

Transkript

Hinweis: Der Originaltext wurde adaptiert und von Sprecherinnen und Sprechern nachgesprochen.

Ansage: Abschnitt 1

Krammer: Mein heutiger Gast ist Kardiologe und leitender Oberarzt der internistischen Intensivstation am Kepler Universitätsklinikum Linz. Er ist in Oberösterreich aufgewachsen, hat in Wien Medizin studiert und die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie in Linz absolviert. 2019 war er der erste Mediziner am Universitätsklinikum Linz, der sich an der Johannes-Kepler-Universität habilitiert hat. Vor kurzem hat er den Master of Medical Education an der Universität Bern abgeschlossen. Herzlich Willkommen, Thomas Lambert.

Lambert: Ich freue mich, dass ich hier sein kann. Vielen Dank für die Einladung.

Krammer: Ich freue mich auch. Kommen wir direkt auf ein breit diskutiertes Thema zu sprechen, nämlich auf die häufigsten Todesursachen in Österreich. Ich habe recherchiert und erstaunlicherweise ausschließlich Zahlen aus dem Jahr 2018 gefunden. Von 2019 sind noch keine Zahlen verfügbar, aber sie werden wohl ähnlich sein. Im Jahr 2018 sind 83.975 Personen in Österreich gestorben. Zu den häufigsten Todesursachen gehörten Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf Platz 1, gefolgt von Krebs. Das überrascht dich wahrscheinlich nicht. Die Hauptpatientengruppe – ich gender hier bewusst nicht – für sogenannte kardiovaskuläre Erkrankungen – also Herz-Kreislauf-Erkrankungen – besteht seit jeher aus Männern. Ist diese Hauptpatientengruppe immer noch männlich?

Lambert: Jein. Es gibt ja verschiedene Krankheitsbilder und unterschiedliche Schwerpunkte, was die koronare Herzkrankheit betrifft. Aber die Verkalkung von Herzkranzgefäßen – also die Erkrankung der Blutgefäße direkt am Herzen – ist tendenziell schon noch eher bei Männern anzutreffen. Bei der diastolischen Herzinsuffizienz hingegen, das ist eine besondere Form der Herzschwäche, bei der beispielsweise ein hoher Blutdruck mitunter wegbereitend sein kann, sind Frauen durchaus stärker betroffen. Also: Es ist sehr unterschiedlich, wie wir sehen.

Ansage: Abschnitt 2

Krammer: Welche Rolle spielen die Faktoren Übergewicht, Alkoholkonsum und Nikotin, also insgesamt ein schlechter Lebensstil, bei solchen Erkrankungen?

Lambert: Diese Faktoren sind wahrscheinlich der Grund, warum Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Statistik so hoch angesiedelt sind. Solche Risikofaktoren sind ja durch unseren Lebensstil begründet. Die Gefahr dabei ist, dass sie keine Schmerzen verursachen und deshalb die Gefahr dahinter übersehen wird. Das heißt, wenn man einen hohen Blutdruck oder hohe Cholesterinwerte hat, regelmäßig Alkohol trinkt oder vor dem Fernseher Chips isst, dann geht es einem dabei ja nicht unmittelbar schlecht.

Krammer: Und es schmeckt so gut.

Lambert: Ja, genau! Und diese Ernährungsweise bedeutet für viele sogar Lebensqualität oder kennzeichnet einfach einen gewissen Lebensstil. Die Probleme, die daraus resultieren, entstehen erst im Laufe der Zeit. Später, wenn man mit gesundheitlichen Problemen konfrontiert wird, kann man versuchen, den Lebensstil zu ändern. Aber das ist nicht immer so einfach, da diese Lebensweise dann schon zur Gewohnheit geworden ist. Außerdem ist dann auch oft ein Schaden entstanden. In der Anfangsphase beachtet man diese Risikofaktoren alle nicht. Trotz aller Entwicklungen in der modernen Medizin und im Speziellen in der kardiovaskulären Medizin hat sich an dieser Statistik trotzdem nicht so viel geändert, weil man auch mit Gegenmaßnahmen ein bisschen zu spät ansetzt.

Ansage: Abschnitt 3

Krammer: Kommen wir zur Psychokardiologie: Eine Vielzahl von Studien haben in den letzten Jahren gezeigt, dass sogenannte psychosoziale Faktoren bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen. Das bedeutet, dass bei allen Patientinnen und Patienten psychische, physische und soziale Faktoren bei der Entstehung und beim Verlauf von Krankheiten miteinbezogen bzw. berücksichtigt werden sollten. Jetzt frage ich ein bisschen salopp: Ist diese ganzheitliche Perspektive nicht sowieso schon längst die Regel? Wieso finde ich jetzt viele, ganz neue Studien zur Psychokardiologie? Ist das denn nicht schon Standard?

Lambert: Jein. Man muss ein bisschen unterscheiden. Natürlich versucht man als Ärztin oder Arzt psychosoziale Faktoren mitzubedenken, aber der Alltag der Spitalmedizinerinnen und -mediziner ist manchmal vor allem davon geprägt, dass für viele Tätigkeiten und Aufgaben zu wenig Zeit bleibt. Man muss sich mal eine typische Visite in einem Spital in Österreich ansehen: Da gehen eine Handvoll Ärztinnen und Ärzte von Zimmer zu Zimmer, sie besuchen Patientinnen und Patienten, sprechen mit ihnen über ihre laufenden, neu eingetroffenen Befunde und über das, was als nächstes geplant ist und wie es weiter geht. Und wenn man dann durchdividiert, wie viele Minuten pro Patient oder Patientin übrig bleiben, dann ist das natürlich ein überschaubarer Zeitrahmen. Auf unserer Station haben wir das Glück, dass wir nicht so viele Betten betreuen müssen. Je nach Tag, das muss man auch ganz offen sagen, haben wir manchmal mehr Gelegenheit und manchmal weniger Gelegenheit, auf all diese psychosozialen Faktoren einzugehen.

Krammer: Aber es würde grundsätzlich schon Sinn machen, darauf einzugehen?

Lambert: Aber ja, es ist logisch und ergibt durchaus Sinn: Wenn wir uns jetzt vorstellen, wir sind in einer Streitsituation und aufgeregt, dann führt diese Emotion auch automatisch dazu, dass unser Puls steigt und dass wir einen höheren Blutdruck haben. Somit ist es auch naheliegend, dass jemand, der konsequent von Sorgen geplagt und konsequent von Existenzängsten bedroht ist, natürlich auf einem ganz anderen Stresslevel ist, als wenn es andersherum wäre. Und damit begründet sich auch das Grundverständnis, dass psychokardiologische Perspektiven auf unsere Gesundheit Sinn ergeben.

Ansage: Abschnitt 4

Krammer: In einem Artikel von Georg Titscher mit dem Titel „Sozioökonomische Risikofaktoren und Belastungen bei koronarer Herzkrankheit“ werden genau solche Faktoren genannt. Du hast jetzt schon einen Faktor erwähnt, und zwar chronische Arbeitsbelastung, Stress. Vielleicht kurz zum Begriff „koronare Herzkrankheit“. Kannst du den ganz kurz nochmal erklären?

Lambert: Die koronare Herzkrankheit ist eine Arteriosklerose am Herzen, also einfach gesagt eine Erkrankung der Blutgefäße am Herzen. Das Herz selbst pumpt beim Erwachsenen im Ruhezustand durchschnittlich zwischen 60 und 80 Mal pro Minute, manchmal ein bisschen langsamer, manchmal ein bisschen schneller. Und damit das Herz Tag und Nacht, 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche, vom ersten Lebenstag bis zum Ende so fleißig arbeiten kann, braucht es Energie. Diese kommt durch das sauerstoffreiche Blut ins Herz. Und damit das Blut dorthin gelangt, gibt es die Herzkranzgefäße, die das Herz umgeben. Wenn Gefäßverkalkungen entstehen, dann kann es sein, dass manche Bereiche des Herzmuskels nicht mehr so gut durchblutet sind. Das ist dann diese koronare Herzkrankheit. Das Schlimmste, was passieren kann, ist, dass dann das dahinterliegende Areal gar nicht

mehr durchblutet wird, wenn ein Gefäß ganz zugeht. Die Folge ist ein Energieverlust und ein Absterben des Areals. In diesem Fall kommt es zu einem Herzinfarkt. Gewebe, das tot ist, ist unwiderruflich weg und fehlt dann in der Pumpfunktion des Herzens.

Krammer: Was macht man dann? Stents setzen, oder Gefäßstützen einsetzen?

Lambert: Im Idealfall sollte man schnell erkennen, dass ein Gefäß verschlossen ist und versuchen dieses wieder zu öffnen, begleitet von einer entsprechenden medikamentösen Therapie. Man muss sich das so vorstellen: Es entsteht an der betroffenen Stelle ein Blutgerinnsel und ein Gerinnsel kann Blutgefäße verstopfen. Hierbei kann man auch mit Medikamenten entsprechend gegensteuern. Wichtig ist, dass alles schnell passiert. Denn je länger dort kein Sauerstoff hinkommt, desto mehr ist auch beschädigt.

Krammer: Verstehe, also schnelles Handeln ist hierbei entscheidend. Weitere Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden im Artikel von Georg Titscher genannt: Und zwar auch der sozioökonomische Status von Personen. Zum Beispiel: Menschen mit niedrigem Einkommen haben oft eine schlechtere gesundheitliche Verfassung.

Lambert: Ja, das kann ich bestätigen.

Krammer: Neben dem Bildungsfaktor ist ein weiterer Risikofaktor die Arbeitslosigkeit. Also anscheinend ist das Infarktrisiko im ersten Jahr der Arbeitslosigkeit besonders hoch.

Lambert: Ja. Es ist ein gewisses Stigma. Wir definieren uns oftmals über unseren Beruf, über unsere Tätigkeit, über unsere Rolle im Beruf. Das ist bei uns Ärzten und Ärztinnen auch nicht anders. Fällt dies alles weg, dann hat man eine besonders hohe emotionale Belastung, die daraus resultiert. Der Bildungsstand und das sozioökonomische Umfeld sind auch Parameter dafür, wie oft jemand zu Vorsorgeuntersuchungen geht, wie oft jemand ein bisschen mehr Geld im Monat für höherwertige Lebensmittel ausgibt, oder ob man rein auf industriell produzierte Lebensmittel setzt. Da sind wir wieder bei dem Päckchen Chips, bei den Fertiggerichten, wo leider auch eine erhöhte Salzmenge drinnen ist, und die in Summe ausgewogene, gesunde Ernährung mit ausreichend Obst und Gemüse in keinster Weise ersetzen können. Aber es ist natürlich bequem und einfach und – das ist sicherlich auch ein Knackpunkt – oft wesentlich günstiger als frische Lebensmittel, die vielleicht dann noch von einem Bauernmarkt stammen. Damit ist es auch wieder naheliegend für mich, dass Patientinnen und Patienten, die aus einfacherem Umfeld mit niedrigerem Einkommen stammen, vielleicht nicht so viel Geld für höherwertige Lebensmittel aufwenden können und wollen.

Krammer: Das ist schon traurig, dass das von den persönlichen finanziellen Möglichkeiten abhängt, ob man eher erkrankt oder nicht.

Lambert: Ja, leider ist das ein Faktor.

Krammer: Thomas Lambert, ich bedanke mich sehr herzlich für das Interview. Ich habe wieder viel Neues gelernt.

Lambert: Sehr gerne. Nochmals danke für die Einladung.