

Die Informationszeitschrift des Herzverbandes für die Steiermark



ÖSTERREICHISCHER
HERZVERBAND
LANDESVERBAND STEIERMARK

HERZ JOURNAL

29. Jahrgang Nr. 2 Juni 2015

Wir bewegen uns, machen Sie mit!



Schwerpunktthema zum Europäischen Tag der Herzschwäche im Mai



Was ist chronische Herzschwäche? Symptome, Ursachen, Diagnostik, Therapie

**Interview mit Prof. Dr. med. Michael Böhm, Klinik für Innere Medizin III,
Universitätsklinikums des Saarlandes, Homburg/Saar**

Bericht: Deutsche Herzstiftung

Das Herz ist der Motor des Lebens. Wir sind darauf angewiesen, dass es gut funktioniert. Was passiert, wenn der Motor seine Kraft verliert, schlappmacht, sodass es zu einer chronischen Herzschwäche kommt?

Die chronische Herzschwäche ist eine Krankheit, bei der die Pumpkraft des Herzens soweit abnimmt, dass nicht mehr genügend Blut und damit Sauerstoff und Nährstoffe zu Organen wie Gehirn, Nieren oder Muskeln gepumpt wird. Das hat schwerwiegende Folgen: Der ganze Körper wird in Mitleidenschaft gezogen. Es kommt nicht nur zu einschneidenden Beschwerden, in ihrem fortgeschrittenen Stadium bedroht die Herzschwäche das Leben des Patienten. Je früher die Herzschwäche (Herzinsuffizienz) erkannt wird, umso eher kann man mit den heutigen Therapiemöglichkeiten die fatale Entwicklung der Krankheit aufhalten oder verlangsamen.

Wie erkennt man die chronische Herzschwäche?

Die chronische Herzschwäche beginnt schleichend mit Atemnot und ei-

ner Abnahme der Leistungsfähigkeit. Zunächst können die Beschwerden ganz unspektakulär sein. Zum Beispiel: Immer hat man mit Freunden eine Wanderung gemacht. Das gibt man auf, weil es bergan zu anstrengend ist. Zu Bahn und Bus rennt man nicht mehr, weil man schnell außer Puste kommt. Wenn man die Treppe hinaufsteigt, geht einem die Luft aus, sodass man zwischendurch stehen bleibt.

Man ist müde, abgeschlagen, an den Knöcheln und am Schienbein stellen sich Wassereinlagerungen ein, die wie Schwellungen aussehen: sogenannte Ödeme. Sie sind dadurch zu erkennen, dass durch Druck mit einem Finger bleibende Dellen in dem geschwollenen Bereich, z. B. am Schienbein, entstehen.

Viele, besonders alte Menschen, haben diese Symptome - oft ohne zu wissen, dass sie an einer Herzkrankheit leiden.

Die Herzschwäche ist weit verbreitet. In Deutschland wird die Zahl der Patienten mit Herzschwäche auf zwei bis drei Millionen geschätzt. Fast 50 000 sterben jährlich an dieser Krank-

heit. Trotzdem erhält die Herzschwäche nicht die nötige Aufmerksamkeit. Die Patienten neigen dazu, Atemnot, Leistungsschwäche und Knöchelödeme nicht wahrzunehmen oder auf das Alter zu schieben. Auch manche Ärzte widmen ihr zu wenig Aufmerksamkeit.

Was sind die Ursachen der Herzschwäche?

Herzschwäche ist keine eigenständige Erkrankung. In ihr münden andere Herzkrankheiten - bei weitem am wichtigsten: die koronare Herzkrankheit und hoher Blutdruck.

Wie führt die koronare Herzkrankheit zum schwachen Herzen?

Während eines Herzinfarkts stirbt Herzmuskelgewebe ab und wird durch Narbengewebe ersetzt. Geht viel Herzmuskelgewebe während eines Herzinfarkts verloren, kann die Herzschwäche unmittelbar nach dem Infarkt auftreten. Häufig ist der Patient jedoch nach einem Herzinfarkt in seiner Leistungsfähigkeit noch wenig eingeschränkt. Die Verschlechterung des Befindens tritt erst später ein, wenn Umbauprozesse des Herzmuskels (kardiales Remode-

ling) das Herz weiter schädigen. Der Körper reagiert auf den Verlust von Herz-muskelgewebe durch den Infarkt damit, dass er Stresshormone ausschüttet wie Adrenalin und Noradrenalin und auch die Produktion von Renin und Angiotensin II erhöht - zwei Hormone, die die Gefäße verengen. Kurzfristig wird dadurch der Kreislauf stabilisiert. Aber auf Dauer bewirken diese Hormone eine weitere Schädigung oder einen Untergang von Herz-muskelzellen.

Wie wirkt der hohe Blutdruck auf das Herz?

Eine chronische Druckbelastung des Herzens, wie sie bei einem erhöhten Blutdruck vorliegt, führt zu einer Zunahme der Herzmuskeldicke. Diese Veränderung nennt man Herzmuskelhypertrophie. Das Herz wird schwerer und größer. Leistungsfähiger wird es dadurch nicht. Im Gegenteil: Je größer das Herz durch den Bluthochdruck wird, desto schwächer wird es.

Hoher Blutdruck ist auch die wichtigste Ursache einer anderen Form der chronischen Herzschwäche, die weniger bekannt, aber weit verbreitet ist: die diastolische Herzschwäche. Bei der diastolischen Herzschwäche hat der Herzmuskel seine Elastizität verloren. Die linke Herzkammer kann nicht ausreichend Blut aufnehmen und deshalb wird - auch wenn die Pumpkraft des Herzens erhalten ist - zu wenig Blut in den Organismus ausgeworfen.

Welche anderen Ursachen können zu einem schwachen Herzen führen?

Defekte Herzklappen, angeborene Herzfehler, entzündliche Herzerkrankungen wie Myokarditis, dilatative Kardiomyopathie, Alkohol- und Drogenmissbrauch und anderes. Aber diese Ursachen sind insgesamt nur für etwa 20-30 % der Fälle von Herzschwäche verantwortlich.

Wie wird die Herzschwäche diagnostiziert?

Jeder, der unter Atemnot leidet, sollte den Arzt aufsuchen, um zu klären, ob es sich um eine Herzkrankheit handelt. Der Arzt erfährt schon viel durch die Vorge-schichte des Patienten und die körperliche Untersuchung. Bedeutsam sind die sichtbaren Stauungszeichen: Wassereinlagerungen

in der Lunge zeigen, dass die linke Herzkammer erkrankt ist. Bei lang bestehender Schwäche der linken Herzkammer mit Drucksteigerung im Lungenkreislauf, kommt es auch zu einer Überlastung der rechten Herzkammer und zu Wassereinlagerungen in den Gelenken, besonders im Unterschenkel. Auch kann sich Körperflüssigkeit in der freien Bauchhöhle (Aszites) stauen oder zwischen Rippenfell und Lunge die Entfaltung der Lunge und damit das Atmen behindern. Eine Erweiterung der großen Halsvenen, insbesondere im Liegen, zeigt, dass die rechte Herzkammer nicht mehr genug verbrauchtes Blut aufnehmen kann. Wenn auch nur der geringste Verdacht auf eine Herzschwäche besteht, hat der Hausarzt die Aufgabe, den Patienten an einen Kardiologen zu überweisen, damit die Herzschwäche sicher diagnostiziert und behandelt werden kann. Leider kommt es immer wieder vor, dass die Überweisung zum Facharzt oder in eine Spezialambulanz für Herzinsuffizienz unterbleibt und dadurch die Chancen sinken, die Herzschwäche wirksam zu bekämpfen.



NYHA I: Herzschwäche ohne körperliche Einschränkungen. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine Erschöpfung, Rhythmusstörungen oder Luftnot.

Welche Untersuchungen sind nötig?

Die beste Beurteilung der Herz-situation ermöglicht die Ultraschall-untersuchung (Echokardiographie). Dadurch ist zu erkennen, ob der Herzmuskel dicker oder dünner geworden ist, ob der gesamte Herzmuskel oder nur bestimmte Wandabschnitte geschädigt sind.



NYHA II (leicht): Herzschwäche mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe und bei geringer Anstrengung. Stärkere körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen oder Luftnot, z. B. Bergangehen oder Treppensteigen.

Zu sehen ist auch, ob Herzklappen-defekte Ursache der Herzschwäche sind. Im EKG kann der Arzt ebenfalls eine Vergrößerung der linken Herzkammer oder eine Verdickung des Herzmuskels feststellen. Das EKG kann auch Hinweise auf einen zurückliegenden Herzinfarkt geben. Das Belastungs-EKG zeigt, inwieweit die körperliche Belastbarkeit des Patienten eingeschränkt ist und kann auf eine koronare Herzkrankheit hinweisen. Manchmal ist eine Röntgenaufnahme nötig, um genaue Vorstellungen von der Herzgröße zu bekommen. Auch dient sie dazu, die Flüssigkeitseinlagerungen in der Lunge zu sehen. Bisweilen ist eine Katheteruntersuchung des Herzens angezeigt. Sie gibt genaue Auskunft über die Pumpfunktion der rechten und linken Herzkammer und die Funktion der Herzklappen. Insbesondere kann eine koronare Herzkrankheit als Ursache der Herzschwäche nachgewiesen werden. Bei den Laboruntersuchungen ist ein Biomarker interessant: NT-proBNP.

Was zeigt dieser Biomarker?

NT-proBNP (N-Terminal pro-Brain Natriuretic Peptide) ist ein Eiweißhormon, das bei Erhöhung der Wandspannung des Herzens, die ein Zeichen für seine Überlastung ist, vermehrt freigesetzt wird. Ist dieser Biomarker nicht erhöht, handelt es sich um eine Luftnot, die unabhängig von der Herzschwäche entstanden ist. Sind die Werte erhöht, ist es

zwingend notwendig, den Patienten zum Kardiologen zu überweisen, damit die Herzschwäche abgeklärt wird. Weiterhin können erhöhte NT-proBNP-Spiegel als Maß dienen, wie gut eine Therapie mit Medikamenten anspricht. Die Patienten sollten unter Therapie die für sie möglich niedrigsten BNP-Konzentrationen erreichen. Daran kann man sehr gut die Therapieeffekte ablesen.



NYHA III (mittelschwer): Herzschwäche mit höhergradiger Einschränkung der Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen oder Luftnot, z. B. Gehen in der Ebene.

Wenn die Diagnose Herzschwäche feststeht - auf was muss sich der Patient gefasst machen?

Er muss wissen, dass die chronische Herzschwäche die Tendenz hat fortzuschreiten. Die Pumpkraft des Herzens nimmt bei vielen Patienten mit der Zeit immer weiter ab. Um das Fortschreiten der Krankheit zu charakterisieren, nutzen die Ärzte die Einteilung der New York Heart Association (NYHA, s. Abb.). Anfangs rufen nur große Anstrengungen Beschwerden hervor, später auch kleine. Im Endstadium ist es fast nicht mehr möglich, das Bett zu verlassen. Ist die Erkrankung fortgeschritten, kann es zu Komplikationen kommen: Bei vielen Patienten sind die Nieren so strapaziert, dass sie nicht mehr ausreichend Wasser und Salz ausscheiden. Häufig treten Herzrhythmusstörungen auf, die das Herz belasten. Blutarmut kann den Gesundheitszustand weiter verschlechtern. Ziel der modernen Therapie der Herzschwäche ist es, in

die Mechanismen einzugreifen, die nach heutigem Wissen zum Fortschreiten der Erkrankung beitragen, die Verschlechterung der Krankheit aufzuhalten oder sie zumindest zu verlangsamen. Die Chancen dafür sind umso besser, je früher die Herzschwäche erkannt wird.

Wie sieht heute das Therapiekonzept aus?

Die Therapie ist nicht nur darauf ausgerichtet, das Leben zu verlängern, sondern die Beschwerden so zu bessern, dass ein glückliches Leben möglich bleibt. Das Konzept umfasst vier verschiedene Vorgehensweisen, die je nach Diagnose und Schwere der Erkrankung zur Anwendung kommen:

- Behandlung der Ursachen
- Medikamente
- Bewegung als Therapie
- spezifische Schrittmacher

Behandlung der Grundkrankheit - was bedeutet das?

Die Behandlung der Grundkrankheit ist die beste Strategie gegen die Herzschwäche, weil ihr dadurch der Boden entzogen wird. Zum Beispiel durch:

- gewissenhafte Einstellung des hohen Blutdrucks,
- Operation defekter Herzklappen,
- Bypassoperation oder Kathetereingriffe, um bei koronarer Herzkrankheit schlecht durchblutetes Gewebe wieder zu aktivieren.

Was erreichen Medikamente?

Betablocker schirmen das Herz gegen die Stresshormone ab. ACE-Hemmer und Sartane verhindern schädliche Umbauprozesse und steigern die Leistungsfähigkeit des Herzens. Diuretika fördern die Entwässerung des Körpers und entlasten dadurch das Herz. Eine Behandlung mit Herzglykosiden (Digitalispräparaten) kommt heutzutage nur in schweren Fällen vor oder bei Patienten, die zusätzlich Vorhofflimmern mit deutlich zu hohen Herzfrequenzen trotz einer Therapie mit Betablockern haben.

Was heißt: Bewegung als Therapie?

Früher galt: Bei Herzschwäche muss man sich körperlich schonen. Heute weiß man: Bewegung hilft. Untersuchungen zum regelmäßigen

Ausdauertraining an vielen Hundert Patienten haben gezeigt: Die Leistungsfähigkeit lässt sich um 10-25 % verbessern - je nach Intensität und Dauer des Trainingsprogramms. Außerdem wird erreicht, dass die Zahl der Krankenhauseinweisungen zurückgeht und die Prognose sich verbessert.

Bei Herzschwäche empfehlen sich körperliche Aktivitäten, bei denen viel Bewegung mit vergleichsweise geringem Kraftaufwand möglich ist: Spaziergehen, Wandern, Nordic Walking, Radfahren. Allerdings: Vor jedem körperlichen Training muss beim Kardiologen mit Ergometrie oder Spiroergometrie überprüft werden, wie gut die aktuelle körperliche Belastbarkeit ist und wie hoch sich der Patient optimal belasten sollte.

Es hat sich bewährt, das Training in einem Herzzentrum oder einer Rehaklinik unter Aufsicht eines Sporttherapeuten oder Arztes zu beginnen, damit Überlastungen vermieden werden.

Wann werden Schrittmacher eingesetzt?

Die sogenannte Resynchronisationstherapie (CRT) mit speziellen Schrittmachern ist für Patienten bestimmt, bei denen eine Störung der Erregungsleitung im Herzen (Linkschenkel block) festgestellt wurde. Dann zieht sich der Herzmuskel nicht gleichzeitig zusammen und arbeitet ineffizient. Durch den CRT-Schrittmacher kann das Herz wieder synchron arbeiten und wird dadurch leistungsfähiger. Eine ganz andere Aufgabe hat der Defibrillator: Patienten mit Herzschwäche, bei denen die Auswurffraktion (ein Maß für die Pumpleistung des Herzens. Eine Auswurffraktion von mehr als 50% gilt als normal.) unter 30% liegt, sind durch eine lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung - das Kammerflimmern - gefährdet. Davor kann der Defibrillator schützen.

Wenn trotz der heutigen Therapiemöglichkeiten die Krankheit fortzuschreitet?

Im Endstadium bleibt nur die Herztransplantation. Allerdings haben sich die Chancen der Patienten dadurch verbessert, dass künstliche Herzen - sogenannte Assist-Systeme

me - zur Verfügung stehen, die die Zeit, bis ein passendes zweites Herz gefunden ist, überbrücken.

Was kann der Patient selbst tun?

Auch die beste Therapie kann nicht erfolgreich sein, wenn der Patient sich nicht daran hält, Z.B. Medikamente weglässt, vergisst oder zu bequem ist, um die Empfehlung zur Bewegungstherapie zu befolgen. Engagierte Mitarbeit des Patienten ist bei der chronischen Herzschwäche besonders wichtig. Ein gesunder Lebensstil mit allem, was dazugehört (Bewegung, gesunde Ernährung, Verzicht auf Rauchen und zu viel Alkohol), sollte sich von selbst verstehen. Eine Besonderheit besteht bei der Herzschwäche: Es ist wichtig, den Salzverbrauch einzuschränken und die Flüssigkeitsaufnahme auf 2 Liter, bei fortgeschrittener Krankheit auf **1,5 Liter**, zu begrenzen, um das Herz zu entlasten. Allen Patienten mit Herzschwäche, die eine Tendenz zur Wassereinlagerung haben, wird dringend geraten, sich täglich zu wiegen, um Entgleisungen der Herzschwäche, die zur Verschlechterung der Krankheit und zu Krankenhausaufenthalten führen, rechtzeitig zu bemerken.



NYHA IV (schwer): Herzschwäche mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe. Bettlägrigkeit.

Immer wieder ins Krankenhaus eingewiesen zu werden - das müssen viele herzschwache Patienten erleben.

Die Krankenhausaufenthalte sind bei Herzschwäche ein großes Problem. Jedes Jahr werden mehr als 370000 Patienten wegen Herzschwäche ins Krankenhaus eingewiesen.

Wenn Patient und Arzt aufmerksam den Verlauf der Herzschwäche ver-

folgen, lassen sich diese Krankenhausaufenthalte oft vermeiden. Eine große Hilfe ist die tägliche Aufzeichnung des Gewichts. Wenn das Gewicht um mehr als 2 kg in drei Tagen steigt, ist das ein Warnsignal dafür, dass die Herzschwäche sich verschlechtert. Dann muss der Arzt oder die Herzambulanz aufgesucht werden, damit rechtzeitig gegengesteuert werden kann und ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird. Um den Patienten vor den gefürchteten Krankenhausaufenthalten zu schützen, hat man eine Reihe von Betreuungsprogrammen entwickelt.

Wie sehen diese Programme aus?

Ein Beispiel ist das Würzburger Projekt, in dem Krankenschwestern in enger Verbindung mit Kardiologen des Herzzentrums und den Hausärzten die Patienten regelmäßig anrufen und so ihr Befinden überwachen. Dadurch ließ sich in der Würzburger Studie die Sterblichkeit deutlich reduzieren.

Eine andere Form der Betreuung sind telemedizinische Überwachungen. Hier werden Gewicht, Rhythmusstörung und Blutdruck täglich an ein Behandlungszentrum gemeldet, und Hausarzt und Patient werden umgehend informiert, wenn eine Entgleisung der Herzschwäche droht. Hier gibt es Perspektiven, die Betreuung der Patienten weiter zu verbessern. Wie wertvoll diese Konzepte sind, müssen allerdings erst wissenschaftliche Studien zeigen.

Patienten mit Herzschwäche leiden oft unter den Einschränkungen des Alltags, unter Zukunftsangst und Depressionen. Die technische Betreuung der Patienten wird immer besser. Aber die Patienten vermissen schmerzlich die persönliche Zuwendung des Arztes, der dafür keine Zeit mehr hat.

Die chronische Herzschwäche führt zu seelischen und sozialen Problemen. Deshalb ist das intensive Gespräch nicht nur mit dem Patienten, sondern auch mit seinen Angehörigen von größter Bedeutung. In diesen Gesprächen sollte es nicht nur um die regelmäßige medizinische Betreuung und die Medikamenteneinnahme gehen, sondern auch um

Fragen, wie der Patient mit der Einschränkung seines Alltags zurechtkommt und welche Möglichkeiten ihm offenstehen. Oft entwickelt sich in der Herzschwäche eine Depression, sodass überlegt werden muss, ob der Patient psychotherapeutisch oder mit Antidepressiva behandelt werden sollte. Herzinsuffizienzambulanzen an den großen Zentren können das leisten, weil sie meist eine psychotherapeutische Mitbetreuung organisiert haben. Auch viele Kardiologen haben sich in die Probleme herzschwacher Patienten hineingedacht und können Hilfe leisten.

Zum Schluss ein Satz, den jeder bis zum Überdruß gehört hat und den fast keiner ernst nimmt: Vorbeugen ist besser als heilen.

So ist es. Die Herzschwäche entwickelt sich in etwa 70 % der Fälle aus koronarer Herzkrankheit und hohem Blutdruck. Beide entstehen aus den bekannten Risikofaktoren wie Rauchen, falsche Ernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel. Eine Änderung des Lebensstils, die die Risikofaktoren in den Griff bekommt, ist die beste Waffe gegen die Herzschwäche. Das hat eine große Studie (Djoussé et al. 2009) an über 20 000 amerikanischen Ärzten, die länger als 20 Jahre beobachtet wurden, gezeigt. Bei den Ärzten, die gesund und ohne Bluthochdruck lebten, war das Risiko für eine Herzschwäche halbiert.

In Deutschland leiden zurzeit etwa zwei bis drei Millionen Menschen an Herzschwäche. Überträgt man die amerikanischen Zahlen auf Deutschland und nimmt an, die Hälfte derer, die sich achtlos verhalten, entscheiden sich für einen gesunden Lebensstil, so blieben Hunderttausende, die sonst krank geworden wären, von der Herzschwäche, von Leiden und Komplikationen verschont. Ein Traum - aber ein Traum, über den nachzudenken sich lohnt.

Interview: Irene Oswald

Demenz und Hypertonie

Ein Zusammenhang zwischen Blutdruckhöhe und kognitivem Abbau liegt sehr nahe. Für das Krankheitsbild Demenz gibt es nur in Ausnahmefällen einen ursächlichen Therapieansatz.

Leider sind derzeit lediglich die Symptome der Demenz einem medikamentösen Therapieansatz zugänglich. Ein Zusammenhang zwischen Blutdruckhöhe und kognitivem Abbau wird schon seit Jahrzehnten diskutiert. Einerseits sind arteriosklerotische Gefäßveränderungen mit den



entsprechenden Durchblutungsstörungen der Gehirnarterien im Rahmen der vaskulären Demenz durch Bluthochdruck bedingt, andererseits ist im Rahmen der Alzheimerdemenz durch Bildung von speziellen Eiweißkörpern eine Gefäßkontraktion und Plaquebildung in den Arterien für den geistigen Abbau verantwortlich.

In einigen Studien ist ein Abbau der cerebralen Leistungsfähigkeit durch einen erhöhten Blutdruck ab dem 50. Lebensjahr bewiesen worden.

Die Frage nach dem Nutzen einer blutdrucksenkenden Therapie hinsichtlich der Demenzentwicklung und Verschlechterung lässt sich derzeit nicht endgültig beantworten, aber unter einer effektiven Blutdruckkontrolle kommt es zu einem signifikant niedrigeren Risiko für Insulte (Schlaganfälle), die zum Teil sehr klein sein können. Durch viele kleine Schlaganfälle, einem sogenannten Multiinfarktgeschehen, kommt es

zu einem Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit.

Es gibt aber auch sehr viele Hinweise, dass zum Beispiel bestimmte Blutdruckmedikamente eine geringere Alzheimerentwicklung bewirken.

Und bei einer effektiven Blutdruckkontrolle kommt es jedenfalls in allen Studien zu einer signifikanten Reduktion ischämischer und blutiger Schlaganfälle sowie in deren Folge Auftreten kognitiver Defekte.

Für die nächsten Jahrzehnte ist ein massiver Anstieg an Demenzerkrankungen prognostiziert. Da eine kurative Therapie der Demenz vorerst nicht in Sicht ist, liegt in der Erfassung therapierelevanter Risikofaktoren der wichtige Ansatzpunkt um die Manifestation sowohl der vaskulären als auch der Alzheimerdemenz hintanzuhalten.

Als Demenzrisikofaktor ist der Bluthochdruck relativ gut dokumentiert.

Der krankhaft erhöhte Blutdruck ist eine Volksseuche geworden.

Bluthochdruck kann heute durch exzellent wirksame, nebenwirkungsarme oder -freie Medikamente sehr gut und erfolgreich behandelt werden.

Der normale Blutdruck sollte bei einer Selbstmessung im häuslichen

Bereich systolisch unter 135 mmHg und diastolisch unter 85 mmHg liegen. Blutdruckwerte von 120/70 mmHg sind ausgezeichnete Blutdruckwerte.

Das Risiko, eine Demenz durch Bluthochdruck zu entwickeln, liegt 2-5-fach höher als bei normalen Blutdruckwerten.

Ein hoher Blutdruck kann schon in jungen Jahren dem Gehirn schaden. Demnach scheint das Gehirn eines 40-jährigen mit Bluthochdruck 7 Jahre älter zu sein als das eines Gleichaltrigen ohne entsprechende Symptome.

Ein Viertel aller Demenzfälle geht auf gefäßbedingte Ursachen zurück.

Das Problem: Viele Menschen mit Bluthochdruck wissen gar nicht, dass sie einen erhöhten Blutdruck haben. Oder sie wissen davon, ignorieren das Problem aber und nehmen ihre Blutdrucksenker nicht ein.

Demenz entwickelt sich zunehmend als Volkskrankheit. Verglichen mit Patienten ohne Bluthochdruck setzt die Demenzerkrankung im Durchschnitt um 2,7 Jahre früher ein.

Es zeigt sich dass bei Menschen mit einem systolischen Blutdruck über 140 mmHg die Leistung bei Merkfähigkeitstests um 6,5 % stärker abnimmt als bei Personen mit einem Blutdruck von 120 / 80 mmHg.

*Dr. Margit Herg, MSc
Dr. Michael Herg, MSc*

Margit u. Michael
Dr. Herg
Internist

Ärztin für Allgemeinmedizin
Fachärzte für Geriatrie, MSc



Dr. Margit Herg, MSc



Dr. Michael Herg, MSc

- Facharzt für Innere Medizin
- Ärztin für Allgemeinmedizin
- Fachärzte für Geriatrie
- Master of Science in Geriatrie
- Notarzt, Sportarzt
- Magen- und Darmspiegelungen

📍 St.-Peter-Hauptstraße 27, 8042 Graz
☎ +43 316 483484 Fax-DW: 84
✉ ordination@m-herg.at

ORDINATIONSZEITEN:

Mo-Fr: 7.30 - 12.00 Uhr
Mo & Do: 13.00 - 16.00 Uhr
Di & Mi: 12.00 - 13.00 Uhr
Labor: Mo-Fr: 7.00 - 10.00 Uhr

Herzschwäche: Internationales Forscherteam entschließt Therapieansatz Intensiver Ausbau der Grundlagenforschung an der Med Uni Graz

Die Herzinsuffizienz ist mit mehr als 20 Millionen Betroffenen europaweit eine der häufigsten internistischen Erkrankungen. Weltweit bildet die Herzschwäche eine der führenden Todesursachen und die Prognose ist trotz optimaler Therapie vor allem im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung schlechter als bei vielen Tumorerkrankungen. Internationale WissenschaftlerInnen identifizierten nun ein Schlüsselmolekül (PDE9), dessen medikamentöse Hemmung in naher Zukunft die Behandlung der Herzschwäche optimieren könnte.

Herzinsuffizienz: 20 Millionen Betroffene europaweit

Aktuelle Statistiken weisen die Herzinsuffizienz als eine der häufigsten internistischen Erkrankungen aus. Allein in Europa gibt es mehr als 10 Millionen Betroffene, weitere 10 Millionen leiden bereits an Herzschwäche, jedoch derzeit symptomlos. Männer sind im Vergleich mit gleichaltrigen Frauen 1,5-fach häufiger betroffen, wobei die Gefahr einer Herzinsuffizienz mit zunehmendem Lebensalter generell ansteigt.

Die Ursachen der Herzinsuffizienz sind vielfältig. „Die molekularen Ursachen der kardialen Hypertrophie – eine Verdickung des Herzmuskels – und der daraus resultierenden Herzschwäche stellen ein bereits vielfach beforschtes Gebiet dar“, berichtet Dr. Peter Rainer, Klinische Abteilung für Kardiologie der Med Uni Graz und Teil der internationalen Forschungsgruppe an der Johns Hopkins University, Baltimore, USA.

Peter Rainer forschte einige Jahre in den USA und baut seit seiner Rückkehr an die Med Uni Graz im Vorjahr eine eigenständige grundlagenwissenschaftliche Forschungsgruppe auf. Der Fokus seiner Forschungsgruppe an der Med Uni Graz liegt auf den molekularen Mechanismen, welche den verschiedenen Herzerkrankungen zu Grunde liegen.

Molekulare Grundlagenforschung für die Herzgesundheit

Zahlreiche aktuelle Studien belegen, dass ein intrazelluläres Molekül – das zyklische Guanosinmonophosphat cGMP – und die damit verbundene Aktivierung eines weiteren Enzyms (Proteinkinase G) das Herz vor der Verdickung des Herzmuskels (Hypertrophie) und einer daraus folgenden Herzschwäche schützt. Das Enzym Phosphodiesterase 5 PDE5 ist am Abbau von cGMP wesentlich beteiligt. „Bereits seit einiger Zeit ist bekannt, dass die Hemmung des Abbaus von cGMP durch die Herabsetzung von PDE5 schützend für das Herz wirkt“, so Peter Rainer. cGMP kann im Körper jedoch auf verschiedene Weisen produziert und abgebaut werden.

Vorangegangene klinische Studien konnten belegen, dass der Wirkstoff Sildenafil – bekannt aus der Behandlung der erektilen Dysfunktion - trotz seiner gefäßerweiternden Wirkung als PDE5 Hemmer eher enttäuschende Langzeitresultate liefert.

Internationale Forschung: Neues Schlüsselmolekül identifiziert
Das Forscherteam mit Beteiligung

von Peter Rainer identifizierte ein weiteres Schlüsselmolekül aus diesem Netzwerk – Phosphodiesterase 9 PDE9 – welches einen alternativen Abbauweg darstellt, der bei Herzschwäche an Relevanz gewinnt. In diesem Molekül erkennen die WissenschaftlerInnen einen möglichen Grund, für die mangelnde klinische Effizienz von Sildenafil in der PDE5 Hemmung und damit in der Behandlung von Herzschwäche. „PDE9 zielt auf einen Pool von cGMP, welcher durch PDE5 Hemmung bisher nur unzureichend beeinflusst werden konnte“, sagt Peter Rainer. Die WissenschaftlerInnen konnten in der vorliegenden Arbeit eindrucksvoll beweisen, dass die Hemmung von PDE9 durch genetische Manipulation oder auf pharmakologischem Wege eine geeignete Möglichkeit darstellt, um Hypertrophie und Herzschwäche wirkungsvoll zu reduzieren.

Die Sicherheit des pharmakologisch eingesetzten Hemmstoffes wurde bereits bei Studien zu anderen Erkrankungen, wie beispielsweise der Alzheimer Erkrankung, geprüft. „Eine weitere Untersuchung der Substanz zur Behandlung der Herzschwäche ist damit zukünftiger Gegenstand der Forschung“, so Peter Rainer abschließend, der die Forschungen auf diesem Gebiet an der Medizinischen Universität Graz intensiv fortführen wird.

*Ass.-Arzt Dr. Peter Rainer
Klinische Abteilung für Kardiologie
Univ.-Klinik für Innere Medizin
Medizinische Universität Graz*

Der subkutane Defibrillator

Schutz vor dem plötzlichen Herztod

**Prim. Univ.-Doz. Dr.
Franz Xaver Roithinger**
Vorstand 2. Internen Abteilung

Die 2. Interne Abteilung mit Kardiologie des Landeskrankenhauses Wiener Neustadt hat es sich zur Aufgabe gemacht, neben der Behandlung ihrer Patienten auch die zwischenmenschliche Komponente in den Vordergrund zu stellen.

Das Patientengut umfasst natürlich allgemein internistische Fälle sowie, gemäß den Schwerpunkten der Abteilung, die Behandlung von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Gefäße und der Nieren nach den modernsten Erkenntnissen der Wissenschaft.

Unser Leistungsspektrum in der Kardiologie umfasst unter anderem die Behandlung von Herzrhythmusstörungen durch Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren. Seit dem Jahr 2013 bieten wir unseren Patienten nun zusätzlich ebenfalls die Möglichkeit zur Implantation des neuen, subkutanen Defibrillators an.

OA Dr. Alex Teubl

Leiter der AICD (Automatischer Implantierbarer Cardioverter Defibrillator) und Schrittmacher Ambulanz am Landeskrankenhaus Wiener Neustadt

Welche Patienten benötigen einen implantierbaren Defibrillator und warum?

Zwei Patientengruppen gibt es zu unterscheiden. 1) Pat. mit einer Herzschwäche, entweder durch einen Herzinfarkt bedingt oder auch zum Beispiel nach einer Herzmuskelentzündung. Diese Patienten haben ein hohes Risiko einen plötzlichen Herztod zu erleiden und können vorsorglich, Primärprophylaxe, einen ICD erhalten. 2) Pat. bei denen bereits lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen aufgetreten sind bzw. einen plötzlichen Herztod, durch eine erfolgreiche Wiederbelebung, überlebt haben, benötigen, um ein weiteres

Ereignis zu Lebenssituationen ins Gespräch kommen und von dem reichen Erfahrungsschatz anderer profitieren. Nehmen Sie Ihr Implantat als Teil Ihres Lebens und als Ihren persönlichen „Beschützer“ an.

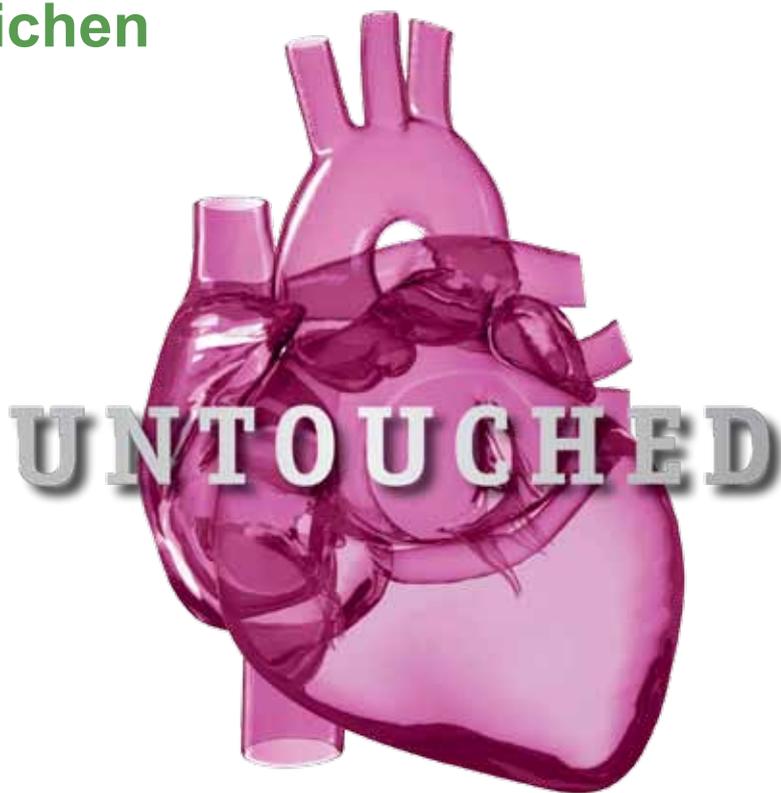
Worin bestehen die wesentlichen Unterschiede zwischen einem transvenösen ICD und einem subkutanen ICD?

Bei einem transvenösen System wird diese Kabeln stellen allerdings bei zunehmender Implantationsdauer immer wieder ein Problem dar. Sie können brechen und somit zu nicht gewollten Schockabgaben führen, es kann zu Infektionen kommen, die meistens eine große Operation nach sich ziehen, da alle Kabeln und das Gerät entfernt werden müssen.

Bei subkutanen ICD wird das Kabel nur unter die Haut verlegt, das Herz bleibt unberührt, somit treten wesentlich weniger Komplikationen auf.

Für welche Patienten kommt der subkutane Defibrillator in Frage?

Im Prinzip können alle Patienten, abgesehen von einigen Ausnahmen, einen subkutanen ICD erhalten. Personen die zusätzlich eine Notwendigkeit für einen Herzschrittmacher aufweisen, sind zum Beispiel nicht geeignet.



Was passiert nach der Diagnosestellung?

Nach der Diagnosestellung und Entscheidung für eine ICD Implantation, wird der Pat. über die unterschiedlichen Möglichkeiten der Implantationsart, transvenös-subcutan, aufgeklärt und ist prinzipiell in die Entscheidung welches Gerät eingebaut wird einbezogen. Der Einbau erfolgt im Normalfall unter stationären Bedingungen, mit einem KH Aufenthalt von 3 Tagen ist zu rechnen.

Merkt man es, wenn man einen Schock bekommt? Tut das weh?

Ob man einen Schock bemerkt, ist davon abhängig ob vor der Schockabgabe eine Bewusstlosigkeit eintritt. Im Falle einer Bewusstlosigkeit wird der Schock nicht verspürt, wenn eine bösartige Rhythmusstörung nicht zur Bewusstlosigkeit führt, wird der Schock natürlich bemerkt und verursacht generell Schmerzen. Die Patienten berichten allerdings unterschiedlich über das Schockempfinden („Ich hab geglaubt ein Blitz hat eingeschlagen“, „Wie ein Schlag auf die Brust“, „Ein Pferd hat mich getreten“...). Für einige Personen ist die erlebte Schockabgabe sehr trauverhindern entmatisch, andere stecken das Ereignis ohne Probleme weg.

Was sollte ein Patient beachten, nachdem er einen Schock erhalten hat?

Wenn es einem Patienten nach einem Schock gut geht, kann Ruhe bewahrt werden, die zuständige Ambulanz sollte in den normalen Arbeitszeiten

aufgesucht werden. Treten mehrere Schocks nacheinander auf oder man fühlt sich nicht wohl, sollte das Spital unmittelbar aufgesucht werden.

Dr. Paul Pinter

verantwortlich für die Implantation des subkutanen ICDs am Landesklinikum Wiener Neustadt

Wie geht die Implantation – Einpflanzung - des subkutanen Defibrillators vor sich?

Das System besteht aus einem Defibrillator (auch: Aggregat, Generator) und einer daran angeschlossenen Sonde (auch: Elektrode).

Schon vor Operationsbeginn wird die exakte Lage von Gerät und Elektrode anhand anatomischer Orientierungspunkte geplant. Die für die Gerätefunktion optimale Beziehung zwischen Gerät, Sonde und Herzmuskel wird hierauf mittels Röntgenkontrolle bestätigt und wenn nötig die Implantationsstelle angepasst. Die so ermittelten Stellen für die insgesamt drei notwendigen Hautschnitte werden für die Operation markiert.

In Lokalanästhesie oder Narkose wird zunächst eine Tasche für den Defibrillator zwischen Unterhautfettgewebe und darunter liegender Muskulatur im Bereich der 5.-6. Rippe auf der linken Seite des Brustkorbes gebildet. Hierfür ist ein nur gerade so langer Hautschnitt notwendig, der es eben noch erlaubt, das Gerät in diese Tasche einbringen zu können.

Anschließend wird über zwei kleine Schnitte von jeweils circa 1cm Länge die Elektrode unter der Haut platziert und mittels mehrerer Nähte fixiert.

Hierbei verläuft die Sonde typischerweise in einer L-Form ganz knapp links neben dem Brustbein bis an dessen unteres Ende und dann auf die linke Seite des Brustkorbes zum Defibrillator. Dann wird die Elektrode mit dem subkutanen Defibrillator verbunden. Die Grundfunktionen des implantierten Systems werden nun getestet und optimal an den Patienten angepasst. In einer Kurznarkose

(bei einer Operation unter Allgemeinnarkose hinfällig) wird künstlich eine Herzrhythmusstörung ausgelöst, um die Funktion des Systems zu überprüfen. Falls erforderlich, kann die Position der Elektrode oder des subkutanen Defibrillators noch verändert werden.

Zuletzt erfolgt der chirurgische Wundverschluss. Normalerweise dauert die Implantation zwischen 30 und 60 Minuten.

Wie lange muss man als Patient nach einer solchen Operation im Krankenhaus bleiben?

Die Heilungsverläufe der einzelnen Patienten sind sehr individuell, wodurch es nur schwer möglich ist, Pauschalaussagen zu treffen. Bei sonst unkompliziertem Verlauf kann der Patient in der Regel schon am Folgetag der Operation entlassen werden. Zuvor erfolgt jedoch noch sowohl eine Wundkontrolle als auch eine nochmalige Kontrolle und Optimierung des implantierten Systems.

Mit welcher Art von Beschwerden ist nach einem solchen Eingriff zu rechnen und wie lange dauert es, bis man beschwerdefrei ist?

Anfängliche leichte bis mäßige Wundschmerzen – wie nach jedem operativen Eingriff – kommen vor und legen sich in der Regel nach einigen Tagen bis wenigen Wochen. Selten kommt es zu Infektionen an den Schnittstellen kurz nach dem Eingriff oder im weiteren Verlauf. In seltenen Fällen kann es zu Entzündungen kommen, die mittels Antibiotika behandelt werden müssen und/oder eine Wundreinigung erfordern.

In extrem seltenen Fällen, muss das System oder Teile davon wieder herausgenommen werden und nach kurzer Zeit und einer Antibiotikatherapie erneut implantiert werden. Ein Bluterguss an den Schnittstellen oder entmatisch lang der Elektrode sowie Verletzungen von Gefäßen und Nervenreizungen im Rahmen des Eingriffes sind sehr selten.

Gegebenenfalls müssen größere Blutergüsse operativ ausgeräumt werden. In seltenen Fällen kann es



zu einer Lageänderung der Elektrode oder des subkutanen Defibrillators kommen. Falls dadurch die Funktionalität des Systems beeinträchtigt werden sollte, wird eine operative Korrektur notwendig.

Wird sich das Leben eines Patienten substantiell ändern, nachdem ein subkutaner ICD implantiert wurde? und wenn ja, inwiefern?

Ja und zwar auf vielen Ebenen. Emotional:

Denn der Patient hat nun ein Implantat, das seinen Herzrhythmus ständig überwacht und im Ernstfall einer bösartigen Herzrhythmusstörung sofort eingreifen und somit letztendlich das Leben des Geräteträgers retten kann. Dies bringt nicht nur tatsächlich Sicherheit sondern kann natürlich auch ein gewisses Schutzgefühl vermitteln.

Die ständige Präsenz des Implantats kann einem die eigene Herzerkrankung natürlich auch öfter vor Augen führen. Körpergefühl: Der Defibrillator ist ein Fremdkörper, an den man sich erst gewöhnen muss, bis man diesen in sein eigenes Körperschema integriert hat. Der überwiegenden Mehrheit der Patienten gelingt dies nach maximal 18 Monaten. Die Tatsache, dass beim subkutanen Defibrillator kein Kabel im Gefäßsystem bzw. im Herzen zu liegen kommt, erleichtert oftmals diesen Prozess. Nehmen Sie Ihr Implantat als Teil Ihres Lebens und als Ihren persönlichen „Beschützer“ an.

Lesen Sie mehr über den subkutanen Defibrillator unter www.s-icd.at

Zu viel Fett im Blut - was nun?

Vortrag von MR Dr. Georg Biffel am 14. April im Merkursaal Graz



Damit ist offensichtlich Cholesterin gemeint, welches eine fettähnliche Substanz ist und für die Produktion von Hormonen, Gallensäuren und

Vitamin D zuständig ist.

Jede Körperzelle benötigt Cholesterin, sodass dies ein extrem wichtiger Baubestandteil des menschlichen Organismus ist.

Da Cholesterin aber nicht wasserlöslich ist, muss es daher mittels sogenannter Lipoproteinen quasi als Taxi im Blut transportiert werden.

1. körpereigene Produktion
2. Ernährung

Diese beiden Faktoren bestimmen die Höhe unseres jeweiligen Cholesterinwertes.

Zu Punkt 1 besteht zweifelsfrei in vielen Fällen eine genetische Veranlagung, das heißt, dass es oftmals vorkommt, das gerade sehr schlanke Menschen, die quasi alles essen können ohne zuzunehmen, einen erhöhten Cholesterinwert haben, während hingegen bei Übergewichtigen oft überraschend ein nur moderater Cholesterinwert gemessen wird.

In den westlichen Zivilisationsländern ist mittlerweile generell eine Erhöhung des Cholesterins festzustellen, wohin gegen in asiatischen Ländern (z. B. China) ein deutlich niedriger Wert vorherrscht. Zeitlich begrenzt kommt es zu einem deutlichen Cholesterinanstieg in der Schwangerschaft. Erniedrigte Cholesterinwerte bestehen bei Leberzirrhose sowie Manganmangel.

Zu Punkt 2 besteht eine deutliche Korrelation mit den tierischen Fetten, das sind Fleisch, Ei, Butter, Milch, Süßspeisen.

Was Sie vielleicht nicht so wissen werden ist die Tatsache, dass rund um Ostern in Österreich 70 Millionen Eier konsumiert wurden – wenn man bedenkt, dass 1 Ei 100 Kalorien hat, ist dies ein extrem hoher Anteil an Kalorien. Beide Punkte führen zur

sogenannten Gefäßverkalkung, welche sich in den Durchuntersuchungen von Patienten am leichtesten im Ultraschall der Halsschlagadern feststellen lässt, es kommt zu einer Ansammlung von Cholesterinkristallen in der Gefäßwand, die dann mit der Zeit aufbrechen, daran gerinnt dann das Blut und es kommt zum akutem Gefäßverschluss.

Beim Cholesterin unterscheidet man das sogenannte gute HDL-Cholesterin, welches in etwa zumindest 50 mg/dl betragen sollte und das sogenannte schlechte oder böse LDL-Cholesterin, das unter 130 mg/dl liegen sollte.

Der Gesamtcholesterinwert sollte 200 mg/dl nicht übersteigen. Rauchen senkt das HDL-Cholesterin, Bewegung erhöht es, ebenso das berühmte Glas Wein am Abend und der moderate Genuss von gesättigten Fettsäuren.

Beim LDL-Cholesterin unterscheidet man große ungefährliche Bestandteile und kleine, dafür umso gefährlichere Bestandteile. Beim moderaten Genuss von gesättigten Fettsäuren steigen zwar HDL und LDL an, vom LDL aber nur die ungefährlichen größeren Anteile.

Beim Genuss von Fettsäuren ist unbedingt darauf zu achten, dass sie möglichst unverarbeitet zu sich genommen werden, also keine Fertigprodukte und nicht in Verbindung mit Kohlehydraten. Das allgemeine Ge-

fäßverkalkungsrisiko ergibt sich also durch ungesunde Ernährung, Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Diabetes und Bluthochdruck.

Nun noch einige Worte zum Ei, dieses ist in letzter Zeit eher in Verruf gekommen und wurde in der Zwischenzeit wieder rehabilitiert, das heißt gegen den Genuss von 1 bis 2 Eiern in der Woche wäre kein Einwand zu erheben, es ist z. B. nur zu bedenken, dass in 1 Ei 237 mg Cholesterin sind und in 100 g Butter 125 mg, das heißt mit 2 Eiern haben Sie deutlich mehr Cholesterin als in einem viertel Kilo Butter.

Wichtig zu wissen ist noch etwas über die sogenannten Fettsäuren, von denen es die gesättigten und die ungesättigten Fettsäuren gibt.

Die gesättigten Fettsäuren haben wir bereits besprochen, sie sind enthalten in Fleisch, Ei, Milch, Butter, Süßspeisen.

Die ungesättigten Fettsäuren sind Omega 3, Omega 6 und Omega 9. Omega 3-Fettsäuren sind in Lachs, Makrele, Hering, Thunfisch und in wertvollen Ölen wie Raps, Walnuss, Leinsamen, Distel, Weizenkeim und Oliven. Die Omega 3-Fettsäuren senken auch noch die sogenannten Triglyceride und sie senken auch Herzrhythmusstörungen. Ausreichend ist also eine gesunde kalorienbewusste Mischkost, 1 bis 2x in der Woche Fisch und die Verwendung der genannten Öle.





Der Körper ist in der Lage alle Fettsäuren selbst zu bilden außer Omega 6 und Omega 3.

Die 10 effektivsten Cholesterinsenker auf natürliche Weise sind:

- Äpfel, Artischocken, Avocados
- Bohnen, Fische, Ingwer, Leinsamen
- Vollkorngetreide, Walnüsse, Zwiebel

Nochmals zur Wiederholung, das Wichtige ist, wenn schon etwas mehr Fett, dann bitte aber nicht zusammen mit Kohlehydraten.

Und nun zur Behandlung des erhöhten Cholesterinspiegels.

Man unterscheidet **Primärpräventi-**

genannten Statine zur Verfügung, die den Cholesterinspiegel zu 50 % senken, allerdings Nebenwirkungen wie Muskelbeschwerden oder Muskelkrämpfe haben können, diese können aber durch die gleichzeitige Einnahme von Q10 deutlich verbessert werden.

Die Statine hemmen die Cholesterinsynthese in der Leber, während hingegen das sogenannte Ezetimib (Ezetrol) die Cholesterinaufnahme aus dem Darm hemmt.

Weiters kommen noch zusätzlich medikamentös in Frage Nikotinsäure, Fibrate, Cholestyramin. Neu und in absehbarer Zeit auf den Markt kom-

men (so lang eben noch nichts passiert ist) und Sekundärprävention, das heißt es ist schon zu einer Gefäßverkalkung gekommen und es soll eine weitere verhindert werden.

Zur Primärprävention zählt eindeutig der sogenannte Lebensstil.

Zur **Sekundärprävention** stehen medikamentös die so-

genannten PCSK-9-Hemmer, welche das LDL-Cholesterin um 60 % senken sollen.

Auf natürliche Weise senken den Cholesterinspiegel Haferkleie, Aromiasaft (Apfelbeere) Grapefruit, Berberin (Berberitze), Betaglucon, Pflanzensterine, Salacia reticulata, Lecithin, Soja.

Relativ neu und sehr effizient ist der sogenannte rote Hefereis oder rotes Reismehl genannt, hier bestehen fernöstliche Literaturangaben, die das Cholesterin um bis zu 44 % senken und das LDL-Cholesterin bis zu 25 %. Neu aus Österreich ist eine Studie von der Kardiologie Wels, in welcher das Cholesterin und das LDL-Cholesterin um bis zu 30 % gesenkt werden konnten.

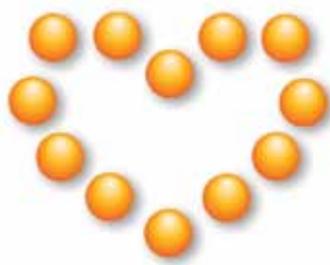
Der rote Hefereis senkt ebenfalls wie die Statine die Cholesterinentstehung in der Leber, Nebenwirkungen sind praktisch ausgeschlossen, die Wirkung ist großartig und der einzige Wermutstropfen ist die Tatsache, dass die Kosten von der Kasse nicht übernommen werden.

Allerdings gemessen an der Tatsache dass man in der Sekundärprävention bei Statinunverträglichkeit ebenso einen ausgezeichneten Schutz hat, ist möglicherweise das Geld sehr gut angelegt.

DOCTORSMED®

Cholesterin Komplex

Zur diätetischen Behandlung von erhöhten Cholesterinwerten



Der Cholesterin Komplex von DOCTORSME D® basiert auf natürlichen Inhaltsstoffen. Er enthält hochreinen, standardisierten Roten Reismehl-Extrakt. Der in Rotem Reismehl-Extrakt vorkommende cholesterinsenkende Stoff Monacolin K (Lovastatin)1,2,3 ist im Cholesterin Komplex in exakt der Konzentration pro Tablette enthalten, wie ihn die europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit empfiehlt.



Fettsäuren Das Verhältnis Omega 6 zu Omega 3

© Jutta Zirkl

In Ernährungsfragen gibt es selten ein generelles „richtig“ oder „falsch“, oft kommt es auf die Mischung an. So verhält es sich auch bei den Omega-6- und den viel gepriesenen Omega-3-Fettsäuren. Doch das ideale Verhältnis ist nicht so einfach zu erreichen.

Die essenziellen Fettsäuren sowohl aus der Gruppe der Omega-3-, als auch der Omega-6-Fettsäuren dienen als Bausteine für andere Fettsäuren und Stoffe im Körper. Es ist nahezu unmöglich, diese Stoffe voneinander losgelöst zu betrachten, da sie stets miteinander interagieren. Unter anderem geht es dabei um die Bildung von entzündungsfördernden- und entzündungshemmenden Stoffen (sog. Eicosanoide). Relevant ist hier das Bestehen eines Gleichgewichts. Und so spricht man bei der Betrachtung dieser Fettsäuren oft auch vom „Omega-6- zu Omega-3-Fettsäuren Verhältnis“ oder auch „n-6:n-3“. Und genau dieses ist durch die westliche Ernährung heutzutage leider bei vielen Menschen sehr ungünstig, Zivilisations- und andere Krankheiten sind die Folge.

Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren sind in gewisser Hinsicht wie ein launisches Ehepaar: Im Idealfall ergänzen sie sich perfekt, doch wenn das Verhältnis nicht stimmt, sind sie einander der größte Feind.

Das optimale Verhältnis von Omega 6 zu Omega 3-Fettsäuren

Während Omega-6-Fettsäuren unter anderem die Blutgefäße verengen und Entzündungen fördern, bewirken Omega-3-Fettsäuren das genaue Gegenteil. Liegt das Verhältnis von Omega-6- zu Omega-3-Fettsäuren bei 2:1 bis maximal 5:1, dann heben

sich diese Wirkungen gegenseitig auf, der Körper nimmt also keinen gesundheitlichen Schaden durch die Omega-6-Fettsäuren. Liegt das Verhältnis aber deutlich über 5:1, erhöht sich das Risiko von Herzerkrankungen, Bluthochdruck oder Rheuma drastisch.

Zu hoher Omega-6-Anteil in der heutigen Ernährung

Bei unseren Vorfahren in der Steinzeit stimmte das Verhältnis von Omega-6 zu Omega-3 noch weitgehend. Viele Lebensmittel, die vor rund 10.000 Jahren fast ausschließlich

auf dem Speiseplan standen, wiesen die „perfekte“ Relation von 2:1 bis 3:1 auf (etwa Fisch, Wild, Geflügel). Bei konventionell produziertem Fleisch liegt dieses Verhältnis bei 13,6:1, während grasgefütterte Tiere 2,78:1 zu bieten haben. Bei vielen Obst- und Pilzsarten ist der Omega-3- sogar höher als der Omega-6-Anteil.



© pixelio.de

Schätzungen der Universität Hohenheim zufolge lag das Omega-6-zu Omega-3-Verhältnis bei einem Steinzeitmenschen etwa bei 2-3:1. Interessanterweise findet sich auch in unseren Gehirnen ein Verhältnis von 1:1. In der modernen Ernährung liegt jedoch nur noch die japanische Bevölkerung bei 4:1. Die Schweizerischen, deutschen, österreichischen und amerikanischen Bevölkerungen sind bereits bei einem Verhältnis von 15:1 bis 20:1 angekommen. Omega-6- und Omega-3-Fettsäuren sind beide wichtig, sie sind im Körper jedoch auch als Gegenspieler anzusehen. Omega-3-Fettsäuren sind wichtig für Gehirnfunktion, für die Bildung von Gehirn- und Nervenzellen und für eine gute Sehfähigkeit (60 Prozent aller Fettsäuren der Netzhaut sind DHA=eine Omega 3 Fettsäure). Sie stärken die Kommunikationsfähigkeit der Nervenzellen und wirken sich unter anderem günstig bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hohem Blutdruck, hohem Triglycerid- und Cholesterinwerten aus. Omega-6-Fettsäuren sind wichtig für das

Wachstum, für die Wundheilung oder für die Infektionsabwehr.

Während Omega-3-Fettsäuren z.B. entzündungshemmend wirken, erhöhen zu viele Omega-6-Fettsäuren die Blutdicke und den Entzündungsstatus. Ein zu hoher Omega-6-Anteil erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Reihe von Krankheiten, darunter Brustkrebs nach der Menopause, Prostatakrebs, Herzrhythmusstörungen, Herzanfälle, Osteoporose, Entzündungen, Fettleibigkeit, Krebs, Stimmungsschwankungen und Depression.

Das ist jedoch kein Grund, Lebensmittel mit hohem Omega-6-Gehalt überhaupt nicht mehr zu essen – sie leisten viele wichtige Beiträge zu unserer Gesundheit. Lediglich Mäßigung damit scheint angesagt (insbesondere bei Traubenkernen, Sonnenblumenkernen und den Ölen, die aus beiden gewonnen werden, sowie Distelöl). Durch die intelligenten Regelmechanismen unseres Körpers entspricht das Verhältnis von Omega 3 und Omega 6 in unseren Körpern jedoch nicht dem der Lebensmittel,

die wir essen. Denn wie an der unten angefügten Tabelle zu sehen ist, wäre es sonst ein Rätsel, wie das Verhältnis von 1:1 bis 1:4 überhaupt zustande kommen kann.

Es kann jedoch aber nicht schaden, moderater mit Nüssen, Ölen, Samen und Nussmilch umzugehen. Insbesondere gilt dieser Tipp für diejenigen Rohkostler, die Getreide durch Nüsse und Samen ersetzen. Nüsse und Samen sind Saisonfrüchte, von denen wir jedoch mittlerweile das ganze Jahr über zu viel essen. Auch konzentrierte Öle können ein extrem ungünstiges Verhältnis der Fettsäuren zueinander haben. Chiasamen und Leinsamen und ihre Öle enthalten jedoch ein förderliches, umgekehrtes Verhältnis von Omega 6 und Omega 3.

Hier noch eine kleine Aufstellung über das Verhältnis von Omega-6-zu Omega-3-Fettsäuren für einige ausgewählte pflanzliche Lebensmittel.

Verhältnis von Omega-6 zu Omega-3 Fettsäuren für einige ausgewählte pflanzliche Lebensmittel (nach Christian Härtelt)

sehr gut

| | |
|-----------|-----|
| Leinsamen | 1:4 |
| Chiasamen | 1:3 |



weitere Lebensmittel

| | |
|------------|------|
| Rapsöl | 2:1 |
| Hanföl | 3:1 |
| Walnüsse | 4:1 |
| Macadamias | 6:1 |
| Buchweizen | 7:1 |
| Tomaten | 10:1 |
| Olivenöl | 11:1 |
| Soja | 11:1 |

| | |
|------------|------|
| Avocados | 12:1 |
| Quinoa | 13:1 |
| Weizen | 15:1 |
| Pekannüsse | 20:1 |
| Hafer | 23:1 |
| Pistazien | 37:1 |
| Mandeln | 48:1 |
| Cashews | 49:1 |

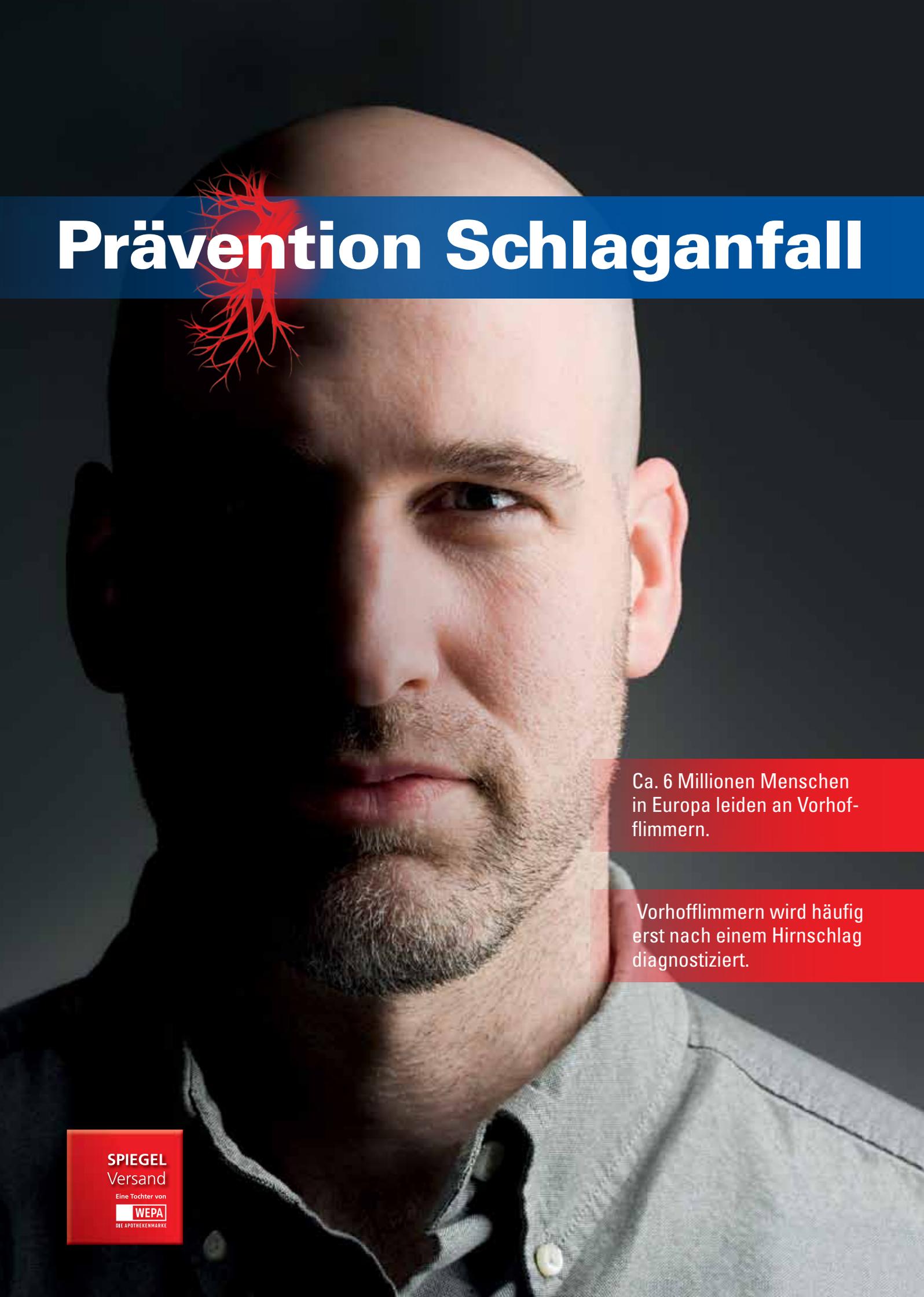
| | |
|-------------------------------|-------|
| Amaranth | 50:1 |
| Mohn | 73:1 |
| Haselnüsse | 77:1 |
| Kürbiskerne | 117:1 |
| Sonnenblumenöl | 122:1 |
| Traubenkernöl | 138:1 |
| Distelöl | 148:1 |
| Pienien- u. Sonnenblumenkerne | 300:1 |

Verhältnis von Omega-6 zu Omega-3 Fettsäuren für einige ausgewählte tierische Lebensmittel (Quelle: Uni Hohenheim)

weitere Lebensmittel

| | |
|--|------------------|
| Wildfleisch | 2,3:1 |
| Fisch | 2,5:1 |
| Fleisch von grasgefütterten Tieren | 2,8:1 |
| Eier (je nach Fütterung) | 3,3:1 bis 19,1:1 |
| Fleisch von konventionell gefütterten Tieren | 13,6:1 |





Prävention Schlaganfall

Ca. 6 Millionen Menschen in Europa leiden an Vorhofflimmern.

Vorhofflimmern wird häufig erst nach einem Hirnschlag diagnostiziert.

SPIEGEL
Versand

Eine Tochter von

WEPA
DIE APOTHEKENMARKE

aponorm® Professionell gibt Ihnen Gewissheit und Sicherheit.

Das aponorm® Professionell ist weltweit das einzige Blutdruckmessgerät, das durch seine patentierte Afib-Technologie Vorhofflimmern wirklich erkennen kann und somit das Risiko eines Schlaganfalls minimiert.



Blutdruckmessgerät
aponorm® Professionell
Nur in Apotheken erhältlich!



Vertrauen auch Sie Deutschlands
Marktführer in der Blutdruckmessung
(IMS Health 2014): www.aponorm.de

aponorm®
die marke der apotheke



www.merkur.at

351 x das Leben feiern

Geschätzte 351 x küssen junge Eltern ihre Kleinsten in den ersten Tagen. Wir genießen dabei die Liebe als Wunder des Lebens. Wir tun alles, damit Sie das Leben auch noch beim 352 x, 3.520 x ... als Wunder feiern können.

WIR VERSICHERN DAS WUNDER MENSCH.

MERKUR 
DIE GESUNDHEITS-VERSICHERUNG




ZDRAVILIŠČE RADENCI
SAVA HOTELS & RESORTS



**-10% NACHLASS FÜR
HERZVERBANDMITGLIEDER**

Therme Radenci, Slowenien

| Preis pro Person im Doppelzimmer, 2 Nächte | 7.6. - 2.8.2015 | bis 24.4.; 3.5. - 7.6.2015 | |
|--|-----------------|-----------------------------------|--|
| | | 2.8. - 30.8.; 22.11. - 30.11.2015 | 25.4. - 3.5.2015 30.8. - 22.11.2015 |
| Hotel Izvir**** | 97 € | 98 € | 115 € |

Im Paket inkludiert: 2x Halbpension, unbegrenzte Eintritte in das hauseigene Thermal- und Schwimmbad, 1x täglich freier Eintritt in die hauseigene Saunalandschaft bis 16 Uhr, kuscheliger Leihbademantel, das gesunde RADENSKA Mineralwasser im Trinksalon, Morgengymnastik und Aqua Fitness täglich (Mo.-Sa.) und Unterhaltungsprogramm.

OHNE EINZELZIMMER ZUZAHLUNG.

 +386 2 520 27 20  info@zdravilisce-radenci.si  www.sava-hotels-resorts.com

PROHEART

KRANKENANSTALT FÜR AMBULANTE KARDIOLOGISCHE REHABILITATION UND PHYSIKOTHERAPIE

INDIVIDUELLE TRAININGSTHERAPIE NACH EINER AMBULANTEN KARDIOLOGISCHEN REHABILITATION

Ein Programm, in dem koordiniert Maßnahmen angeboten werden, um bestmögliche physische, psychische und soziale Bedingungen zu schaffen und Menschen wieder mit mehr Lebensqualität auszustatten.

WELCHE ANGEBOTE BIETET PROHEART?

Pro-Heart bietet Herzkreislauftraining unter der Leitung von speziell für kardiologische Rehabilitation ausgebildeten SportwissenschaftlerInnen, sowie individuelles Krafttraining, ständige sportwissenschaftliche Betreuung, medizinische Untersuchungen, leistungsdiagnostische Untersuchungen, einen Wellness / Spa Bereich und einen Lounge-Bereich mit Bar.

TRAINING - DAS MEDIKAMENT

Es gibt kein Medikament, welches ohne Nebenwirkungen so viele erwünschte positive Wirkungen in sich vereint, wie die individuelle Trainingstherapie.

Strukturiertes, regelmäßiges Training ist eine der wichtigsten Säulen - wenn nicht überhaupt die wichtigste Säule - zur Prävention und Rehabilitation.

WELCHE PAKETE WERDEN ANGEBOTEN?

Paket 1: geschlossene Gruppe

Dauer: 6 Monate, 1x / Woche - 1,5 Stunden Training

Inhalt: Sportwissenschaftliche Leitung, individuelles herzfrequenzgesteuertes Ausdauertraining, individuelles Krafttraining, Funktionsgymnastik, Korrdinationstraining, 1 Belastungsergometrie je 6 Monate

Preis: 375,- Euro für 6 Monate

Paket 2: geschlossene Gruppe

Dauer: 12 Monate

Inhalt: gleich wie Paket 1 mit zusätzlich einer Belastungsergometrie

Preis: 690,- Euro für 12 Monate

Paket 3: offene Gruppe

Dauer: 6 oder 12 Monate

Inhalt: wie Paket 1 zu den Zeiten der offenen Gruppe, sowie eine Belastungsergometrie.

Preis: 400,- Euro für 6 Monate

690,- Euro für 12 Monate

GIBT ES SONDERAKTIONEN?

Wenn Sie Paket 1 und Paket 3 buch, fallen lediglich 475,- Euro an Kosten an. Bei eine Kombination von Paket 2 und Paket 3 sind es 790,- Euro.

Ab einer Laufzeit von 6 Monaten haben Sie die Möglichkeit eine Trainingspause von zwei Wochen einzulegen. Bei Verträgen mit einer Laufzeit von zwölf Monaten können Sie vier Wochen pausieren. Diese Zeiten werden dann nach Ablauf der Vertragslaufzeit angehängt und Ihnen somit gutgeschrieben.



proHeart

Zentrum für ambulante Rehabilitation Graz GmbH

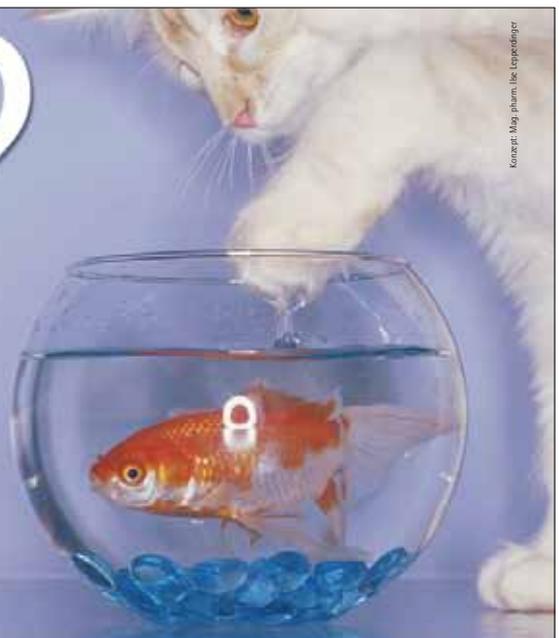
Gaswerkstraße 1a/2. Stock
A-8020 Graz

Tel. +43/316/57 70 50
Fax: +43/316/57 70 50 20
Email: office@pro-heart.at

Öffnungszeiten:
Mo-Fr 07:00-19:00 Uhr

Wie kommen Sie zu Ihren Omega-3-Fettsäuren ?

2 x Fisch pro Woche oder ...



Konzept: Mag. pharm. Bsc. Leopoldinger

ECA-MEDICAL

arteriomed®
Omega-3-Fettsäure-Kapseln

Hoch dosierte Omega-3-Fettsäuren (EPA/DHA*) aus natürlichem Fischöl

- schützen Herz und Gefäße
- fördern die Durchblutung
- verbessern die Fließeigenschaften des Blutes
- regulieren Blutfette und senken Triglyceride

zur diätetischen Behandlung von Arteriosklerose (Adernverkalkung) und Störungen des Fettstoffwechsels, insbesondere bei Diabetes mellitus.

720 mg EPA und DHA* pro Kapsel.
Magensaftstabil. Kein »fischiges« Aufstoßen.

*1 Kapsel arteriomed® enthält: 744 mg Omega-3-Fettsäuren, davon mindestens 480 mg EPA (Eicosapentaensäure), 240 mg DHA (Docosahexaensäure) und Vitamin E. Diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (Ergänzend bilanzierte Diät).



Talaso Strunjan *Entspannen Sie sich an der Adriaküste in Strunjan - in einem Naturschutzgebiet direkt am Meer, wo die Sonne gleich 2300 Stunden im Jahr scheint!*

Halbpension mit Buffet • Baden in einem **Schwimmbecken mit erwärmtem Meerwasser** (32 °C) • Zutritt zum Strand
• Morgenhydrogymnastik, Spaziergänge und **Nordic Walking**... • Animationsprogramm
Medizinisches Personal im Haus • einzigartige Thalasso-Pflege • Luftkurort

| 4 Nächte | 2. 5. -21. 6. 2015 | 22. 6. -2. 8. 2015 |
|---------------------------|--------------------|--|
| Hotel Svoboda **** | 316,00 EUR | 256,00 EUR 360,00 EUR 292,00 EUR |

Zuzahlungen: Touristische Taxe (1,27EUR/Tag), Einzelzimmer (16 EUR/Tag), Vollpension (15 EUR/Tag). Buchungscode: **ÖHerzverband**

Talaso Strunjan, Slowenien, T: +386 8 20 50 300,
E: booking@terme-krka.si, www.terme-krka.at



Termine unserer Aktivitäten und Ansprechpartner

Gruppe Graz

Gruppenleiter: Dr. Jutta Zirkl
Tel: 0650-4013300
E-Mail: jutta.zirkl@chello.at

Wanderungen: Maria Höfler
Tel: 0650-3928410

QI GONG

Dienstag, von 11:45 bis 12:45 Uhr

WANDERN

in 3 Leistungsgruppen
Mittwoch Treffpunkt und Uhrzeit werden jeweils bekannt gegeben (die Termine finden Sie auf www.herzverband-stmk.at oder auch dienstags in der Kleinen Zeitung und Kronen Zeitung).

HERZSPORTWANDERN

Jeden 2. od. 3. Montag, ganztägige, anspruchsvolle Wanderungen, Wanderziele auf www.herzverband-stmk.at, Anmeldung erforderlich

KORONARTURNEN

Donnerstag von 18:45 bis 19:45 Uhr

KARDIOLOGISCHES TRAINING:

PROHEART, Freitag ab 11:30 Uhr
nur gegen Anmeldung
Beginn: Oktober 2015

Gruppe Leibnitz

Gruppenleiter: Robert Perger
Tel: 0650-4432446

KORONARTURNEN

Mittwoch – außer Feiertags und Schulferien - von 17:30 bis 18:30 in der MZH der VS Wagna

Gruppe Leoben

Gruppenleiter: Toni Steger
Tel: 0699-12285961

KORONARTURNEN

Donnerstag jeweils 1 Stunde

NORDIC WALKEN

Montag und Mittwoch um 09:00 Uhr, ca 2 Stunden.
In den Sommermonaten Bergwandern. Im Winter je nach Schneelage Schneeschuhwandern.

Gruppe Mürzzuschlag

Gruppenleiter: Heide Rudischer
Tel: 03852-2881

KORONARTURNEN

Unser Turnen findet jeden Mittwoch (außer Feiertagen, oder wenn die Schule geschlossen ist) von 17 – 18 Uhr in Mürzzuschlag, Neue Mittelschule, Roseggergasse 2 statt.

Gruppe Bruck-Kapfenberg

Gruppenleiter: Richard Haider
Tel: 0676-4226167
E-Mail: richard.haider@a1.net

KORONARTURNEN

Montag (außer Schulferien) von 17:00 bis 18:00 Uhr im Turnsaal beim Jahnhaus, Bruck a.d.Mur.

Gruppe Rottenmann

Gruppenleiter: Rudolf Streit
Tel: 0664-5360867

KORONARTURNEN

Dienstag, 17:30 - 18:30 Uhr

Gruppe Frohnleiten

Gruppenleiter: Ignaz Frager
Tel: 0699-12733571

KORONARTURNEN

Mittwoch von 10:30 – 11:30 Uhr

Gruppe Schladming

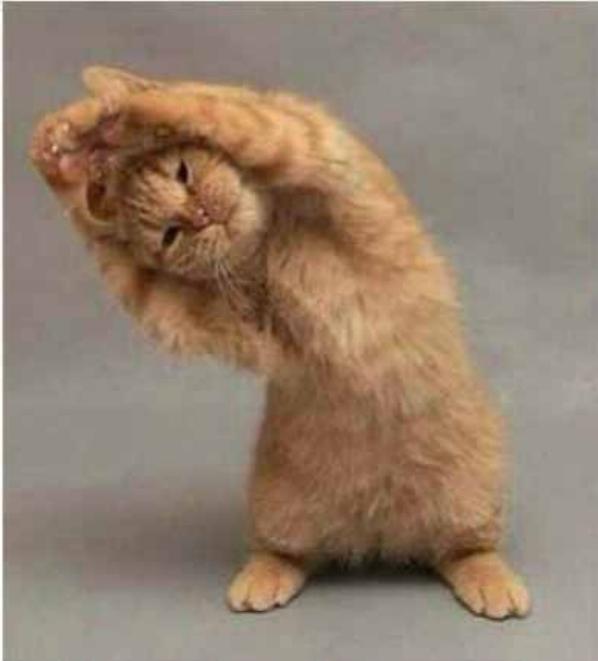
Gruppenleiter: Herbert Sommerauer
Tel: 03687-2020/0
E-Mail: dkh-schladming@diakoniewerk.at

KORONARTURNEN

Dienstag, 18-19 Uhr Turnsaal Hauptschule

Gruppe Graz

Ich bin heute Morgen aufgewacht.
Ich habe die Arme hoch gestreckt, die
Knie bewegt, den Hals gedreht...
Es hat bei Allem "Knack" gemacht...



Ich bin zu dem Schluss gekommen: Ich
bin nicht alt, ich bin... knackig !!

**Wir senden allen die sich
gerne bewegen dieses
aufmunternde Foto un-
seres neuen Grazer Mas-
kottchens!**

Eure Jutta

Gruppe Leibnitz

Unsere Wanderungen nach Lebring und nach Lichendorf zur Murhütt'n, wo eine Überfahrt mit der Murfähre nach Slowenien gemacht wurde, wurden unter reger Teilnahme abgehalten.

Der „Ganz-Tagesausflug“ führt uns am 29.5.2015 nach Graz und wir werden zwei Besichtigungen mit Führungen vornehmen. Auch werden wir mit der Seilbahn auf den Schöckel fahren und Wandern.

Das letzte Turnen findet am 8. Juli statt. Wie ersichtlich wird auch mit Gehhilfen am Turnen in Leibnitz teilgenommen.

Das Frühjahr lassen wir im BS Schober in Gersdorf am 10.7. ausklingen.

Das erste Koronarturnen wird am 16.09.2015 mit einer Dipl. Therapeutin und unserem Betreuungsarzt abgehalten. Die erste Freitagswanderung beginnen wir am 4.9.2015, mit Treffpunkt 10`00 Uhr bei der VS.

Weitere Wandertermine: 8.Mai, 5.Juni; 3.Juli;

Gäste sind bei den Wanderungen sowie beim Turnen jederzeit willkommen.

Ich wünsche allen einen erholsamen Sommer.

Euer Robert Perger



Gruppe Bruck/Mur - Kapfenberg



Es dauert nicht mehr lange und wir haben eine ganze Koronarturn-Saison in unserem neuen Turnsaal verbracht und so wie es aussieht fühlen sich alle Turnerinnen und Turner sehr wohl. Auch die vorverlegte halbe Stunde wurde vom Großteil der Teilnehmer gut aufgenommen.

Wir turnen nach wie vor jeden Montag (außer den Schulferien) von 17:00 bis 18:00, mit unserer sehr beliebten und kompetenten Physiotherapeutin, Frau Evelyne Seehofer.

Frau Seehofer bringt immer wieder neue Ideen und Übungen in unsere Koronarturnstunden, so kommt niemals Langeweile bei uns auf und sie hält uns immer in Bewegung, als erfahrene Therapeutin versteht sie es auch uns mit lustigen Einlagen und kleinen Spielchen so richtig auf Trapp zu halten und uns ins Schwitzen zu bringen und am Ende müssen wir feststellen, dass unsere Turnstunde viel zu schnell vergangen ist. Am 29. April 2015 haben wir mit dem Roten Kreuz im neuen Gebäude der Bezirksdienststelle Bruck a.d. Mur in der Tragösser Straße 9, einen HLW-Kurs (Herz-Lungen-Wiederbelebung) absolviert.

Ein sehr netter Rot Kreuz Mitarbeiter Herr Holzer hat sich sehr darum bemüht unser Wissen um das Thema: Erste Hilfe im Allgemeinen, -bei Herzstillstand oder -Schlaganfall, sowie Reanimation und Umgang mit dem Defibrillator, uvm. wieder aufzufrischen. So können wir wieder sicher sein, dass bei einem Notfall (der besser natürlich nicht eintreten sollte) sofort Erste Hilfe von allen Turnerinnen und Turnern geleistet werden kann.

Um unsere Gesundheit bestmöglich zu erhalten ist Bewegung eine der wichtigsten Grundlagen. Im Allgemeinen, aber vor allem dann wenn jemand schon einmal Herz und oder Kreislauf Probleme hatte. Unsere Ortsgruppe Bruck/M.-Kapfenberg, wird im Sommer wieder Gruppen-Wanderungen durchführen, um so die Ferien mit Bewegungstraining zu überbrücken.

Die erste Wanderung ist für Juni geplant und wird uns wahrscheinlich (Einverständnis vorausgesetzt) auf die Teichalm führen. Termine und Routen werden noch genau in den Turnstunden besprochen. Wanderstöcke bereit halten!

Eine Herzstammtischrunde ist für Ende der Turnsaison vorgesehen.

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen! Wenn Sie für sich und Ihr Herz selbst etwas tun wollen, kommen Sie zu uns, lernen Sie uns und unsere Aktivitäten kennen, kommen Sie und absolvieren Sie eine gratis Schnupperturnstunde mit unserer Turnrunde. Sie sind HERZlich bei uns willkommen.

Auskunft erteilt Ihnen gerne der Gruppenleiter der Ortsgruppe Bruck/Mur-Kapfenberg:

Richard Haider, Anton Bruckner Straße 8, 8605 Kapfenberg, Tel. 0676 4226167 E-Mail:richard.haider@a1.net

einen schönen Sommer wünscht Euch,
euer Richard



**KLEINE
ZEITUNG**

Den Lokalredaktionen der **KLEINEN ZEITUNG** und der **KRONEN ZEITUNG** möchten wir an dieser Stelle sehr herzlich für die kostenlosen Einschaltungen unserer Termine danken. Sie tragen wesentlich dazu bei, dass unsere Mitglieder immer rechtzeitig über unsere Wanderungen, Vorträge und Veranstaltungen informiert werden.

**Kronen
Zeitung**

Ansprechpartner des Österr. Herzverbandes, LV Stmk.

LKH – Univ. Klinikum Graz

Univ. Klinik für Innere Medizin
Auenbruggerplatz 15
Klinische Abteilung für Kardiologie
Tel. 0316/385-2544 , Fax 0316/385-3733

Univ.-Prof. Dr. Otto Dapunt

Univ.-Klinik für Chirurgie
Klinische Abteilung für Herzchirurgie
Medizinische Universität Graz
Email: otto.dapunt@medunigraz.at
Tel: +43 316-385 12820

LKH - Bad Aussee

Leiter der Abteilung für Innere Medizin
Prim. Dr. Dietmar Kohlhauser
Tel. 03622/52555-3036
Sommersbergseestraße 396, 8990 Bad Aussee

Sonderkrankenanstalt für Herz-Kreislaufferkrankungen

Rehabilitationszentrum St. Radegund
8061 Quellenstraße 1, Tel. 03132/2351
Med. Leitung: Prim. Dr. Ronald Hödl

Prim. Dr. Ronald Hödl

FA für Kardiologie
ÖÄK-Diplom für Sportmedizin
Privatklinik Graz-Ragnitz
Berthold-Linder Weg 15, 8047 Graz
Terminvereinbarung
Tel.: 0664 86 42 457, www.ordination-hoedl.at
Email: office@ordination-hoedl.at

Dr. univ. med. Manfred Grisold

FA für Innere Medizin und Kardiologie Alle Kassen
Klosterwiesgasse 103a, Messequartier, 8010 GRAZ,
Ordinationszeiten:
Montag, Dienstag, Freitag von 08:00 - 13:00 Uhr
Mittwoch und Donnerstag von 12:00 - 17:00 Uhr
Anmeldungen unter 0316-8306060

Dr. med. Alois Waschnig

Fa für Innere Medizin und Angiologie
Schillerstraße 3, 8700 Leoben; Tel: 03842-45770, Fax DW 14
Ordination: Mo. 8-13.00 Uhr und 15-18 Uhr, Di., Do. und Fr.
8 -13 Uhr, Mi. 16.00-19.00 Uhr, alle Kassen
Herz- Kreislauf, Angiologie, Magen- und Darmspiegelungen

Univ.Doz.Dr. Johann Dusleag

FA für Innere Medizin und Kardiologie
Hans-Sachs-Gasse 14/II, 8010 Graz,
Tel.: 0316/833083
KFA, SVA, Wahlarzt der übrigen Kassen
Ordination: Montag bis Freitag von 8:00 bis 12:00 Uhr

Dr.med.univ. Günter STEFAN

Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
Sportarzt (ÖÄK- Diplom Sportmedizin), Dipl. Farbtherapeut
Sportmedizinische Untersuchungs- und Beratungsstelle des
Landes Steiermark
Volksgartenstrasse 26, 8020 Graz
Tel:0316 581172, Fax: 0316 582373,
www.sportmedizin-graz.at,
e-mail: ordination@sportmedizin-graz.at
Ordinationszeiten: Di 7.30-10.00 Labor ,10.00-18.00 und Do

9.00-18.00, Termine nach Vereinbarung

Wahlarzt für alle Krankenkassen mit Rezeptbefugnis, Gesun-
denvorsorgeuntersuchungen für alle Krankenkassen Sportme-
dizinische Untersuchungs- und Beratungsstelle des Landes
Steiermark

Kooperationspartner der UNIQA für Vorsorgecheck, RAIFFE-
ISENVERSICHERUNG für Fitness- u. Vorsorgecheck u. der
SVA für den „SVA Gesundheitshunderter“

Leistungen

Nicht-invasive internistische und kardiologische Diagnostik und
Therapie, Praevention und Rehabilitation von Herz- Kreislauf-
Atemwegserkrankungen, Nachbetreuung nach Herzinfarkt,
Herzoperationen (Bypass, Klappen), Schlaganfall, Herzgrup-
pengymnastik, Atemtherapie, Sauerstoff-Mehrschrittherapie
nach Ardenne, Sportmedizinische Leistungs- und Funktions-
diagnostik, Trainingsberatung und Trainingssteuerung, Ergo-
metrie mit Laktat- und Sauerstoffsättigungsbestimmung, Ruhe-
EKG ,Lungenfunktion, 24 h Blutdruckmessung, 24 und 48 h
Holter-Langzeit EKG, Clue Medical Rhythmus-Recording,
Echokardiographie, Sonographie Abdomen, Schilddrüse, Ka-
rotis und periphere Gefäße, Gelenke, Impedanzmessung der
Körperzusammensetzung, Ernährungsberatung, Arthrophonie
(audiovisuelle 2D Frequenzdiagnostik) der Gelenke, Seh-
nen und Muskeln, Niederfrequente therapeutische biomecha-
nische Stimulationstherapie(Katzenschnurren), Nordic Walking
Sportphysiotherapie, Golfphysiotherapie, Physiotherapie und
physikalische Therapie, Lasertherapie, Skenartherapie, Kom-
plementärmedizin: Akupunktur, Neuraltherapie, Kirlian-Photo-
graphie und Farbpunktur nach P. Mandel

Dr. med. Michael Goritschan

FA für Innere Medizin, Notarzt
ÖÄK Diplome für Sportmedizin und Akupunktur
Ultraschalluntersuchungen des Herzens, der Hals- und Beinge-
fäße, der Schilddrüse, der Oberbauchorgane, EKG, Ergome-
trie, 24h-EKG, 24h-Blutdruckmessung, Gastroskopie
BVA, KFA Graz und Wien, SVA, VAEB Wahlarzt GKK und privat
8650 Kindberg, Vösendorfplatz 1 (Volkshaus)
Mo, Di, Do, Fr 8-11Uhr, Mo u. Mi 15-19 Uhr
Vor Anmeldung erbeten: Tel. 03865/3600, – 4 DW Fax
www.dr-michael-goritschan.at

Dr. med. Erich Schaflinger

FA für Innere Medizin, Kardiologie und Gastroenterologie
8662 Mitterdorf i. M., Rosenweg 2
Leistungen: Kardiologische Untersuchungen,
Carotis-verbralis-Sonographie können mit allen Kassen ver-
rechnet werden, Ambulante Herzkreislaufrehabilitation
Ordination: Mo, Mi, Do 15 – 20 Uhr
Anmeldung von 8 - 11:30 Uhr und während der
Ordinationszeiten unter Tel.: 03858/32888

ZARG (Zentrum für ambulante Kardiologische Rehabilitation) und PRO HEART (Kard. Trainingszentrum)

Prim. Dr. Hanns Harpf, OA Dr. Leonhard Harpf und
Mag. Traninger

Medizinisch überwacht Training sowohl für Menschen die die Rehabilitation schon abgeschlossen haben, sowie auch für Menschen die Sport als präventive und effektiv wirksame Maßnahme zur Vermeidung von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems sehen.

Gaswerkstraße 1a 8020 Graz, Tel. 0316577050 DW17

Dr. Walter Fuhrmann

FA für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin
8700 Leoben, Roseggerstrasse 15,

Tel.: 03842-44005, e-mail: dr.fuhrmann@medway.at

Leistungen: Ultraschalluntersuchungen Herz, Hals- u. Beingefäße, EKG, 24h-Holter-EKG, 24h-Blutdruckmessung, Ergometrie, Herzschrittmacherkontrolle, sämtliche internistischen Routineuntersuchungen, OP-Tauglichkeit. Alle Kassen und privat
Ordinationszeiten: (Mo., Di., Mi., Fr.: 08:00 bis 12:00 Uhr;
Di. 15:00 bis 18:00 Uhr; Do. 14:00 bis 18:00 Uhr)

Internistengemeinschaft

Sämtliche internistische Routineuntersuchungen inkl. Coloskopie, Gastroskopie, Herzkreislauf-Vorsorgemedizin, Nachbetreuung nach Herzinfarkten und Herzoperationen, Phase III Herz-Kreislauf-Rehabilitation, Privatsanatorium.

Eggenberger Allee 37, 8020 Graz

Tel. 0316/581482, Fax 0316/58148220

E-mail: ordination@harpf.at, ordination@leonhard-harpf.at, ordination@weinrauch.at, dieterbrandt@gmx.at;

Voranmeldung erbeten

Prim. Dr. Hanns Harpf

Internist und Sportarzt, Sportmedizin. Untersuchungsstelle
BVA, VA, SVA, KFA, Wahlarzt GKK, Privat

OA Dr. Leonhard Harpf

FA für Innere Medizin und Kardiologie – Vertragsarzt der
KFA, Wahlarzt für alle übrigen Kassen und Privat

Prim. Dr. Viktor Weinrauch

Internist und Kardiologe, Leiter Dep. Kardiologie Privatklinik
Graz-Ragnitz, Privat und alle Kassen

Prim. Univ. Doz. Dr. D. Brandt

FA für innere Medizin und Kardiologie, Wahlarzt aller
Kassen und privat.

Tobias Dudzus

Physiotherapeut

8992 Altaussee, Fischerndorf 2, Tel.: 0664/9325384

E-Mail: tobias@physioart.at, www.physioart.at

Ärztlicher Beirat**Univ. Prof. Dr. Otto Dapunt**

Vorstand der klinischen Abteilung für Herzchirurgie,
Univ. Klinik Graz

Ass. Prof. Dr. Helmut Brussee

Stellvertr. Leiter der Klinischen Abt. für Kardiologie, Univ.
Klinik Graz

Dr. Viktor Weinrauch

FA für interne Medizin u. Kardiologie, Privatklinik Ragnitz

Dep. Leit. Dr. Wolfgang Weihs

Dep. für Kardiologie und Intensivmedizin, LKH West Graz

Prim. Univ. Doz. Dr. Gerald Zenker

Vorstand der intern. Abt. LKH Bruck/Mur

Prim. Univ. Prof. Dr. Joachim Borkenstein

Vorstand der Intern. Abt. am LKH Leoben

Prim. Doz. Dr. Dieter Brandt

FA für innere Medizin und Kardiologie, Wahlarzt aller Kassen
und privat

Univ. Prof. Dr. G. Stark

Ärztlicher Leiter KH Elisabethinen Graz

Prim. Dr. Anton Hartweger

Vorstand d. intern. Abt. LKH Rottenmann

Prim. Dr. Ronald Hödl

Med. Leiter d. Rehabilitationszentrum St. Radegund

ANMELDEFORMULAR ZUM ÖSTERREICHISCHEN HERZVERBAND LV STEIERMARK

(jährlicher Mitgliedsbeitrag € 25,-,-)

Familienname: Vorname:

Wohnort: PLZ: Straße:

Tel. Nr.: Geb. Datum:

E-Mail:

Datum und Unterschrift:



Wichtige Adressen auf einen Blick



Österreichischer Herzverband Landesverband Steiermark

Radetzkystr. 1/1, 8010 Graz
Mobil: 0650-4013300, E-Mail: jutta.zirkl@chello.at
www.herzverband-stmk.at

Präsidentin u. Leiterin der Gruppe Graz: Dr. Jutta Zirkl
Sprechstunden: Di von 9:00 - 11:00 Uhr

Die Gruppen in der Steiermark

Graz:

Gruppenleiter: Dr. Jutta Zirkl
Wanderungen: Maria Höfler
Radetzkystraße 1, 8010 Graz
Tel.: 0650/4013300
E-Mail: jutta.zirkl@chello.at

Bruck/Kapfenberg:

Gruppenleiter: Richard Haider
Anton Bruckner Straße 8 8605 Kapfenberg
Mobil: 0676 4226167
Fax: 03862 32168
E-Mail: richard.haider@a1.net

Schladming:

Gruppenleiter: Herbert Sommerauer
Klinik Diakonie Schladming GmbH
8970 Schladming
Tel.: 03687/2020-0
Fax: 03687/2020-7800
Mail: dkh-schladming@diakoniewerk.at

Bad Aussee:

Gruppenleiter: Dr. Christa Lind
Pötschenstraße 172
8990 Bad Aussee
Tel.: 03622-55300-0

Mürzzuschlag - Mariazell:

Gruppenleiter: Heide Rudischer
Stadtplatz 6/2, 8680 Mürzzuschlag
Tel./Fax: 03852-2881

Leoben-Trofaiach:

Gruppenleiter: Toni Steger
Februar-Straße 41, 8770 St. Michael
Tel.: 0699-12285961
Mail: tonisteger@aon.at

Frohnleiten:

Gruppenleiter: Ignaz Frager, Bmst. i.R.
Adriach 91, 8130 Frohnleiten
Tel.: 03126-2421, Mobil: 0699-12733571

Hartberg-Kaindorf:

Gruppenleiter: Manfred Hirt
Dienersdorf 153, 8224 Kaindorf
Mobil: 0680-2151782
E-Mail: m.hirt@aon.at

Leibnitz:

Gruppenleiter: Robert Perger
Am Kögel 20, 8435 Wagner
Tel.: 0650-4432446

Rottenmann:

Gruppenleiter: Rudolf Streit
Burgtorsiedlung 220, 8786 Rottenmann
Tel.: 03614-2406, Mobil: 0664-5360867

Die Landesverbände

Österreichischer Herzverband
Präsident:
Univ. Prof. Dr. mult. Wolfgang Mastnak
Bundesgeschäftsführer: Helmut Schuller
A-8045 Graz, Stattegger Str. 35
0316 69 45 17
helmut.schuller@herzverband.at
www.herzverband.at

Landesverband Oberösterreich
Präsident: wHR. Dr. R.M. Dejaco
A-4040 Linz, Kreuzstr. 7
0732 73 41 85
info@herzverband-ooe.at

Landesverband Kärnten
Präsident: Dieter Schiffrer
A-9020 Klagenfurt, Kumpfgasse 20/3
0463 50 17 55
schiffrer@gmail.com

Landesverband Niederösterreich
Präsident: Franz Fink
A-2345 Mödling, Josef Schleussner Str. 4
02236 86 02 96
franz.fink@herzverband-noe.at

Landesverband Steiermark
Präsidentin: Dr. Jutta Zirkl
A-8010 Graz, Radetzkystr. 1
0650 4013300
jutta.zirkl@chello.at

Landesverband Tirol
Präsident: Roland Weißsteiner
A-6020 Innsbruck, Maria-Theresienstr. 21
0512 57 06 07
rolwe@aon.at

Landesverband Salzburg
Präsident: Hubert Kiener
A-5020 Salzburg, Georg-Nikolaus- von-
Nissen Str. 47/48
0680 21 78 351
hubert.kiener@herzverband-salzburg.at

Landesverband Wien
Präsident: Franz Radl
A-1020 Wien, Obere Augartenstr. 26-28
01 33 074 45
franz.radl@aon.at

Diese Ausgabe der Verbandszeitung geht an:

Vertragsnummer: GZ 02Z032919M
Verlagspostamt: Graz 8010, P.b.b.

