenunterfunktion erfolgt nach Diagnosestellung an Hand der krankhaften Blutwerte (ernied-

rigte Schilddrüsenhormone und erhöhter TSH-Wert) durch die zunächst vorsichtige niedrigdosierte Gabe von Schilddrüsenhormon als Tabletten. Die Dosis wird dann langsam über Wochen gesteigert und angepasst bis zur Normalisierung der Schilddrüsenhormone im Blut der Patientin/des Patienten.

Mit dem Herz-Echo kann ein Herzbeutelerguss diagnostiziert und seine Größe abgeschätzt werden

Amiodaron (Cordarex) und Schilddrüse

Bei dem Thema Herz und Schilddrüse muss unbedingt auch über das Herzrhythmus- Medikament Amiodaron (Amiodaron ist auch in dem Medikament mit Handelsnamen Cordarex enthalten) gesprochen werden.

Amiodaron ist ein hochwirksames Herzrhythmus-Medikament (Antiarrhythmikum), welches manche Patienten benötigen. Es kann verschiedene Nebenwirkungen haben. Eine mögliche Nebenwirkung ist eine Schilddrüsenfunktionsstörung, und zwar können sowohl eine Schilddrüsenüber- als auch eine Schilddrüsenunterfunktion auftreten. Amiodaron ist stark jodhaltig und kann durch eine Jodüberladung eine Hyperthyreose auslösen.

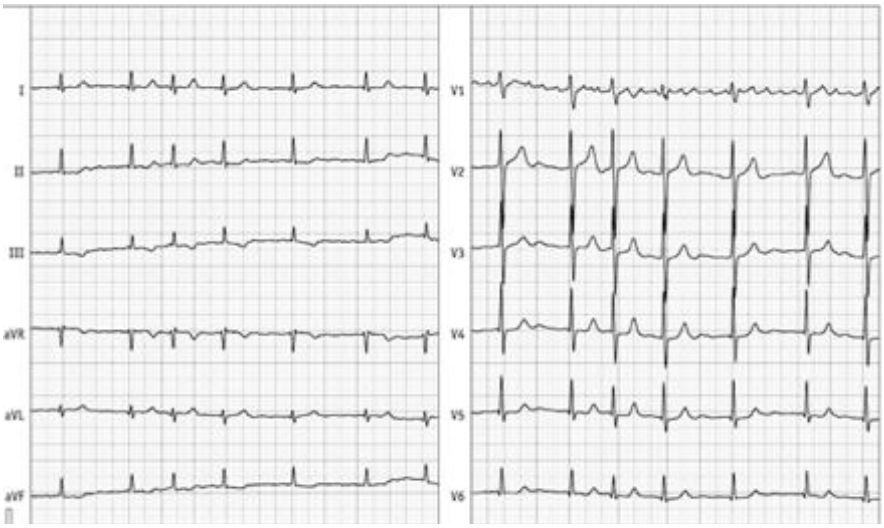
Deswegen sind regelmäßige, z.B. 3 monatliche Kontrollen der Schilddrüsenwerte erforderlich, um eine Schilddrüsenüberfunktion rechtzeitig zu erkennen. Amiodaron muss dann unverzüglich abgesetzt werden und man muss nach anderen Möglichkeiten der Rhythmustherapie suchen.

Amiodaron kann aber auch eine Schilddrüsenunterfunktion verursachen, da es bei einer akuten Erhöhung des anorganischen Jods zu einer Hemmung der Schilddrüsenhormonbildung kommen kann. Auch dieses Problem kann durch regelmäßige Kontrollen der Schilddrüsenwerte unter laufender Amiodaron-Therapie erkannt werden.

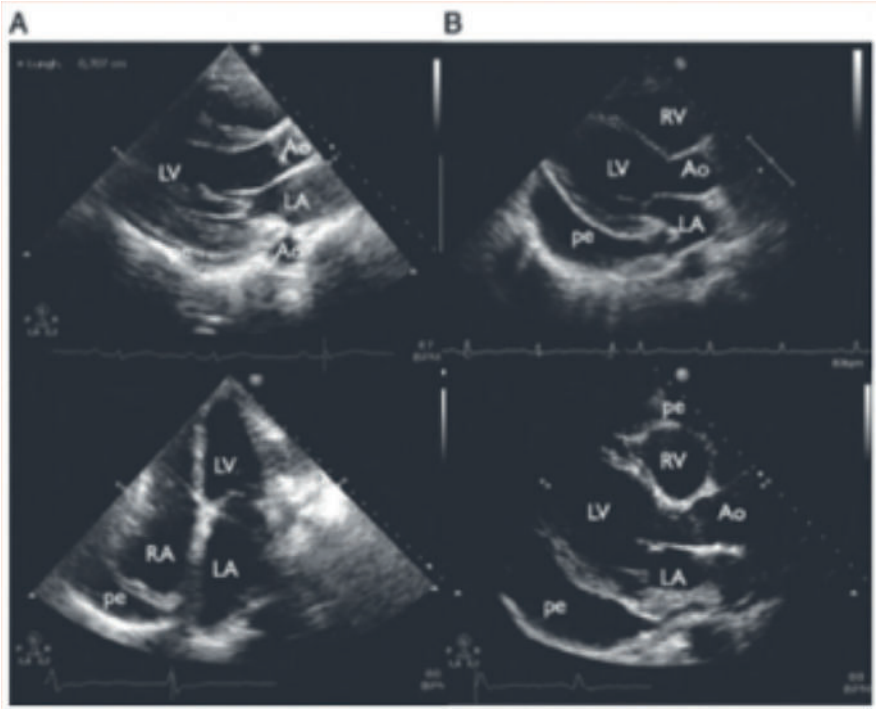
Diese kleine Übersicht zum Thema Herz und Schilddrüse soll einmal mehr auf die Zusammenhänge zwischen Erkrankungen beider Organe hinweisen. Es lohnt sich, daran zu denken, und manchmal kann auch die Patientin/der Patient die Ärztin/den Arzt daran erinnern oder nachfragen. Die Ärztin/der Arzt wird sicher nicht böse sein, und darauf hinweisen, dass sie/er schon die Schilddrüsenwerte überprüft hat oder es beabsichtigt!

DR. HENNING SEEVERS

Kardiologe; Kardiologisch-Pneumologische Gemeinschaftspraxis; Hamburg - Bergedorf



EKG – Diagnose Vorhofflimmern



Mit dem Herz-Echo kann ein Herzbeutelerguss diagnostiziert und seine Größe abgeschätzt werden
(Abb. aus Leitlinien „Perikarderkrankungen" der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie 2015)

Die semiquantitative Beurteilung der Größe des Perikardergusses basiert auf der Messung des größten enddiastolischen echofreien Raums in verschiedenen echokardiographischen Darstellungen.
Bild A: Ein kleiner Perikarderguss (< 10mm) findet sich meist posterior und neben dem echten Atrium gelegen.
Bild B: Bei mittelgroßen (10-20 mm) und großen (> 20 mm) Ergüssen werden die Ergüsse überall sichtbar.

Bestimmen Sie Ihren Gerinnungswert einfach selbst

Damit Sie sicher und unabhängig sind.

Ob zu Hause oder unterwegs:
Mit dem CoaguChek INRange System messen Sie – ähnlich wie bei einer Blutzuckermessung – Ihre Gerinnungswerte (in Quick oder INR) dort, wo Sie gerade sind. Den Umgang mit dem Gerät und die Dosierung Ihrer Gerinnungsmedikamente* können Sie leicht erlernen – sprechen Sie einfach Ihre Ärztin oder Ihren Arzt darauf an.

So schützen Sie sich besser vor Komplikationen wie z. B. einem Schlaganfall und haben Ihren Quick- oder INR-Wert jederzeit im Blick.

Wir helfen Ihnen bei Fragen
Rufen Sie uns einfach an unter der kostenfreien Telefonnummer **0800 0800855** von Montag bis Freitag, 08:00-18:00 Uhr.

*nur Gerinnungsmedikamente mit dem Wirkstoff Phenprocoumon.

Schulungen direkt bei Herz InForm

COAGUCHEK ist eine Marke von Roche.

© 2017 Roche Diagnostics. Alle Rechte vorbehalten.

Roche Diagnostics Deutschland GmbH
Sandhofer Straße 116
68305 Mannheim
www.roche.de
www.coaguchek.de

CoaguChek®