

**SPRECHSTUNDE  
MULTIPLE SKLEROSE**



VON PROF. DR. MARTIN WEBER



Sie berichten von den schleichenden Symptomen, die durch die Krankheit Multiple Sklerose verursacht werden können. Ist es für die Patienten überhaupt möglich, dieses schon in den Anfängen zu bemerken bzw. gibt es Untersuchungen, die gerade die kognitiven Einschränkungen messbar machen? Auch die Fatigue spielt ja eine große Rolle, gibt es hier Therapien?

**Diese Frage spricht einen sehr wichtigen Punkt an.** Aktuell können wir kognitive Einschränkungen leider erst messen, wenn sie eingetreten sind. Dies gelingt insbesondere mithilfe detaillierter neuropsychologischer Testungen. Ob diese schleichenden Krankheitsprozesse von den aktuellen Therapien im selben Masse wie Schübe mit resultierenden körperlichen Einschränkungen verhindert wird, muss leider bezweifelt werden. Daher ist für die Zukunft wichtig, dass wir den Beginn schleichender Einschränkungen klinisch aber auch durch moderne bildgebende Verfahren frühzeitiger abpassen und hierfür gezielt Therapien entwickeln, was einen Hauptfokus unserer wissenschaftlichen Arbeit darstellt.



Meine Freundin (66) leidet seit über zehn Jahren an der Abart „ständig schleichende MS“ ohne Schübe. Sie erhält zurzeit etwa alle vier Monate Infusionen. Es wird bei Therapien immer nur über „akute Schübe“ gesprochen, aber nie über die ständige gleichmäßige Verschlechterung ohne Schübe. In den Anfängen ihrer Krankheit sagte ein Arzt: „Ich kann Ihnen nichts verschreiben, es sind bei Ihnen keine Schübe festzustellen“. Sie hat dann den Arzt gewechselt. Wie kann ich ihr helfen? Sie ist alleinstehend und wohnt noch in ihrer eigenen Wohnung.

**In der Tat haben wir zur Verhinderung** akuter Schübe hervorragende Medikamente zur Verfügung, deren Wirksamkeit auch mithilfe jährlicher MRT Untersuchungen und dem Ausbleiben neuer Läsionen belegt werden kann. Für die schleichenden Verschlechterungen, die bei der angesprochenen Verlaufsform ja ganz im Vordergrund stehen, haben wir noch immer sehr wenig therapeutische Möglichkeiten, die sich im Wesentlichen auf die turnusmäßige Gabe von Cortison oder Mitoxantron beschränken. Dies geht insbesondere darauf zurück, dass die langsam schleichende Verschlechterungen auf Entzündungs- und Abbauvorgängen innerhalb des zentralen Nervensystems beruhen, wohingegen keines der aktuell verfügbaren Medikamente dort ausreichend wirksam ist. Wie auch oben beschrieben, besteht daher eine der größten Herausforderungen darin, in den nächsten Jahren therapeutische Ansätze zu entwickeln, die gezielt schleichende Entzündungsvorgänge innerhalb von Gehirn und Rückenmark im Rahmen der MS eindämmen.



Hat die Ernährung einen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit? Welche Lebensmittel sollte man bevorzugen, welche besser meiden?

**Es gibt für einige Umweltfaktoren Hinweise,** dass diese möglicherweise einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf der MS haben könnten. Hierzu zählt neben unzureichender Sonnenexposition mit niedrigem Vitamin D Spiegel wahrscheinlich auch Rauchen und Übergewicht. Für kein konkretes Nahrungsmittel oder Nahrungsergänzungsmittel konnte dagegen bislang nicht gezeigt werden, dass die Einnahme eine direkte positive Wirkung hat, insofern kann eine konkrete Diät nicht empfohlen werden. Zusammenfassend sollte man sich sicherlich gesund und ausgewogen ernähren, vor allem aber alle Dinge tun, die das körperliche und seelische Wohlbefinden fördern.

**Prof. Dr. Martin Weber**  
Institut für Neuropathologie, Oberarzt  
der Klinik für Neurologie der  
Universitätsmedizin Göttingen

**Kontakt**  
martin.weber@  
med.uni-goettingen.de

UNIVERSITÄTSMEDIZIN  
GÖTTINGEN **UMG**

**THEMA HEUTE: DAS HERZ**

# Volkskrankheit Herzschwäche

Von Prof. Dr. Gerd Hasenfuß  
(Universitätsmedizin Göttingen)

**A**llein in Deutschland leiden nach Expertenschätzungen zwischen zwei bis drei Millionen Menschen an einer Herzschwäche, jährlich kommen 300.000 neue Krankheitsfälle dazu. Viel zu oft wird die Herzschwäche unterschätzt, da Symptome nicht ernst genommen oder auf andere Gründe geschoben werden.

Die chronische Herzschwäche (Herzinsuffizienz) ist keine eigenständige Krankheit, sondern eine Folgeerscheinung anderer Herzleiden. Etwa 70 Prozent der Fälle gehen aus der koronaren Herzkrankheit und Bluthochdruck – oft in Kombination mit Diabetes – hervor. Beide entstehen aus den bekannten Risikofaktoren wie Rauchen, falsche Ernährung, Übergewicht und Bewegungsmangel. Aber auch defekte Herzklappen, Herzmuskelentzündungen, Vorhofflimmern oder angeborene Herzfehler können Ursachen der Herzschwäche sein.

Bei einer Herzinsuffizienz ist das Herz nicht mehr in der Lage, den Körper ausreichend mit Blut und damit mit Sauerstoff und Nährstoffen zu versorgen. Dadurch schadet das Herz nicht nur sich selbst, sondern auch andere Organe wie Gehirn, Nieren oder Muskeln. Die beginnende, leichte Herzschwäche wird von den Betroffenen häufig nicht wahrgenommen. Erst wenn das Herzleiden weiter fortschreitet, entstehen zunächst bei schweren, später auch bei alltäglichen Belastungen Beschwerden wie Erschöpfung, Atemnot und Herzrhythmusstörungen. Die abnehmende Leistungsfähigkeit sowie auftretende Flüssigkeitseinlagerungen in den Beinen und Knöcheln (Ödeme) werden oft abgetan oder auf das Alter geschoben. Wer allerdings unter Atemnot leidet, sollte umgehend zum Arzt, um zu klären, ob sich dahinter eine Herzkrankheit verbirgt. Denn je früher eine Herzschwäche erkannt wird, desto eher kann die bedrohliche Entwicklung der Krankheit mit den heutigen Therapiemöglichkeiten aufgehalten oder zumindest verlangsamt werden.

Besteht beim Besuch des Hausarztes der geringste Verdacht auf eine Herzinsuffizienz, muss eine weitere Diagnostik erfolgen. Mit dem

Herzultraschall (Echokardiographie), dem EKG und Belastungs-EKG untersuchen die Spezialisten den Herzmuskel auf Hinweise einer krankhaften Veränderung, beispielsweise auf Verdickungen der Herzwand, Vergrößerungen der Herzkammern oder eine Dysfunktion der Herzklappen. Darüber hinaus stehen für die detaillierte Herzbildgebung in spezialisierten Herzzentren die Computertomographie (CT) sowie die Magnetresonananztherapie (MRT) zur Verfügung. Beide Verfahren liefern präzise Schnittbilder und Informationen über die Herz-anatomie und Herzfunktion sowie die Durchblutung und Vitalität des Herzmuskels.



Prof. Dr. Gerd Hasenfuß

Direktor der Klinik für Kardiologie und Vorsitzender des Herzzentrums der Universitätsmedizin Göttingen

Für die Visualisierung der Herzgröße ist gegebenenfalls auch eine Röntgenaufnahme nötig. Schließlich gibt eine Herzkatheteruntersuchung genaue Auskunft über die Verengung von Herzkranzgefäßen, über die Pumpfunktion der rechten und linken Herzkammer sowie über die Funktion der Herzklappen.

Sollte sich bei einem Patienten die Vermutung einer chronischen Herzinsuffizienz bestätigen, muss das Stadium der Erkrankung festgestellt werden. Die Pumpkraft des Herzens nimmt bei vielen Patienten mit der Zeit immer weiter ab. Um das Fortschreiten der Krankheit zu charakterisieren, ziehen die Ärzte die Einteilung der New York Heart Association (NYHA) heran (siehe Abbildung).

Neben der rechtzeitigen und gründlichen Diagnose ist es besonders wichtig, für jedes Stadium die passende Behandlung zu wählen.

In frühen Stadien wird neben der medikamentösen Behandlung ein regelmäßiges Ausdauertraining empfohlen.



Stadium I

Herzschwäche, bei der körperliche Alltagsbelastungen **keine** unangemessene Erschöpfung, Atemnot oder Rhythmusstörungen verursachen.



Stadium II

**Alltägliche** körperliche Belastungen wie z. B. Treppensteigen führen über das normale Maß hinaus zu Erschöpfung, Atemnot oder Herzrhythmusstörungen.



Stadium III

Bereits **geringe** körperliche Belastungen verursachen Erschöpfung, Rhythmusstörungen oder Atemnot. Keine Beschwerden in Ruhe.



Stadium IV

Herzinsuffizienz mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und **auch in Ruhe**. Bettlägerigkeit.

Der Trainingsplan muss eng mit den behandelnden Ärzten abgestimmt werden. Bei chronischer Herzinsuffizienz ist es ein wichtiges Therapieziel, die körperliche Leistungsfähigkeit und Lebensqualität zu verbessern. Durch längerfristiges Training kann die Leistungsfähigkeit um bis zu 10-25 Prozent gesteigert werden.

Bei fortschreitender Herzschwäche entwickelt sich häufig ein Defekt der Mitralklappe. Wenn diese nicht mehr schließt, verschlechtert sich die Symptomatik und Prognose der Patienten weiter. Aussicht auf Heilung bietet nur der korrigierende Eingriff. Neben der Standardmethode, der Operation am offenen Herzen mit Brustbeindurchtrennung, haben sich zudem der minimal-invasive, chirurgische Eingriff mit Zugang durch die Rippen sowie die minimal-invasive Klappenkorrektur mittels Herzkatheter etabliert. Seit kurzem wird in spezialisierten Herzzentren neben dem bewährten MitraClip-Verfahren auch das CardioBand zur Behandlung der undichten Mitralklappe angeboten.

Wenn Patienten mit Herzinsuffizienz zusätzlich an schwerwiegenden Herzrhythmusstörungen leiden, kann die Behandlung mit dem sogenannten implantierbaren Kardioverter Defibrillator, kurz ICD, erfolgen. Dieser wird unter die Haut implantiert und kann, wenn nötig, eine Herzschrittmachertherapie auslösen. Liegt außerdem eine gestörte synchrone Erregung des Herzens vor, wird der ICD durch eine zusätzliche Sonde erweitert, die eine Verbesserung der Herzfunktion bewirken kann. Darüber hinaus gibt es Geräte, die wie Schrittmacher implantiert werden und durch elektrische Ströme Regenerationsprozesse im Herzmuskel einleiten können (Kardiale Kontraktilitätsmodulation).

Trotz intensiver Behandlung kann die Herzschwäche lebensbedrohlich werden, sodass eine Herztransplantation nötig ist. Eine Möglichkeit, die oft jahrelange Wartezeit bis zur Transplantation zu überbrücken, ist die chirurgische Implantation eines Linksherzunterstützungssystems (LVAD), einer mechanischen Pumpe. Der LVAD-Einsatz erfolgt entweder, um das erkrankte Herzen zu unterstützen, bis ein geeignetes Spenderherz zur Verfügung steht oder als Dauerlösung, wenn für den Patienten keine Herztransplantation in Frage kommt. Das Gerät ist mit dem Herzen verbunden und entlastet es durch kontinuierliches Pumpen von Blut aus der linken Herzkammer in die Aorta, sodass sauerstoffreiches Blut in den Körper gelangt.

Das LVAD unterscheidet sich hierbei von einem künstlichen Herzen, das an Stelle des eigenen Herzens implantiert wird und beide Kammern des Herzens durch zwei mechanische Pumpen vollständig ersetzt.

Ob ein Patient ein Spenderherz bekommt, hängt von vielen Faktoren, wie der passenden Blutgruppe und vor allem der Dringlichkeit, ab. In Deutschland werden jährlich etwa 300 Herzen transplantiert, 800 Patienten warten aktuell auf eine passende Spende. Ist ein geeignetes Spenderherz gefunden, wird das kranke Herz in einem chirurgischen Eingriff durch das gesunde ersetzt. Nach der Transplantation muss das neue Organ seine Arbeit aufnehmen. Da das körpereigene Abwehrsystem das neue Herz als fremdes Gewebe identifiziert, müssen lebenslang Medikamente (Immunsuppressiva) eingenommen werden, um die Abstoßung zu vermeiden.

Auch wenn die Therapiemöglichkeiten in den letzten Jahren deutliche Fortschritte gemacht haben und stetig weiterentwickelt werden, ist für die bestmögliche Behandlung der Herzinsuffizienz eine rechtzeitige Diagnose wesentlich. Achten Sie auf die genannten Symptome und gehen Sie bei Verdacht frühzeitig zum Arzt. Zudem gilt grundsätzlich: Vorbeugen ist besser als behandeln.

ANZEIGE

Für Sie da, für Sie nah!



ST. MARTINI KRANKENHAUS DUDERSTADT  
VINZENZ-VERBUND HILDESHEIM  
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS  
DER GEORG-AGOST-UNIVERSITÄT GÖTTINGEN

**Abendvisite 2018**

Mittwoch, 07.02.2018 um 19:00 Uhr

**Was ist Palliativmedizin?  
Möglichkeiten und Grenzen Patienten  
in der letzten Lebensphase zu helfen**

Einladung zur kostenfreien Informationsveranstaltung für Patienten und Interessierte im St. Martini Krankenhaus, Konferenzraum (Untergeschoss).



**Referent:**  
**Dr. med. Patrick Jung**  
Chefarzt der Anästhesie & Intensivmedizin

St. Martini gGmbH, Göttinger Straße 34, 37115 Duderstadt  
Infoline 05527 842-0, martini.duderstadt@vinzenz-verbund.de  
[www.vinzenz-verbund.de/martini-duderstadt](http://www.vinzenz-verbund.de/martini-duderstadt)

**LESER FRAGEN**

Liebe Leser, stellen Sie Ihre Frage zum Thema „Herzschwäche“ bitte bis Montag, 5. Februar, 10 Uhr. Hierfür gibt es eine eigene Email-Adresse. Sie lautet [sprechstunde@goettinger-tageblatt.de](mailto:sprechstunde@goettinger-tageblatt.de)

Ihre Fragen werden dann von Prof. Dr. Gerd Hasenfuß beantwortet werden. Die Antworten finden Sie am kommenden Sonnabend in Ihrem Göttinger Tageblatt – unter der Rubrik „Gesund in Göttingen“.

**THEMEN  
IM ÜBERBLICK**

27.1. MULTIPLE SKLEROSE

**3.2. HERZSCHWÄCHE**

10.2. GRIPPE

17.2. PALLIATIVMEDIZIN

ABBILDUNG: JAN NEUFFER/DEUTSCHE HERZSTIFTUNG