

Herz-Journal

Informationen für Patienten, Freunde und Förderer



Eine Herzschwäche ist nicht das Ende

Über die Arbeit in der Ambulanz für Herzinsuffizienz und Herztransplantation

Optimal versorgt bei angeborenen Herzfehlern?

Forscher starten erste bundesweite Big Data Analyse

Leitungswechsel in der Kardiologie

Neue Strukturen und Verantwortlichkeiten

Editorial

45. Ausgabe Ihres Herz-Journals

Liebe Leserinnen und Leser,

auch wenn wir in dieser Ausgabe des Herzjournals von Veränderungen in den kardiologischen Kliniken des Universitätsklinikums Münster berichten, wird gerade durch die Beiträge zu den beiden Ambulanzen – für Patienten mit Herzschwäche und Patienten mit implantierten Schrittmachern oder Defibrillatoren – deutlich, dass das grundlegende Prinzip der Arbeit in den Kliniken sich nicht ändert: Die Bedürfnisse des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und dem Patienten einen möglichst unkomplizierten Zugang zu den Behandlungs- und Beratungsleistungen am UKM und bei den Mitgliedern des Herzzentrums e.V. zu ermöglichen. Das gilt für die drei neuen kardiologischen Kliniken (Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und Angiologie; Rhythmologie; Angeborene Herzfehler und Klappenerkrankungen) ebenso wie schon bisher für die Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie und die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin – Pädiatrische Kardiologie.

Eine besondere Einrichtung ist die Klinik für Erwachsene mit angeborenen

Herzfehlern (EMAH). Vor zehn Jahren gegründet war sie die erste Einrichtung ihrer Art, die sich gezielt um eine Patientengruppe kümmerte, die bis dahin nur mit großen Schwierigkeiten die richtigen ärztlichen Ansprechpartner finden konnte.

Um unsere Leistungen zu verbessern und noch genauer auf den Patienten zuzuschneiden sind seriöse Informationen von großer Bedeutung. In der bisher umfangreichsten bundesweiten Studie zur Patientenversorgung bei angeborenen Herzfehlern werden solche Daten jetzt erstmalig ermittelt. Dass dies unter der Leitung eines EMAH-Spezialisten aus Münster geschieht, spricht für sich.

Ein Universitätsklinikum hat neben der Patientenversorgung auch die Aufgabe, zu forschen. Ein Beitrag im vorliegenden Heft beschäftigt sich mit der Rolle eines bestimmten Enzyms beim Auftreten von Herzschwäche.

Zu Forschung und Lehre passt auch die jährlich von der Stiftung Herzzent-

rum veranstaltete „Münster Heart Center Lecture“, die international führende Wissenschaftlerinnen oder Wissenschaftler in Münster mit einem Preis auszeichnet und damit auch die gute Vernetzung von Universitätsklinikum, Medizinischer Fakultät und dem Wissenschaftsstandort Münster dokumentiert.

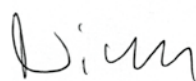
Eine wertvolle Unterstützung ist dem Herzzentrum bei all seinen Aufgaben der Förderkreis mit seinem unermüdelichen Eifer bei der Einwerbung von Spenden, mit denen die Anschaffung von Geräten oder die Unterstützung von Projekten mitfinanziert werden. Wir würden Sie gerne im Kreise unserer Mitglieder, Spender oder Stifter willkommen heißen. Die in der Heftmitte eingelegten Seiten informieren Sie, liebe Leserinnen und Leserinnen, wie Sie uns helfen können, anderen zu helfen.

Im Namen aller Mitwirkenden im Herzzentrum und im Förderkreis wünschen wir Ihnen eine schöne Spätsommerzeit und vor allem: Bleiben Sie gesund!

*Herzlichst,
Ihre*

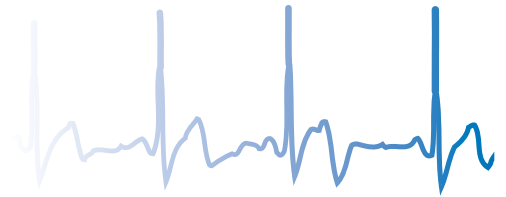


Univ.-Prof. Dr. Sven Martens
(Vorstand Herzzentrum e.V.)



Dr. Axel Nissen
(Vorsitzender des Förderkreises)

Inhaltsverzeichnis



Forschung und Praxis

- Was bleibt ist die Herzschwäche – Über die Arbeit in der Ambulanz für Herzinsuffizienz 6-7
- Wenn die Pumpe schwächelt – Unentdeckte Rolle des Enzyms PP5 8
- Die Herzschrittmacher- und Defibrillator-Ambulanz am UKM. 10

Förderkreis/Stiftung

- Diagnostischer Blick auf Gemälde – Stiftung Herzzentrum ehrt Prof. Hermann Haller. 12
- Oldtimerausfahrt und Expertendialog 13

Herzzentrum

- Optimal versorgt bei angeborenem Herzfehler? – Erste bundesweite Big Data Analyse 4
- Leitungswechsel in der Kardiologie – Neue Strukturen und Verantwortlichkeiten 5
- EHMA-Familie feiert Jubiläum – Seid 10 Jahren Dienst an Erwachsenen Patienten mit angeborenem Herzfehler. 11

Ratgeber

- Rezept: Lachssalat mit Mango 14

Titelbild:
Petra Bork / pixelio



Foto: klicker / pixelio

Impressum

Herausgegeben vom Herzzentrum Münster e.V. und dem Förderkreis Herzzentrum Münster e.V.

Verantwortlich:
Dr. Axel Nissen

Redaktion:
Gregor Bothe

Realisation, Illustration, Druck:
LUC Medienhaus, Greven

Abbildungen:
Zentrale Fotoabteilung der Universitätskliniken, Pressestelle des UKM

Förderkreis Herzzentrum Münster e.V.
Vorsitzender: Dr. Axel Nissen

Herzzentrum Münster e.V.
Albert-Schweitzer-Campus 1,
Gebäude A1
48149 Münster

Vorstand:
Univ.-Prof. Dr. Sven Martens,
Univ.-Prof. Dr. Michael Schäfers,
Prof. Dr. Anselm Uebing

Optimal versorgt bei angeborenen Herzfehlern?

Forscher des Kompetenznetzes Angeborene Herzfehler starten mit der Barmer GEK erste bundesweite Big Data Analyse



Prof. Dr. Gerhard Paul Diller leitet die bisher weltweit größte Studie über angeborene Herzfehler.

In einer der bislang umfassendsten Studien auf ihrem Gebiet untersuchen Forscher des Kompetenznetzes Angeborene Herzfehler die medizinische Versorgung von Patienten mit angeborenen Herzfehlern in Deutschland. Ziel der aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA geförderten OptAHF-Studie ist die Verbesserung der Betreuung der stetig wachsenden Patientengruppe. Die Zentrale für diese wichtige bundesweite Studie ist am UKM angesiedelt. Studienleiter ist Professor Gerhard Paul Diller, Oberarzt an der Klinik für Kardiologie III - angeborene Herzfehler (EMAH) und Klappenerkrankungen.

2,8 Millionen Behandlungsfälle pro Jahr, neun Millionen Krankenversicherte und 50.000 im Nationalen Register für angeborene Herzfehler registrierte Patienten bilden die Grundlage für eine der größten Studien zur Versorgung, die es weltweit je zum Thema angeborene Herzfehler gegeben hat. „Analysen aus Kanada und den USA haben gezeigt, dass Patienten mit angeborenen Herzfehlern, die nicht spezialisiert versorgt werden, eine höhere Sterblichkeit haben. Auch wenn sich unsere Gesundheitssysteme nicht miteinander vergleichen lassen, müssen wir annehmen,

dass es auch bei uns noch beträchtlichen Nachholbedarf gibt. Dafür benötigen wir dringend eigene Daten“, begründet Diller das Vorhaben mit dem Projekttitle OptAHF.

Für die Langzeit- und Querschnittstudie kann das Forschungsteam auf eine außergewöhnlich breite Datenbasis zugreifen. „Die Barmer GEK stellt uns anonymisierte Daten zur Verfügung, die einen Zeitraum von zehn Jahren abdecken. Für die Datentiefe haben wir das Nationale Register an Bord, das über spezifische Krankheits- und Behandlungsdaten verfügt. Das ist sehr interessant, weil wir hier unterschiedliche Patientengruppen mit besonderen Charakteristika für den Datenabgleich auswählen können“, erläutert Gerhard-Paul Diller. Dabei kommt dem Projekt die langjährige Expertise im Umgang mit umfangreichen Sekundärdatenanalysen der ebenfalls beteiligten Klinik für Kardiologie I am Universitätsklinikum Münster zugute. „Forschungsergebnisse der Arbeitsgruppe um Oberärztin Eva Freisinger beispielsweise fanden Eingang in entsprechende Leitlinien und haben so mitgeholfen, die Versorgung der Patienten maßgeblich zu verbessern. Diese konkreten Konsequenzen und Handlungsanlei-

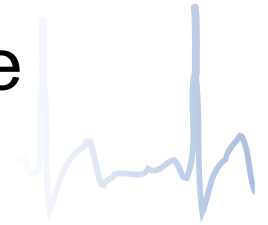
tungen sind auch unser Ziel bei OptAHF“, so Holger Reinicke, Direktor der Klinik für Kardiologie I am UKM.

Rund 500.000 Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland leben mit angeborenen Herzfehlern. Tendenz steigend. Aufgrund ihrer chronischen Grunderkrankung sind die Patienten auf eine besondere medizinische Betreuung angewiesen. Das Forscherteam um Gerhard-Paul Diller ist überzeugt, dass bereits bestehende Strukturen noch stärker beachtet und genutzt werden müssten, um Defizite in der Versorgung zu minimieren. „Wir verfügen seit einigen Jahren über eine Versorgungspyramide, die von der Hausarztpraxis bis zum spezialisierten EMAH-Zentrum reicht. Doch noch immer suchen viele Patienten nur den Hausarzt auf. Darüber hinaus ist unklar, inwiefern auf angeborene Herzfehler spezialisierte Mediziner einbezogen werden, wenn etwa eine Blinddarm-OP ansteht oder im Falle einer Schwangerschaft mit Komplikationen gerechnet werden muss“, so der international anerkannte EMAH-Experte.

Für die Betroffenen hat das unter Umständen lebensbedrohliche Folgen, wie EMAH-Spezialisten auch im deutschen Klinikalltag immer wieder beobachten müssen. „Jeder medizinische Eingriff wirkt sich auf einen Menschen mit angeborenem Herzfehler anders aus als auf Patienten ohne Herzfehlbildung. Wird das nicht erkannt und entsprechend berücksichtigt, sehen wir diese Patienten mit erheblichen Komplikationen in der Notaufnahme“, beschreibt Kompetenznetzvorstand Helmut Baumgartner das Problem. Die Frage sei, ob es sich insgesamt um Ausnahmefälle handele, oder um die Spitze des Eisbergs, so der Direktor der Klinik für Kardiologie III - angeborene Herzfehler (EMAH) und Klappenerkrankungen des UKM. Die auf drei Jahre angelegte Studie dürfte eine Antwort darauf geben.

Leitungswechsel in der Kardiologie

Prof. Dr. Holger Reinecke und Prof. Dr. Lars Eckardt
mit neuen Verantwortlichkeiten



Prof. Dr. med. Dr. phil. Robert Nitsch und Dekan Prof. Dr. Mathias Herrmann (r.) stellen das neue Leitungsteam der Kardiologie am UKM vor: Prof. Dr. Lars Eckardt (l.), Prof. Dr. Holger Reinecke (2.v.l.) und Prof. Dr. Helmut Baumgartner (2.v.r.).

Die Kardiologie am UKM (Universitätsklinikum Münster) arbeitet künftig in einer neuen Struktur: Zum 1. März 2018 übernahm Prof. Dr. Holger Reinecke die neu geschaffene Klinik für Kardiologie I (Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und Angiologie) und Prof. Dr. Lars Eckardt die ebenfalls neu eingerichtete Klinik für Kardiologie II (Rhythmologie). Komplettiert wird die Kardiologie mit dem Bereich angeborene Herzfehler (EMAH) und Klappenerkrankungen, die unter dem neuen Namen Kardiologie III wie bisher von Prof. Dr. Helmut Baumgartner geleitet wird.

„Gemeinsam mit der Medizinischen Fakultät konnten wir mit den Professoren Reinecke und Eckardt zwei erfahrene und bei den Patienten sehr anerkannte Mediziner als Klinikdirektoren gewinnen“, sagt Prof. Dr. med. Dr. phil. Robert Nitsch, Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor des Klinikums, und gibt einen Einblick in die derzeit laufenden Planungen: „Wir lösen damit das bestehende Department für Kardiologie auf und integrieren die drei neuen Kliniken in ein universitäres Herzzentrum am UKM, in dem wir zukünftig die klinischen und wissen-

schaftlichen Ressourcen im Bereich der Herzmedizin bündeln möchten.“

Die neuen Klinikdirektoren sind keine unbekanntenen – weder am UKM noch in der Fachwelt. Prof. Dr. Holger Reinecke ist seit mehr als 23 Jahren in Münster tätig und als ausgewiesener Spezialist für koronare und periphere Gefäßerkrankungen bekannt. Seit 2016 ist er zudem Vorsitzender des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG), welches das Gesundheitsministerium berät. Auch Prof. Dr. Lars Eckardt arbeitet seit 1995 am UKM und verantwortet den Schwerpunkt kathetergestützter Eingriffe von Herzrhythmusstörungen, insbesondere bei Vorhofflimmern. Darüber hinaus ist er Mitglied in einer Reihe von Kommissionen und Fachgremien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. „Ich freue mich sehr, dass wir nun zusammen mit Professor Baumgartner, der mit seiner Klinik für angeborene Herzfehler im Erwachsenenalter ein Alleinstellungsmerkmal in Deutschland darstellt und auch auf dem Gebiet der Herzklappenerkrankungen die aktuellen europäischen Leitlinien federführend mitentwickelt hat, ein Leitungsteam in der Kardiologie mit hoch-

renommierten, national und international anerkannten Medizinerinnen haben“, sagt der Dekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Mathias Herrmann, und Nitsch ergänzt: „Mit der neuen Struktur erhalten die Patienten des UKM Zugang zu neuesten und innovativen Behandlungsansätzen.“

Der bisherige Direktor der Klinik für Kardiologie und Leiter des Departments für Kardiologie und Angiologie, Prof. Dr. Johannes Waltenberger, verlässt das UKM auf eigenen Wunsch. Der Vorstand des Universitätsklinikums Münster bedauert das Ausscheiden sehr und bedankt sich bei ihm für die erfolgreiche Zusammenarbeit in den vergangenen sieben Jahren zum Wohle des Klinikums und seiner Patienten. Professor Waltenberger: „Die vollumfängliche und ganzheitliche Versorgung meiner kardiologischen Patienten war und ist mir stets ein großes Anliegen. Nun bietet sich mir eine solche Chance zur Weiterentwicklung der patientenzentrierten Kardiologie nach meinen eigenen Vorstellungen.“ Prof. Dr. Waltenberger bleibt der Medizinischen Fakultät der WWU auch weiterhin als Universitätsprofessor verbunden. ukm ■

Was bleibt ist die Herzschwäche – aber dies ist nicht das Ende

Über die Arbeit in der Ambulanz für Herzinsuffizienz und Herztransplantation



Das Team der Ambulanz für Herzinsuffizienz und Herztransplantation.

Bereits in den letzten Tagen hatte sich Herr Müller unwohl gefühlt. Er bemerkte ein wiederkehrendes Druckgefühl in seinem Brustkorb. Am Freitagmorgen traten starke Schmerzen im Brustkorb auf. Herr Müller verbrachte mit diesen Beschwerden mehrere Stunden auf seinem Sofa – kaltschweißig und nicht in der Lage, die alltäglichen Dinge zu verrichten. Die Schmerzen vergingen nach Stunden, aber in der Sonntagnacht trat eine zunehmende Luftnot auf – es ging nicht mehr. Herr Müller rief den Rettungsdienst, der ihn mit Blaulicht in die Uniklinik Münster einlieferte. Es zeigte sich, dass Herr Müller einen schweren Herzinfarkt erlitten hatte.

Ein Jahr später ist als Folge hiervon eine Herzschwäche – oder wie es im Fachjargon heißt: Herzinsuffizienz – verblieben. Regelmässig stellt sich Herr Müller nun in der Ambulanz für herzinsuffiziente Patienten der Kardiologie in der Uniklinik Münster vor.

Die Geschichte von Herrn Müller mag hier als typisches und häufiges Beispiel dienen. Die Herzschwäche oder auch Herzinsuffizienz ist eine sehr häufige Erkrankung in Deutschland und die häufigste Erkrankung, die zu einer Krankenhausbehandlung in Deutschland führt.

Unter Herzschwäche versteht man, dass das Herz nicht mehr die Menge Blut durch den Körper pumpen kann, welche die Organe (z.B. Niere und Gehirn) benötigen. Die Ursachen für eine Herzschwäche sind unterschiedlich. Betroffen sind überwiegend ältere Menschen. Für Männer ist die häufigste Ursache der Herzschwäche die Durchblutungsstörung des Herzens (auch koronare Herzkrankheit) und für Frauen die Bluthochdruckkrankheit (arterielle Hypertonie). Aber auch jüngere Menschen und sogar Kinder können von der Herzschwäche betroffen sein.

Zunächst einmal ist wichtig, die Ursachen der Herzschwäche zu erkennen und zu behandeln, damit es gar nicht erst zur Entwicklung einer Herzschwäche kommt. Dies ist aber nicht immer möglich und dann gilt es, die Herzschwäche gut und sorgfältig zu behandeln.

Wie macht sich die Herzschwäche für den Betroffenen bemerkbar? Zunächst ist folgendes wichtig: Die Herzschwäche verursacht verschiedene Symptome (Anzeichen) und diese Symptome können mit unterschiedlichem Schweregrad auftreten. Dieses lässt sich gut am Beispiel der Luftnot erklären. Die Luftnot stellt auch gleichzeitig das häufigste Symptom der Herzschwäche dar. Bei leichten Formen

der Herzschwäche tritt Luftnot erst bei stärkerer Belastung auf, z.B. nach zwei Etagen Treppen steigen. Bei schweren Formen der Herzschwäche ist die Luftnot schon bei geringerer Belastung (z.B. leichte Hausarbeit) oder gar in Ruhe vorhanden. Andere häufige Zeichen der Herzschwäche sind Schwellungen der Beinen (Ödeme) und Müdigkeit/Leistungsminde- rung. Weitere Zeichen und Symptome sind in Tabelle 1 aufgeführt. Die Symptome und Zeichen treten nicht nur bei Herzschwäche auf, sondern auch bei anderen Erkrankungen (hier insbesondere bei Nierenschwäche). Daher erfolgen auch Untersuchungen anderer Organe, bevor die Diagnose einer Herzschwäche gestellt wird.

Die Herzschwäche kann plötzlich auftreten oder sich rasch verschlechtern. Letzteres ist dann oft durch ein besonderes Ereignis ausgelöst, wie etwa durch einen Herzinfarkt oder eine Herzrhythmusstörung. Man spricht dann von der akuten Herzinsuffizienz. Häufiger ist andererseits eine langsam zunehmende Verschlechterung der Herzschwäche über Wochen bis Monate. Auch denkbar ist die plötzliche Verschlechterung einer länger bestehenden (chronischen) Herzschwäche durch einen Auslöser (Fehler bei der Medikamenteneinnahme, zu hohe Trinkmenge, Fieber und Infektion etc.).

Eine weitere Einteilung der Herzschwäche kann anhand der zu Grunde liegenden Fehlfunktion erfolgen: Stellt man sich das Herz vereinfacht als Blutpumpe vor, so kann einerseits der Blutausswurf gestört sein, dann spricht man von einer systolischen Herzinsuffizienz (z.B. nach Herzinfarkt oder Herzhöhlenvergrößerung „dilatativer Kardiomyopathie“). Andererseits kann auch die Füllung des Herzens mit Blut in der Erschlaffungsphase gestört sein – damit das Herz Blut auswerfen kann, muss es sich vorher mit Blut füllen – dann spricht man von einer diastolischen Herzinsuffizienz, z.B. Bluthochdruckherz oder verdicktem Herzmuskel (sogen. „hypertrophe Kardiomyopathie“).



Oberarzt Christian Pogoda und Assistenzärztin Dr. Elisabeth Fröb besprechen einen Befund.

Patienten mit Herzschwäche müssen fast immer ihren Lebensstil anpassen. Das schwache Herz wird durch zu viel Wasser im Körper zusätzlich belastet, weshalb eine Einschränkung der Trinkmenge auf maximal 1,5 Liter pro Tag empfohlen wird. Das Körpergewicht sollte täglich bestimmt werden, denn eine Zunahme von 1-2 kg innerhalb weniger Tage kann ein Zeichen der Verschlechterung der Herzschwäche sein. Idealerweise messen die betroffenen Patienten täglich Ihren Blutdruck und Puls, um diese wichtigen Messwerte beim Arztbesuch zu besprechen. Hilft die Trinkmengenbegrenzung nicht, werden Entwässerungsmittel als Tabletten verordnet, um eine Überwässerung des Körpers und zusätzliche Schwächung des Herzens zu verhindern.

Der Patient mit schwachem Herzen sollte sein Leben so wenig beeinträchtigt wie möglich führen können. Moderate körperliche und sportliche Qualität steigert

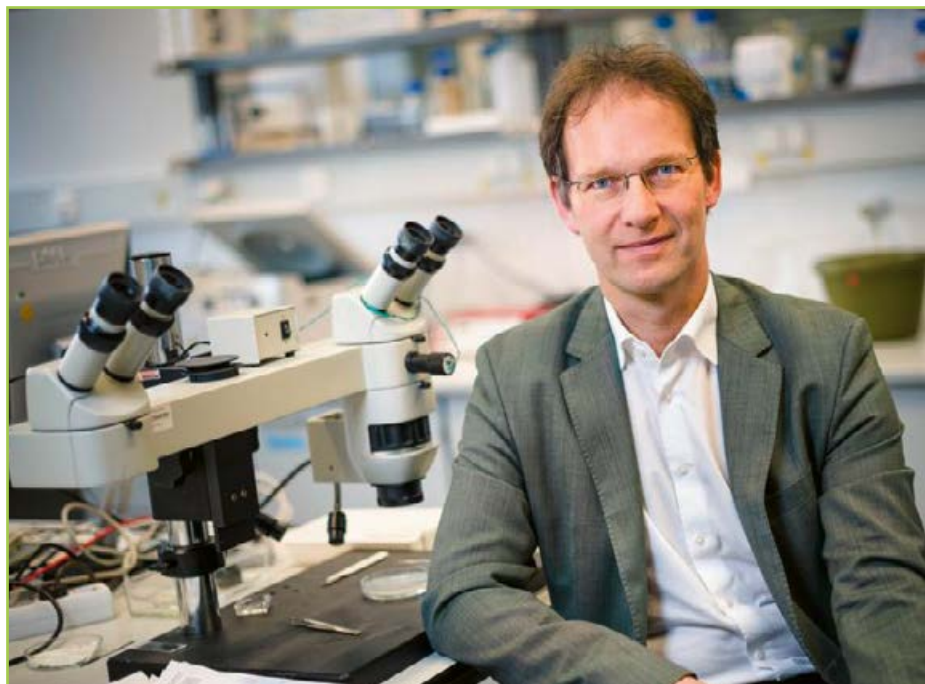
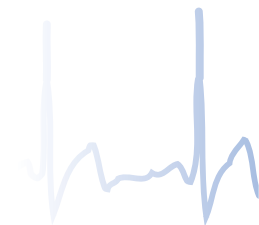
das Wohlbefinden, und wirkt sich auch positiv auf die Lebenserwartung von Patienten mit Herzschwäche aus. Die systolische Herzschwäche kann mit Medikamenten so behandelt werden, dass die Betroffenen länger leben und die Lebensqualität sich verbessert. Wenn die Medikamente nicht mehr ausreichen, kann in vielen Fällen mit einem speziellen Herzschrittmacher „CRT“ eine Verbesserung erzielt werden. Diese spezielle Schrittmachertherapie wird am UKM häufig und mit grosser Erfahrung sicher eingesetzt. Herzklappenfehler, die durch eine Herzschwäche verstärkt werden und das Herz zusätzlich belasten, können am UKM mittels spezieller Herzkathetertechnik behandelt werden („Mitraclip“). Helfen alle genannten Maßnahmen und Therapien dem betroffenen Patienten nicht, können die Herzchirurgen an der Uniklinik Münster die Möglichkeiten einer Kunstherztherapie „LVAD“/„BIVAD“ oder der Herztransplantation anbieten.

Herzschwäche betrifft viele Patienten und ist eine ernstzunehmende Krankheit. Für die Behandlung müssen diese niedergelassenen Haus- und Fachärzte, aber auch Krankenhausärzte, Pfleger und Patient gemeinsam zusammenarbeiten. In der Kardiologie und Herzchirurgie der Uniklinik Münster besteht ein Team aus Herzspezialisten, welches eine individuell auf jeden betroffenen Patienten abgestimmte Behandlung plant und durchführt. Und die Behandlung ist nicht abgeschlossen, wenn der Patient aus dem stationären Verlauf entlassen ist. Die Ambulanz für Herzschwäche und Herztransplantation der Uniklinik Münster führt dann diese Behandlung ambulant in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten fort. Patienten mit Herzschwäche werden, wenn erforderlich, über Jahrzehnte in unserer Herzinsuffizienzambulanz ambulant begleitet und zusätzlich telefonisch betreut. cp ■

Warnzeichen für Herzschwäche	
Körperliche Schwäche, Leistungsknick	Gerade bei Belastung und zunehmend
Luftnot	auch: Dyspnoe – anfangs bei Belastung, dann zunehmend
Schwellung in körperabhängigen Regionen	auch: Ödeme. Insbesondere Unterschenkel und Fußknöchel
Wasseransammlungen in Körperhöhlen (z.B. Lungenfell, Bauchhöhle)	Flüssigkeit im Lungenfell: Pleuraerguss / Flüssigkeit in der Bauchhöhle: Aszites
Nächtlicher Husten	Durch Blutstau in der Lunge, häufig auch mit Asthma verwechselt
Häufiges nächtliches Wasserlassen	Unabhängig von Trinkmenge und anderen Ursachen (Prostata, Blasenentzündung)
Herzrasen bei Belastung	Bei der Belastung auftretend, nicht vorher
Vermehrte Müdigkeit	
Flaches Liegen nicht möglich / beim Vorbeugen des Körpers	auch: Orthopnoe – nicht möglich wegen Luftnot / Bendopnoe

Wenn die Pumpe schwächelt

Forscherteam deckt die entscheidende Rolle des Enzyms PP5 bei Herzinsuffizienz auf



Prof. Dr. Wolfgang Linke. (Foto: Damian Gorczany)

70 Milliliter pro Schlag, 8.000 Liter am Tag – das sind die beeindruckenden Mengen an Blut, die ein gesundes menschliches Herz täglich durch den Körper pumpt. Gerade bei Älteren ist diese Pumpleitung jedoch oft beeinträchtigt, weil sich das Organ nicht mehr mit ausreichend Blut füllt. Die Betroffenen leiden unter der sogenannten Diastolischen Herzinsuffizienz, einer der häufigsten Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland. Ein internationales Forscherteam um Prof. Wolfgang Linke vom Institut für Physiologie II der Universität Münster konnte nun zeigen, dass bei den Patienten zu viel des Enzyms PP5 im Herzen vorhanden ist, dessen Funktion bis dato noch völlig unbekannt war. Die Ergebnisse der Wissenschaftler sind von großer Bedeutung für die Entwicklung neuer Medikamente gegen die Herzerkrankung und wurden jetzt in dem Fachmagazin Nature Communications veröffentlicht.

Beim Einstrom von Blut in die Herzkammern, der sogenannten Diastole, dehnt sich das Organ aus. Fließt das Blut an-

schließend wieder aus, zieht es sich zusammen (Systole). Für diese Bewegung sind Abermillionen kleiner Fächer in den Herzmuskelfasern verantwortlich – die Sarkomere. In ihnen befindet sich das Eiweiß Titin, das hier die Funktion einer mechanischen Feder hat, die bei der Dehnung der Muskelfächer eine Rückstellkraft entwickelt – ähnlich wie bei einem Gummiband.

„Damit die Herzkammern sich während der Diastole ausreichend mit Blut füllen, muss die Titin-Feder die richtige Elastizität haben. Nur so kann sich das Herz genug weiten und ausreichend Blut einströmen. In unserer Studie konnten wir zeigen, dass das Enzym PP5 an eine bestimmte Stelle der Titin-Feder andockt und diese hemmt. Die Feder verliert an Elastizität und genau das ist das Problem“, erklärt Linke. In ihrer Arbeit weisen die Forscher nach, dass Patienten mit einem schwachen Herzen einen Überschuss an PP5 in dem Organ haben. Zusätzlich fanden sie heraus, dass PP5 auch das Herzwachstum behindert, da es einen durch das Titin-Molekül vermittel-

ten Mechanismus in den Herzmuskelzellen beeinträchtigt, der dieses Wachstum fördert.

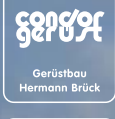
Die Ergebnisse machen Patienten mit Diastolischer Herzinsuffizienz Hoffnung: Auf Basis der Erkenntnisse könnten Medikamente entwickelt werden, die die PP5-Aktivität bremsen und so die krankmachende „Versteifung“ der Herzmuskelzellen aufhalten. „Wir arbeiten in unseren Laboren derzeit schon mit solchen Substanzen, allerdings dauert es von einem neuen Therapieansatz bis zum endgültigen Medikament immer einige Zeit“, so Linke.

Die in der wissenschaftlichen Zeitschrift „Nature Communications“ veröffentlichte Studie konnte innerhalb eines Teilprojektes des Sonderforschungsbereiches 1002 der Universitätsmedizin Göttingen unter der Leitung des münsterschen Physiologen verwirklicht werden. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft fördert das Teilprojekt seit 2012 und noch bis 2020 mit insgesamt rund 900.000 Euro. **mfm**

Informieren Sie sich



Informationsquellen zum Thema Herzschwäche gibt es mehr als genug. Die deutsche Herzstiftung hält umfangreiche Informationen zum Thema Herzschwäche bereit. In Form von Broschüren und im Internet unter www.herzstiftung.de.



Wir helfen, das Klinikum zu gestalten.

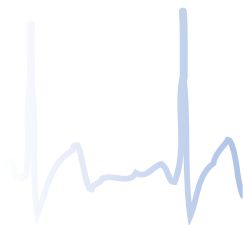
Bauen, Gestalten, Sanieren, Schützen - www.firmengruppe-brueck.de

 **Folge uns auch auf Facebook:**
facebook.com/FirmengruppeBrueck



FIRMENGRUPPE HERMANN BRÜCK
Düsseldorf . Essen . Münster

Die Herzschrittmacher- und Defibrillator-Ambulanz am UKM



Beratung, Begleitung und Nachsorge für Patienten mit aktiven Implantaten



Dr. Florian Reinke, Leitender Oberarzt, Valerie Wall, medizinische Fachangestellte, und Assistenzarzt Dr. Niklas Bode (v.r.n.l.) in der Schrittmacher- und Defibrillatorambulanz der Klinik für Kardiologie II.

Eine zentrale Anlaufstelle der Klinik für Kardiologie II (Rhythmologie) ist die Herzschrittmacher- und Defibrillator-Ambulanz. Dort werden jeden Tag zwischen 30 und 40 Patienten betreut und individuell über ihre Herzerkrankung und Behandlungsmöglichkeiten beraten. Termine werden im Vorfeld telefonisch vereinbart, je nach Dringlichkeit werden kurzfristige Termine vergeben. Im Gespräch mit dem Ambulanzarzt kann der Patient seine Beschwerden schildern. Mitgebrachte Befunde werden gesichtet, die Durchführung weiterer Untersuchungen wird auf den einzelnen Patienten abgestimmt. Dazu gehört in den meisten Fällen ein Ruhe-EKG, ein Belastungs-EKG und eine Ultraschalluntersuchung des Herzens.

Während des Ambulanzgespräches wird jeder Patient individuell über eine eventuell zugrunde liegende Herzerkrankung und die Bedeutung seiner Rhythmusstörung beraten. In Absprache mit dem Patienten wird gemeinsam ein Behandlungsplan erstellt und ggf. eine stationäre Aufnahme vereinbart. Ein zentraler Bereich ist die

Beratung hinsichtlich der Frage, ob ein aktives Implantat sinnvoll bzw. erforderlich ist. Es werden verschiedene Versorgungsmöglichkeiten vorgestellt. Grundlage der Beratung bilden dabei die aktuellen Empfehlungen der Deutschen sowie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie, die an die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des Patienten angepasst werden. Auch bei seltenen Erkrankungen können sich die Patienten auf eine individualisierte Beratung nach aktuellen medizinischen Standards verlassen.

Nachsorge aktiver Implantate

Die ambulante Versorgung in der Herzschrittmacher- und Defibrillator-Ambulanz umfasst das gesamte Spektrum aller aktiven Implantate in der Kardiologie. Kontrolliert werden 1-, 2- und 3-Kammer Herzschrittmacher, deren Hauptaufgabe darin besteht, langsame Herzrhythmusstörungen zu behandeln. Seit knapp zwei Jahren gehört auch der elektrodenlose Herzschrittmacher (Kardiokapsel) in das Produktrepertoire.

Demgegenüber bieten 1-, 2- und 3-Kammer-Defibrillatorsysteme einen Schutz vor schnellen bedrohlichen Rhythmusstörungen aus der Herzkammer (Kammertachykardien, Kammerflimmern). Sie schützen so vor dem plötzlichen Herztod. Eine Besonderheit stellt hier der subkutane Defibrillator dar (S-ICD), der in Münster seit Juni 2010 implantiert wird. Die Abteilung für Rhythmologie ist Referenzzentrum für die Therapie mit subkutanen Defibrillatoren.

Einen großen Anteil stellt mittlerweile auch die Nachsorge von Patienten mit implantierbaren Ereignisrekordern dar. Diese Geräte arbeiten ähnlich wie ein Langzeit-EKG und werden zur Überwachung von Herzrhythmusstörungen oder bei wiederkehrenden Bewusstlosigkeiten eingesetzt.

MRT mit Herzschrittmacher

Ist eine Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) Untersuchung geplant, berät die Ambulanz, ob und unter welchen Voraussetzung diese bei einem spezifischen aktiven Implantat möglich ist. Bei „hausinternen“ MRT-Untersuchungen am UKM bietet die Ambulanz Begleitung an, ebenso wie die vorherige und anschließende Überprüfung des implantierten Systems.

Telemedizinische Nachsorgen

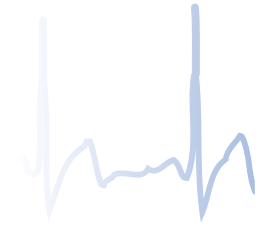
Im Rahmen des Telemedizin-Konzeptes kann darüber hinaus eine Nachsorge von zu Hause erfolgen, in dem der Patient bei Bedarf Ereignisse per Funkverbindung meldet. Die meisten Defibrillatoren, einige Herzschrittmacher und alle Ereignisrekorder sind technisch hierzu in der Lage.

Hotline

Auch außerhalb der geplanten Termine können Patienten Rat und Hilfe erhalten. Die Herzschrittmacher- und Defibrillator-Ambulanz hat dafür eine telefonische Hotline eingerichtet. (0251 – 83 44 911)

EMAH-Familie feiert Jubiläum

Erste universitäre Einrichtung für Erwachsene mit angeborenem Herzfehler wird 10 Jahre alt



Patient Steffen Wegmann gemeinsam mit Karla Völm, Vorsitzende der „EMAH-Stiftung Karla Völm“, und Prof. Dr. Helmut Baumgartner. (v.l.n.r.)

Mehr als 200.000 Erwachsene leben in Deutschland mit einem angeborenem Herzfehler. Einer von ihnen ist Steffen Wegmann. Bereits mit drei Jahren wurde er das erste Mal operiert. Als der Münsteraner Jahre später auf dem Weg zur Ausbildung ohnmächtig wurde, wusste er: Grund war sein angeborener Herzfehler. „Da war ich schon zu alt für die Kinderklinik, aber einen Spezialisten für Erwachsene gab es damals nicht“, erinnert sich der 29-Jährige. Vor dem Problem einer mangelnden medizinischen Betreuung im Erwachsenenalter standen viele Betroffene – bis vor zehn Jahren im Mai 2008 die heutige Klinik für Kardiologie III: Angeborene Herzfehler (EMAH) und Klappenerkrankungen am UKM (Universitätsklinikum Münster) gegründet wurde.

„Früher haben viele Patienten mit schwerem angeborenem Herzfehler das Erwachsenenalter nicht erreicht“, erklärt Klinikdirektor Prof. Dr. Helmut Baumgartner. „Dank des medizinischen Fortschritts ist das für die meisten heute möglich. Viele davon benötigen allerdings lebenslang besondere medizinische Betreuung, so-

dass der Bedarf für diesen spezialisierten Bereich wächst.“ Das belegen auch die Patientenzahlen: Im Gründungsjahr der bundesweit ersten Klinik für Erwachsene mit angeborenem Herzfehler wurden noch 1.101 Patientenkontakte gezählt, zehn Jahre später sind es über 5.000 pro Jahr. „Von Anfang an war klar: Besondere Patienten benötigen besondere Strukturen“, ergänzt Karla Völm, Gründerin der „EMAH-Stiftung Karla Völm“, die selbst Mutter einer erwachsenen Tochter mit angeborenem Herzfehler ist und die Gründung der Klinik maßgeblich unterstützt hat. Dazu gehört auch eine persönliche Betreuung, schließlich ist der Großteil der Patienten viele Jahre beziehungsweise ein Leben lang in Behandlung. Auch Steffen Wegmann kommt regelmäßig zu Kontrollen ans UKM. „Dieser fast schon vertraute Umgang nimmt einem

die Angst.“ Und er ergänzt schmunzelnd: „Man fühlt sich eigentlich nicht als Patient, sondern quasi als ein Kind von Frau Völm.“

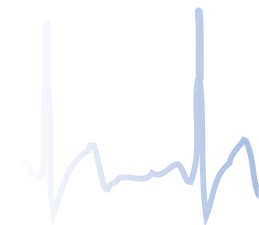
Schon früh nahm die Münstersche Klinik eine Vorreiterrolle ein; so wurden Strukturen aufgebaut, die die Diagnostik und Therapie der speziellen Patientengruppe nach dem neuesten Entwicklungsstand ermöglichen. Von Anfang an wurde zudem viel Wert auf die Ausbildung von EMAH-Kardiologen gelegt und international anerkannte Forschung durchgeführt. Aufgrund dieser Fortschrittlichkeit wurde die Klinik bereits 2011 als eine der ersten drei überregionalen EMAH-Zentren in Deutschland zertifiziert. Auch der ehemalige Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr zeigte sich bei einem Besuch 2013 von der medizinischen Innovationskraft beeindruckt und übernahm die Schirmherrschaft, jetzt wird ihm Jens Spahn folgen. „In Zukunft wollen wir weiter neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erforschen, um unsere Patienten noch besser betreuen zu können“, so Baumgartner und Wegmann erklärt: „Die Zukunft ist immer ungewiss, aber dank der guten Behandlung hier am UKM, bin ich optimistisch.“ ukm ■



Klinikdirektor Prof. Dr. Helmut Baumgartner erklärt Patient Steffen Wegmann die Besonderheiten eines angeborenem Herzfehlers.

Diagnostischer Blick auf Gemälde

Stiftung Herzzentrum empfing Prof. Dr. Hermann Haller zur „Münster Heart Center Lecture“



Dr. Axel Nissen (l.) und Prodekan Prof. Dr. Rupert Hallmann (r.) mit Prof. Dr. Haller bei der Preisübergabe.

gegennehmen und einen Vortrag halten. Dessen Titel verband die beruflichen und privaten Interessen des Preisträgers: „Der diagnostische Blick – Krankheiten auf Gemälden“. In Form unterhaltsamer, aber durchaus ernst gemeinter Bildanalysen veranschaulichte der Referent vor allem eines: die Notwendigkeit, sich jedem Patienten gründlich zuzuwenden. „Denn nur dann kann man sicher sein, Albrecht Dürer als Malaria-Kranken und die Mona Lisa als Hypercholesterinämie-Betroffene zuverlässig diagnostizieren zu können“, so Haller.

in den Dialog treten, ist eine auch von den bisherigen Preisträgern hoch gelobte Besonderheit der „Münster Heart Center Lecture“. Die Eintragung ins Goldene Buch der Stadt Münster im Friedenssaal unterstrich die Rolle der Lecture im Dialog von Stadt und Wissenschaft.

Der heute 64-jährige Professor Haller wurde 1985 an der Freien Universität Berlin promoviert. Vierzehn Jahre später nahm er den Ruf auf die Professur für Nephrologie an der Medizinischen Hochschule Hannover an. Seitdem fungiert er auch als Leiter der Abteilung Nephrologie der MHH. Darüber hinaus bekleidet Hermann Haller das Amt des Vorsitzenden der Deutschen Hochdruckliga und ist ein von der European Society of Hypertension (ESH) anerkannter Hypertoniespezialist sowie einer der Schriftleiter der Fachzeitschrift „Der Nephrologe“.

Zuvor, am ersten Tag des Besuchs, hatten bereits eine wissenschaftliche Vorlesung und eine „Masterclass“ mit ausgewählten jungen Wissenschaftlern aus der Medizinischen Fakultät der Universität Münster auf dem Programm gestanden. Dass junge Mediziner mit international angesehenen Top-Wissenschaftlern auf dem Herz-Kreislaufgebiet

Die Stiftung Herzzentrum ist mit dem Förderkreis für das Herzzentrum an der Uniklinik Münster verbunden. Stiftung und Förderkreis unterstützen als unabhängige Vereinigungen mit erheblichem Spendenaufkommen seit vielen Jahren die interdisziplinäre Forschung zu Herzerkrankungen an der Universität Münster. gb ■

Das halbe Dutzend ist voll: Bereits zum sechsten Mal holte die Stiftung Herzzentrum Münster für die „Münster Heart Center Lecture“ und die Verleihung ihres Preises einen international renommierten Wissenschaftler in die Westfalen-Metropole. Nach Prof. Valentin Fuster (New York), Prof. Axel Haverich (Hannover), Prof. Peter Carmeliet (Löwen/B), Prof. Renu Virmani (USA) und Prof. Ulrich Dirnagl (Berlin) stand diesmal Prof. Hermann Haller und damit erneut ein hierzulande tätiger Forscher auf der Referentenliste. „Die zwei Tage der Heart Lecture waren ein Highlight für Münster als Wissenschaftsstandort“, sagt der Stiftungsvorsitzende Dr. Axel Nissen – und nicht nur er.

Haller ist Leiter der Klinik für Nieren- und Hochdruckerkrankungen der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und ein international anerkannter Spezialist auf seinem Gebiet. Im Freiherr-von-Vincke-Haus der Bezirksregierung am Domplatz konnte er den von Dieter Sieger entworfenen Preis der Stiftung ent-



Ein würdiger Rahmen und interessierte Zuhörer: Der Festvortrag im Vincke-Haus.

Mitgliederversammlung mit Vortrag von Prof. Martens

Die Umstrukturierung der Kardiologie ist Thema der diesjährigen Veranstaltung in der Reihe „Experten im Dialog“, die diesmal in Verbindung mit der Mitgliederversammlung des Förderkreises stattfindet. Am 16. Oktober (18.00 Uhr, UKM, Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A 1, Raum 403, Ebene 05, Ostturm) wird Professor Dr. Sven Martens, Direktor der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie die Veränderungen vorstellen und darstellen, welche Vorteile für die Patientenversorgung damit verbunden sind. Im Anschluß an Mitgliederversammlung und Vortrag besteht wie immer die Möglichkeit zum formlosen Austausch.

Heart-Centre-Lecture 2019 mit Dr. Carole Warnes

Termin und Preisträger für die nächste Lecture stehen bereits fest. Diesmal steht das Gebiet der angeborenen Herzfehler bei Kindern und Erwachsenen im Fokus. Preisträgerin wird Frau Dr. Carole Warnes von der Mayo Clinic in Rochester Minnesota / USA sein. Bitte notieren Sie sich den 15. Februar 2019, an dem wir um 17.00 Uhr den allgemein verständlichen Vortrag von Dr. Warnes haben werden.



„Alte Autos – alte Bücher“ – Das bewährte Konzept der sommerlichen Oldtimerausfahrt in Verbindung mit dem Verkauf antiquarischer Bücher hat dem Förderkreis auch in diesem Jahr wieder ein ansehnliches Spendenaufkommen gebracht. Bei idealem Wetter fanden die Mitfahrgelegenheiten in den chromglänzenden Oldtimern besonders intensiven Absatz. Zu danken ist den Rotary- und Innerwheel-Clubs in Münster sowie einer Oldtimer Gruppe aus der BASF Coatings.

Die Mitgliedseinrichtungen des Herzzentrums

Klinik für Kardiologie I: Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und Angiologie
Prof. Dr. H. Reinecke

Klinik für Kardiologie II: Rhythmologie
Prof. Dr. L. Eckardt

Klinik für Kardiologie III: Angeborene Herzfehler und Klappenerkrankungen
Univ.-Prof. Dr. H. Baumgartner

Institut für Genetik von Herzerkrankungen
Univ.-Prof. Dr. E. Schulze-Bahr

Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie
Univ.-Prof. Dr. S. Martens
Prof. Dr. E. Malec

Klinik für Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie
Univ.-Prof. Dr. Alexander Oberhuber

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin – Pädiatrische Kardiologie –
Prof. Dr. Anselm Uebing

Klinik für Nuklearmedizin
Univ.-Prof. Dr. M. Schäfers

Klinik f. Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Univ.-Prof. Dr. Alexander Zarbock

Medizinische Klinik A
Univ.-Prof. Dr. G. Lenz

Klinik für Neurologie
Univ.-Prof. Dr. H. Wiendl

Institut für Klinische Radiologie
Univ.-Prof. Dr. W. L. Heindel

Medizinische Klinik B für Gastroenterologie und Hepatologie
Univ.-Prof. Dr. H. Schmidt

Institut für Anatomie und vaskuläre Biologie
Univ.-Prof. Dr. H.-J. Schnittler

Max-Planck-Institut für molekulare Biomedizin
Univ.-Prof. Dr. D. Vestweber

Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Univ.-Prof. Dr. K. Berger

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Univ.-Prof. Dr. G. Heuft

Institut für Pharmakologie und Toxikologie
Univ.-Prof. Dr. F. U. Müller

Gerhard-Domagk-Institut für Pathologie
Univ.-Prof. Dr. Eva Wardelmann

Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin
Prof. Dr. J.-R. Nofer
Dr. B. Schlüter

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt

Medizinische Klinik D
Univ.-Prof. Dr. H. Pavenstädt

Lachssalat mit Mango

1 Lachsfilet (ca. 250 – 300 g)

¼ Tasse Kokosmilch

¼ Tasse Orangensaft

Saft einer Limette

½ Eßl. Honig

1 Mango

Petersilie

Salz

gemahlener Chili

Pfeffer

Kokosmilch zusammen mit Honig, Orangen- und Limettensaft kurz erhitzen, mit Salz, Pfeffer und Chili abschmecken.

Mango schälen, in Würfel schneiden und zur Kokosmilch geben. Einen Teil der gehackten Petersilie ebenfalls dazu geben.

Den Lachs, salzen und pfeffern und bei mittlerer Hitze in der Pfanne anbraten (4-6 Minuten).

Auf einer Anrichteplatte mit 2 Gabeln in Stücke zerpfücken und mit der Mango-Kokosmilch anrichten. Zum Schluss mit der restlichen Petersilie bestreuen.

Wer mag, kann die Petersilie auch durch Koriander ersetzen.



Über Mangos und Lachs

Waren Mangos früher noch eine exotische Seltenheit, erhält man die süßen Tropenfrüchte heute das ganze Jahr über in jedem Supermarkt. Mangos sind trotz ihres hohen Gehalts an Zucker sehr gesund. In Ihrem Herkunftsland Indien werden den Früchten sogar zahlreiche Heilwirkungen zugeschrieben. Mangos sind reich an Beta-Carotin und anderen wichtigen Vitaminen. Die süße Frucht mit dem gelben Fleisch empfiehlt sich durch zahlreiche Vitamine, vor allem das Provitamin A, von dem die Mango den höchsten Anteil aller Obstsorten hat. Provitamin A ist wichtig für die Zellerneuerung der Schleimhäute, der Haut und des Knorpelgewebes und stärkt die Sehkraft sowie das Immunsystem. Neben Provitamin A enthält die Mango auch reichlich Folsäure und Vitamin C. Zudem stecken in Mangos wichtige Mineralstoffe wie Kalium, Magnesium und Kalzium.

Dass der regelmäßige Genuss von Fisch zu einer gesunden Ernährung gehört, hat sich mittlerweile ausreichend herumgesprochen. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt Menschen aller Altersgruppen, jede Woche ein- bis zweimal Fisch zu essen.

Von hohem gesundheitlichem Wert sind die im Lachs enthaltenen Inhaltsstoffe – insbesondere die langkettigen Omega-3-Fettsäuren wie Eicosapentaensäure (EPA) und Docosahexaensäure (DHA). Zahlreiche Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Lachs (und andere Fettfische) tendenziell positiv vorbeugend gegen Schlaganfall und Herzinfarkt wirken können. gb ■



Foto: w.r.wagner / pixelio

...mit freundlicher Unterstützung von:



4x

im Jahr



Medizin für Menschen
Neues aus dem UKM
Unser Newsletter



Jetzt anmelden unter:
newsletter.ukmuenster.de