Defibrillator (ICD) Deutschland e.V.

www.defibrillator-deutschland.de

Bundesverband der Defi (ICD) Selbsthilfegruppen

Sonderdruck Medizinische Berichte

Ausgabe 4

aus ICD Aktuell - Newsletter

Körperliches Training
YOGA ist gut für`s Herz
Wassertabletten
Hohe Blutfettwerte senken
Telemedizin
Kongrässliches
Fritz die Fettzell
Defi-Studie
Sicher ins MRT
Psychologische Behandlung

Körperliches Training für Herzpatienten:

Wieviel wovon oder: Kann ich einem Herzinfarkt davon laufen? Teil 1

Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen in Hessen e.V.

Möglicherweise sind 90 Minuten Sport wöchentlich mit mäßiger Intensität bereits ausreichend.

Die Gesundheitsvorteile eines Freizeitsports sind allgemein bekannt, aber ob sich ein geringeres Maß an Sport als die empfohlenen 150 Minuten Sport pro Woche ebenfalls positiv auf die Lebenserwartung auswirkt, ist bislang unklar. Nun liegen die Ergebnisse einer Untersuchung aus Taiwan vor. An der Bevölkerungsstudie nahmen 416.175 Personen (davon 199.265 Männer und 216.910 Frauen) von 1996 bis 2008 teil. Die durchschnittliche Beobachtungszeit lag bei 8,05 Jahren. Ausgehend von dem Aufwand der wöchentlichen sportlichen Aktivität, die in einem Fragebogen zur Selbstbeurteilung angegeben wurde, konnten die Teilnehmer in fünf Kategorien für das sportliche Niveau eingeteilt werden: nicht aktiv, niedrig, mittel, hoch und sehr hohes Aktivitätsniveau.

Resultat: Verglichen mit den Personen in der inaktiven Gruppe hatten diejenigen in der Gruppe mit einer Aktivität auf niedrigem Niveau, die sich durchschnittlich 92 Minuten pro Woche oder 15 min pro Tag sportlich betätigten, ein um 14 % verringertes Gesamtmortalitätsrisiko und eine um drei Jahre höhere Lebenserwartung. Jede weitere Viertelstunde Sport über das Mindestmaß von 15 min täglich hinaus verringerte die Gesamtmortalität um weitere 4 % und die Gesamtkrebsmortalität um 1 %. Diese Vorteile zeigten Gültigkeit für alle Altersgruppen, beide Geschlechter und insbesondere auch für Menschen mit Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen. Sportlich inaktive Menschen hatten ein 17 % erhöhtes Mortalitätsrisiko im Vergleich zu den Teilnehmern in der Gruppe mit niedriger körperlicher Aktivität.

Quelle: Wen CP, Wai JPM, Tsai MK, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. The Lancet 2011; DOI:10.1016/S0140-6736 (11) 60749-6.

Eine Metaanalyse von 26 Studien zum Schutz vor Herzinfarkt durch körperliche Aktivität zeigt: Die größte Risikoreduktion diesbezüglich erzielt, wer statt nichts zu tun sich wenigstens etwas körperlich aktiviert. Bereits 15 Minuten strammes Gehen täglich reichen.

Nach den Ergebnissen der Metaanalyse sinkt das Herzinfarkt-Risiko bei körperlicher Aktivität von 150 Minuten pro Woche um 14 %. Wer sich 300 Minuten pro Woche moderat körperlich belastet, senkt sein KHK-Risiko um 20 %. Ein deutlich höheres Engagement von 750 Minuten pro Woche - eine gute Stunde jeden Tag - erhöht den Herzschutz auf 25 %. Was bedeutet das? Der größte Teil des Nutzens wird bereits mit wenig, aber regelmäßiger körperlicher Aktivität erzielt. Man kann die Risikopatienten, die sich bisher gar nicht bewegen, jetzt möglicherweise leichter für eine Herzgruppe gewinnen. Selbst Personen, die weniger als 15 Minuten täglich aktiv sind, erzielen bereits einen Effekt. Bei Frauen schien der kardioprotektive Nutzen ausgeprägter zu sein als bei Männern, berichten die Autoren der Harvard-Universität in Boston.

Quelle: J. Sattelmair et al., Circulation 2011: DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.010710

Neben einer ausgewogenen Ernährung gilt regelmäßige körperliche Bewegung als ein wichtiger Einflussfaktor zur Prävention von Übergewicht UND Herzinfarkten. Das Ausmaß der dafür notwendigen körperlichen Aktivität ist unklar.

Mehrere Leitlinien haben seit 2008 empfohlen, sich wenigstens 150 Minuten pro Woche moderat bis intensiv zu bewegen. Pro Tag wären das also mindestens 20 Min. strammes Spazierengehen, Walking, Jogging, Radfahren usw. Eine Studie aus den USA kommt zu dem Ergebnis, dass ein tägliches Pensum von rund 20 Minuten für diese Fragestellung wahrscheinlich nicht ausreichend ist. Im Zeitraum von 1992-2007 wurde bei 34.079 gesunden Amerikanerinnen (Durchschnittsalter 54 Jahre) untersucht, welcher Aufwand an körperlicher Bewegung zu welchen Gewichtsveränderungen bei normaler Ernährung führt. Zu Beginn der Studie und nach 3, 6, 8, 10, 12 und 13 Jahren wurden der Umfang der körperlichen Aktivität und das Körpergewicht erfasst.

Resultate: Die Frauen nahmen während des Untersuchungszeitraums durchschnittlich 2,6 Kilogramm zu. 13,5 % (4.540) der Frauen nahmen in den 15 Jahren um weniger als 2,3 kg zu. Deren Gewicht lag beim Studienstart unter einem BMI von 25 und sie bewegten sich während der gesamten Beobachtungsdauer durchschnittlich 60 Minuten pro Tag. Keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Gewichtsveränderungen und dem Bewegungsumfang gab es bei den Studienteilnehmerinnen mit einem BMI zwischen 25 und 29,9 sowie den Adipösen mit einem BMI von 30 und mehr. Unterscheidbare Wirkungen auf das Gewicht durch körperliche Aktivität gab es auch beim Bewegungsumfang unter 15 Min. und zwischen 15 und 60 Min. pro Woche. In beiden Gruppen waren aber die Effekte gegenüber dem Effekt in der Gruppe mit mehr als 60 Min. signifikant geringer. Damit belegen sie eine Art Dosis-Wirkungsbeziehung. Zwischen den beiden Gruppen mit geringerer körperlicher Aktivität waren die Unterschiede aber nicht statistisch signifikant. Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass die immer wieder in Leitlinien als wirkungsvoll empfohlene

durchschnittliche Bewegungsdauer von 150 Minuten pro Woche zu gering ist, um bei normaler Ernährung eine langfristige Gewichtszunahme zu verhindern. Ohne Reduktion der Kalorienaufnahme können Erfolge bei normalgewichtigen Frauen nur mit einem rund dreifach höheren Aufwand täglich (ca. 60 Minuten) erreicht werden. Frauen ab einem BMI von 25 müssen neben einer längeren Dauer der körperlichen Aktivität ihre Energieaufnahme reduzieren.
Eine andere Untersuchung von Jakicic et al. zur Wirkung einer Kombination körperlicher Aktivitäten mit kalorienreduzierter Diät bestätigt die Ergebnisse der Studie von Lee. Die von 1999 bis 2003 mit insgesamt 201 übergewichtigen bis adipösen, jungen bis mittelaltrigen Frauen durchgeführte Studie ergab, dass Kalorienreduktion allein nicht zu einer dauerhaften Gewichtsabnahme der übergewichtigen Teilnehmerinnen führte. Mehr als 10 % des Ausgangsgewichts abgenommen hatten am Ende des zweijährigen Interventionszeitraums nur Teilnehmerinnen, die zusätzlich zu ihrer Diät noch mindestens 275 Minuten pro Woche körperlich aktiv waren.

Quellen: Lee, IM et al.: Physical Activity and Weight Gain Prevention. JAMA 2010; 303 (12): 1173-1179. John M.Jakicic et al.: Effect of exercise on 24-Month Weight Loss maintenance in Overweight Woman. Arch Intern Med, 2008; 168 (14): 1550-1559

Dr. med. Klaus Edel
Innere Medizin - Kardiologie, Diabetologe, Hypertensiologe DHL, Sportmedizin, Notfallmedizin
Ärztlicher Direktor, Klinik Hochstaufen
Herkommerstr. 2, 83457 Bayerisch Gmain
www.rehaklinik-hochstaufen.de
Mitglied im Vorstand Defibrillator (ICD) Deutschland e. V.
k.edel@defibrillator-deutschland.de
Vorsitzender der Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-/Kreislauferkrankungen in Hessen e.V.,Landessportarzt Präventions- und Rehabilitationssport in Hessen, T.:+49 8651 771161, F.:+49 8651 771640

YOGA ist gut für`s Herz …

Man glaubt es kaum: neben Bewegung und Ernährung ist Yoga wohl geeignet den Blutdruck und damit das Herzinfarkt-Risiko zu senken. Eine Metaanalyse konnte zeigen, dass auch Yoga die Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen günstig beeinflusst. Die eher sanften Bewegungen senkten Blutdruck und Cholesterin-Werte ähnlich gut wie Ausdauertraining. Auch das Körpergewicht lässt sich durch regelmäßige Yoga-Übungen senken. Damit ist diese körperliche Bewegungsform indischer Herkunft vor allem für Menschen, die „natürlich“ Ihre Risikofaktoren senken wollen (ohne Pillen) oder auch Couch-Potatoes eine optimale Therapieoption.
Dass Yoga gut tut, ist unumstritten: Das sanfte, aber intensive Dehnen und Bewegen hilft bei der Entspannung, lindert Depressionen und hält das Gehirn jung. Das schon vor Jahrtausenden in Indien praktizierte Training von Körper und Geist umfasst Übungen, die Kraft und Koordination erfordern, aber eher langsam und bewusst ausgeführt werden. Gerade was die Koordination angeht haben wir Deutsche erhebliche Defizite. Zur Verhütung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen galt bisher aerobes Ausdauertraining in Kombination mit mildem Kraft-Training als besonders effektiv.
Ob Yoga hier mithalten kann und wie gut es das Herzinfarkt- und Schlaganfall-Risikofaktoren senkt, haben Forscher unter der Leitung von Myriam Hunink von der Erasmus Universität Rotterdam in einer Metaanalyse zusammengesucht.
Die Forscher werteten 27 kontrollierte Studien aus, an denen insgesamt 2.768 Personen teilgenommen haben. Bei allen Teilnehmern wurden zu Anfang und am Ende des sich über mehrere Monate erstreckenden Versuchszeitraums die Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gemessen: Blutdruck, Cholesterinspiegel, Körpergewicht und den Puls. Ein Teil von ihnen besuchte dann regelmäßig Yogakurse, Andere absolvierten herkömmliches Ausdauertraining in Form von Joggen oder Fahrradfahren. Eine dritte Gruppe machte gar keinen Sport.

Ergebnis: Yoga senkt Blutdruck und Cholesterin-Spiegel

Yoga wirkt vergleichbar wie klassisches Ausdauertraining. Die Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sanken bei beiden Bewegungsvarianten in ähnlicher Weise. So senkte regelmäßiges Yoga den oberen und unteren Blutdruck-Wert um durchschnittlich 5 mmHg, den Wert des "schlechten" LDL-Cholesterins um 10% und das Körpergewicht um fast 3 Kg. Auch der Puls der Probanden verringerte sich, was auf eine verbesserte Kondition hindeuten könnte.
Die Ergebnisse sind nicht zu unterschätzen: Sie zeigen, dass Menschen, die die traditionellen aeroben Sportarten nicht mehr ausüben können oder wollen, ihr Krankheitsrisiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall durch Yoga effektiv senken können. Vor allem für ältere Menschen oder solche, die Gelenkprobleme oder schwerwiegende Begleiterkrankungen haben die eine Teilnahme an Herzgruppen oder REHA-Sport unmöglich machen, ist Yoga demnach eine durchaus gleichwertige Alternative.
Yoga ist effektiv und steht dem körperlichen Training bezüglich der Risikofaktoren-Beeinflussung in nichts nach. Bezüglich der Wirkung gibt es nur eine Vermutung: die stress-senkende Wirkung. Das führe zu positiven Effekten auf den Stoffwechsel, die Hormone und die Herzfunktion.

FAZIT: Runter vom Sofa – rein in den nächsten Joga-Kurs.

Quelle:
Paula Chu (Harvard University, Cambridge) et al., European Journal of Preventive Cardiology, doi: 10.1177/2047487314562741

Dr. med. Klaus Edel

Wassertabletten (Diuretika) - Wann? Welche? Warum?

Wassertabletten, auch bekannt als Diuretika (den Urin befördernd), waren die ersten Medikamente zur Behandlung des Bluthochdrucks. Bis in die heutige Zeit sind entwässernde Mittel nicht aus der Therapie wegzudenken, da sie, mit Sinn und Verstand eingesetzt, eine sehr gute Wirkung zeigen und die mit Abstand preisgünstigste Therapie darstellen.

Wer sollte Wassertabletten bekommen?

Am häufigsten werden Diuretika dauerhaft zur Behandlung von Bluthochdruck und von Herzschwäche eingesetzt. Eine sehr gute Wirkung entfalten sie bei Menschen mit Wasseransammlung in der Lunge oder in den Beinen, aber auch bei Auftreten von Wasser im Bauchbereich, z.B. bei Leberzirrhose (Verhärtung der Leber). Im Falle einer hochgradigen Nierenschwäche kann die Wasseraustreibung über lange Zeit durch die Gabe von Wassertabletten aufrechterhalten werden.

Von der Einnahme dieser Tabletten zur schnelleren Gewichtsreduktion kann nur abgeraten werden - immer wieder wird von solchen Fällen berichtet, die unter Umständen tödlich enden können, wenn die Diuretika nicht kontrolliert unter ärztlicher Aufsicht eingenommen werden (s. Abschnitt Nebenwirkungen).

Wie wirken Wassertabletten?

Sie sorgen dafür, dass die Nieren verstärkt Salz und Wasser aus dem Körperausschleusen. Dadurch wird die Flüssigkeitsmenge im Körper geringer und der Blutdruck sinkt. Der Angriffspunkt der Diuretika in der Niere sind die Nephrone (= Nierenkörperchen), von denen eine Niere etwa eine Millionen besitzt. Bei den Nephronen handelt es sich um ein komplexes System aus winzigen Kanälchen, die den Wasser- und Mineralstoffhaushalt im Körper regulieren. Ein Nephron, welches als Filtrationseinheit angesehen werden kann (Mini-Kläranlage), besteht aus Glomerulus, Bowman-Kapsel und Harnkanälchen (Tubulus renalis). Letztere werden in verschiedene Abschnitte eingeteilt (proximaler Tubulus, Henle`sche Schleife, distaler Tubulus). Die Konstanthaltung des Wasser-Elektrolyt-Gleichgewichts geschieht durch Rückresorption bzw. Sekretion in den Tubulus (Sammelrohr zur Rückgewinnung eines Teils der gefilterten Nierenflüssigkeit).

Wassertabletten - 4 Wirkstoffgruppen

Die entwässernden Tabletten lassen sich in vier unterschiedliche Gruppen einteilen:

- Schleifendiuretika sind sehr schnell und extrem intensiv wirksame Entwässerungsmittel, die den Salzrücktransport zu Beginn des Sammelrohres hemmen. Substanzbeispiele: Furosemid, Torasemid, Bumetanid, Etacrynsäure, Piretanid.
- Thiaziddiuretika (leider gibt es dafür keinen deutschen Begriff) wirken über zwei Hauptmechanismen: Reversible Hemmung des Salzrücktransportes (aber weiter weg vom Ursprungsort der Urinentstehung als die Schleifendiuretika) und Verminderung der Filtration des Primärurins. Ihre Wirkung ist trotz der zwei Angriffspunkte schwächer als die der Schleifendiuretika. Substanzbeispiele: Hydrochlorothiazid (HCT), Chlorthalidon, Xipamid, Indapamid. Hydrochlorothiazid wird oft in Kombination mit blutdrucksenkenden Medikamenten in einer Tablette eingesetzt. Chlortalidon wird bald in Deutschland mehr an Bedeutung gewinnen. Es ist die Wassertablette mit der längsten Halbwertszeit, d.h. der längsten Wirkung. Mit anderen Worten: diese Tablette wirkt länger als ein Tag. Sollte die Tabletteneinnahme einmalig vergessen werden so ist immer noch die Restwirkung der zuletzt eingenommenen Tablette vorhanden, während beispielsweise die Wirkung einer Tablette Lasix nach 4 Stunden deutlich nachlässt.
- Kaliumsparende Diuretika wirken ebenfalls über eine Hemmung des Salzrücktransportes, aber am äußersten Ende des sogenannten Sammelrohres in dem auch die Schleifen- und die Thiaziddiuretika wirken. Kein Wunder, dass es sich hier um die am schwächsten wirksamen Diuretika handelt. Sie werden eingesetzt, wenn es um eine möglichst milde Therapie geht und wenn unter anderen entwässernden Medikamenten zu viel Kalium verloren geht. Substanzbeispiele: Amilorid, Triamteren.
- In die 4. Gruppe gehören die Aldosteron-Antagonisten. Diese Medikamente binden am gleichnamigen Rezeptor und hemmen dadurch die Salz-Rückgewinnung und die Kaliumausscheidung. Sie werden vor allem eingesetzt bei Wasseransammlungen im Bauchraum (Aszites), z. B. bei Leberzirrhose, sowie als zusätzliches Medikament bei chronischer Herz-schwäche oder schwerem Kaliumverlust bedingt durch andere entwässernde Medikamente. Substanzbeispiele: Spironolacton, Eplerenon.

Nebenwirkungen

Entwässernde Medikamente sind im Allgemeinen gut verträglich und waren deshalb lange Zeit das Medikament der ersten Wahl bei Bluthochdruck. Aus mehreren neueren Studien zur Therapietreue weiß man, dass wegen des mehr oder weniger ausgeprägten Harndrangs kein Mensch gerne und vor allem nicht über längere Zeit diese Medikamente nimmt. Diuretika werden deshalb z.B. in der Therapie des Bluthochdrucks meist in Kombination mit besser verträglicheren Substanzen eingesetzt. Die Symptome der nun folgenden Liste können sowohl individuell als auch die Wirkstoffe betreffend sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Auch erhebt diese Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Nebenwirkungen Ihrer Wassertablette entnehmen Sie bitte dem „Waschzettel“ (Beilage in der Verpackung).

Häufige unerwünschte Wirkungen sind:
- Kaliummangel mit der Folge von Herzrhythmusstörungen
- Salzmangel, der zu Verwirrtheitszuständen führen kann
- Schwächegefühl und Müdigkeit
- Schwindelgefühl beim Stehen (vor allem bei älteren Menschen)
- Muskelkrämpfe (besonders in den Waden)
- Mundtrockenheit
- Hautrötungen und - reizungen, am häufigsten Bauch und Unterarme betreffend
- eingeschränktes Sehvermögen
- geringfügiger Anstieg der Blutzucker- und Blutfettwerte
- Flüssigkeitsverlust (Dehydrierung) mit Thromboseneigung wegen der Eindickung des Blutes

Zusammenfassung:
- Eine Therapie mit Wassertabletten soll nur dann erfolgen, wenn die Gabe von Diuretika sinnvoll ist. Nicht umsonst stehen Diuretika auf der Doping-Liste.
- Wegen dieser Vielzahl von Nebenwirkungen ist jeder Arzt angehalten, die Verordnung von Wassertabletten auf das Nötigste zu beschränken.
- Die Einnahme eines Diuretikums zur Senkung von hohem Blutdruck ersetzt nicht Rauchverzicht, Bewegung von mindestens 4 Stunden pro Woche, Gewichtsnormalisierung bei Übergewicht und eine herzgesunde Kost.

Dr. med. Klaus Edel

Hohe Blutfette - wie senken? Studienlage zur Einnahme von blutfettsenkenden Medikamenten

Killer No. 1 - Verfettung und letztendlich Verkalkung der Herzkranzgefäße

Laut Statistischem Bundesamt 2012 ist der Killer unseres Jahrhunderts die chronische Herzerkrankung, die auf einer fortschreitenden Verengung der Herzkranzgefäße beruht. Auf Platz 2 liegt bei den Frauen die Herzschwäche, bei den Männern der Herzinfarkt. Die Behandlung der Durchblutungsstörung des Herzens folgt der sogenannten Leitlinienempfehlung: Nach Auswertung vieler aussagekräftiger Studien mit Tausenden von Betroffenen, die unter kontrollierten, streng überwachten Bedingungen behandelt wurden, erstellt ein unabhängiges Expertenkomitee die Handlungsempfehlungen für die tägliche Praxis.

Im Fall der chronischen Durchblutungsstörung des Herzens sind dabei folgende Medikamente vorgeschrieben:
- Aspirin (hemmt die Verklumpung der Blutplättchen)
- Betablocker (reduziert die Zahl der Herzschläge und verbessert dadurch die Durchblutung des Herzmuskels)
- Cholesterinsynthesehemmer, die Statine (Erniedrigen den LDL-Cholesterin-Spiegel im Blut)

Was ist LDL-Cholesterin?

Fette (z.B. Cholesterin) sind weder in Wasser noch in Blutflüssigkeit löslich. Um sie transportieren zu können, werden die Fette, sobald sie sich im Blut befinden, an bestimmte Eiweißkörper (Proteine) gebunden. Diese Verbindungen aus Lipiden (Fetten) und Proteinen (Eiweißen) werden als Lipoproteine bezeichnet.
Das LDL-Cholesterin, auch das schlechte Cholesterin genannt, ist eine solche Eiweiß-Fett-Kombination. Sie transportiert Cholesterin in die Körperperipherie zu Zellen, die dafür Andockstationen (Rezeptoren) besitzen. Leider hat das LDL-Cholesterin aber auch Nachteile: Es dringt bei einem Überangebot an Cholesterin in die Innenhaut der Arterien ein und führt zu einer Gefäßverfettung und letztendlich zur Arteriosklerose.

Statine senken die Gesamtsterblichkeit bei Nicht-Herzkranken NICHT

Zur Verhütung der Gefäßverfettung und damit letztendlich von Herzinfarkt oder Schlaganfall gibt es Mittel zur Senkung der Blutfette. Die wirkungsvollste Medikamentengruppe sind die Statine. „Der Spiegel“ gibt die Meinung von Prof. Erdmann wie folgt wieder:
Die vielen Menschen, die zur Vorbeugung einer Gefäßverkalkung Statine nehmen, irren, wenn sie denken, dass sie dann kein Risiko mehr hätten einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden. Unlängst war im Deutschen Ärzteblatt zu lesen: In einer großen Zusammenschau wurden 11 kontrollierte Studien mit 65.229 Patienten eingeschlossen, in denen ein Statin gegen ein Scheinmedikament in der Wirkung auf die Gesamtsterblichkeit bei Patienten OHNE HERZERKRANKUNG untersucht worden war. Nach einer Beobachtungszeit von durchschnittlich 3,7 Jahren lag der LDL-Cholesterinspiegel in der Gruppe die das Scheinmedikament genommen hat bei 134 mg/dl, in der Statingruppe bei 94 mg/dl.
Damit lag der LDL-Cholesterinspiegel in einem wünschenswerten Bereich. In der Statingruppe wurde jedoch die Gesamtsterblichkeit im Vergleich zu Placebo nicht signifikant verringert. Auch zwischen der Höhe und Senkung des LDL-Cholesterinspiegels sowie der relativen Reduktion der Gesamtsterblichkeit ergab sich kein signifikanter Zusammenhang.

Statine senken die Gesamtsterblichkeit bei Herzkranken

Die absolute Risikoreduktion durch eine Statintherapie hängt von dem globalen Gefäßrisiko eines Menschen ab. Je größer das Risiko, desto mehr profitiert der Betroffene NACH einem Herzinfarkt oder Schlaganfall von der Statintherapie. Weil nur etwa 30 Prozent der vaskulären Ereignisse durch Statine verhindert werden können, muss eine Statintherapie immer in ein Konzept eingebunden werden, in dem alle Risikofaktoren reduziert werden. Prof. Erdmann hat Recht: Die fettsenkende Tablette nehmen, aber weiter Faulenzen ist NICHT der richtige Weg!

Da war doch noch ein anderer Fettsenker: Ezetimib

Reicht die mit einem Statin erzielte LDL-Senkung nicht aus, besteht die Möglichkeit einer Kombinationstherapie mit dem Cholesterin-Resorptionshemmer durchzuführen: Ezetimib. Der seit Ende 2002 auf dem Markt verfügbare Wirkstoff hemmt die Aufnahme von Cholesterin aus dem Darm. Damit wird ein noch niedrigerer LDL-Cholesterinspiegel erreicht. ABER: Bislang konnte in keiner einzigen Studie ein Nutzen von Ezetimib bezüglich Verhinderung von Herzinfarkten oder Schlaganfällen oder Verringerung der Gesamtsterblichkeit gezeigt werden. Daher ist die Einnahme dieses Medikamentes NICHT zu empfehlen.

Statinunverträglichkeit

Hierunter fallen subjektive und objektive mit der Statin-Einnahme in Verbindung gebrachte unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Praktisch am bedeutsamsten sind Muskelprobleme und eine Erhöhung der Leberwerte (bis zum 3-fachen der Norm ist der Toleranzbereich bei blutfettsenkenden Medikamenten).

Regelmäßige Laborkontrollen sind zwingend erforderlich und der betreuende Arzt muss von der Norm abweichende Ergebnisse, die auf eine Statinunverträglichkeit hindeuten, ansprechen.

So muss die Therapie mit Statinen abgebrochen werden bei Muskelschmerzen mit einer Erhöhung des muskelspezifischen Enzymwertes auf das 10-fache der Norm oder Hinweisen auf einen Muskelzerfall.

Zusammenfassung:

Eine blutfettsenkende Therapie mit Statinen kann nur Menschen mit einer nachgewiesenen chronischen koronaren Herzerkrankung empfohlen werden. Die Einnahme eines Blutfettsenkers ersetzt nicht Rauchverzicht, Bewegung von mindestens 4 Stunden pro Woche, Gewichtsnormalisierung bei Übergewicht und eine herzgesunde Kost.

Nahrungsergänzung zur Cholesterinsenkung?

Große Auswahl, schwache Daten

Cholesterinsenkend - das versprechen eine Reihe von Kapseln, Tabletten oder Pülverchen, die es in Reformhäusern und Drogerien aber auch via Internet zu kaufen gibt. Sie enthalten zum Beispiel Extrakte von Knoblauch, Artischocken, grünem Tee, Gelbwurz oder rotem Reis. Als pflanzliche Cholesterinsenker gelten auch gelbildende Ballaststoffe wie indischer Flohsamen, Guar oder Haferkleie und natürlich Phytosterole (pflanzliche Fette, die dem Cholesterin ähneln und dessen Aufnahme aus dem Darm hemmen), die zum Beispiel Margarine zugesetzt sind. Auch Fischölkapseln mit den mehrfach ungesättigten Omega-3-Fettsäuren Eicosapentaensäure (EPA) und Docosahexaensäure (DHA) werden zur Herzinfarktvorbeugung angepriesen. Zweifel am Nutzen dieser Mittel ist aber angebracht. Das Urteil der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft ist eindeutig: Für pflanzliche Mittel als Nahrungsergänzungsstoffe, sog. „Functional Food“, Vitamine, Phytotherapeutika (zum Beispiel Knoblauch- oder Artischockenpräparate) oder Omega-3-Fettsäuren fehlen sichere Belege zur Reduktion von Herz-Kreislauferkrankungen, der Zahl von Todesfällen bei Arteriosklerose der Herzkranzgefäße oder der Wahrscheinlichkeit einen Herzinfarkt zu erleiden. Die Evidenz ist daher für eine Empfehlung unzureichend.

Phytosterole werden nicht überall so kritisch gesehen. In den USA werden Lebensmittel, die mit Pflanzensterinen angereichert sind, von den dortigen Herzgesellschaften empfohlen, erklärte Dr. Oliver Weingärtner vom Klinikum Oldenburg in einem Interview für die Zeitschrift „Herz Heute“. In Kanada seien diese Produkte jedoch verboten worden, nachdem sie ohne Genehmigung in den Handel gebracht worden waren. Grundlage für diese Entscheidung war die Beobachtung, dass Ratten, deren Futter mit Pflanzensterinen angereichert wurde, deutlich früher starben als normal gefütterte Tiere. Der Kardiologe Weingärtner riet von Nahrungsmitteln ab, die mit Pflanzensterinen angereichert sind. „Denn sie senken zwar den Cholesterinspiegel, aber es ist nicht nachgewiesen, dass diese Form der Cholesterinsenkung vor Herzinfarkt und Schlaganfall schützt.“ Vielmehr gäbe es Hinweise darauf, dass sie das Risiko für eine Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße sogar erhöhen.

Studie: Fischöl schützt nicht mehr als Olivenöl

Niederschmetternd war das Ergebnis einer aktuellen Studie zum Nutzen von Fischölkapseln. „Omega-3-Fettsäuren schützten Risikopatienten nicht besser vor ersten Infarkten und Insulten als Olivenöl“, heißt es in einer italienischen Studie. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass Personen mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko nicht von einer Supplementation mit einem Gramm Fischöl täglich über fünf Jahre profitierten. Verglichen mit Probanden, die täglich eine Kapsel mit einem Gramm Olivenöl schluckten, fand sich kein Unterschied.

Im Gegensatz zum Nahrungsergänzungsmittel aber nutzt der Verzehr von fettem Fisch schon zur Vorbeugung vor einen Schlaganfall.

In einer zusammenfassenden Analyse von zwölf Studien konnte festgestellt werden, dass nicht nur durch eine Ernährungsumstellung hin zu Sojaprodukten, sondern auch eine Ernährungsumstellung mit mehr Aufnahme von Linsen und Erbsen, den LDL-Cholesterinspiegel senken den HDL-Spiegel anheben können. Die zusammenfassende Empfehlung der Ärzte, die diese Studien analysiert haben, lautet: drei Portionen Hülsenfrüchte pro Woche zu essen.

Fazit zur pflanzlichen Blutfettsenkung:

Der Wunsch, mit vermeintlich harmlosen Pflanzenpräparaten den Cholesterinspiegel zu senken, ist verständlich. Der Nutzen ist aber ungewiss. Uneingeschränkt empfehlenswert ist ein gesunder Lebensstil. Hier stehen eine ausreichend körperliche Aktivität, das Aufgeben des Rauchens, gesundheitlich ausgewogene Ernährung und eine Gewichtsnormalisierung im Vordergrund. Wenn Sie dann regelmäßig Lachs, Thunfisch oder Hering, Knoblauch, Artischocken, roten Reis, grünen Tee und Haferkleie zu sich nehmen, können sie eigentlich nichts falsch machen.

Dr. med. Klaus Edel

Die Einnahme von blutfettsenkenden Medikamenten - Wer? Wann? Update 2015

Die „bösen“ Blutfette

Die vermeintlich gute Nachricht: Erhöhte Blutfette haben nur wenig mit unserem Essverhalten zu tun. Wenn Sie sich über mehrere Wochen strikt mediterran ernähren, so sinkt Ihr Gesamtcholesterinwert um klägliche 10%. Die schlechte Nachricht: Das soll kein Aufruf sein, eine herzgesunde Kost mit viel Obst, Gemüse, Olivenöl, einer Hand voll Nüssen und möglichst wenig Fleisch durch die gute alte Hausmannskost zu ersetzen. Diese Ernährungsumstellung wäre ein Schritt in die falsche Richtung - spätestens beim nächsten Schlussverkauf käme die Reue. Sie würden nicht nur mehr Speck auf den Hüften haben, sondern auch unweigerlich Ihr Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko erhöhen. Betrachten Sie mit Ihrem Hausarzt zusammen deswegen bitte nicht den Gesamtfettwert, der keine gute Korrelation zu Ihrem Herzinfarkt-Risiko hat, sondern den Wert des „bösen“ Cholesterins, den LDL-Cholesterin-Wert. Eine sehr große, über mehrere Generationen durchgeführte Untersuchung konnte zeigen, dass durch eine mediterrane Kost der Wert des LDL-Cholesterins um bis zu 40% bei Männern und um ca. 30% bei Frauen fallen kann, was das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko ohne Einnahme von Medikamenten deutlich vermindert . Für jede absolute Absenkung des LDL-Spiegels um 25 mg/dl ist eine relative Risikoreduktion kardialer Ereignisse von 10-15% zu erwarten. Wenn das kein Grund für eine baldige Ernährungsumstellung ist?

Wofür brauchen wir Cholesterin?

Über die Nahrung nehmen wir Fette (z. B. Cholesterin) auf. Sollten Sie, aus welchen Gründen auch immer, extrem fettarm essen, so sei Ihnen versichert, dass Sie keinen Cholesterinmangel erleiden werden. Unsere Leber ist in der Lage das Cholesterin, das wir täglich brauchen, selbst herzustellen. Was passiert bei einem Überschuss an LDL-Cholesterin? Es lagert sich in der Innenschicht der Arterien ab und kann zur Fettablagerung, der Arteriosklerose führen.

Gibt es einen Grenzwert, ab dem dieser Prozess stattfindet?

Ja. Auf Grund groß angelegter Studien die den Überlebensvorteil bei niedrigem LDL-Wert zeigen ist der Grenzwert über die letzten Jahre immer weiter gesunken. Ihr LDL-Cholesterin-Wert sollte unter 100 mg/dl, wenn möglich sogar unter 70 mg/dl liegen. Dieser Grenzwert gilt für alle Menschen in der Sekundärprävention, d.h. mit Durchblutungsstörungen am Herzen, der so genannten Koronaren Herzkrankheit (KHK), für alle Betroffenen nach Schlaganfall und für alle Diabetiker. Es ist der aktuelle internationale Richtwert. Ein Überschreiten dieses Wertes ist mit einer Zunahme an tödlichen und nichttödlichen Herzinfarkten sowie an Todesfällen verbunden. Deswegen sollte in der Sekundärprävention (s. Tabelle 1) mit allen Mitteln versucht werden, den Wert für das „böse“ Cholesterin im Zielbereich von unter Hundert oder noch tiefer zu halten. In Abhängigkeit von Ihren Risikofaktoren wird Ihr ganz persönlicher LDL-Zielwert festgelegt. Sollten Sie völlig gesund sein, so gelten die nicht ganz so strengen Zielwerte bei Risikofaktoren in der Primärprävention (s. Tabelle 1).

Cholesterin-Senkung mit Medikamenten

Sollte es Ihnen nicht möglich sein Ihren LDL-Zielwert durch eine herzgesunde Kost zu erreichen, so muss medikamentös behandelt werden. Hierfür stehen blutfettsenkende Tabletten, die Statine, zur Verfügung. Statine hemmen das Schlüsselenzym der Fettherstellung in der Leber und senken so den LDL-Cholesterin-Spiegel im Blut. Damit stellen sie laut den aktuellen Leitlinien einen wesentlichen Baustein in der Behandlung dar und bekämpfen wirkungsvoll einen der Haupt-Risikofaktoren für das Fortschreiten bzw. die Entwicklung einer KHK - erhöhte Blutfettwerte.

Stellenwert der Statin-Therapie bei Patienten mit Herz-Bypass-Operation

Speziell für Patienten in der Herzchirurgie kann darüber hinaus ein klinisch relevanter, positiver Effekt der Statine abgeleitet werden. So untersuchte die bisher umfassendste Meta-Analyse zur Statin-Therapie in der Herzchirurgie die Ergebnisse aus 19 Studien mit insgesamt mehr als 30.000 Patienten, die sich einer Bypass-Operation am Herzen unterziehen mussten.

Darin zeigte sich, dass eine präoperative Statin-Einnahme im Vergleich zur Gabe eines Scheinmedikamentes sowohl mit einer reduzierten Sterblichkeit als auch mit einer geringeren Rate von postoperativem Vorhofflimmern und Schlaganfall einherging.

Eine hohe LDL-Cholesterin-Konzentration im Blut zählt zu den wichtigsten Faktoren für die Entwicklung sowie das Voranschreiten einer KHK, die nicht selten durch die Einbringung einer oder mehrerer Gefäßstützen oder eine Herz-Bypass-Operation behandelt werden muss. Daher liegt der Gedanke nahe, dass sich eine Senkung des LDL-Cholesterin-Spiegels durch Statine vor Bypass-Operationen positiv auf das Operationsergebnis auswirken könnte. Tatsächlich konnte in einer der ersten herzchirurgischen Studien zu dieser Fragestellung an 77 Patienten gezeigt werden, dass eine vier Wochen vor der Operation gestartete Statin-Therapie verglichen mit Patienten die keine Statine erhielten nicht nur den Cholesterin-Spiegel deutlich zu senken vermochte, sondern auch signifikant mit einer geringeren Rate an postoperativen Herzinfarkten verknüpft war. Eine Untersuchung ein Jahr nach der Operation deckte eine höhere Rate an offenen Bypass-Gefäßen in der Statin-Gruppe auf. Auch neuere Studien, die den Einfluss einer blutfettsenkenden Therapie auf das Ergebnis nach Bypass-OP`s beleuchteten, kamen zu vergleichbaren Ergebnissen.

In Bezug auf die Behandlung mit blutfettsenkenden Tabletten gilt zusammenfassend als allgemeine Empfehlung, die Therapie präoperativ so spät wie möglich zu beenden und postoperativ möglichst früh wieder aufzunehmen.

Stellenwert der Statine bei Patienten nach Herzklappen-Operation

Ähnlich wie für Patienten mit KHK gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang von erhöhten LDL-Cholesterin-Werten im Blut und dem Auftreten einer Herzklappenverkalkung oder -verengung. Parallel zu den Ergebnissen bei KHK-Patienten zeichnet sich in Bezug auf die positiven Wirkungen einer Statin-Therapie bei Herzklappenverengung ebenfalls ein vorteilhafter Trend ab.
Denn unter Statin-Behandlung konnte ein gemindertes Fortschreiten allerdings nur bei rheumatischen Aortenklappenstenosen verglichen mit Patienten ohne Statin-Therapie beobachtet werden. Eine Statin-Gabe wirkte sich bei Patienten nach Herzklappenoperationen in retrospektiven Studien in Hinblick auf die Sterbewahrscheinlichkeit positiv aus. Im Gegensatz dazu konnte dieser Effekt in einer neueren Observationsstudie jedoch nicht belegt werden. Eine postoperativ durchgeführte Statin-Gabe konnte die Wiederverengung nach biologischem Aortenklappenersatz im Vergleich zu Placebo nicht mildern. Insgesamt scheinen Statine auch bei Patienten mit Herzklappenersatz einen schützenden Effekt auszuüben, wenn auch der Zusammenhang einer erhöhten LDL-Konzentration und dem Schweregrad der Klappenverkalkung zwar gegeben, aber weniger ausgeprägt ist verglichen mit der Ausprägung der Arterienverfettung im Rahmen einer KHK. Dies nährt die Vermutung, Statine könnten neben ihrem Effekt auf die LDL-Verminderung weitere, günstige Wirkungen abseits der Blutfettsenkung besitzen.

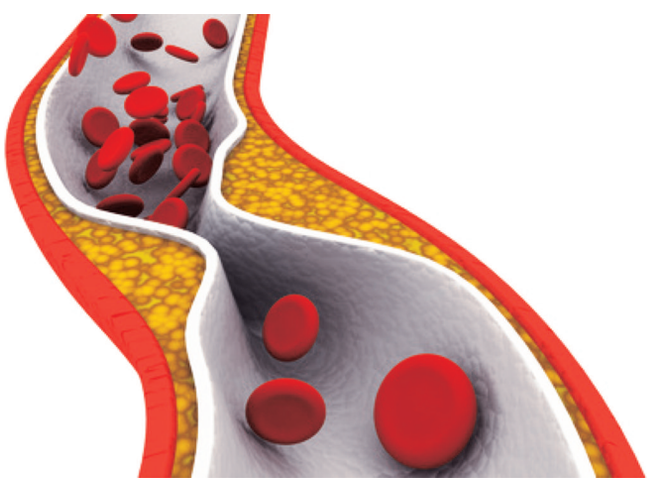
Was können blutfettsenkende Tabletten alles leisten?

Bisher ist nur unzureichend geklärt, ob der positive Effekt der Statine auf der blutfettsenkenden Wirkung alleine beruht, oder ob unabhängige (sog. „pleiotrope“) Mechanismen für den Überlebensvorteil verantwortlich zu machen sind. Konkret lassen sich diese pleiotropen Wirkungen beispielhaft am postoperativen Auftreten von Vorhofflimmern gut darstellen, da dieser Zusammenhang intensiv untersucht worden ist. Die Auftretenswahrscheinlichkeit von Vorhofflimmern nach herzchirurgischen Eingriffen besonders unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine liegt in den ersten postoperativen Tagen bei 20-40% und ist mit einer erhöhten Sterblichkeit verknüpft.
Ein wesentlicher Auslösefaktor für postoperatives Vorhofflimmern stellt eine messbare Entzündungsreaktion dar. Gerade am dritten postoperativen Tag, an dem die Entzündung in den meisten Fällen gipfelt, kommt es auch am häufigsten zum Vorhofflimmern. Die Wirkung von Statinen auf das Ausmaß der postoperativen Entzündung wurde mehrfach untersucht mit dem Ergebnis einer niedrigeren Rate an postoperativem Vorhofflimmern bei Patienten unter Statin-Behandlung.

Diese Untersuchungen wurden bereits in einer Meta-Analyse zusammengefasst, die den positiven Effekt der Statine untermauern. Auch die Erfolgsrate von einer intraoperativ durchgeführten Vorhofablation kann durch eine vorherige Statin-Gabe gesteigert werden.

Statine - was beeinflusst deren Wirkung, bei wem wirken diese Blutfettsenker besonders gut?

Wissenschaftler in Durham, North Carolina, USA, untersuchten die Wechselwirkungen zwischen genetischer Veranlagung, Mikroorganismen und Umwelt. Dieses Konzept wendeten sie nun auf die Statin- und speziell die Simvastatin-Therapie an. Sie analysierten dafür die Plasmaproben von 944 freiwilligen Versuchspersonen. Die Studienteilnehmer hatten einen Cholesterinwert zwischen 160 und 400 mg/dl und nahmen sechs Wochen lang täglich 40 mg Simvastatin ein.
Unter anderem verglichen die Forscher 24 Probanden, deren LDL-Cholesterinspiegel unter der Statintherapie stark sank, mit 24 Studienteilnehmern, die nur wenig auf Simvastatin reagierten. Dabei zeigte sich, dass ein starker Zusammenhang zwischen den prätherapeutischen Plasmaspiegeln von sekundären Gallensäuren und dem Therapieeffekt bestand: Je konzentrierter die Säuren, desto ausgeprägter die LDL-Reduktion. Die sekundären Gallensäuren werden von unseren Darmbakterien produziert. Gallensäuren und Statine benutzen die gleichen Transporter-Systeme in Leber und Darm. Es wurde deutlich, dass Bakterien der Darmflora Arzneien bearbeiten und die Reaktion eines Menschen auf ein Medikament dadurch verändern können. Möglicherweise lässt sich mit diesen Erkenntnissen das Ansprechen auf Statine optimieren, etwa durch eine geeignete Diät.



Statine - Medikamente ohne Nachteile?

Mit den im Allgemeinen gut verträglichen Statinen ist eine LDL-Reduktion um bis zu 30-40% möglich. Parallel hierzu wird das „gute“ HDL-Cholesterin meist erhöht, aber in einem viel geringeren Umfang. Im Rahmen der Statintherapie ist aber immer auch an mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu denken, so die sehr seltene aber schwerwiegende Auflösung von Muskelfasern, die sich in generalisiertem Muskelschmerz zeigt und anhand einer Blutprobe gemessen werden kann. Statine - mit Ausnahme des wasserlöslichen Pravastatins - werden hauptsächlich über CYP-450-Enzyme verstoffwechselt, was das potenzielle Interaktionsrisiko erklärt.
Die gleichzeitige Einnahme von Grapefruitsaft, aber auch von Amiodaron (Cordarex®) und Verapamil (Isoptin®) er-

höht die Bioverfügbarkeit der Statine erheblich und kann mit massiven Nebenwirkungen einhergehen.

Neue Medikamente zur Blutfettsenkung am Horizont

Seit etwa drei Jahren werden Antikörper klinisch entwikkelt, die das Enzym hemmen, welches für den Abbau der LDL-Rezeptoren in der Leber verantwortlich ist. Damit kann mehr LDL aus dem Blut „herausgewaschen“ werden. Die blutfettsenkenden Antikörper werden unter die Haut gespritzt, entweder alle 14 Tage oder einmal im Monat. Mittlerweile durch zahlreiche Studien belegt reduzieren PCSK9-Inhibitoren (so lautet der offizielle Name dieser Antikörper) LDL-Cholesterin nachhaltig um mehr als 50%, auch bei Patienten, die bereits Statine erhalten. Mithilfe der neuen Substanzen gelingt es, viel mehr Patienten auf ihren individuellen LDL-Zielwert zu bringen, u.a. jetzt auch Menschen, die Statine nicht vertragen.

Die entscheidende Frage ist jedoch: Bringt diese deutliche LDL-Cholesterinsenkung Vorteile für die Patienten? Können Herzinfarkte, Schlaganfälle und Todesfälle verhindert werden? Dazu laufen momentan mehrere große, klinische Endpunkt-Studien die diese Frage klären sollen. Gerade wurden auf dem größten amerikanischen Kardiologen-Kongress erste Daten veröffentlicht, die sehr optimistisch stimmen.

Fazit

Die Entstehung und der Verlauf einer Arterienverfettung und letztendlich der Arteriosklerose werden wesentlich von den Blutfetten beeinflusst. Um ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern, sollten fettsenkende Maßnahmen erfolgen. Diese umfassen zunächst die Lebensstilmodifikation und dann erst die Einnahme von Tabletten zur Blutfettsenkung. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten die Blutfettwerte durch Lebensstilmodifikation zu beeinflussen: körperliche Aktivität, Kalorienmengenrestriktion und Vermeidung von tierischen Fetten. Die Nationale Versorgungs-Leitlinie für die KHK betont, dass die nicht medikamentösen Strategien unverzichtbar sind. Empfohlen wird eine kaloriengerechte, fettarme, ballaststoffreiche Ernährung, die reich an Früchten, Gemüse, Olivenöl und Nüssen in Maßen ist und wenig Platz für Süßigkeiten und Wurstwaren lässt. Das größte Hindernis bei Lebensstiländerungen ist der wankende Wille. Dafür gibt es zahlreiche Gründe, die jeder nur zu gut kennt. Viele Menschen erhoffen sich eine gesundheitsfördernde Wirkung von Nahrungsergänzungsmitteln oder Functional Food (durch den Zusatz von Vitaminen und Mineralstoffen wird der Anschein erweckt, dass diese Lebensmittel besonders gesund seien). Diese Wirkung ist niemals bewiesen worden.

Blutfettsenkende Medikamente, die Statine, sind aus der Therapie von Fettstoffwechselstörungen nicht mehr wegzudenken, haben neben der Blutfettsenkung noch weitere zum Teil unerforschte Wirkungen und sind, gezielt eingesetzt, eine wirkungsvolle Waffe gegen die „Pest des neuen Jahrtausends“: Herz-Kreislauferkrankungen.

Dr. med. Klaus Edel

QuellenangabeTabelle
www.lipid-liga.de/cms/images/stories/pdf/dgff-stellungnahme_zielwerte_mai_2009.pdf

LDL-Zielwerte in Abhängigkeit vom kardio-vaskulären Risiko

Primärprävention

Patienten	10-Jahres Risiko	Ziel	
0 – 1 Risikofaktor		**< 160 mg/dl**	< 4,1 mmol/l
2 oder mehr Risikofaktoren	< 10 % > 20 %	**< 130 mg/dl** **< 100 mg/dl**	< 3,3 mmol/l < 2,6 mmol/l

Sekundärprävention

Stabile koronare Herzerkrankung, Diabetes ohne Ereignis		**< 100 mg/dl;** optional **< 70 mg/dl**	< 2,6 mmol/l optional < 1,8 mmol/l
Akutes Koronarsyndrom, koronare Herzerkrankung mit Diabetes		**< 70 mg/dl**	< 1,8 mmol/l

nach Grundy SM et al. Circulation 2004;110:227-239

Sicher versorgt dank Telemedizin

Die Indikation zur ICD-Implantation stellt das Leben eines Patienten oftmals auf den Kopf. Neben Unsicherheiten, die mit der Implantation einhergehen, haben viele Patienten Angst vor dem Alltagsleben mit dem Gerät, am meisten aber vor einem unerwarteten „Schock“. Nur die routinemäßige Untersuchung beim Arzt alle drei Monate gibt ihnen Auskunft über die Funktionsfähigkeit des ICDs und der Elektroden.
Diese anfänglichen Ängste sollten nie bestimmend für das Leben des Herzkranken werden, sondern schon bald einem guten Gefühl der Sicherheit weichen. Dank moderner telemedizinischer Systeme ist eine kontinuierliche Beobachtung der Herzaktivität und der technischen Funktionalität des Implantats durch den behandelnden Kardiologen schnell und einfach realisierbar. Auch zwischen den Nachsorgeterminen hat der Arzt nun Herz und Implantat des Patienten im Blick und kann bei bedrohlichen Entwicklungen zeitnah einschreiten - für den Patienten ein absoluter Gewinn an Sicherheit!
Das sogenannte Home Monitoring ermöglicht es dem implantierten Gerät, direkt mit dem Arzt in Kontakt zu treten. Was wie eine Zukunftsvision klingen mag, ist eine der erfolgreichsten und sichersten technischen Innovationen der heutigen Implantattherapie.

Zu diesem Zweck verfügt der ICD über eine winzige, eingebaute Antenne, die täglich und vollautomatisch alle Daten über die Herztätigkeit und die Funktion von ICD und Elektroden an den Arzt sendet. Dieser erhält so einen fortlaufenden Überblick über den Gesundheitszustand des Patienten und kann bei Auftreten außergewöhnlicher Ereignisse schnell und gezielt reagieren.
Wie die aktuelle IN-TIME Studie belegt, kann der Einsatz eines solchen Fernnachsorge-Systems lebensverlängernde Auswirkungen auf Patienten mit Herzschwäche haben. So konnte in dieser Studie die Sterblichkeit von ICD-Trägern dank Home Monitoring um mehr als 50% gegenüber einer konventionellen Behandlung gesenkt werden! Bereits vorher hatten zahlreiche weitere Studien gezeigt, dass mit Home Monitoring bedrohliche Herzrhythmusstörungen sehr viel früher erkannt werden, was z.B. zur deutlichen Senkung des Schlaganfallrisikos führt und Krankenhausaufenthalte reduziert.
Unnötige Schockabgaben des ICD konnten mehr als halbiert werden!

Das System dient also nicht nur der kontinuierlichen Überprüfung von ICD und Elektroden, sondern der gesamten Therapieführung nach der Implantation: Müssen Medikamente angepasst werden? Sind neue Rhythmusstörungen, z.B. Vorhofflimmern, aufgetreten und muss antikoaguliert werden? Verschlechtert sich eine Herzschwäche? Die telemedizinische Versorgung lässt sich problemlos in den Alltag integrieren. Mit Hilfe eines Patientengeräts von der Größe eines Smartphones ist die kontinuierliche Aufzeichnung der Herzdaten in der Freizeit, während der Arbeit und auf Reisen ohne Einschränkungen möglich - und das alles drahtlos, sicher und vollautomatisch.

Aufgrund der überzeugenden Studienlage wird die telemedizinische Überwachung von Implantaten bereits seit 2013 in den Leitlinien der Europäischen Kardiologischen Fachgesellschaft empfohlen. Auch mehrere Krankenkassen haben die Vorteile des Home Monitoring mittlerweile erkannt, einige von ihnen übernehmen die Kosten für die Home Monitoring-gestützte Nachsorge bereits.

In meinem Zentrum betreuen wir seit fast 7 Jahren aktuell über 950 Implantatpatienten telemedizinisch. Unsere Patienten fühlen sich nicht nur sicherer mit Home Monitoring, dieses Gefühl ist Realität. Und auch für mich ist es beruhigend zu wissen, dass wir Herz und Implantat unserer Patienten zwischen den persönlichen Nachsorgeterminen jederzeit überprüfen und reagieren können, wann immer es notwendig ist. Damit hat das Home Monitoring die Qualität in der Nachsorge unserer Patienten nochmals deutlich erhöht.

Dr. Volker Gerhard Leonhardt
HIZ Berlin
Herzschrittmacher- & ICD-Zentrum
Zentrale für Telemedizin
und MSZ Medizinische Schulungszentrum GmbH
Wisbyer Straße 16/17
10439 Berlin

www.stimulation.de

Grafik Dr. Stefan Steiner
ICD Aktuell Mai 2010

Kongrässliches für Herzpatienten: aufgespießt aus USA

Neue Risikofaktoren für einen Herzinfarkt bei Männern

Dies ist eine Erkenntnis aus Dänemark, erhoben am Kollektiv der Copenhagen Heart Study, immerhin 10.885 Patienten. Die Botschaft lautet: Achten Sie auf Ihr Äußeres, und ziehen Sie rechtzeitig alle Register der ästhetischen Gesichtschirurgie, wenn Sie morgens im Spiegel Zeichen des Älterwerdens erkennen. Sonst landen Sie mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit auf dem Katheter Tisch eines Kardiologen, Diagnose akuter Herzinfarkt. Die einschlägigen Warnzeichen sind: Ohrläppchenfalten, größer werdende Geheimratsecken, konzentrisch um sich greifender Haarausfall auf dem Haupt, Fettablagerungen in Augennähe. Graues Haar und prominente Falten an den Augenwinkeln sind ebenfalls bedenklich. Jede dieser Veränderungen für sich, und am schlimmsten aber in Kombination, sind unabhängig von Alter, Krankheit, Reichtum oder Sozialstatus, Risikofaktoren dafür, dass der Herzinfarkt bevorsteht (Tybjaerg-Hansen A, Abstract 15333).

Winterzeit ist Herztodzeit

Nun ja, das wussten wir schon: Jeden Winter sterben die Leute beim Schneeschippen wegen der Anstrengung in der Kälte. Doch nein: Die Kälte ist es gar nicht, berichten jetzt amerikanische Autoren: Die Herztodrate steigt im Winter an, und zwar um 26 bis 36%, egal, ob die Leute im sonnigen Kalifornien, Texas oder Florida residieren, oder aber im winterlichen Washington oder Massachusetts. Ihr Tipp: Auch im Winter eisern einen Lebensstil mit Diät und Bewegung pflegen, der das Herz auf Trab hält (Schwartz B, Abstract 11723).

Leinsamen senkt Blutdruck so gut wie eine Blutdruck-Tablette

Bei Hochdruckpatienten mit Durchblutungsstörungen der Beine die sechs Monate lang täglich 30 Gramm Leinsamen zu sich nahmen, sank der systolische Blutdruck um 15 mmHg und der diastolische Blutdruck um 8 mmHg. In der Plazebogruppe hingegen war ein leichter Anstieg der Blutdruckwerte zu verzeichnen. Die Ergebnisse zeigen damit mit den stärksten blutdrucksenkenden Effekt, der je durch eine diätetische Intervention vermittelt wurde, erklären die Autoren. Das Ausmaß der Blutdrucksenkung lässt eine Halbierung der Schlaganfallrate sowie eine Senkung des Herzinfarktrisikos um ein Drittel erwarten.
(Pierce GN, Abstract 12080).

Alter Knoblauch schützt vor Stress

Stress zehrt langfristig an den Nerven und verstopft die Koronargefäße. Dem kann vorgebeugt werden: Männer mit aufreibenden Jobs reduzieren ihr Stress- und Inflammationsniveau und verlangsamen ihre Arteriosklerose-Entwicklung, wenn sie eine kombinierte Zauberpille täglich für ein Jahr einwerfen: Knoblauch, wohl gereift, und Coenzym Q10. Das ganze folgt aus einer randomisierten plazebokontrollierten Doppelblindstudie bei amerikanischen Feuerwehrmännern (Larijani VN, Abstract 9943).

Tomaten lassen arteriosklerotische Plaques schrumpfen

Die Story ist schnell erzählt: Wissenschaftlern der UCLA in Los Angeles ist es gelungen, Tomaten zu züchten, die 6F produzieren: ein kleines Fettmolekül, welches die Wirkung von Apo A-1 kopiert, dem Kernbestandteil der HDL-Cholesterinfraktion (= gutes Cholesterin). Nach Verzehr der gefriergetrockneten, genetisch veränderten Tomaten reagierten die Versuchsteilnehmer prompt: Entzündungszeichen sanken, die Konzentration antioxidativer Enzyme stieg an, ebenso das HDL. Das Fortschreiten der Gefäßverkalkung verlangsamte sich deutlich. Bei den Probanden handelte es sich vorläufig noch um Mäuse (Fogelman AM, Abstract 11083).

Probiotische Cholesterinsenker

Wer Tomaten nicht mag oder Genfood ablehnt, kann es vielleicht auch mit probiotischen Kapseln versuchen. Diese sind die Natur selbst und zeigen sich bei regelmäßigem Verzehr im wissenschaftlichen Versuch in der Lage, nicht nur die LDL-Spiegel um 11,6% zu reduzieren (immerhin!), sondern auch - und das wurde erstmals nachgewiesen - die Konzentration von ungesunden (an gesättigten Fettsäuren reichen) Cholesterinestern um 8,8%. Wichtig ist: Lactobacillus reuteri NCIMB 30242 muss sich im Joghurt tummeln. Die Kapseln werden in den USA sinnigerweise von einer Firma namens Micropharma als „Cardioviva“ angeboten. Lang lebe das Herz (Jones ML, Abstract 11348).

Quelle:
Jahrestagung der American Heart Association (AHA) vom 3.–7.11.2012 in Los Angeles

Dr. med. Klaus Edel

Wir sind bei Facebook zu finden
www.facebook.com/DefibrillatorDeutschland

Kennen Sie schon unsere Info-Plattform?
Melden Sie sich einfach unter www.defibrillator-deutschland.de an.

„Fritz, die Fettzelle - Freund UND Feind“

1. Fett essen ist nicht verboten, aber bitte auf die Energiedichte achten.
   Fett hat den größten Energiegehalt!

1 g Fett hat	9 kcal
1 g Kohlenhydrat hat	4 kcal
1 g Eiweiß hat	4 kcal
1 g Wasser hat	0 kcal

Von daher ist es vernünftig, Mahlzeiten mit einer geringen Energiedichte zu essen. Daumenregel: viel Gemüse und Salat, da damit das Sättigungsgefühl schneller erreicht wird und die Energiedichte gesenkt werden kann

2. wasserreiche Lebensmittel (Gurke, Tomate) bevorzugen, aber frisch vor Konserve.
   Beispiel: für eine eingelegte saure Gurke können Sie vom Salzgehalt her 35 Salatgurken vertilgen, oder eine kleine Büchse Erbsen (250 gr) entspricht 20 Kilo tief gefrorener Erbsen.

3. Ballaststoffe senken die Sterblichkeit und …
   Machen satt OHNE Kalorien
   Regulieren die Darmfunktion
   Senken den Cholesterinspiegel

Besonders ballaststoffreiche Lebensmittel:
Vollkornbrot und Haferflocken
Gemüse, Salat, Kartoffeln, Obst (Beerenfrüchte)

4. „Nimm 5“, ab und zu einen Schlankmacher-Tag einlegen
   Es ist einfacher als man denkt:
   Frühstück: 1 Glas Saft
   Vormittags: 1 Apfel
   Mittags: eine Portion Gemüse
   Nachmittags: ein paar Aprikosen
   Abends: Brot mit Tomate

5. Energiebilanz negativ halten
   Bedeutet weniger Kalorien essen als sie der Körper verbrennen kann + 30 Minuten leichte Bewegung pro Tag. Damit sind 500 gr./Woche Gewichtsreduktion möglich und gesundheitlich zu vertreten

6. Die Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung sind überholt, denn: 50% des täglichen Kalorienbedarfs aus Kohlenhydrate zu decken macht dick.

7. Übergewicht - Ursache = eine chronisch positive Energiebilanz
   - Die üblichen Verdächtigen: Genetik, zu wenig Bewegung, zu viel Fett
   - Die neuen Verdächtigen: zu wenig Schlaf, zu geringe Muskelmasse, Vererbung (Genetik), falsche Bakterien im Darm; hohe Fruchtzucker-Zufuhr, geringe Eiweiß-Zufuhr, zu hohe Energiedichte der Ernährung
   - Der Mensch ist ernährungstechnisch noch immer auf das Nahrungsangebot der Steinzeit eingestellt, als wir noch Sammler und Jäger waren. Gewissermaßen irren wir mit knurrendem Magen auf der Suche nach Beeren, Wurzeln, Wild und Aas durch den Supermarkt.

Quelle:
www.drstrunz.de/news/2014/02/140213_der_steinzeitmensch.php

8. Fettverbrennung ankurbeln:
   Erhöhte Eiweiß-Zufuhr fördert Sättigung und Sattheit und senkt damit das Risiko einer überhöhte Energieaufnahme. Die Fettverbrennung setzt sofort bei jeder Art von Bewegung ein. Die Fettverbrennung steigt mit der Belastungsdauer. Darauf kommt es an. Die Fettverbrennung lässt sich altersunabhängig ankurbeln.

9. Der optimale Fettverbrennungspuls ist INDIVIDUELL verschieden!
   Daumenregel für Fettverbrennungstraining: den Puls beim Training ca. 20% über dem Ruhepuls halten (zügiges Gehen, gemütliches Nordic Walking).Wenn Sie diese Regel täglich 6 Wochen lang für etwa eine Stunde befolgen MUSS Ihr Bauchfett schmelzen!

Der PowerPoint-Vortrag von Dr. Klaus Edel ist auf unserer Website unter Vorträge zu finden: www.defibrillator-deutschland.de

Wenn Sie weiter Tipps vom Fachmann wollen dann schauen Sie auf die Homepage der Klinik oder nehmen mit dem Landessportarzt von Hessen direkt Kontakt auf:

Dr. med. Klaus Edel
www.rehaklinik-hochstaufen.de

k.edel@defibrillator-deutschland.de

Defi-Studie am Universitätsklinikum Heidelberg

Hiermit möchten wir Sie über unser derzeit laufendes Projekt ESCAAD der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg informieren.
Ziel des ESCAAD-Pilotprojektes ist es, die ganzheitliche Behandlung psychisch belasteter ICD-Träger zu optimieren und die Lebensqualität dieser Patientengruppe zu verbessern.
Hierfür haben wir ein spezielles ambulantes und nun voraussichtlich VIDEOCHAT-BASIERTES Therapieangebot für Patienten mit Angst nach Schockabgabe konzipiert.
Für dieses Projekt suchen wir DEUTSCHLANDWEIT ICD-Träger/innen, die in den letzten Jahren mindestens eine Schockabgabe erlebt haben und unter Ängsten vor weiteren Schocks leiden.
Sollte dies bei Ihnen der Fall sein, würden wir uns freuen, Sie für eine Teilnahme zu gewinnen.
Die therapeutische Begleitung dauert ungefähr vier Monate. Sie wird beginnen, wenn wir genügend Studienteilnehmer gefunden haben (voraussichtlich Sommer 2015). Sie ist speziell für Patienten mit implantierten Defibrillatoren konzipiert und bietet Hilfestellungen an, um mit der Angst in und vor Notfallsituationen besser umgehen zu lernen. Die Therapie besteht aus drei Einzel- und sechs Gruppenterminen.
Aufgrund der deutschlandweiten Nachfrage, wird diese Intervention voraussichtlich via Videochat stattfinden, so dass Sie von ganz Deutschland aus an der Studie teilnehmen können.
Bei Interesse oder für Rückfragen zum Projekt stehen wir Ihnen jederzeit per Mail oder telefonisch zur Verfügung.
Hauptansprechpartner für das Projekt:
Dr. med. Sascha Wohnsland
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Medizinische Klinik
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Telefon: 06221 56-37357, Sascha.Wohnsland@med.uni-heidelberg

Sicher ins MRT

Im Zusammenhang mit der Implantation eines Schrittmachers oder eines implantierbaren Kardioverter-Defibrillators (ICD) sehen sich viele Patienten vor wichtige Fragen gestellt: Wird mein Implantat durch Küchengeräte, Telefon oder Computer gestört? Kann ich weiterhin mit Elektrowerkzeugen arbeiten? Wie reagiert mein Körper mit dem Implantat auf sportliche Betätigung? All die eben beschriebenen Situationen stellen keine Beeinträchtigung für den Implantatträger dar. Natürlich gibt es auch einige Ausnahmefälle, so dürfen Implantatträger zum Beispiel keine Schlagbohrmaschinen bedienen oder aber auch keine Weltraumflüge unternehmen. Im Alltag ist hingegen praktisch keine Veränderung für den ICD-Träger wahrzunehmen. Und auch die klinische Versorgung im Krankenhaus wird den Patienten immer mehr erleichtert. Ein eindrucksvolles Beispiel stellt hier die MRT-Untersuchung dar. MRT steht verkürzt für MagnetResonanzTomografie und ist ein Verfahren, mit dem die inneren Organe sehr detailliert dargestellt werden können. Eine solche Feindiagnostik ist unter anderem zur Untersuchung bei Verdacht auf eine Demenzerkrankung, Morbus Parkinson oder einen Schlaganfall notwendig. Im Gegensatz zur Computertomografie (CT) kommt die Magnetresonanztomografie ohne Röntgenstrahlung aus. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für eine umfangreiche bildgebende Diagnostik, etwa eine MRT-Untersuchung, deutlich an. Während bis vor einigen Jahren MRT-Untersuchungen für Implantatträger völlig ausgeschlossen waren, können dank neuester ProMRI-Technologie heute sogar direkte Bilder vom Herzen gemacht werden, ohne Komplikationen. Dafür wurde der Anteil magnetischer Bestandteile im ICD minimiert und ein qualitativ hochwertiger Chip integriert, der den elektromagnetischen Einflüssen des MRTs Stand hält. Die Funktionsfähigkeit des ICDs wird dadurch nicht beeinträchtigt. In meiner Klinik konnte ich bereits zahlreichen Patienten den Zugang zu einer solchen Untersuchung ermöglichen. In der Zukunft wird eine Zunahme der MRT-Untersuchungen erwartet. Inzwischen wird die MRT-Diagnostik, allerdings noch mit Ausschlusszone, auch Herzinsuffizienz-Patienten mit einem sog. CRT-D, also einem 3-Kammer-ICD zur kardialen Resynchronisation, ermöglicht. Die neueste technische Innovation auf diesem Gebiet ist die Entwicklung einer vierpoligen Elektrode, die MRT-tauglich ist. Diese kann die Implantatprozedur vereinfachen und den Therapieerfolg verbessern.
Mittlerweile ist die ProMRI-Technologie sogar für Ultrahochfeld MRT-Scans zugelassen, sogenannte 3-Tesla-MRT-Scans, und offeriert dadurch noch bessere Bildqualität bei kürzerer Untersuchungsdauer. Zukünftig wird also noch mehr Implantatträgern der Zugang zu MRT-Untersuchungen eröffnet. Ich freue mich, dass meine Patienten von diesem Fortschritt profitieren können und sich dadurch sicher fühlen und möchte auch weiterhin in Zusammenarbeit mit den Radiologen meiner Klinik sowie den niedergelassenen Kollegen für die optimale Versorgung jedes einzelnen Patienten einstehen.

PD Dr. med. Christof Kolb
Deutsches Herzzentrum München
Leiter der Abteilung für Elektrophysiologie
epu@dhm.mhn.de

Psychologisches Behandlungsprogramm

Ein psychokardiologisches Behandlungsangebot für Defi-TrägerInnen, die Mehrfachschocks erlebt haben

Ludmila Peregrinova & Jochen Jordan

In Deutschland tragen tausende Menschen einen implantierten Defibrillator, Hunderttausende sind es weltweit und ihre Anzahl steigt weiterhin an. Die meisten Betroffenen fühlen sich mit einem solchen Gerät sicher, geschützt und vertrauen ihm. Das Gerät ermöglicht eine hohe Lebensqualität, weil man unabhängig ist, reisen und an vielen Aktivitäten teilhaben kann.
Zuweilen kann das Gerät allerdings auch zum Problem werden. Es entstehen vor allem dann Schwierigkeiten, wenn es aus unterschiedlichen Gründen zu Einzel- oder Mehrfachauslösungen kommt.

Aus unserer klinischen Erfahrung können wir schließen, dass der Defi bei HerzpatientInnen dann zunehmend Angst und auch depressive Gefühle auslöst, wenn er innerhalb von nur 12 Monaten mehr als 5 Mal ausgelöst hat oder wenn sogenannte Mehrfachschocks auftreten (mehrere Schocks in einer kurzen Zeitspanne).
Viele fühlen sich verunsichert, ängstlich, oft geplagt von Ungewissheit und nicht zuletzt sind sie hin- und hergerissen zwischen dem Wissen um die lebensrettende Funktion des Apparates und der Angst, diesem Gerät ausgeliefert zu sein. Solche Gedanken und Gefühle sind verunsichernd und quälend und stellen eine große Herausforderung dar. Häufig geben diese Menschen und auch ihre PartnerInnen die bis dahin wohltuenden Tätigkeiten wie Vereinsarbeit, Stammtischbesuche, Singen im Chor oder Sport auf. Sie trauen sich nicht alleine das Haus zu verlassen, leiden an Schlafstörungen mit Albträumen, schrecklichen Erinnerungen oder Panikausbrüchen.
Man kann in vielen Fällen neben der Angst und Depression auch sog. posttraumatische Störungen diagnostizieren. Das sind Leidenszustände wie sie auch nach anderen schwer psychisch belastenden Ereignissen, wie Bankraub, Entführung, Krieg oder Naturkatastrophen etc. auftreten.

Leider gibt es nahezu keine wissenschaftlichen Publikationen zur Behandlung dieser PatientInnen und es gibt auch wenige medizinische Einrichtungen, die hierauf spezialisiert sind. Deshalb hat die Abteilung Psychokardiologie an der Kerckhoff Klinik seit sechs Jahren ihren Forschungsschwerpunkt auf die Entwicklung eines Therapieprogramms für diese Menschen gelegt.
Dieses psychokardiologische Behandlungsprogramm ist nunmehr bei mehr als 50 PatientInnen erfolgreich zur Anwendung gekommen. Auch in Nachbefragungen konnten wir eine hohe Stabilität der erfolgreichen Behandlung feststellen.
Wir hoffen, dass wir durch intensive Kooperation mit anderen Kliniken in Deutschland dazu beitragen können, dass unser Therapieprogramm auch dort integriert wird und damit mehr Behandlungsmöglichkeiten entstehen.

In der Kerckhoff Klinik führen wir die Behandlung überwiegend stationär im Rahmen einer kardiologischen Rehabilitation durch. Die Behandlungsdauer beträgt zwischen drei und vier Wochen.
Die Behandlungsschwerpunkte sind: sorgfältige Diagnostik; neun bis zwölf psychotherapeutische Sitzungen; Aufklärung über die Zusammenhänge zwischen Körper und Psyche und über die Technik und Funktionsweise des Defis; Erarbeitung eines geeigneten Krankheitskonzepts; Verbesserung der Körperwahrnehmung und eine weniger alarmierende Bewertung von Körpersignalen; Aktivierung von persönlichen Ressourcen; Abbau des Vermeidungsverhaltens; Entspannungsübungen und Hinführung zu einer angstfreien körperlichen Ausdauerbewegung unter kardiologischer Aufsicht; nach Bedarf Einbezug von Angehörigen.

In enger Zusammenarbeit der Psychokardiologie mit der Kardiologie, Physiotherapie, Sportwissenschaft und Ernährungs-/ und Sozialberatung ist ein interdisziplinärer Austausch gewährleistet.
Das gesamte Team der Psychokardiologie in Bad Nauheim steht Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung und berät Sie und Ihre Familien. Eine ausführliche vorherige Beratung ist zweckmäßig (entweder persönlich oder telefonisch). Wir bedanken uns an dieser Stelle ganz herzlich bei allen PatientInnen und Angehörigen die im Verlauf der Jahre mit uns gearbeitet haben und uns dadurch geholfen haben, ein erfolgreiches Behandlungsprogramm zu entwickeln und zu erproben.

Kontakt:
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Jochen Jordan
Kerckhoff-Klinik
Abteilung Psychokardiologie
Ludwigstr. 41
61231 Bad Nauheim
Tel.: 06032 – 999 5400
Fax: 06032 – 999 5401
Email: j.jordan@psycho-kardiologie.de
www.kerckhoff-klinik.de und
www.kerckhoff-klinik.de/abteilungen/klinik_fuer_psycho-kardiologie/

Unser ärztlicher Beirat:

Dr. med. Kai Adler
Kardiologische Gemeinschaftspraxis Freising u. Erding

Dr. med. Gabriele Augsten
Knappschaftsklinik, Bad Driburg

Prof. Dr. med. Michael Block
Klinik Augustinum, München

Prof. Dr. med. Hendrik Bonnemeier
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus, Kiel

Dr. med. Klaus Edel
Reha-Zentrum Bayerisch Gmain - Klinik Hochstaufen

Prof. Dr. med. Andreas Götte
St. Vincenz - Krankenhaus GmbH, Paderborn

Prof. Dr. rer. med. Dipl. Psych. Jochen Jordan
Kerckhoff-Klinik Reha-Zentrum, Bad Nauheim

Prof. Dr. med. Karl-Heinz Ladwig
Institute of Epidemiology Helmholtz Zentrum München

Dr. Frank-Karsten Pohle
Krankenhaus Martha-Maria, Nürnberg

Dr. Karin Ryback
Dessau-Roßlau /OT Dessau

Prof. Dr. med. Patrick Schauerte
Universitätsklinikum Med. Klinik I, Aachen

Prof. Dr. med. Uwe Schirmer
Institut für Anästhesiologie im Herz- und Diabeteszentrum Bad Oeynhausen

Dr. med. Albrecht Schmidt-Thrun, Celle

Dr. med. Jörn Schmitt
Universitätsklinikum Gießen

Dr. med. Frank Schwertfeger
Klinikum Dahme-Spreewald

Dr. med. Johannes Sperzel
Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim, Bad Nauheim

Dr. med. Stefan Steiner
Herz- und Kreislaufzentrum, Rotenburg a. d. Fulda

Prof. Dr. med. Christoph Stellbrink
Klinikum Bielefeld Mitte, Bielefeld

PD Dr. Martin Stockburger
Havelland-Klinik, Nauen

PD Dr. med. Stephan Steiner
St. Vincenz-Krankenhaus, Limburg

Dr. Martina Trümmel
Quedlinburg

Dr. med. Eckhard Sorges
St. Ansgar-Krankenhaus, Höxter

Der Bundesverband Defibrillator (ICD) Deutschland e.V. wurde im Februar 2007 von sieben Gründungsmitgliedern ins Leben gerufen.
Die Selbsthilfe in Deutschland ist in den letzten Jahren zu einer wichtigen Säule im Gesundheitssystem herangewachsen. Sie leistet einen wichtigen Beitrag zur Gesunderhaltung und Problembewältigung bei chronisch Kranken und Behinderten. Die zunehmende Verbreitung und Anerkennung in der Gesellschaft führt zu vermehrter Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenvertretern in Beratungsgremien des Gesundheitswesens.

Die Ziele des Bundesverbands sind die überregionale Interessenvertretung für Betroffene, die Schärfung der Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit in Sachen Defibrillator (ICD), und unter anderem die Kontaktpflege zu implantierenden Kliniken, betreuenden Kardiologen und Reha-Einrichtungen.

Der Bundesverband unterstützt bei Gründungen von Selbsthilfegruppen, betreibt Lobbyarbeit in der Gesundheits- und Sozialpolitik, führt Tagungen und Seminare durch, arbeitet partnerschaftlich mit anderen Organisationen, Verbänden, Kliniken und Kardiologen sowie Einrichtungen des Staates zusammen.

Ein herzliches Dankeschön an Alle, die Defibrillator (ICD) Deutschland e.V. in der letzten Jahren unterstützt haben.

Werden Sie Mitglied bei Defibrillator (ICD) Deutschland e. V.

Unser Bundesverband hat in der kurzen Zeit seines Bestehens eine beachtliche Wegstrecke geschafft.
Dies gibt uns Mut, unsere Ziele konsequent weiter zu verfolgen.
Heute erfolgreiche und viel beachtete Selbsthilfeorganisationen haben wie wir in kleinen Schritten begonnen.
Wichtig für uns ist nicht nur die Anerkennung, dass unser Engagement hilft, das Problembewußtsein in der Öffentlichkeit zu steigern.
Wichtig ist, dass wir vielen Ratsuchenden helfen können.
Dies gelingt umso besser, je mehr uns darin unterstützen.

Deshalb: Stärken Sie uns mit Ihrer Mitgliedschaft!

Es ist uns sehr wichtig, dass auch bereits bestehende Defi-SHGs Mitglied werden.

Den Aufnahmeantrag finden Sie unter www.defibrillator-deutschland.de

Herzlichen Dank!

Förderung durch???

Mitgliedsbeiträge

Einzelmitglied	12,00 € jährlich
Mitgliedschaft einer Defi-Selbsthilfegruppe	50,00 € jährlich
Mitgliedschaft einer Klinik	200,00 € jährlich

Defibrillator (ICD) Deutschland e. V.
Richard-Wagner-Str. 4
69214 Eppelheim
Tel: + 49 (0)6221-8728994
Fax:+ 49 (0)6221-6559259

Verantwortlich für Sonderdruck Ausgabe 4
Diana Katzenberger, Schatzmeisterin
Diamantweg 3, 69181 Leimen
d.katzenberger@defibrillator-deutschland.de
Tel.: 06226-429232
Namentlich gekennzeichnete Beiträge
verantworten die Verfasser/innen
Satz & Gestaltung: Yvonne Naujocks
Erdinger Straße 18, 85356 Freising
Druck: Wir machen Druck
Auflage: 100 Stück ???

Bildquelle Seite.5; 10, 12,und 14 Fotolia.com

Inhalt

Körperliches Training 2-3
YOGA ist gut für`s Herz 3
Wassertabletten 5-6
Hohe Blutfettwerte senken 7-8
Telemedizin 10
Kongrässliches 11
Fritz die Fettzelle 12
Defi-Studie 13
Sicher ins MRT 13
Psychologische Behandlung. 14

Öffentlichkeitsarbeit 15-16