

Experten antworten auf Ihre Fragen



Stimmt es, dass es bei Katheterablationen schon zu Todesfällen gekommen ist?

Seit einiger Zeit leide ich unter anhaltendem Vorhofflimmern, mein Kardiologe hat mir jetzt zu einer sogenannten Katheterablation geraten. Wohin soll ich mich am besten wenden, um die Prozedur durchführen zu lassen? Und mit welchen Risiken muss man rechnen? Ich habe gehört, dass es dabei sogar schon zu Todesfällen gekommen ist, das beunruhigt mich. Ich frage mich, ob ich es besser lassen soll.

Ulrich M., Krefeld



Professor Dr.
Thomas Meinertz

Bei der Katheterablation wird ein dünner Schlauch, der Herzkatheter, von der Leiste aus via Gefäßsystem zum Herzen vorgeschoben, um krankhafte Bereiche im Herzmuskelgewebe gezielt zu veröden. Damit lassen sich bestimmte Formen von Herzrhythmusstörungen dauerhaft beseitigen. Was Sie gehört haben, trifft durchaus zu:

Wiederholt ist über Todesfälle während und nach einer Ablation berichtet worden, zuletzt sorgte eine landesweite US-amerikanische Erhebung für Aufsehen. Die Frage ist: Wie häufig kommt es zu tödlichen Zwischenfällen? Aus der im Oktober 2019 im „Journal of the American College of Cardiology“ veröffent-

lichten Erhebung geht Folgendes hervor: In den Jahren zwischen 2010 und 2015 haben sich in den Vereinigten Staaten von Amerika mehr als 60 000 Patienten einer Katheterablation von Vorhofflimmern, einer sehr häufigen Herzrhythmusstörung, unterzogen; zu tödlichen Zwischenfällen kam es bei 0,46 Prozent dieser Patienten. Die Todesfälle traten mit etwa gleicher Häufigkeit während des stationären Aufenthaltes und bis zu 30 Tage danach auf. Als besonders gefährdet erwiesen sich Patienten mit hohem Lebensalter, mit zahlreichen Begleiterkrankungen und Herzschwäche sowie Patienten, bei denen es während der Ablation zu Komplikationen gekommen war. Auffällig war, dass das Risiko stieg, wenn die Patienten in Krankenhäusern behandelt worden waren, in denen der Eingriff nur relativ selten vorgenommen wird: Fast zwei Drittel der rund 60 000 Patienten waren in Kliniken behandelt worden, in denen weniger als 30 Katheterablationen pro Jahr erfolgten.

Welche Schlussfolgerungen kann man aus dieser Studie im Hinblick auf Ihre Frage ziehen? Wenn bei Ihnen Risikofaktoren für Komplikationen bestehen – etwa ein hohes Lebensalter, zahlreiche Begleiterkrankungen oder eine bereits bestehende Herzschwäche – sollte die ärztliche Indikation zur Katheterablation besonders kritisch und mit großer Zurückhaltung gestellt werden. Sie sollten darüber noch einmal ausführlich mit Ihrem Kardiologen sprechen. Wenn Sie sich zur Ablation

entschließen, ist zu raten, den Eingriff in einer Klinik vornehmen zu lassen, in der Katheterablationen häufig durchgeführt werden: Als untere Grenze nennt die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie 75 Ablationen jährlich.

Auch in großen Zentren und Kliniken und bei Ärzten mit viel Erfahrung kann es bei diesem Eingriff zu Komplikationen kommen. Aber auch schwere Komplikationen können in der Regel beherrscht werden – Todesfälle sind eine absolute Seltenheit.

Professor Dr. Thomas Meinertz, Hamburg

Gehen mit Tattoos gesundheitliche Risiken einher?

Vor einiger Zeit hat sich mein Enkel, 24 Jahre, am rechten Oberarm ein kleines Tattoo stechen lassen. Jetzt hat er vor, das Tattoo zu vergrößern. Soweit ich es verstanden habe, soll es ein großflächiges Bild mit mehreren Farben werden, das sich über den ganzen Arm und einen Teil der Schulter erstreckt. Ich weiß nicht so recht, was ich davon halten soll, und befürchte gesundheitliche Risiken für ihn: Mein Enkel kam mit einem angeborenen Herzfehler zur Welt, der in seiner Kindheit erfolgreich operiert werden konnte. Es geht ihm heute sehr gut, nur hin und wieder hat er Herzrhythmusstörungen; er sucht regelmäßig seinen EMAH-Kardiologen auf.

Liesel K., Koblenz

Ihre Bedenken sind berechtigt: Tattoos haben gesundheitliche Risiken. An erster Stelle steht das Risiko einer Infektion, zu der es schätzungsweise bei ein bis fünf Prozent der Tätowierungen kommt. Meist handelt es sich um bakterielle Hautinfektionen. Es sind aber auch immer wieder Fälle berichtet worden, bei denen es zu einer Ausbreitung der Infektion im gesamten Körper (Sepsis) und der Herzinnenhaut, des „Endokards“, gekommen

ist. Nicht nur Bakterien, auch Viren (etwa Hepatitis- oder aidserzeugende HI-Viren) und Pilze können bei einer Tätowierung in den Körper gelangen. An zweiter Stelle stehen die Risiken einer lokal entzündlichen und allergischen Reaktion: Beides kann durch die in den Körper eingebrachten Fremdstoffe (Farbstoffe, Metalle und anderes) ausgelöst werden. Letztlich können Tattoos gutartige, aber auch bösartige Hauttumoren verursachen. All diese Gefährdungen lassen sich selbst bei optimaler Hygiene während der Tätowierung nicht gänzlich ausschließen.

Mein Rat in Ihrem konkreten Fall: Ihr Enkel sollte keine weitere Tätowierung vornehmen lassen. Aufgrund seiner Herzoperation ist er besonders anfällig für bakterielle Infektionen mit einem Befall des Herzens (Endokarditis) – dabei handelt es sich um eine Krankheit, die auch heute noch bei 20 bis 30 Prozent der Betroffenen tödlich verläuft.

Professor Dr. Thomas Meinertz, Hamburg

Muss ich die Cholesterinsenker wirklich nehmen?

Kürzlich habe ich mir von meinem Hausarzt das Blut untersuchen lassen. Bei der anschließenden Besprechung riet er mir, Medikamente gegen zu hohes Cholesterin einzunehmen. Ich habe diese Medikamente vor einiger Zeit schon einmal genommen. Aber sie sind mir nicht gut bekommen. Ich möchte deshalb lieber darauf verzichten. Ich rauche nicht, trinke nur wenig Alkohol, ich achte auf eine gesunde Ernährung und viel Bewegung. Vor drei Jahren wurde meine Gallenblase entfernt, ich nehme ein blutverdünnendes Medikament ein und verwende regelmäßig Augentropfen gegen meinen Grünen Star – hat das alles vielleicht etwas mit meinem hohen Cholesterinspiegel zu tun? Muss ich die Tabletten denn wirklich nehmen?

Marianne S., Nürnberg



Dr. Vinzenz Graf von
Kageneck

Die bei Ihnen bestehenden Werte für das Cholesterin sowie die Untergruppen des Cholesterins sind eindeutig zu hoch. Hier sollte gehandelt werden. Es empfiehlt sich, beispielsweise mit einer geringen Menge des cholesterinsenkenden Medikaments Rosuvastatin zu beginnen (einmal täglich abends fünf Milligramm).

Wenn diese Dosis über zwei Wochen hinweg nicht zu einer ausreichenden Senkung des Cholesterinspiegels geführt hat, sollte zusätzlich der Wirkstoff Ezetimib eingenommen werden (einmal täglich morgens zehn Milligramm). Nach einer erneuten Kontrolle der Cholesterinwerte wäre als nächste Steigerung der Therapie zweimal täglich fünf Milligramm Rosuvastatin sinnvoll. Mit dieser einschleichenden Therapie können Unverträglichkeitsreaktionen meist vermieden werden.

Unlängst wurde eine Studie veröffentlicht, an der sehr viele Patienten teilgenommen haben, die über eine Unverträglichkeit der cholesterinsenkenden medikamentösen Behandlung klagten. Die Untersuchung zeigte, dass tatsächliche Unverträglichkeiten nur bei einem winzigen Prozentsatz der Patienten bestanden. Bei der weitaus größeren Anzahl der Patienten ist es über eine einschleichende Therapie – zusammen mit einer ausführlichen Erklärung der medizinischen Zusammenhänge und des gesundheitlichen Nutzens der Medikamente – gelungen, die unerwünschten Wirkungen zu vermeiden.

Die anderen von Ihnen genannten Punkte – seien es die ansonsten von Ihnen eingenommenen Medikamente oder Ihre Krankheitsgeschichte bezüglich der Gallenblase – spielen im Hinblick auf den hohen Cholesterinspiegel keine Rolle.

Dr. Vinzenz Graf von Kageneck, Hamburg

Wie lassen sich bei meinen dicken Oberarmen korrekte Blutdruckwerte ermitteln?

Leider habe ich sehr dicke Oberarme, der Umfang beträgt 44 Zentimeter. Wenn der Arzt den Blutdruck an meinem Oberarm misst, ist es immer schmerzhaft, weil die Manschette des Blutdruckmessgerätes sehr stramm um den Oberarm schließt. Zuhause habe ich ein Messgerät für das Handgelenk. Es zeigt gesundheitlich akzeptable Blutdruckwerte – auch dann, wenn ich eine Fehlerquote von zehn Prozent einbeziehe. Die Messung beim Arzt mit Oberarmmanschette hingegen fällt regelmäßig erheblich höher aus.

Ich frage mich: Gibt es Manschetten, die auch zu dicken Oberarmen passen? Wie lassen sich korrekte Werte trotz dicker Oberarme messen?

Christiane H., Gelsenkirchen

Wenn bei umfangreichen Oberarmen mit einer normalen Blutdruckmanschette gemessen wird, fallen insbesondere die systolischen (oberen) Blutdruckwerte bis zu zehn Prozent höher aus als bei Nutzung einer angepassten – das heißt breiteren und längeren – Manschette.

Eine große Studie hat sich unlängst genau mit diesem Thema beschäftigt. Daraus ergibt sich die folgende Empfehlung: Ab einem Oberarmumfang von 33 Zentimetern sollte für das Blutdruckmessen eine Manschette benutzt werden, die mindestens 15 bis 18 Zentimeter breit ist und zudem einen längeren aufblasbaren Anteil hat (circa 33 Zentimeter). Zum Vergleich: Normale Blutdruckmessmanschetten sind 12 bis 13 Zentimeter breit und haben einen kürzeren aufblasbaren Anteil. Es müsste nach Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt also möglich sein, den Blutdruck bei Ihnen mit einer längeren und breiteren Manschette korrekt zu messen.

Sinnvoll wäre es auch, wenn Sie Ihr eigenes Messgerät für das Handgelenk beim nächsten Termin mit in die Praxis bringen, um die

Werte der Oberarmmessung in der Praxis (mit breiter und langer Manschette) mit Ihren Messwerten (am Handgelenk) zu vergleichen, damit Sie beruhigt auch zu Hause kontrollieren können.

Dr. Vinzenz Graf von Kageneck, Hamburg

Verschließen Stents in Bypassgefäßen schneller?

Vor 20 Jahren erhielt ich mehrere Bypässe. Damals war ich 55 Jahre alt. Vor drei Jahren erlitt ich einen Herzstillstand. Nach erfolgreicher Wiederbelebung wurde einer der Bypässe mit Stents versorgt. Als ich kürzlich wieder zunehmend Druckschmerzen in Brust und Herzgegend verspürte, erfolgte eine Katheteruntersuchung. Das Ergebnis: Ein Stent im Bypass ist verschlossen. Der Versuch, den verschlossenen Stent während eines zweiten Kathetereingriffs zu öffnen, scheiterte. Ist es richtig, dass Stents in Bypassgefäßen (Venen) häufiger verschließen als in „normalen“ Herzkranzgefäßen? Gibt es noch eine Möglichkeit, den verschlossenen Stent zu öffnen?

Albert F., Neuss



Professor
Dr. Stephan Holmer

Ihren Schilderungen nach wurde bei Ihnen ein verschlossener Bypass – ein Jahre zuvor angelegtes Umgehungsgefäß – mit mehreren Stents (Gefäßstützen) geöffnet. Aktuell ist einer der Stents verschlossen, eine Wiedereröffnung (Rekanalisation) ist nicht gelungen.

Es ist tatsächlich so, dass Stents in Bypässen, die aus Venen stammen, ein erhöhtes Wiederverschlussrisiko aufweisen. Leider ist es der Wissenschaft bislang nicht gelungen, hierfür eine bessere Methode zu entwickeln: Selbst die medikamentenfreisetzenden Stents – bei denen ein sehr niedriges Risiko für eine

Wiedereinengung besteht, werden sie in die natürlichen Kranzgefäße des Herzens eingesetzt – erweisen sich in Venenbypässen als nicht viel besser als unbeschichtete Stents. Man wird davon ausgehen müssen, dass eine Wiedereröffnung des Stents wohl nicht mehr gelingen wird. Damit bleibt – in dem seit Jahren erkrankten Bezirk – nur die erneute Anlage eines weiteren Bypasses, sofern noch ein Zielgefäß vorhanden ist. Dieser Eingriff weist ein hohes Risiko auf. Es sollte deshalb in jedem Fall geprüft werden, ob Ihre Beschwerden, das Ausmaß der infolge des Verschlusses auftretenden Durchblutungsstörung und andere Faktoren wie das zu erreichende Gefäß und persönliche Begleitumstände den Eingriff rechtfertigen oder ob eine medikamentöse Behandlung die bessere Wahl ist. Wenn nur selten Beschwerden auftreten und wenn sie mit den üblichen Medikamenten gegen Brustenge (Angina pectoris) gut beherrschbar sind, würde ich Ihnen zu einer medikamentösen Behandlung raten.

Professor Dr. Stephan Holmer, Landshut

Welche Untersuchungen sind für mich eventuell noch sinnvoll?

Ich bin 56 Jahre alt und habe vor fünf Jahren sehr überraschend einen Herzinfarkt erlitten, den ich mit viel Glück überlebt habe. Leider kommt es seither immer wieder zu neuen Problemen. Erst unlängst war ich wieder zum Herzkatheter im Krankenhaus und mir musste aufgrund eines verschlossenen Herzkranzgefäßes ein Stent gesetzt werden. Mein Leben lang bin ich Ausdauersportler gewesen. Auch jetzt treibe ich viel Sport: Ich mache zweimal die Woche Nordic Walking, gehe in eine Herzsportgruppe, mache leichtes Krafttraining, unternehme hin und wieder Radtouren, im Urlaub gehe ich schwimmen, ich fahre Ski und mache ausgiebige Spaziergänge am Strand oder in den Bergen. Ich habe

nie in meinem Leben geraucht und achte schon immer auf eine ausgewogene Ernährung. Meine Blutwerte sind sehr gut, auch der Blutdruck ist perfekt eingestellt.

Die Aussage meiner Kardiologin, dass die Ursache für meinen Herzinfarkt und meine Herz-Kreislauf-Probleme wohl in den Genen liegt, lässt mich eher ratlos zurück: Meine Eltern haben nie Sport getrieben, und sie haben sich recht ungesund ernährt – bei ihnen ist es dennoch erst im sehr hohen Alter zu Herz-Kreislauf-Krankheiten gekommen.

Gegen das genetische Erbe, das einem in die Wiege gelegt wurde, kann man ja wohl wenig ausrichten. Aber allein auf die Medikamente und das Einhalten eines gesunden Lebensstils zu vertrauen scheint nach meinen bisherigen Erfahrungen ja wohl auch nicht zu genügen. Ich frage mich, was ich noch ändern oder verbessern könnte? Gibt es eventuell noch Untersuchungen, die man vornehmen sollte? Gibt es eine besonders zu empfehlende Ernährungsweise?

Ludwig S., Bützow



Professor
Dr. Oliver Ritter

Ihren Angaben nach haben Sie keine klassischen Risikofaktoren für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung, etwa einen erhöhten Cholesterinspiegel oder Bluthochdruck, Sie leiden nicht unter der Zuckerkrankheit Diabetes mellitus, Sie rauchen und trinken nicht und ernähren sich gesund.

Insofern ist es in der Tat etwas unklar, woher Ihre ausgeprägte Neigung zur koronaren Herzkrankheit kommt. Ich möchte deshalb vorschlagen, bei der nächsten Blutuntersuchung noch das sogenannten Lipoprotein-a bestimmen zu lassen. Dabei handelt es sich um ein Molekül des Stoffwechsels, das bei einer üblichen Routineuntersuchung oft nicht bestimmt wird, gleichwohl aber – wenn es erhöht ist – einen deutlichen Einfluss auf das Verengen von Herzkranzgefäßen hat. Möglicherweise kann es auch sinnvoll sein, den HbA1c-Wert als Hinweis auf einen entstehenden Diabetes zu bestimmen oder eine

„Hyperhomocysteinämie“ abklären zu lassen: Die Erhöhung des Blutwertes Homocystein, ein natürlicherweise im menschlichen Körper vorkommender Proteinbaustein, wird neuerdings mit verschiedenen Erkrankungen in Verbindung gebracht.

Ihre körperliche Betätigung finde ich bemerkenswert. Ich möchte Sie ermuntern, diese auch weiterhin beizubehalten: Das hat ganz sicher einen schützenden Effekt bei koronarer Herzerkrankung. Zur Ernährung ist zu sagen, dass die Mittelmeerküche mit viel frischem Gemüse und Fisch und wenig tierischen Fetten besonders empfehlenswert ist.

Professor Dr. Oliver Ritter,
Brandenburg an der Havel

Wann hören die Schmerzen nach der Operation auf?

Vor einigen Wochen wurde mir eine künstliche Aortenklappe eingesetzt. Nach der Operation hatte ich Schmerzen im Brustbereich, die zunächst weniger wurden, dann aber wieder auftraten. Wie lange halten die Schmerzen nach der Operation in der Regel an?

Susanne F., Chemnitz



Professor
Dr. Ardawan Rastan

Auch wenn die Knochenschmerzen nach einer Durchtrennung des Brustbeins (Sternum) – der „Sternotomie“ – im Vergleich zu anderen Knocheneingriffen, etwa an Hüfte oder Knie, geringer sind, kann doch auch

das Brustbein nach einer Operation sehr schmerzen. Bis es wieder gut und fest zusammengewachsen ist, braucht das Brustbein zwölf bis 16 Wochen. Ein wenig ist die Heilung auch davon abhängig, ob das Brustbein

während der Herzoperation auf seiner ganzen Länge oder nur zur Hälfte durchtrennt wurde. Nach der Operation sollte man sich zu Hause schonen und den Knochen nicht durch zu frühzeitige Beanspruchung überlasten, also beispielsweise nichts Schweres tragen und heben sowie keine Arbeiten über dem Kopf ausführen. Zu starke Beanspruchung birgt neben den Schmerzen auch die Gefahr, dass sich die Knochenhälften lockern, dann erst recht Schmerzen bereiten und schlecht heilen. Bitte rechnen Sie grundsätzlich damit, dass Schmerzen noch bis zu vier Monate nach der Operation auftreten können, Schmerzmittel können so lange durchaus hilfreich sein.

Neu auftretende Schmerzen an der Brustwunde können darauf hinweisen, dass die Knochenhälften womöglich nicht richtig fixiert sind, sich gelockert haben oder entzündet sind. Um das zu prüfen, sollten Sie mit der operierenden Klinik Kontakt aufnehmen und sich noch einmal ambulant vorstellen. Dort kann die Stabilität des Knochens bei der körperlichen Untersuchung geprüft werden, gegebenenfalls erfolgt eine Röntgenaufnahme oder eine Computertomographie. Zudem sollte das Blut untersucht und nach Entzündungszeichen geschaut werden.

Professor Dr. Ardawan Rastan,
Hersfeld-Rotenburg

SPRECHSTUNDE: SO KÖNNEN SIE FRAGEN

Als Mitglied der Deutschen Herzstiftung können Sie **eine** medizinische Frage an unsere Experten stellen. Unsere Sprechstunde ersetzt keinen Arztbesuch: Bei akuten Beschwerden und Problemen sollten Sie Ihren Arzt aufsuchen. Aus rechtlichen Gründen ist es nicht möglich, eine zweite Meinung einzuholen oder Befunde beurteilen zu lassen.

Ihre **schriftliche Frage** können Sie online richten an www.herzstiftung.de/onlinesprechstunde-anfrage.html, Sie können sie per E-Mail an sprechstunde@herzstiftung.de schicken oder auf den Postweg bringen. Schnelle Antworten dürfen Sie aufgrund der hohen beruflichen Belastung unserer Experten, die für die Sprechstunde ehrenamtlich arbeiten, leider nicht erwarten.

Schriftliche Anfragen und Antworten, die auch für andere Mitglieder interessant oder wichtig sind, veröffentlichen wir in ausgewählten Fällen in der Rubrik „Sprechstunde“ unserer Mitgliederzeitschrift **HERZ heute**. Dazu werden Namen und Herkunft der Anfragenden anonymisiert. Bitte teilen Sie es uns bei Ihrer Fragestellung mit, wenn Sie damit nicht einverstanden sind: Ihre Anfrage wird dann nicht veröffentlicht.

Die **telefonische Sprechstunde** findet jeweils am ersten Mittwoch des Monats von **18 bis 20 Uhr** statt. Wählen Sie dafür bitte die

Nummer **069 955128-200**. Nächste Termine der Telefonsprechstunde sind:

- **5. Februar 2020**
- **4. März 2020**
- **1. April 2020**
- **6. Mai 2020**

Da sich besonders viele Anrufer zwischen 18 und 19 Uhr melden, bitten wir Sie, auch die Zeit nach 19 Uhr zu nutzen. Ihr Anruf wird von Mitarbeitern der Deutschen Herzstiftung entgegengenommen. Bitte teilen Sie unseren Mitarbeitern mit, welchem Thema Ihre Frage gilt, damit sie Ihr Anliegen rasch an den entsprechenden Experten weitervermitteln können. Zur Vorbereitung können Sie sich an folgenden Stichworten orientieren:

- **koronare Herzkrankheit**
- **Blutdruck**
- **Herzschwäche**
- **Herzrhythmusstörungen**
- **Herzklappenerkrankungen**

Bitte halten Sie Ihre Mitgliedsnummer und Ihre Krankenunterlagen bereit. Vielen Dank!