

Die **GERINNUNG** 30

Patientenratgeber zum Umgang mit der Blutgerinnung

Leben mit Gerinnungshemmern:

Vorhofflimmern: Wird zu wenig antikoaguliert?

N.K. Choudhry untersuchte anhand einer Studie (BMJ 332, 2006), wie amerikanische Ärzte auf Blutungen reagieren, wenn ihre Patienten mit Vorhofflimmern Gerinnungshemmer einnehmen. In diese Studie wurden 530 Ärzte einbezogen, deren Patienten unter Vorhofflimmern litten, wobei jeweils ein Patient pro Arzt aufgrund einer Blutung stationär eingewiesen werden musste sowie ein Patient pro Arzt, der aufgrund eines Schlaganfalls – jedoch ohne Einnahme eines Gerinnungshemmers – stationär behandelt wurde. Verglichen wurde, wie die Ärzte ihr Verschreibungsverhalten nach diesen Vorfällen veränderten. Und hier stellte man fest, dass 21 % weniger Gerinnungshemmer verschrieben wurden, nachdem ein Ereignis wie eine Blutung aufgetreten war. Dagegen war keine Veränderung im Verordnungsverhalten zu beobachten bei nicht antikoagulierten Patienten, die einen Schlaganfall erlitten hatten. Die Schlussfolgerung des Autors war, dass Patienten mit Vorhofflimmern zu selten Gerinnungshemmer erhalten, weil Ärzte die Risiken einer Gerinnungshemmung überschätzen.

Prof. E.M. Hylek, Boston, wies auf dem ISMAAP-Symposium anlässlich des diesjährigen Kardiologen-Kongresses in Wien darauf hin, dass in den USA jährlich 58 Milliarden Dollar allein für die Versorgung von Schlaganfall-Patienten aufgewendet werden. Ein besseres INR-Monitoring und ein gezieltes Einhalten des therapeutischen INR-Wertes könne viele Schlaganfälle vermeiden helfen. Prof. J. Ansell, Boston, betonte ebenfalls auf dem ISMAAP-Symposium, dass Ärzte immer noch das Risiko eines Schlaganfalls bei Patienten mit Vorhofflimmern unterschätzten. Welche Schlussfolgerungen können wir für uns daraus ziehen? Vorhofflimmern birgt einerseits die Gefahr einen Schlaganfall zu erleiden, andererseits die Chance durch die Gabe von Gerinnungshemmern dieses Risiko zu mindern. Das Einhalten des empfohlenen therapeutischen Bereichs bei Vorhofflimmern von INR 2,0 bis 3,0 kann durch eine engmaschige INR-Kontrolle erreicht werden. Das Blutungsrisiko lässt sich dadurch verringern. Wenn man Risiko und Nutzen gegeneinander abwägt, erscheint die Gerinnungshemmung als der bessere Weg. C. Schaefer ●



In dieser Ausgabe

- 3 Thrombosen im Kindesalter**
Dr. med. Susan Halimeh beschreibt, wie sich das Gerinnungsgleichgewicht verschieben kann und damit Thrombosen begünstigt werden.
- 5 Herz und Diabetes**
Dr. med. Klaus Edel erklärt, warum Herz-Kreislauferkrankungen zu den häufigsten Begleiterkrankungen bei Diabetikern gehören.
- 8 Sie fragen...wir antworten**
Frau Dr. med. Hannelore Rott beantwortet Fragen zu den Themen: Nasenbluten, Tauchen, Haarausfall und Hörsturz, Wechseljahrsbeschwerden, Blutungen.
- 10 14. Jahrestagung der GSB'ler**
120 GSB'ler trafen sich am 17. Mai zum 14. Mal in Höhenried auf Einladung von Dr. med. Dirk Michel.
- Forumstreffen in NRW**
Zweimal jährlich treffen sich Teilnehmer des Internet-Forums „die-herzklappe.de“ zum persönlichen Austausch.
- 11 5 Jahre ISMAAP**
30 Delegierte aus neun europäischen Ländern tagten in Anif/Salzburg. Schwerpunkt der diesjährigen Konferenz war die Schulung antikoagulierter Patienten, wobei deutlich wurde, dass es von Land zu Land erhebliche Unterschiede gibt.
- 13 1. INR-Austria-Tag in Anif**
60 Teilnehmer aus Österreich folgten der Einladung von Obfrau Ulrike Walchshofer. Dr. med. Hermann Krüttner, wissenschaftlicher Berater der INR-Austria, referierte über kardiologische Erkrankungen und orale Antikoagulation. In der Generalversammlung wurde die Einladung der ÖASA als positives Signal gewertet.

16 Selbsthilfegruppen

Editorial

Mangelnde Therapietreue

Kürzlich nahm ich an einer Pressekonferenz teil, in der es um die Bereitschaft ging, zuverlässig verordnete Medikamente einzunehmen. Die Studie, die vorgestellt wurde, bezog sich auf Frauen mit einer Brustkrebserkrankung. Während der Konferenz wurde mir klar, dass man die ermittelten Ergebnisse letztendlich auf alle Krankheiten übertragen kann. Prof. Dr. R. Kreienberg, Ulm: „Wir müssen anerkennen, dass mangelnde Therapietreue in der Tat unseren Patienten schadet und dass jeder dritte Patient sich nicht ausreichend informiert fühlt.“



Christian Schaefer

Doch wie kann man eine gute Verständigung zwischen Arzt und Patient herbeiführen? Einerseits ist die Zeit des Arztes knapp bemessen, andererseits muss sich der Arzt fragen: „Hat mein Patient in der Kürze der Zeit alles richtig verstanden?“ Bleibt es beim Ausstellen eines Rezeptes ohne genau zu beschreiben, welche Wirkung und auch Nebenwirkung das Medikament verursacht, sind Therapieabbrüche vorprogrammiert. Liest dann der Patient die im Beipackzettel aufgeführten möglichen Nebenwirkungen, ohne vom Arzt darauf vorbereitet zu sein, kann man sich schon vorstellen, dass manche Patienten die Einnahme unterlassen. In den USA werden aufgrund dessen ca. 50 % der Behandlungen vom Patienten abgebrochen. Der Arzt sollte sich fragen: „Was führte zum Abbruch der Behandlung und welche Fehler habe ich gemacht?“ Wer seitens des Arztes überzeugt wird und die Wirkung wie auch die möglichen Nebenwirkungen der Medikamente akzeptiert, ändert somit seine Einstellung gegenüber der eingeleiteten medikamentösen Behandlung – sei es auch mit Gerinnungshemmern. Wichtige Voraussetzung ist eine eigene positive Haltung zur Erkrankung.

Wenn das geplante Versorgungsmodell der AOK in Hessen zum Einsatz kommen sollte, dann erhielten Ärzte einen zusätzlichen Bonus, wenn die Laborwerte ihrer Patienten in einem bestimmten Wertebereich liegen. Vielleicht ein Ansatz für mehr Therapietreue.

Ihr Christian Schaefer ●

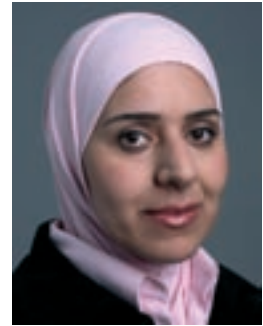
Leben mit Gerinnungshemmern

Thrombosen im Kindesalter

Venöse und arterielle Gefäßverschlüsse im Kindesalter sind seltene Ereignisse und treten spontan hauptsächlich innerhalb der Neugeborenenperiode (1: 20000) auf sowie mit einer Häufung zu Beginn der Pubertät (1: 5000). Sie stellen somit die zweite große Altersgruppe dar, in denen Thrombosen immer mehr zum Alltag werden. Im Körper selbst entstandene (endogene) und von außen eindringende (exogene) Auslöser (Trigger) können das Gerinnungsgleichgewicht zur Hyperkoagulabilität (zunehmende Gerinnbarkeit des Blutes) hin verschieben und damit die Thrombose-Entstehung im Kindesalter begünstigen, wie z. B.:

- ein während der Schwangerschaft, unter der Geburt oder im Wochenbett auftretendes Aufhören des Pulsschlages (peripartale Asphyxie);
- das Anlegen eines zentralvenösen Katheters;
- Infektionen im Neugeborenenalter;
- Diabetes mellitus der Mutter;
- chirurgische Eingriffe;
- Bettlägerigkeit oder Gipsverbände;
- Verletzungen jeglicher Art (Traumen);
- zu geringes Trinken von Wasser (Dehydrierung);
- Blutvergiftung (Sepsis);
- Erkrankungen aus dem onkologischen, renalen (von der Niere ausgehenden) und rheumatischen Formenkreis;
- Rauchen;

- Adipositas;
- Einnahme oraler Kontrazeptiva bei jungen Mädchen in der Pubertät.



Dr. med. Susan Halimeh

Ab der Pubertät zeigt sich eine ähnliche Lokalisation der Thrombose wie im Erwachsenenalter, die überwiegend in den oberflächlichen und tiefen Beinvenen auftreten. In der Neugeborenenperiode (Neonatalperiode) gehören Nierenvenenthrombosen, V. cava-Thrombosen und zerebrale thromboembolische Insulte zu den häufigsten Krankheitserscheinungen. Weitere Lokalisationen im Kindesalter sind das Pfortader- (große Vene) und Mesenterialvenensystem (Venensystem des Dünndarmgekröses) sowie Katheter-assoziierte Thrombosen mit Verschluss des betroffenen Gefäßes. Arterielle Thrombosen Katheter-assoziiert treten im Bereich der Aorta, der Aorta femoralis und Aorta subclavia auf.

Klinik von Thrombosen im Kindesalter bei Erstmanifestation

1. Bei einer Bein-/Beckenvenenthrombose dominieren Zyanose (blau-rot Färbung der Haut), Schwellung und Schmerz.
2. Symptome einer Nierenvenenthrombose zeigen sich durch abdominelle Schwellung, einer Hämaturie (Blutausscheidung im Harn) und Thrombozytopenie (Blutplättchenmangel).

Tab.: Häufigkeit erbter Risikofaktoren bei Kindern

(eigene Quellenangabe)

Risikofaktoren	Kontrollgruppe (gesund)	Patienten (Kinder) mit arteriellen Verschlüssen	Patienten (Kinder) mit venösen Verschlüssen
Faktor V-Leiden-Mutation 1691GA	5,0 %	20,2 %	29,5 %
Prothrombin 20210GA	1,9 %	6,1 %	4,2 %
Protein-C-Mangel	0,7 %	6,1 %	9,2 %
Protein-S-Mangel	0,8 %	--	5,7 %
Antithrombin-Mangel	--	--	3,4 %
Lp(a) 30mg/dl	8,8 %	26,4 %	42,0 %

3. Katheter-assoziierte Thrombosen präsentieren sich häufig mit Blockade des Katheters, Stasezeichen (Stauungszeichen) der betroffenen Extremität sowie Ausbildung eines Kollateralkreislaufes (Umgehungskreislauf).
4. Progrediente Dyspnoe und Tachypnoe können auch ohne sonstige Thrombosezeichen ein Hinweis auf rezidivierende Lungenembolie sein.
5. Arterielle Thrombembolien zeigen sich mit akuter Durchblutungsstörung, d. h. kühlen, blassen Extremitäten mit fehlendem bzw. abgeschwächtem Puls.
6. Ereignisse, die Blutgefäße betreffen (vaskulär) im Bereich des zentralen Nervensystems, können sich als Hemiparese (Lähmung einer Körperhälfte), Krampfanfälle oder Koma präsentieren.

Labordiagnostik bei Thrombosen im Kindesalter

Ziel der Diagnostik ist es, die Risikofaktoren, die der Thrombose bei dem betroffenen Kind zu Grunde liegen, zu identifizieren. Neuere Daten legen nahe, dass in mehr als 60 % mindestens ein genetischer Risikofaktor als Mitauslöser des Ereignisses, welches die Blutgefäße betrifft (vaskulär), in Frage kommt. 20 % der Betroffenen haben mindestens zwei genetische Risikofaktoren. Letzteres trifft insbesondere für spontane Thrombosen im Kindesalter zu. Bei Patienten mit einem Doppeldefekt (Kombination aus zwei heterozygoten Einzeldefekten) haben Geschwister in ca. 50 % der Fälle einen heterozygoten Einzeldefekt und in ca. 25 % der Fälle ebenfalls einen Doppeldefekt. Eine Familienuntersuchung ist deshalb für die Beratung der übrigen Familienmitglieder sinnvoll. Unter Abwägung von Nutzen und Risiko spricht für eine Thrombophilie-Diagnostik bei Familienangehörigen insbesondere, dass es heute Möglichkeiten zur Durchführung einer wirksamen Thromboseprophylaxe gibt. Empfohlen wird die Untersuchung der Verwandten ersten Grades eines Kindes mit entsprechenden Krankheitszeichen.

Behandlungen

Akute Thrombose:

Der Standard: NMH (Niedermolekulares Heparin). Umfangreiche Studien belegen die Vorteile der NMH im Vergleich zu den UFH (unfraktioniertes Heparin) und auch zu den oralen Antikoagulantien.

Die wirklichen Nachteile der NMH sind gering. Wegen der langen Halbwertszeit muss das NMH mindestens 12 Stunden bzw. 24 Stunden vor einem geplanten Eingriff abgesetzt werden. Die Beobachtung einer Therapie mit NMH erfolgt mittels Anti-Xa Messung.

Dauerbehandlung:

ASS wird bei arterieller Thrombose und als Langzeitprophylaxe bei Autoimmunerkrankungen, Vaskulitiden (entzündliche Reaktionen der Blutgefäße) oder unkomplizierten Hirninfarkten eingesetzt. Vitamin-K-Antagonisten wie Phenprocoumon oder Warfarin werden dann eingesetzt, wenn abzusehen ist, dass eine Antikoagulation lebenslang oder auf lange Zeit, zumindest über ein Jahr, durchzuführen ist. Hier ist die Therapie schwieriger als die Therapie zu NMH durchzuführen, da Infektionen, der Zyklus oder auch nur die normale Nahrungsaufnahme einen erheblichen Einfluss auf die erreichten Medikamentenspiegel haben. Hier ist die Antikoagulation bei Herzfehlern zu erwähnen. Eine regelmäßige Bestimmung des INR-Wertes ist erforderlich, welche auch mittels Gerinnungs-Selbstbestimmung nach entsprechender Schulung erfolgen kann.

Literatur:

Thrombosen und Thrombosetherapie im Kindesalter (K.Kurnik, Ch. Bidlingmaier); Deutsche Leitlinien Thrombose-therapie im Kindesalter Nowak-Göttl et al.; Internationale Leitlinien Thrombose-therapie im Kindesalter Monagle P et al.

Verfasserinnen: Dr. med. Susan Halimeh und Prof. Dr. med. Ulrike Nowak-Göttl

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Susan Halimeh, Güntherstr. 30, D-40751 Duisburg, E-Mail: susan_halimeh@gmx.de

Sie möchten mehr erfahren über den Umgang mit Gerinnungshemmern? Dann besuchen Sie die web sites: www.die-antikoagulation.de, www.inr-austria.at oder www.inrswiss.ch

Patienten-Veranstaltung in Mönchengladbach

Am 16. Januar 2008 findet im Saal des paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Friedhofstr. 39 in Mönchengladbach ab 19.00 Uhr eine Patienten-Veranstaltung zum Thema „Umgang mit Gerinnungshemmern“ statt. Referent ist Dr. Stefan Jacobs, Mönchengladbach. Auskunft erteilt: Angela Jaspers, Tel.: 02153 1389419, E-mail: annagermany@online.de.

Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko

Herz und Diabetes – Update 2007

Weltweit gibt es eine stetig wachsende Zahl von Diabetikern. Aktuell sind in Deutschland 10 Millionen Menschen betroffen. Über 300.000 neu entdeckte Diabetiker kommen jährlich dazu. Für die Zunahme des Typ-2-Diabetes und des metabolischen Syndroms (Übergewicht, Fettstoffwechselstörung, erhöhte Blutzuckerwerte oder gestörte Zuckertoleranz) sind Fehl- und Überernährung sowie Bewegungsmangel verantwortlich. Besonders erschreckend ist, dass die letztgenannten Erkrankungen bereits im Kindesalter beginnen. 3-10 % unserer Bevölkerung weisen eine Zuckerverwertungsstörung auf. Diese gilt als Vorstadium des Diabetes und ist selbst mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko verbunden. Jahr für Jahr werden 10 % dieser Patienten zu Diabetikern.

Herz-Kreislaferkrankungen gehören zu den häufigsten Begleiterkrankungen bei Diabetikern.

Die Krankheitshäufigkeit und -sterblichkeit dieser Patienten ist im Vergleich zu Nichtdiabetikern um das 2- bis 4-fache erhöht. Die koronare Herzerkrankung (KHK) und der Schlaganfall sind in 8 von 10 Fällen die Todesursache bei Diabetikern. Aus den aktuellen Studien und epidemiologischen Daten lässt sich folgendes Ergebnis ableiten: 75 % aller Typ-2-Diabetiker und 35 % aller Typ-1-Diabetiker erkranken an einem Herzinfarkt oder Schlaganfall. 75 % der Herzpatienten sind Diabetiker oder haben eine (meist unentdeckte)



Abb. 1: Typ-2-Diabetes & Herzinfarktrisiko
Modifizierte Abbildung aus der Broschüre „Intaktes Proinsulin...“ der IKFE GmbH, Mainz



Dr. med. Klaus Edel

Zuckerverwertungsstörung. Diabetiker haben ein 3,7-fach erhöhtes Herzinfarktrisiko im Vergleich zur diabetesfreien Bevölkerung, Diabetikerinnen sogar ein 5,9-fach erhöhtes Risiko.

Es gibt Hinweise dafür, dass nicht nur die Herzinfarktgefahr, sondern auch die allgemeine Sterblichkeit steigt, wenn der Blutzucker nicht gut verstoffwechselt werden kann.

Erklärungsversuche des erhöhten Gefäßrisikos bei Diabetes und Prädiabetes

Zwei wesentliche Faktoren sind schon seit längerem bekannt: Die Störung der Insulinsekretion und die Insulinresistenz. Eine Verstärkung dieser Mechanismen ist durch Mangel an Bewegung, Fehlernährung und Übergewicht eingetreten.

Insulinresistenz

Die Insulinresistenz (Abb. 1) ist intensiver Forschungsgegenstand der letzten Jahre. Sie ist eng mit den kardiovaskulären Risikofaktoren Bluthochdruck und erhöhte Blutfette assoziiert. Kürzlich wurde die Vergesellschaftung der Insulinresistenz mit Entzündungsprozessen der Arteriosklerose entdeckt: Die erhöhte Gerinnbarkeit des Blutes und die Fehlfunktion der Innenhaut unserer Arterien. Die Arteriosklerose tritt bei Diabetikern in der Regel früher auf als bei Nichtdiabetikern. Sie befällt meistens mehrere Arterien gleichzeitig. Bei Diabetikern ist die Arteriosklerose besonders aggressiv und zeichnet sich durch ein rasches Fortschreiten aus. So ist die Verkalkung der Herzkranzgefäße meistens nicht auf ein Gefäß beschränkt.

Übergewicht

Auch das Thema Übergewicht ist neu beleuchtet worden. Eine zentrale Rolle kommt dem sogenannten viszeralen Fett zu - auf den Punkt gebracht: Je weiter Ihr Bauchnabel von der Wirbel-

säule entfernt ist, desto höher ist Ihr Herzinfarkt-risiko. Unser Bauchfett besteht aus Fettzellen, den sogenannten Adipozyten. Männer haben relativ große, Frauen dagegen kleinere Adipozyten. Je größer die Fettzellen sind, desto leichter kann man abnehmen. Die Fettzellen des Bauches sind sehr stoffwechselaktiv und setzen Fett in Form von freien Fettsäuren frei. Darüber hinaus produzieren sie weitere Stoffe, die Adipokine wie Resistin, Leptin und den Tumor-Nekrose-Faktor Alpha. Deren Freisetzung führt in Kombination mit den freien Fettsäuren zu einer Verstärkung der Insulin-resistenz. Die Adipozyten schädigen aber auch direkt die Gefäßwand über Freisetzung der oben genannten Adipokine und Interleukin-6.

Hs-CRP – ein unabhängiger Risikomarker für den Herzinfarkt

Die Leber schüttet, angeregt durch die Adipokine, einen Entzündungsmarker aus – das hs-CRP

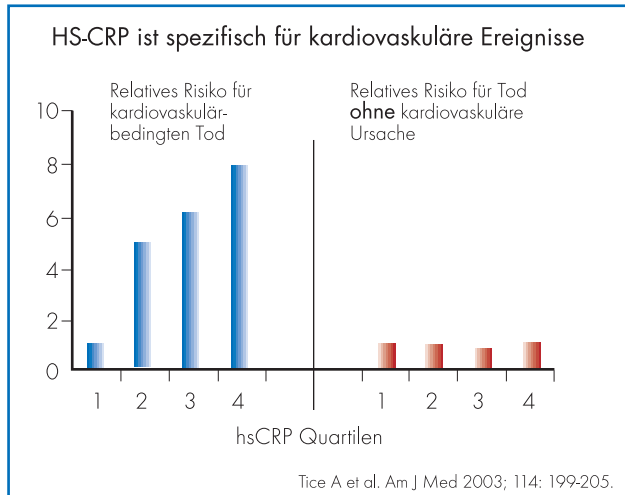


Abb.2: Herzinfarktrisiko

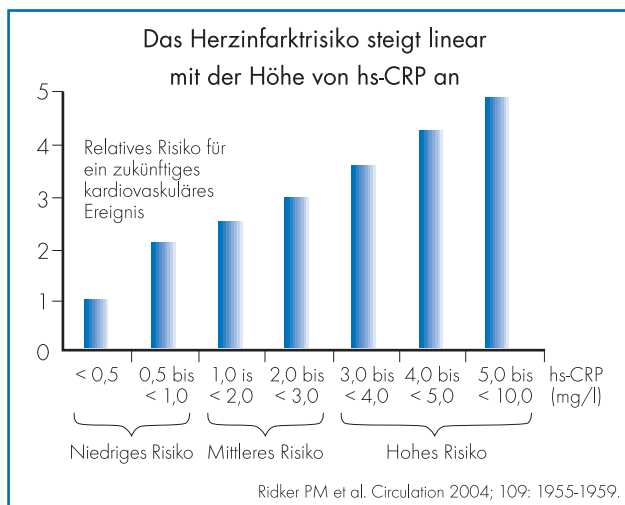


Abb.3: Kardiovaskuläre Ereignisse

(hochsensitives Cappel-reaktives Protein), ein kohlenhydratfreies Eiweiß, das als Marker für eine Arteriosklerose benutzt werden kann (Abb. 2, Abb. 3).

Wir haben mit Hilfe des hs-CRP eine kleine Studie mit 20 Typ-2-Diabetikern durchgeführt. Wir wollten wissen, wie hoch ist das Herzinfarktrisiko bei Typ-2-Diabetikern, die noch keine Arteriosklerose haben. Der Effekt einer Lebensstiländerung (herzgesunde Kost, Gewichtsabnahme, Steigerung der Bewegung auf 30 Minuten/Tag) auf den hs-CRP Wert wurde in einem Verlauf von 14 Tagen überprüft.

Das Ergebnis war verblüffend. Gerade Patienten mit mit einem hohen Herzinfarktrisiko (vgl. Abb. 3) profitieren besonders von Bewegung und Ernährungsumstellung. Sie konnten ihr Risiko um fast 50 % senken.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es erstaunliche Gemeinsamkeiten zwischen der Entwicklung eines Typ-2-Diabetes (DM) und der koronaren Herzerkrankung (KHK) gibt:

Risikofaktor	Relevant für DM	Relevant für KHK
Lebensstil	+	+
Insulinresistenz	+	+
Gestörter Zucker-/ Fett-Stoffwechsel	+	+
Entzündung/ Adipokine	+	+
Gesteigerte Blutgerinnung	+	+
Fettstoffwechsel-störung	+	+
Rauchen	+	+

Diagnostik bei KHK und Diabetes mellitus

Grundsätzlich erfolgt das diagnostische Vorgehen sowohl bei Herzpatienten als auch bei Diabetikern so wenig eingreifend wie möglich. Auf Grund einer Störung der Herzfrequenz (autonome Neuropathie) können manche Diabetiker im Belastungs-EKG nicht ausbelastet werden. Darüber hinaus muss wegen verdickter Herzwände mit EKG-Veränderungen gerechnet werden, ohne dass eine KHK vorliegt. Nach den aktuellen Leitlinien soll bei Diabetikern ab dem

35. Lebensjahr einmal jährlich ein Ruhe-EKG durchgeführt werden. Um frühzeitig eine KHK bei Diabetes aufzudecken, müssen Symptome und Risikofaktoren beachtet werden, die eine weiterführende Diagnostik erfordern:

- Typische und atypische Angina pectoris
- Auffälliges Ruhe-EKG
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Verkalkung der hirnversorgenden Halsarterien
- Beginn eines intensiven sportlichen Trainingsprogramms

Was können Diabetiker tun, um ihr Herzinfarktrisiko zu senken?

Bewegungsmangel und Übergewicht sind zwei wichtige Ursachen für die Entstehung des Typ-2-Diabetes, gelten aber auch als Risikofaktoren für die Entstehung der Arteriosklerose am Herzen und begünstigen somit das Auftreten eines Herzinfarktes.

→ Daher lautet die erste Regel:

Bitte achten Sie auf ein angemessenes Körpergewicht und ernähren Sie sich gesund. Dabei sollten Sie den Ernährungsempfehlungen der Fachgesellschaften folgen:

- Nicht zu viel und zu fett essen;

- fünfmal am Tag Obst und Gemüse;
- rotes Fleisch und Wurst so selten wie möglich.

→ Die zweite Regel:

Sie gilt sowohl für Diabetiker als auch Herzpatienten:

- Täglich 30 Minuten Bewegung hält fit, baut überschüssigen Zucker ab und beugt dem Fortschreiten der Arteriosklerose am Herzen vor.

→ Dritte Regel:

Der Blutdruck sollte im Tagesdurchschnitt unter 130/80 mmHg liegen.

→ Vierte Regel:

Achten Sie auf den Wert Ihres LDL-Spiegels („böses“ Blutfett) - einfach an den Uhu denken. Für alle Patienten mit KHK und/oder Diabetes gilt der Zielbereich **unter Hundert** mg/dl.

→ Fünfte Regel:

Diabetiker sollten ab dem 40. Lebensjahr mit einem zusätzlichen Risikofaktor (Herzinfarkt oder Schlaganfall in der Familie, Bluthochdruck, Rauchen, hohe Blutfette, Eiweiß im Urin) und/oder einer Diabetesdauer von mehr als 10 Jahren 100mg (75-162mg) ASS (Acetylsalicylsäure) einnehmen.

Praktische Tipps für mehr Bewegung im Alltag:

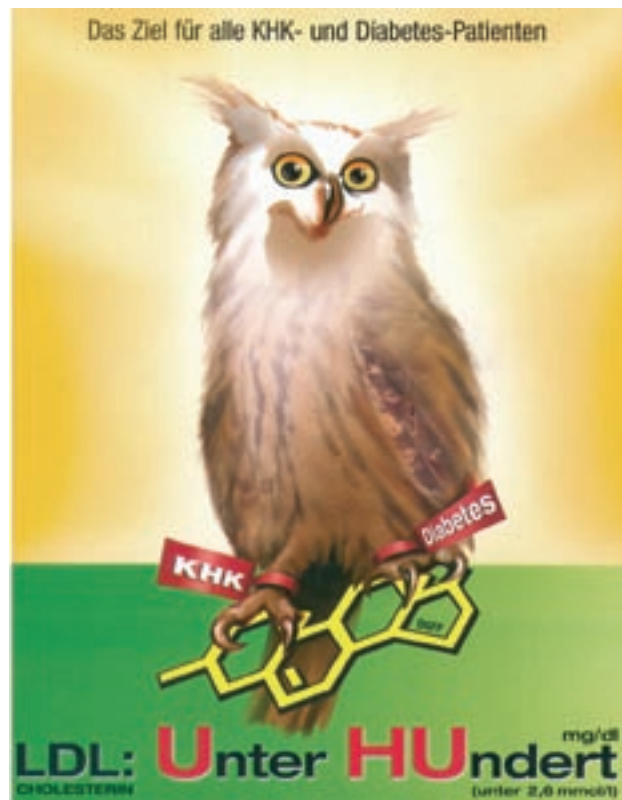
Suchen Sie sich eine Sportart aus, die Ihnen Spaß macht!

Treiben Sie Ihren Sport mäßig, aber regelmäßig. Messen Sie vor, ggf. während und nach dem Sport Ihren Blutzucker. Gehen Sie nicht das Risiko einer Unterzuckerung ein. Sie kann beim Sport zu schweren Verletzungen (z. B. Stürzen) führen. Planen Sie, wenn möglich, Ihre körperliche Aktivität rechtzeitig in den Tagesablauf ein – so haben Sie die Möglichkeit, Ihre Insulin- oder Medikamentendosis entsprechend zu reduzieren.

Versuchen Sie viel Bewegung in den Alltag einzubauen – nehmen Sie zum Beispiel die Treppe statt den Aufzug oder fahren Sie kurze Strecken mit dem Fahrrad statt mit dem Auto.

Verabreden Sie sich mit Freunden zum Wandern, Radfahren oder Schwimmen – das bringt zusätzliche Freude und mehr Kontinuität in Ihr Bewegungsverhalten.

Verfasser: Dr. med. Klaus Edel, Chefarzt, Innere Medizin, Kardiologie, Diabetologie, Sportmedizin, Rehabilitationswesen und Prävention; Zentrum für kardiol. Rehabilitation und Prävention; Herz- und Kreislaufzentrum; Heinz-Meise-Str. 100, D-36199 Rotenburg, Tel.: +49 6623 88 6133, Fax: +49 6623 88 5471, k.edel@khz-rotenburg.de



Modifizierte Abbildung der DGFF (Lipid-Liga) e.V.

Frau Dr. med. Hannelore Rott, Fachärztin für Transfusions- medizin antwortet:

Betr.: Nebenwirkungen

Sehr geehrte Frau Dr. Rott,
Ich (25 Jahre alt) hatte vor sechs Wochen nach einem Herzkatheter eine schwere Beckenvenenthrombose erlitten. Daraufhin musste ich die Pille absetzen und Phenprocoumon einnehmen. Seitdem habe ich keine Monatsblutung mehr. Bei der INR-Selbstkontrolle hatte ich letzte Woche einen Wert von INR 3,4; diese Woche von INR 2,8. Ich nehme wöchentlich einmal 1/2, sonst sechsmal 1 Tablette Phenprocoumon ein. In den letzten Tagen habe ich einen leichten Bluthochdruck festgestellt, der heute besonders hoch war (vielleicht aufgrund des warmen Wetters?). Auch beunruhigte mich ein leichtes Ziehen im Rücken. Kann das vom Phenprocoumon herrühren und kann man dagegen etwas tun?

M.L.

Unsere Antwort:

Phenprocoumon verursacht weder Rückenschmerzen noch hohen Blutdruck. Hoher Blutdruck hat seine Ursache in einer Gefäßverkalkung (Arteriosklerose), so dass die Gefäße nicht flexibel sind und den Druck nicht ausgleichen können. Gegebenenfalls sollten Sie daher Ihre Gefäße untersuchen (Doppler) sowie die Laborwerte zur Erkennung einer Arteriosklerose (Cholesterin, Blutzucker, Lipoprotein (a) etc.) bestimmen lassen.

Betr.: Tauchen

Bei mir wurde eine Sinusvenen-Thrombose festgestellt und ich nehme seitdem Phenprocoumon ein. Bestätigt wurde auch Faktor-V-Mutation Leiden heterozygot. Jetzt möchte einen DLRG-Rettungsschein machen. Dazu muss ich mehrmals vier Meter tief tauchen. Darf ich trotz Einnahme des Gerinnungshemmers dieses tun? Mein INR liegt zurzeit bei 1,6.

M. Sch.

Unsere Antwort:

Sie können ohne Probleme – auch bei bestehender Gerinnungshemmung – vier Meter tief tauchen. Übrigens ist Ihr INR-Wert zu niedrig; er sollte zwischen INR 2,0 bis 3,0 liegen. Bitte die Dosis erhöhen!

Betr.: Haarausfall und Hörsturz

Sehr geehrte Frau Dr. Rott,
seit vielen Jahren nehme ich täglich ca. eine Tablette Phenprocoumon ein, um den empfohlenen INR-Wert auf 2,5 zu halten (permanentes Vorhofflimmern). Das gelingt mit der INR-Selbstbestimmung bestens. Bei der Einnahme von weiteren Medikamenten habe ich die Beobachtung gemacht, dass diese den INR-Wert beeinflussen können. So hat die vorübergehende Einnahme der Substanz Sulpirid (Schwindel) den INR-Wert in dem Maße beeinflusst, dass ich nur noch 1/2 Tablette Phenprocoumon täglich benötigte, um meinen angestrebten INR-Wert zu halten. Bei einer anderen Gelegenheit (jedoch ohne Sulpirid) konnte ich feststellen, dass Vitamin B, welches mir einmalig wegen eines Bandscheibenproblems injiziert wurde, den INR-Wert innerhalb kürzester Zeit auf 6 ansteigen ließ.

Die Fragen, die sich daraus ergeben:

- Ob die gerinnungshemmende Wirkung, die sonst alleine durch Phenprocoumon erzielt wird, voll erhalten bleibt, auch wenn der gewünschte INR-Wert durch die kombinierte Einnahme von Phenprocoumon zusammen mit anderen Medikamenten/Vitaminen/Nahrung erreicht wird?
- Ob es möglicherweise ein Kombipräparat mit Phenprocoumon und Zusätzen wie Vitamin B gibt, mit dem man den angestrebten INR-Wert zuverlässig erreicht, aber die unerwünschten Nebenwirkungen von Phenprocoumon verhindern kann?
- Ob sich gegebenenfalls das gerinnungshemmende Mittel empfiehlt, welches in den USA verschrieben wird. Der Grund: Unter Phenprocoumon fallen meine Haare aus und die Fingernägel werden spröde. Aus dem Bekanntenkreis erfuhr ich, dass die Einnahme von Phenprocoumon Gehörstürze begünstigen kann oder sogar hervorrufen soll.

B.A.

Unser Antwort:

Hörstürze werden sicher nicht durch Phenprocoumon begünstigt. Im Gegenteil. Bei Nebenwirkungen durch Phenprocoumon kann alternativ versuchsweise für etwa drei Monate auf Warfarin umgestellt und dies bei Besserung auch beibehalten werden. Die INR-Werte werden wie gehabt bestimmt. Wegen des Haarausfalls sollte auf jeden Fall auch der Ferritin-Wert bestimmt werden. Viele Patienten, die Phenprocoumon einnehmen, entwickeln einen Eisenmangel, der den Haaraus-

fall begünstigt. Gegebenenfalls müsste dann zusätzlich Eisen verabreicht werden. Alle Medikamente können die Dosis des Gerinnungshemmers beeinflussen; solange aber der INR-Wert im angestrebten Bereich ist, ist alles in Ordnung.

Betr.: Wechseljahrsbeschwerden

Sehr geehrte Frau Dr. Rott, bei mir wurde im September 2000 – nach zwei vorausgegangenen Thrombosen – der homozygote Typ des Faktor-V-Mutation Leiden diagnostiziert. Seitdem nehme ich Gerinnungshemmer ein. Ich bin jetzt 44 Jahre alt und leide zunehmend unter Wechseljahrsbeschwerden. Insbesondere die mittlerweile stark ausgeprägten Stimmungsschwankungen machen mir (und vor allem meiner Familie) arg zu schaffen.

Bei meiner letzten gynäkologischen Untersuchung hat mir mein Arzt entsprechende Medikamente verordnet. Ich bin jedoch sehr unsicher, ob ich diese Medikamente einnehmen darf. Im Beipackzettel wird ausdrücklich auf das vermehrte Auftreten von Thrombosen hingewiesen. Mein Gynäkologe hat mir hingegen versichert, dass keine Gefahr bei mir besteht.

Welche Möglichkeiten habe ich – als Patientin, die Gerinnungshemmer einnimmt – gegen Wechseljahrsbeschwerden vorzugehen? M.T.

Unsere Antwort:

Bei Ihnen kann jedwede Hormonersatztherapie angewandt werden, da Phenprocoumon Sie sicher schützt, also z. B. auch die klassischen östrogenhaltigen Medikamente. Eine besonders sichere Variante stellen östrogenhaltige Pflaster oder Gele dar. Falls Sie Ihre Gebärmutter noch haben, muss aber ein Gelbkörperhormon hinzugefügt werden. Dies kann auch mittels Pflaster oder in Tablettenform erfolgen. Ihr Gynäkologe hat also recht. Einschränkungen würden für Sie nur gelten, wenn Sie kein Phenprocoumon mehr einnehmen würden. Da Sie aber eine homozygote Faktor-V-Mutation Leiden haben, erscheint mir die langfristige Einnahme des Phenprocoumons bei Ihnen gerechtfertigt zu sein.

Betr.: Blutungen

Sehr geehrte Frau Dr. Rott, im März 1999 wurde mir eine künstliche Aortenklappe eingesetzt. Bei mir treten immer wieder

Blutungen auf. Zwei leichte Gehirnblutungen heilten problemlos durch Liegen aus. Vor zwei Jahren war ich für vier Wochen in einer HNO-Klinik aufgrund starker Nasenblutungen. Zwei Nasen-Operationen brachten keinen Stillstand. Erst zwei künstliche Verschlüsse von Blutgefäßen brachten die Blutung zum Stillstand. Diese vier Wochen empfand ich weit schlimmer als die eigentliche Klappen-OP. Nun blute ich wieder und zwar aus der linken Brust. Wie vor drei Jahren war ich wieder beim Frauenarzt und auch zur Mammographie. Keine Veränderung. Meine Brustwarzen waren schon immer eingezogen. Es blutet nicht mehr viel – alle zwei Tage ein Tropfen. Trotzdem hätte ich gerne gewusst, ob ich mir Sorgen machen muss, oder ob es wirklich vom Phenprocoumon herrührt. Mein Frauenarzt hat mir homöopathische Tropfen verschrieben. Genommen habe ich sie nicht, da auf dem Beipackzettel u. a. auch auf vermehrte Blutungen hingewiesen wird. Ich weiß, dass so etwas nicht zwangsläufig eintreten muss; aber ich bin skeptisch. L.B.



Dr. med. Hannelore Rott

Unsere Antwort:

Bei Blutaustritt aus der Brust muss ein Brustkrebs sicher ausgeschlossen werden, gegebenenfalls auch über eine Punktion von Gewebe zwecks weiterer Beurteilung durch einen Gynäkologen. Ferner wäre es gut, einmal Ihre komplette Blutgerinnung zu überprüfen, um herauszufinden, ob bei Ihnen ein Gerinnungsproblem vorliegt. Es sollten alle Gerinnungsfaktoren (I-XIII) und die Blutplättchenfunktion untersucht werden sowie eine Untersuchung des sogenannten Von Willebrand-Faktors erfolgen. Achten Sie bitte darauf, keinerlei Schmerzmittel, die Acetylsalicylsäure enthalten, einzunehmen. Die Einnahme des homöopathischen Mittels zur Linderung des Spannungs- und Schwellungsgefühls in den Brüsten würde ich für unproblematisch halten.

Die Antworten verfasste: Dr. med. Hannelore Rott, Fachärztin für Transfusionsmedizin; Gemeinschaftspraxis Prof. Trobisch/Dr. Rott; Königstr. 53, 47051 Duisburg; www.trobisch.de; E-mail: praxis@trobisch.de

Gerinnungshemmung und Monatsblutung

Wenn Sie an der Studie teilnehmen möchten, schreiben Sie an Frau Dr. med. H. Rott (siehe „Die Gerinnung“ Nr. 28).

Aus eigenen Reihen

14. Jahrestagung „Gerinnungs-Selbstbestimmer“ in Höhenried



Dr. med. Dirk Michel stellt das Programm vor.

Unter der Leitung von Dr. med. Dirk Michel, Oberarzt der Klinik Höhenried gGmbH, fand am 17. Mai d. J. die 14. Jahrestagung statt. Gekonnt leitete



Dr. med. M. Spannagl

Dr. Michel die sehr gut besuchte Veranstaltung; denn immerhin 120 Teilnehmer aus ganz Deutschland ließen es sich nicht nehmen, ihr Wissen in Höhenried aufzufrischen. Im Rückblick wies D. Michel darauf hin, dass bereits 550 Gerinnungs-Selbstbestimmer

in der Klinik geschult worden seien und zwar in 60 Kursen.

Das Programm bot eine Vielfalt an Themen wobei der Vortrag von Dr. Michel „Medikamente – Mögliche Interaktionen auch mit „normalen Lebensmitteln“ auf großes Interesse stieß. Aber auch der Vortrag über Vorhofflimmern regte zur Diskussion an. Dr. med. Michael Spannagl,



Dr. med. S. Braun



Der Wissensdurst der Teilnehmer war groß und er konnte durch alle Referenten gestillt werden.

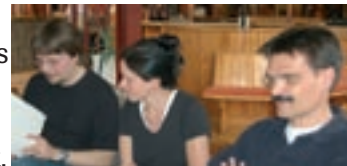
München, verriet den Zuhörern einiges zur genetisch bedingten Gerinnungsneigung und Dr. med. Sigmund Braun, München, berichtete aus dem Gerinnungslabor: Warum es immer wieder zu INR-Unterschieden von mehr als INR 0,5 zwischen der Gerinnungs-Selbstbestimmung und dem Labor kommt.

Während der Mittagspause bei einem guten Essen wurde rege weiter diskutiert. Das nächste Treffen wird am 1. Mai 2008 stattfinden. Red. ●

Forumtreffen in Nordrhein-Westfalen



Schon zur Tradition geworden sind die Forumtreffen in Nordrhein-Westfalen. Entwickelt hat sich die Idee durch engagierte Teilnehmer des Forums www.die-herzklappe.de. Zweimal jährlich finden die Treffen statt.



Nicht nur Bier gab es in Bottrop

So am 24. März in Langenfeld und am 25. August in Bottrop. Geplant ist das nächste Treffen in Duisburg. Der genaue Termin wird dann unter Smalltalk im Forum bekannt gegeben. Und wie Klaus zum Treffen in Langenfeld schrieb: „In den Lachpausen wurde auch schon einmal ernsthaft diskutiert, nicht dass jemand denkt, wir wären nur aus Spaß an der Freud zusammengekommen.“

Auch in Bayern hat man sich bereits getroffen; nicht nur, um sich persönlich kennenzulernen, sondern auch, um in netter Runde über „das Leben mit der neuen Herzklappe“ zu diskutieren. Red. ●



Gute Laune und viel Gesprächsstoff beim Treffen in Langenfeld

International

Fünf Jahre ISMAAP – 10 Mitgliedsländer

Vom 18. bis zum 21.10.2007 fand im Hotel Friesacher in Anif (Salzburg) die 3. Internationale Konferenz über die „Behandlung mit Gerinnungshemmern“ der ISMAAP (International Self-Monitoring Association of Anticoagulated Patients) statt. Zu diesem Termin waren auch Vertreter der INR-Austria geladen, um ihre Patientenvereinigung vorzustellen. Gleichzeitig wurde das fünfjährige Bestehen der ISMAAP gefeiert.

30 Delegierte tagten

Bereits am Freitag hatten die österreichischen Vertreter die Gelegenheit, die hochinteressanten Vorträge und Berichte der anderen europäischen Verbände aus Belgien, Dänemark, Frankreich, Italien, den Niederlanden, Spanien und der Schweiz unter dem Vorsitz des ISMAAP-Präsidenten Christian Schaefer (Deutschland) zu hören. Leider konnte an diesem Treffen die Vereinigung aus England (AnticoagulationEurope) nicht mit teilnehmen.

Themen gab es natürlich zuhauf: Zunächst stellten die einzelnen nationalen Verbände ihre Aktivitäten im abgelaufenen Jahr vor. Hier gab es dann auch die vorbereitete Präsentation der INR-Austria, die von der Obfrau Ulrike Walchshofer vorgestellt und von allen Anwesenden begeistert aufgenommen wurde.



Ulrike Walchshofer stellt INR-Austria den Delegierten vor.

Das digitale Logbuch

Nach der Mittagspause dann berichtete der Vertreter der Organisation STIZAN/Niederlande, Herr Cees N. de Graaff, über das in seinem Lande betriebene digitale Logbuch. Bereits 15.000 antikoagulierte Patienten benutzen dieses INR-Tagebuch, welches von den Thrombose-Diensten als Internet-Plattform angeboten wird. Voraussetzung zum Führen eines persönlichen Logbuches ist eine zweitägige Schulung. Dem Patienten wird eine persönliche Seite mit Passwort zur Verfügung gestellt. Hier gibt er seine selbst ermittelten INR-Werte sowie die geplante Dosierung des Gerinnungshemmers ein. Kontrolliert werden die Daten im zuständigen Thrombose-Dienst. Sollten Abweichungen auftreten, erfolgt ein telefonischer Rückruf oder eine E-mail wird dem Patienten zugestellt.



Mit Interesse verfolgen Ulrike Walchshofer, Dr. Hermann Krüttner sowie Albert O. Meyer die Vorträge der Delegierten aus neun Ländern.

Positive Entwicklung des Gerinnungs-Selbstmanagements in Österreich

Dr. Hermann Krüttner vom PVA-Klinikum in Großgmain wies darauf hin, dass es diese Art der Behandlung in Österreich zur Zeit noch nicht gibt, dies aber für die INR-Austria in Zusammenarbeit mit den Medizinern als Aufgabe für die Zukunft gesehen werden kann. Als Erfolg für Österreich kann es hingegen schon gewertet werden, dass seit dem 01.01.2007 nun auch von der Wiener Gebietskrankenkasse zumindest teilweise die Kosten für das INR-Selbstmanagement übernommen werden.

Zukünftig niedrigerer INR-Zielwert?

PD Dr. med. Heinrich Körtke vom Herzzentrum NRW – und auch wissenschaftlicher Berater der ISMAAP – zeigte anhand der ESCAT-Studien und weiterer Ergebnisse, dass das Gerinnungs-Selbst-



PD Dr. med. Heinrich Körtke vom Herzzentrum NRW erläutert die Situation der Telemedizin in Deutschland.

management dem Patienten ein hohes Maß an Sicherheit bietet. Die Daten zeigten aber auch, dass es bei der INR-Selbstbestimmung – die eine telemedizinische Beratung mit einschloss – nur zu einer geringen prozentualen Verbesserung der INR-Werte – die im therapeutischen Bereich liegen – kam. Immerhin 83,3 % der INR-Werte lagen im therapeutischen Bereich. PD Dr. H. Körtke folgerte daraus, dass Gerinnungs-Selbstbestimmer ihr Handwerk erlernt haben und sehr gut damit umgehen können. Lediglich 5 % der antikoagulierten Patienten benötigen zusätzlich eine telemedizinische Überwachung ihrer INR-Werte. Anhand einer großen internationalen Studie, ESCAT-III, soll nun herausgefunden werden, ob ein weiteres Absenken des therapeutischen Zielwertes bei Aortenklappenersatz auf INR 2,0 (Zielbereich 1,6 bis 2,1) und beim Mitralklappenersatz sowie Doppelklappenersatz auf INR 2,3 (Zielbereich 2,0 – bis 2,5) möglich ist. Diese Studie wird telemedizinisch begleitet werden, um rasche

telefonische Hilfestellung zu bieten. Der Patient übermittelt die Daten telefonisch mittels Modem an das Herzzentrum NRW. Dort werden sie kontrolliert und es wird bei Bedarf sofort reagiert. Fachärzte stehen dafür 24 Stunden zur Verfügung.

Ältere Patienten beherrschen ebenfalls das Gerinnungs-Selbstmanagement.

Vorgestellt wurde auch die SPOG60+-Studie von Frau Dr. med. Siebenhofer, Graz, die sich mit der Frage beschäftigt, inwieweit ältere Patienten über 60 Jahren in das Selbstmanagement eingebunden werden können. Argumente wie „technisches Unvermögen“ oder „mangelnde Bereitschaft“ können hier nicht gelten, gibt es doch für einen Großteil der Betroffenen auch die Möglichkeit, sich von eigens geschulten und unterwiesenen Familienangehörigen, Freunden oder auch Nachbarn helfen zu lassen. Die bisher unveröffentlichten Daten dieser SPOG60+-Studie zeigen, dass im Grunde jeder ältere antikoagulierte Patient in der Lage ist, das Gerinnungs-Selbstmanagement durchzuführen.

Bessere Schulung bei antikoagulierten Kindern erwünscht

Im Gegensatz dazu stand der Vortrag von Agnes Pelladeau von der AVK control/Frankreich. Hier ging es darum, wie sehr jungen Patienten, die Gerinnungshemmer einnehmen müssen, die Einsicht in die Notwendigkeit ihrer Behandlung näher gebracht werden kann. Nicht immer ist es ganz einfach, Kindern und Jugendlichen beizubringen, dass Risikosportarten – zu denen z. B.



Die zweitägige Konferenz zeigte anhand der Vorträge sowie der regen Diskussionen wie unterschiedlich die Behandlung mit Gerinnungshemmern in den neun europäischen Ländern ist. Nur in wenigen Ländern ist es für den Patienten möglich, das Gerinnungs-Selbstmanagement durchzuführen.

auch das Fußballspiel gehört – für ihren Körper ein Problem darstellen kann. Hier gab es von Christian Schaefer die Vorstellung eines ersten Konzeptes, mittels Comics Kinder und Jugendliche zu schulen. Auch entsprechende erste Comics konnten vorgestellt werden, die in der Runde durchweg Gefallen fanden.



Albert O. Meyer, INRswiss, erläutert die Situation in der Schweiz.



Fünf Jahre ISMAAP: Präsentiert mit fünf Sprühkerzen auf den Geburtstagsorten für die Teilnehmer der Konferenz.

Fünf Jahre ISMAAP

Zum Abschluss des Tages wurde dann die junge und erfolgreiche Geschichte der ISMAAP vorgestellt, von den ersten Anfängen im Jahr 2001 bis zum heutigen Tag. Die Teilnahme mit einem eigenen Patienten/Ärzte-Symposium an Ärztekongressen wie z. B. bei dem Anfang Juli 2007 in Genf stattgefundenen internationalen Kongress für Thrombose und Haemostase (Blutstillung) – kann hier durchaus als großer Erfolg gewertet werden, da Ärzte und Labormediziner für die Belange antikoagulierter Patienten sensibilisiert werden konnten.

Patiententag der INR-Austria

Am Samstagvormittag wurde im Rahmen der Generalversammlung der ISMAAP die österreichische Patientenvereinigung INR-Austria als 10. offizielles Mitglied der ISMAAP begrüßt. Beflügelt durch diesen Erfolg, fand im Anschluss daran, ebenfalls in Anif, diesmal jedoch im Hotel Hubertushof, unterstützt von der Firma Roche Diagnostics GmbH, Wien, ein Patiententag statt, der mit 60 Teilnehmern erfreulich gut besucht war. Zunächst eröffnete, quasi als Gastgeber dieses Treffens, Herr Magister Andreas Rosner den Patiententag. Er berichtete über den Stand des Gerinnungs-Selbstmanagement in Österreich. Als Gastreferenten konnten hier außerdem Christian Schaefer (ISMAAP) aus Deutsch-



Die Repräsentanten der neun Mitgliedsländer v. l. n. r.: Christian Schaefer, Deutschland; Jacques Glineur, Belgien; Cees N. de Graaff, Niederlande; PD Dr. med. Heinrich Körtke, Deutschland; Nini Leroul, Dänemark; Nicola Merlin, Italien; Dr. Adela Zaragoza Catalán, Spanien; Preben Mandrup, Dänemark; Agnes Pelladeau, Frankreich; Ulrike Walchshofer, Österreich und Albert O. Meyer, Schweiz.

land sowie Albert Meier von der INRswiss, Schweiz, als Patientenvertreter sowie Dr. Hermann Krüttner vom Klinikum Großmain begrüßt werden. Herr C. Schaefer berichtete den Teilnehmern über die Arbeit der ISMAAP und Herr A. Meier vom schweizerischen Patientenverband INRswiss informierte uns über den Aufbau des Verbandes in der Schweiz.

Schwierige Lage in der Schweiz

Gerade in diesem Land ist die Situation für den Patienten ungleich schwieriger, wird doch von den dort mehr als 40 Krankenkassen nur von einer verschwindend geringen Anzahl das Gerinnungs-Selbstmanagement überhaupt unterstützt. Gleichwohl ist es im Nachbarland mittlerweile gelungen, bei Schulungen von Patienten anwesend sein zu können, um die INRswiss direkt den Betroffenen vorzustellen. Gleichzeitig



Albert O. Meyer setzt sich für Vorlesungen an den Universitäten zum Thema Gerinnungs-Selbstmanagement ein.

ist angedacht, an den Universitäten angehende Mediziner an das Gerinnungs-Selbstmanagement heranzuführen, da sich erwiesen hat, dass Medizinstudenten im Studiengang – wenn überhaupt – nur geringe Kenntnisse über die Gerinnungsproblematik und das Selbstmanagement vermittelt bekommen. Außerdem überbrachte Herr A. Meier eine Einladung zum 3. INRswiss-Tag in Luzern am 24. November.

Es wird bei Vorhofflimmern zu wenig antikoaguliert.

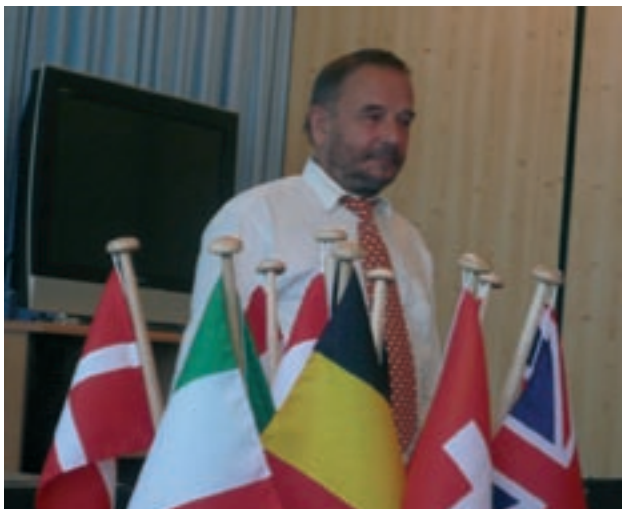
Im Anschluss an diese Vorträge mit Themen aus Sicht des Patienten informierte Dr. H. Krüttner die Anwesenden zur Problematik, dass noch immer viel zu wenige Patienten, die unter Vorhofflimmern leiden, mit gerinnungshemmenden Mitteln behandelt werden, obwohl dies geboten wäre. Das Risiko von einschneidenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bis hin zum Tod wächst natürlich, auch und gerade im Zusammenhang mit steigendem Alter und anderen Diagnosen wie Hypertonie, Diabetes etc. Von 100 Patienten, die antikoagulanter Behandlung bedürfen, erhalten nur rund 25 diese für sie sinnvolle Therapie. Hier ist die ÖASA (= Österreichische Arbeitsgruppe zur Selbstkontrolle der oralen Antikoagulation) auf dem langen Weg, die behandelnden Ärzte entsprechend aufzuklären, zu informieren und damit ein weitreichendes Umdenken zu erreichen.

Generalversammlung der INR-Austria

Für die INR-Austria und deren Obfrau Ulrike



Teilnehmer sowie Mitglieder der INR-Austria verfolgten den überaus informativen Vortrag von Dr. H. Krüttner zum Thema Vorhofflimmern. Eine rege Diskussion folgte anschließend. In den Pausen beantwortete Dr. H. Krüttner in Einzelgesprächen noch viele offene Fragen.



Der Blick über den Zaun ist heutzutage wichtiger denn je. Dr. Hermann Krüttner, Großmain, freut sich über die Zusammenarbeit mit der ISMAAP sowie den Patientenorganisationen aus neun Ländern.

Walchshofer war aber damit die Wochenendarbeit noch immer nicht erledigt, denn direkt im Anschluss an den Patiententag stand die erste Generalversammlung des Vereines an. Zu diesem Termin waren immerhin 30 Mitglieder erschienen, die sich über die bisher geleistete Arbeit und die Aussichten für die Zukunft informieren ließen. An Formalien standen außerdem noch eine Kassenprüfung an, die letztlich mit der Entlastung des Kassiers durch die Anwesenden abgeschlossen wurde.

Enge Kontakte mit der ÖASA

Am 9. November fand in Innsbruck eine Sitzung der ÖASA statt, bei der für die INR-Austria die Obfrau U. Walchshofer ebenfalls anwesend war. Diese wertete die Einladung zur Sitzung als positiv zu wertendes Signal für den fortschreitenden Dialog zwischen Ärzten und Patienten im INR-Selbstmanagement.

Alles in allem war es ein langes und arbeitsreiches Wochenende. Es lässt aber erkennen, dass nicht nur die INR-Austria, sondern auch die anderen Verbände in den Mitgliedsländern und natürlich die ISMAAP selbst auf einem guten und erfolgversprechenden Weg sind, das Selbstmanagement der Gerinnungsbestimmung allen Betroffenen als einen guten Weg hin zu mehr Lebensqualität und nebenbei auch zur Effizienz im Gesundheitswesen näher zu bringen. Auf diesem Weg darf man nicht stehen bleiben, aber danach sieht es gegenwärtig auch wirklich nicht aus.

Berichterstatter: Andreas Oldenburg und Christian Schaefer

**Unterstützen Sie die Arbeit der INRswiss mit Ihrer Mitgliedschaft. Auskunft erteilt: INRswiss, Postfach, 8800 Thalwil/Schweiz
E-mail: info@inrswiss.ch**

Coagulation Care

Schweizerische Stiftung für Patienten mit Blutverdünnung

Sind Sie als Schweizer dauerhaft blutverdünnt (Dauer-Antikoagulation), dann können Sie sich bei uns schulen lassen, um Ihre INR-Werte selber zu bestimmen und die Dosierung der Gerinnungshemmer selbstständig durchzuführen.

www.coagulation.care.ch

**Unterstützen Sie die Arbeit der INR-Austria mit Ihrer Mitgliedschaft. Auskunft erteilt: INR-Austria, Postfach 24, 4060 Leonding/Österreich,
E-mail: inr-austria@gmx.at**

Impressum

Herausgeber: Arbeitskreis Gerinnungs- und Herzklappen-Patienten, Hülsenbergweg 43, D-40885 Ratingen, Fax: (02102) 32991, Email: akreis-herzklappen@d.kamp.net
Internet: www.die-herzklappe.de

Redaktion: Christian Schaefer

Redaktionsassistent: Christiane Schaefer, Stefanie Schick

Titelfoto: „Schweizer Jura“ Christian Schaefer

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. med. Angelika Bernardo, Gais/Schweiz;

Dr. med. Artur Bernardo, Gais/Schweiz;

Dr. med. Stefan Engelbart, Minden;

Dr. med. Klaus Edel, Rotenburg a.d.Fulda;

PD Dr. med. Jürgen Ennker, Lahr/Baden;

Prof. Dr. med. Heinrich Klues, Krefeld;

Prof. Dr. med. Reiner Körfer, Bad Oeynhausen;

PD Dr. med. Heinrich Körtke, Bad Oeynhausen;

Dr. med. A. P. Marolf, Genf/Schweiz;

Dr. med. Hannelore Rott, Duisburg;

Dipl. Sportl. Uwe Schwan, Bad Schönborn;

Prof. Dr. med. Ulrich Tebbe, Detmold;

Dr. med. Klaus Undeutsch, Bad Berleburg;

Prof. Dr. med. Elke Zimmermann, Bielefeld.

In Zusammenarbeit mit: **International Self-Monitoring**

Association of oral anticoagulated Patients (ISMAAP), Genf/Schweiz; Internet: www.ismaap.org; **AnticoagulationEurope (ACE)**, Großbritannien; **AKPatient**, Dänemark; **AVKcontrol**, Frankreich, F.E.A.S.A.N./AVAC, Spanien; **FEDER-A.I.P.A.**, Italien; **Girtac/Vibast**, Belgien; **INR-Austria**, Österreich; **INRswiss**, Schweiz; **STIZAN**, Niederlande.

Erscheinungsweise: Viermal jährlich.

Bezug: Arbeitskreis Gerinnungs- und Herzklappen-Patienten, Hülsenbergweg 43, D-40885 Ratingen.

Die Verbreitung von Texten und Abbildungen darf, auch auszugswise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Roche Diagnostics GmbH erfolgen.

Die Redaktion veröffentlicht nur anonym. Sie behält sich vor, Leserbriefe zu ändern und zu kürzen.

Mit freundlicher Unterstützung der Firma Roche Diagnostics GmbH, Mannheim. ©2007 Roche Diagnostics GmbH

Marianne Metzner*
Friedrich-Hegel-Str. 12
01187 Dresden
Tel.: (0351) 4 01 49 61

Klaus-Dieter Zitzmann*
Fritz-Weineck-Str. 19
06766 Wolfen
Tel.: (03494) 38 39 51

Sieglinde Heidecke*
Muldestraße 32
06122 Halle
Tel.: (0345) 8 05 68 20

Reiner Röger
Bernsdorfer Str. 45
09126 Chemnitz
Tel.: (0371) 5 21 35 19

Manfred Steinbach
Ribbecker Str. 52
10315 Berlin
Tel.: (030) 5121983
E-mail: steman6@web.de

Wolf-Hubertus Gruendel*
Werderstr. 16
12105 Berlin
Tel.: 030 7 51 69 14

Peter Grams**
12279 Berlin
Tel.: (030) 7 21 59 49
E-mail: Peter.Grams@t-online.de

Gunter Pröhl
Ernst-Thälmann-Straße 25
15306 Niederjesar
Tel.: (033602) 51 24

Eckhard Barthel*
Sadowstraße 25
23554 Lübeck
Tel.: (0451) 4 17 19

Günter Weck*
Gerhardstraße 25
24105 Kiel
Tel.: (0431) 56 26 40

Peter Plantikow**
Prüne 7
24103 Kiel
Tel.: (0431) 67 83 36
E-Mail: P.Plantikow@t-online.de

Rolf Kickel*
Grüner Brink 4
25436 Uetersen
Tel.: (04122) 3564, Fax: 907994
E-mail: oblon.net@gmx.net
www.selbsthilfe-elmshorn.de

Karin Wiedenhöft**
Hermann-Löns-Str. 44
27578 Bremerhaven
Tel.: (0471) 6 00 91

Heinrich Buhler*
Luneplate 4
28259 Bremen
Tel.: (0421) 580542

Edgar Hennigsen*
Kaulbachstraße 12
30625 Hannover
Tel.: (0511) 55 54 64

Johannes Lütkehaus*
Anton-Spilker-Straße 28
32839 Steinheim
E-mail: shg-herz-kreislauf@email.de

Horst Jacob**
Am Schildhof 2
33617 Bielefeld
Tel.: (05621) 3 04 29 85
E-mail: HorstJacobBifld@aol.com

Detlef Fortnagel
Quellerstraße 126
33803 Steinhagen/Westf.
Tel./Fax: (05204) 84 80
E-mail: shv.herz.ev@online.de

Wolfgang Fürch
Teutoniastr. 11
34439 Willebadessen
Tel.: 017 17 88 09 84
E-mail: w.fuercht@t-online.de

Siegfried Zimmermann*
Weststr. 02
36448 Schweina
Tel.: (036961) 3 19 15

Rothraut Horn-Vogt
Tel.: 0211 45 11 66
E-mail: herzduesseldorf@aol.com

Heinz-Dieter Aretz
Rotdornweg 7
41569 Rommerskirchen
Tel.: (02183) 74 87
E-mail: dieteraretz@aol.com

Karin Kliemchen*
Höhenstraße 41
42111 Wuppertal
Tel.: (0202) 7 75 05

Barbara Streich*
Overgünne 219
44269 Dortmund
Tel.: (0231) 48 61 30
Fax: (0231) 4 96 00 27
E-mail: Barbara.Streich@t-online.de

Helmut Mergen
Matthias-Erzberger-Str. 27
45309 Essen
Tel.: (0201) 214896
E-mail: helmutmergen@web.de

Maria Franken*
Raadter Straße 21
45472 Mülheim/Ruhr
Tel.: (0208) 49 13 53

Elisabeth Sprenker
Hellerstraße 30
48301 Nottuln
Tel.: (02509) 87 65

Heinz-Günther Dülken*
Langenbruchweg 65
52080 Aachen
Tel.: (0241) 1 69 18 93
E-mail: herzklappengruppe-ac@gmx.de

Heinz Eich*
Kirchstr. 62
53859 Niederkassel-Ranzel
Tel.: (02208) 76 72 95

Harald Gaber**
Hauswertstr. 47
60435 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 5481185
Fax: (069) 54 80 67 66
E-mail: hgaber@arcor.de

Horst Müller*
Mondorfstraße 19
61231 Bad Nauheim
Tel.: (06032) 3 21 28

Norbert Wiese*
Beckstraße 59
64287 Darmstadt
Tel.: (06151) 4 54 79

Evelyne Schmitt**
Eisenbahnstraße 56
66117 Saarbrücken
Tel.: (0681) 58 53 83
E-mail: schmitt.be@t-online.de

Elvira Roß
Schlehdornweg 47
69469 Weinheim
Tel.: (06201) 18 68 29
E-mail: Ross-grieser@t-online.de

Peter Drescher*
Karlst. 3
71088 Holzgerlingen
Tel.: (07031) 60 16 11
E-mail: PFDrescher@online.de
www.shg-herzklappe-hzg.de

Gerhard Hipp
Tübingerstr. 6
72144 Dusslingen
Tel.: (07072) 92 17 37
Fax: (07072) 92 17 38
E-mail: G.Hipp@t-online.de

Edeltraud de Lepper*
Gerhardtstraße 9
76139 Karlsruhe
Tel.: (0721) 68 74 88
Fax: (0721) 68 87 12

Milan Sagner*
Ursula-Herking-Weg 6
81739 München
Tel.: (089) 63 49 66-53
E-mail: Milan.sagner@bmw.de

Margarete Sommer**
Tözer Str. 31
83607 Holzkirchen
Tel.: (08024) 47 82 90

Elfie Pötzsch
Ringstr. 11
84030 Ergolding
Tel.: (0871) 7 54 39

Bernd Pohl*
Budweiser Weg 9
85221 Dachau
Tel.: (08131) 13009
Fax: (08131) 5 46 46
E-mail: info@fredl.net
www.fredl.net

Jörg Barkholz
Hecken 6
85461 Bockhorn
Tel.: (08122) 955458
Fax: (08122) 959483
E-mail: jbarkholz@mac.com

Hans-Peter Günther
Lupinenstr. 15
86179 Augsburg
Tel.: (0821) 81 37 81

Heinz Braun*
Oberhäuserstr. 46
91522 Ansbach
Tel.: (0981) 6 47 77

Heinz Feldmeier**
Birkenstr. 9
94369 Rain
Treffpunkt Regensburg
Tel.: (09429) 16 06
Fax: (09429) 94 98 19
E-mail: feldmeier-hs@web.de

Volker Willing*
Ohrdrufer Str. 03
99310 Arnstadt
Tel.: (03628) 4 45 66
Fax: (03628) 60 27 54
E-mail: herzgruppe-ARN@gmx.de

Günter Schleder**
August-Rudloff-Straße 17
99817 Eisenach
Tel.: (03691) 89 06 90

Herzrhythmusstörungen SHG

Christine Blaudszun
M.-v.-Richthofen-Str. 89
48145 Münster
Tel.: (0251) 31 55 95
E-mail: christineblaudszun@muenster.de

Barbara Wieland*
Heuchelbergstr. 82
74080 Heilbronn
Tel.: (07131) 38 15 13

Selbsthilfe Thrombose

Cornelia Schmitt
Alte Ziegelei 5
65812 Bad Soden
Tel.: (06196) 2 27 26
E-mail: cs@selbsthilfe-thrombose.de
www.selbsthilfe-thrombose.de

„Marburger Gesprächskreis Langzeitantikoagulierter“

Christa Meyszner
Beethovenstr. 8
35043 Marburg
Tel.: (06421) 48 28 39 oder 912837
E-mail: info@szg-marburg.de
www.gerinnungsselbstbestimmung.de

Langzeit-Antikoagulierte

Angela Jaspers
Brückenhofstr. 5
41334 Nettetal
Tel.: (02153) 1389419
E-mail: annagermany@online.de

Österreich

INR Austria
Postfach 24
4060 Leonding/ Österreich
E-mail: inr-austria@gmx.at

Schweiz

INRswiss
Postfach
8800 Thalwil/Schweiz
E-mail: info@inrswiss.ch

** Beauftragte der Deutschen
Herzstiftung e.V.; * Mitglieder
der Deutschen Herzstiftung e.V.