

# Koronare Herzkrankheit

## Gedanken zum Seminar in der kardiologischen Rehabilitation im Reha-Zentrum Seehof

Immer wieder liest man den Satz: „Die Herzkranzgefäßerkrankung ist die häufigste Todesursache in Deutschland“. Dieses ist zunächst insbesondere für betroffene Menschen eine beängstigende Tatsache. Hier sollte aber nachgedacht werden. Warum ist denn diese Erkrankung so häufig Todesursache? Eine Statistik über Todesursachen sagt ja doch letztendlich über die Gefährlichkeit oder die Behandlungsmöglichkeiten gar nichts aus. Diese Erkrankung ist deswegen eine so häufige Todesursache weil diese Krankheit einfach so häufig ist. Man kann tatsächlich von einer Volkskrankheit sprechen. Man muss leider dazu sagen, dass man durchaus an Durchblutungsstörungen des Herzens sterben kann - insbesondere dann, wenn ein akuter Herzinfarkt abläuft. Andererseits muss betont werden, dass man mit einer Herzkranzgefäßerkrankung - oder koronaren Herzkrankheit (KHK), wie wir Mediziner sagen - auch gut leben kann. Die Behandlungsmöglichkeiten sind immer besser geworden. Man möge sich nur vorstellen, dass noch vor 20 Jahren bei einem akuten Herzinfarkt doppelt so viele Menschen gestorben sind im Vergleich zu heute. Auch im langfristigen Verlauf hat eine gezielte und präzise medikamentöse Behandlung zu klaren Verbesserungen geführt.

Wir haben hier mit der sogenannten „Arteriosklerose“ aber eine Erkrankung vor Augen, für die der betroffene Patient selbst sehr viel tun kann. Dieses soll natürlich ein wichtiger Aspekt der Rehabilitation sein.

Warum ist die Herzkranzgefäßerkrankung so häufig? Es liegt schon auch nicht nur an unseren Genen sondern auch daran, wie wir Menschen uns in einer Industrienation entwickelt haben. Vom aktiven „Jäger und Sammler“ sind wir eigentlich zu einem „Faultier“ geworden. Das Leben ist bequem, man muss keine Energie aufwenden, man geht – oder noch besser fährt einfach in den Supermarkt und kauft ein. Keiner sagt einem, was dabei gut oder schlecht für die Schlagadern und damit auch für die Herzkranzgefäße ist. Die klassischen vier Risikofaktoren für eine Herzkranzgefäßerkrankung und auch für Arteriosklerose anderer Lokalisation – Rauchen, erhöhtes Cholesterin, Bluthochdruck und die Zuckerkrankheit- sind allgegenwärtig, Stress und Übergewicht kommen als ergänzendes Risiko hinzu.

Die Verengung der Herzkranzgefäße führt zu Beschwerden im Brustkorbbereich. Typisch ist dabei eine Enge hinter dem Brustbein aber auch im Bereich des Magens und zwischen den Schulterblättern auch mit Ausstrahlung in beide Arme und den Unterkiefer. Treten diese Beschwerden nicht nur bei anstrengender körperlicher Belastung sondern auch aus Ruhe heraus auf ist Gefahr im Verzug. Dieses kann das Vorliegen eines Herzinfarktes bedeuten, bei dem lebensbedrohliche Komplikationen (z.B. durch Herzrhythmusstörungen u.a.) möglich sind. Ein Infarkt bedeutet, dass ein Herzkranzgefäß verschließt. Dadurch geht, wenn nichts passiert, unweigerlich Herzmuskelgewebe zugrunde. Der Herzmuskel kann einen solchen Zustand zwar 3 bis 6 Stunden aushalten, danach kann er sich auch bei Behandlung oft nicht erholen und eine Schwächung der Herzfunktion ist dann die Folge. „Zeit“ ist also bei einem akuten Herzinfarkt nicht „Geld“ sondern „Herzmuskel“!

Ein frisch in der Klinik diagnostizierter Infarkt wird heute umgehend in einem Herzkatheterlabor behandelt. Dabei wird ein Verschluss des Gefäßes mit einer Ballondehnung beseitigt und in aller Regel mit Einsetzen von kleinen Gefäßstützen sogenannte „Stents“ (wie ein kleines Maschendrahröhrchen) gesichert. Wichtig bei Stents ist –ob nun mit oder ohne Herzinfarkt eingesetzt- die medikamentöse Nachbehandlung. Im Vordergrund stehen hier Medikamente, die die Blutplättchen am Verklumpen hindern und damit Blutgerinnseln im Stent vorbeugen. Diese Medikamente (sog. Thrombozytenaggregationshemmer), die wie vorgeschrieben eingenommen werden müssen, sind dann problematisch, wenn auch andere Gerinnungshemmer wie z.B. Marcumar u.ä. eingesetzt werden müssen. Dieses wäre z.B. bei künstlichen Herzklappen und/oder dem sog. Vorhofflimmern der Fall. Diesbezüglich müssen häufig fachlich schwierige individuelle Entscheidungen getroffen werden, die von Patient zu Patient unterschiedlich aussehen können. Die verschriebenen Blutplättchenhemmer, bei denen ASS (Acetylsalicylsäure) das häufigste Präparat ist, sollten genau wie angewiesen genommen werden und nicht ungefragt abgesetzt werden. ASS wird ohnehin bei einer Herzkrankung dauerhaft verschrieben.

Weitere wichtige Medikamente sind die Cholesterinsenker, die sog. Statine. Diese haben an einer sehr großen Patientenzahl ihre positive Wirkung auf die Schlagadern erwiesen. Der Blutdruck und ggf. auch ein erhöhter Blutzucker sollten gut eingestellt sein. In den aktuellen Leitlinien sollte der Ruhe-Blutdruck unter 140/90 mmHg gesenkt werden. Nur bei Diabetikern und schweren Nierenerkrankung wird eine etwas intensivere Senkung gefordert. Der Merksatz „so niedrig wie möglich“ gilt bezogen auf den Blutdruck nicht mehr. Dennoch bleibt ein niedriger Blutdruck für das Herz ein „gute Sache“.

Was dem Herz jenseits der ärztlichen Behandlung aber am besten hilft ist das, was man selber tun kann. Bewegung im Ausdauerbereich, eine gesunde und ausgewogene Ernährung, die durchaus mediterran geprägt sein sollte, Nichtrauchen und Stressvermeidung sind hier wichtige Faktoren. Ein Glas (roter) Wein ist für den, der es mag und darf, auch nicht schlecht aber vorsicht.... wann bleibt es schon bei einem Glas und das kann wiederum problematisch sein, da Alkohol den Blutdruck erhöht, die Herzfrequenz ansteigen lässt und auch noch sehr kalorienreich ist. Wie heißt es immer so schön.... „Vorbeugung ist die beste Medizin“ und das gilt insbesondere für die Herzkrankung.

Dr. E. Langheim (Internist, Kardiologe, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen)  
Chefarzt am Reha-Zentrum Seehof in Teltow