



ICD - Aktuell



Ausgabe 30

Netzwerk für Menschen mit implantiertem Defibrillator

und deren Selbsthilfegruppen



Berichte aus dem Verband und der Medizin

Aus dem Verband

Mitgliederversammlung mit
Neuwahlen und
Jahrestagung 2025

Medizinischer Bericht

Optimale medikamentöse Therapie bei Typ-
2-Diabetes und koronarer Herzerkrankung -
Update 2024

Medizinischer Bericht

Bericht Frau Kampmann

Impressum

Defibrillator (ICD) Deutschland e. V.

Verantwortlich für Ausgabe 30, September 2024

Diana Katzenberger, Schatzmeisterin, Diamantweg 3, 69181 Leimen

d.katzenberger@defibrillator-deutschland.de, Tel.: 06226-429232

Namentlich gekennzeichnete Beiträge verantworten die Verfasser/innen

Satz & Gestaltung: Yvonne Naujocks, Erdinger Straße 18, 85356 Freising

Druck: Wir machen Druck, Auflage: 2.000 Stück

Im Mitgliedsbeitrag für Selbsthilfegruppen, Kliniken und Praxen sind jeweils 10 und bei Einzelmitgliedern jeweils ein Freiexemplar/e enthalten. Mehrexemplare können zum Preis von 2,50 € je Exemplar bei der Geschäftsstelle, solange der Vorrat reicht, nachbestellt werden. Email: geschaeftsstelle@defibrillator-deutschland.de

Bildquellen:

©Julien Eichinger; ArchMen - Fotolia; Titelseite © Gerd Altmann Pixabay, © Tumisu - Diabetes

Alle Fotos werden mit dem Einverständnis der abgebildeten Personen veröffentlicht.

Unsere Facebook-Seite finden Sie unter www.facebook.com/DefibrillatorDeutschland

Sie möchten unsere Defi-Deutschland-Info-Plattform nutzen?

<https://defibrillator-deutschland.forumprofi.de/>

Editorial!

Liebe Mitglieder, Förderer und Freunde des Bundesverbandes,

in dieser Ausgabe der ICD Aktuell möchten wir Sie über die Mitgliederversammlung mit Neuwahlen und die Jahrestagung im März 2025 informieren. Wir stellen Ihnen die Kandidaten die sich zur Wahl stellen in einem Kurzporträt vor. Ebenso finden Sie einen medizinischen Bericht von Dr. Klaus Edel und Frau Anke Kampmann in dieser Ausgabe. Wir freuen uns darauf Sie im März begrüßen zu können.

Mit herzlichen Grüßen

Matthias Kollmar
1. Vorsitzender



19. Mitgliederversammlung und 17. Jahrestagung am Samstag, 15. März und Sonntag, 16. März 2025 im Göbel's Hotel Rodenberg in Rotenburg a. d. Fulda

Die Mitgliederversammlung und Jahrestagung findet wie gewohnt im Göbels Hotel in Rotenburg an der Fulda statt. Eingeladen werden alle Mitglieder des Bundesverbandes, alle Gruppensprecher/innen sowie ein Stellvertreter der Selbsthilfegruppen und die Sprecher der Landesverbände.

Nach einer Ökumenischen Andacht in der HKZ-Kapelle beginnen wir wie gewohnt die Mitgliederversammlung am Samstag, 15. März um 11 Uhr. In dieser Mitgliederversammlung wird ein neuer Vorstand gewählt. Der „alte Vorstand“ tritt, wie wir es bereits bekannt gegeben haben, komplett zurück. Es haben schon einige Personen ihr Interesse an der Zusammenarbeit im neuen Vorstand bekundet. Es stellen sich in dieser Ausgabe die Kandidaten vor, die sich eine Kandidatur zur Wahl vorstellen können.

Nach der Wahl starten wir mit der Jahrestagung. Dr. med. Stefan Steiner und Dr. med. Klaus Edel bereiten bereits ein Programm mit spannenden Themen für Samstag und Sonntagvormittag vor. Am Samstag beginnen wir mit Workshops. Die Themen und die Anmeldung zu den Workshops erhalten Sie mit dem Anmeldeformular im Februar. Jeder Teilnehmer kann zwei Workshops wählen, seinen Favoriten und einen alternativen Workshop, falls die Teilnehmerzahl bereits überschritten ist. Die Teilnehmerzahlen der einzelnen Workshops sind begrenzt. Das Programm für Sonntagvormittag wird im Flyer zur JT noch bekannt gegeben.

Damit alle Gruppensprecher/innen der SHGs in Ihrem Förderantrag die entsprechenden Gelder beantragen können, hier vorab die Kosten: Tagungsgeschehen pro Person

Mitglieder Defibrillator Deutschland

Ohne Übernachtung 20,00 €
mit einer Übernachtung 100,00 €
bei zwei Übernachtungen zahlen Sie 100,00 € + Kosten pro Zimmer
EZ 99,00 € oder DZ 139,00 €

Nichtmitglieder

mit einer Übernachtung 275,00 €
ohne Übernachtung 50,00 €

Wir freuen uns darauf, Sie zu unserer Veranstaltung begrüßen zu können.
Ihr Matthias Kollmar

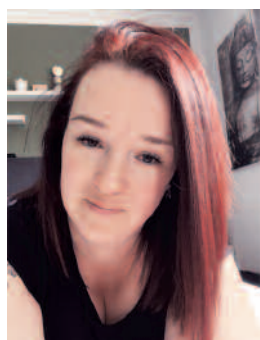
Vorstellung der Kandidaten zur Vorstands-Wahl 2025



Ich bin Katharina Bauer, 33 Jahre alt und trage seit 2018 aufgrund einer Herzerkrankung einen implantierten Defibrillator. Im September 2023 habe ich meine 20-jährige Profisportkarriere im Stabhochsprung beendet. Seit Jahren bin ich als Speakerin unterwegs, kümmere mich dabei um Aufklärungsarbeit, Motivation und Patientenkommunikation im Bereich Herzerkrankungen. 2021 habe ich das Buch „Yoga für ein starkes Herz“ mit meiner Co-Autorin Tine Bielecki herausgebracht. Des Weiteren bin ich Markengesicht von Boston Scientific, Botschafterin für den Bundesverband herzkrankte Kinder und Schirmherrin von Defibrillator Deutschland. Bei den Neuwahlen 2025 stelle ich mich als 1. Vorsitzende zur Wahl. Ich freue mich sehr nach meiner Berufung zum Beisitzer im November 2023 die internen Strukturen von Defibrillator Deutschland kennenzulernen und mit kreativen neuen Ansätzen zu unterstützen. Es wäre mir eine Ehre, diesen ehrenamtlichen Verein zu leiten, da ich selbst eine Defi Trägerin bin und weiß, wie wichtig Aufklärungsarbeit und externe

Unterstützung ist. An dieser Stelle möchte ich mich für das Vertrauen des Vorstandes bedanken! Vor allem bei Matthias Kollmar, der mich seit 2018 eng unterstützt, immer ein offenes Ohr hat und mit seinem Knowhow weiterhin an meiner Seite bleiben wird.

K. Bauer



Ich bin Susanne Raschke-Oerding, 37 Jahre alt und komme aus der Nähe von Bremen (Osterholz-Scharmbeck). Als dreifach Mama überlebte ich 2017 einen plötzlichen Herztod und trage seitdem einen Defibrillator. Ich hatte sechs Jahre einen S-ICD und seit 1 1/2 Jahren einen herkömmlichen ICD. Bei mir weiß man keine Grunderkrankung, trotz mehrfacher Untersuchungen und genetischer Abfrage in Münster. Ich habe bereits über 20 Defi Schocks erlebt und möchte behaupten, dass ich wie viele andere hier wahrscheinlich auch, einen Ärzte Marathon hinter mir habe. Ich habe drei Ablationen und eine Sympathektomie zur Verbesserung meiner Herzrhythmusstörung machen lassen. Leider haben danach weitere Schocks mein Leben bestimmt, so dass ich mittlerweile in Erwerbsminderungsrente bin. Seit kurzem habe ich wieder einen Fuß in der Arbeitswelt und freue mich über dieses Stückchen Normalität immens. Meine Schwäche ist, dass ich sehr ungeduldig bin, dafür aber mit vollem

Herzen mich für das Recht anderer Menschen einsetze. Ich hoffe, dass ich in dem neuen Vorstand und im Verein eine Hilfe sein kann und freue mich auf eine Zusammenarbeit. .

S. Raschke-Oerding



Mein Name ist Nadja Bartsch, ich bin 43 Jahre und komme aus Thüringen / Nähe Gera. Ich habe eine Non-Compaction-Kardiomyopathie sowie eine Pulmonal-Venenstenose nach PVI. Daraus resultieren immer wieder Herzrhythmusstörungen und Herzschwäche. Meinen S-ICD habe ich seit 2017. Ich bin gelernte Bürokauffrau und ebenso Entspannungstrainerin mit Schwerpunkt Stress-und Burnoutprophylaxe.

2019 habe ich die SHG Defiherzen Erfurt gegründet. Momentan haben wir 20 aktive Mitglieder. Mir macht die Aufgabe sehr viel Spaß und ich bin sehr froh, mit meiner Geschichte und meinen Erfahrungen anderen Menschen ein wenig helfen zu können.

N. Bartsch



Mein Name ist Karolin Bartels, die meisten nennen mich aber Karo und bin 32 Jahre alt. Meinen Defi habe ich seit 2014 aufgrund überlebten Kammerflimmerns bei meinem Autounfall. Seitdem musste dieser bereits 32 Mal mein Leben retten.

Ich bin verheiratet und komme aus dem Landkreis Celle in Niedersachsen.

Die SHG Defihelden Wolfsburg habe ich 2018 gegründet und leite diese mit viel Freude.

K. Bartels

Foto: Finjasfotowand



Mein Name ist Katrin Engisch-Beyer. Ich bin Mitglied und Mitarbeiterin in der Zwickauer Defi-Selbsthilfegruppe und unterstütze die sächsische Landesverbandsvorsitzende Ute Guke vor allem bei Schreib- und Organisationsarbeiten. Ich bin Jahrgang 1972, bin verheiratet und habe zwei Kinder (eine 18-jährige Tochter und einen 14-jährigen Sohn). In der Schwangerschaft mit meinem Sohn 2009 hatte ich einen Herzstillstand und musste zweimal reanimiert werden. Seit 2009 trage ich einen Defi, der zwischenzeitlich schon dreimal geschockt hat und bereits zweimal gewechselt wurde. Ich bin gelernte Industriekauffrau, seit 2014 EU-Rentnerin und arbeite stundenweise bei einem Fachanwalt für Medizin- und Sozialrecht. Mein Interesse liegt insbesondere im persönlichen Kontakt und Austausch mit anderen Betroffenen.

K. Engisch-Beyer



Prof. Dr. med. Martin Stockburger

Chefarzt Kardiologie und Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie an den Havelland Kliniken in Nauen.

Er ist seit 2012 als Internist und Kardiologe an den Havelland Kliniken tätig. Sein Hauptaugenmerk liegt in der lebensrettenden Behandlung von Patienten mit einem Herzinfarkt. Er ist Vorsitzender des Vorstandes für das „Berlin-Brandburger Herzinfarktregister“.

Y.N.



Ich bin Lars Raabe, 52 Jahre alt und lebe mit meiner Frau und zwei Labradorrüden im beschaulichen Bebra-Solz in Osthessen, ganz in der Nähe vom Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg a.d. Fulda. Unsere zwei Söhne sind erwachsen und ausgezogen. Beruflich bin ich als Arztassistent in der Herzchirurgie am HKZ tätig und arbeite dort, meiner Gesundheit zuliebe, in Teilzeit mit 25 Wochenstunden. Nach einer Myokarditis im Jahr 2018 und mehreren Episoden von VTs, bekam ich 2020 einen 1-Kammer-ICD implantiert. Ein paar Schocks später folgten 2022 zwei Ablationen in Bad Neustadt. Neben meiner beruflichen Tätigkeit engagiere ich mich ehrenamtlich: Als stellvertretender Kassierer setze ich mich für den Erhalt unseres Dorfladens ein und als Beisitzer im örtlichen Heimatverein Sorge ich dafür, dass Tradition und Gemeinschaft am

Leben gehalten werden. In meiner Freizeit bin ich oft mit unseren Hunden Cuno und Carl unterwegs. Gemeinsam erkunden wir die Welt und nehmen an Ausstellungen teil. Ein wenig beschäftige ich mich auch mit Social Media und Webdesign. Ich freue mich auf die Möglichkeit, ggf. aktiv an der Vorstandsarbeit von Defibrillator Deutschland mitwirken zu dürfen. Durch meine berufliche Vernetzung im HKZ, sehe ich mich als Bindeglied zu den Spezialisten. Zudem ist mir der Kontakt zu anderen ICD-Trägern und der Austausch mit ihnen besonders wichtig.

L. Raabe



Mein Name ist Anke Kampmann. Ich bin 56 Jahre, verheiratet, Mutter von 3 erwachsenen Kindern und Oma von Jarow 3,5 Jahre. Mein Lebensmittelpunkt ist schon immer Trier / Mosel. Im Gegensatz zu den übrigen Bewerber*innen trage ich keine Defi, sondern arbeite als Pflegefachperson mit Masterabschluss am Herzzentrum Trier. Meine Berufsgruppe gehört für mich unbedingt in das multiprofessionelle Team zur Versorgung von Menschen mit Defibrillator und zwar nicht nur in der direkten ersten Unterstützung nach den Implantationen. Wir können eine Schlüsselrolle zwischen Arzt und Patient übernehmen, eben weil wir viel näher an den Menschen dran sind. Wir sind es in der Regel, an die die ersten Fragen gerichtet werden und die viele Emotionen auffangen. Das wird jedoch häufig noch nicht so wahrgenommen. Rückmeldungen die ich häufig erhalte spiegeln fast immer eine große Unzufriedenheit wieder: Von meinen

Kolleg*innen, weil ihnen im täglichen Betrieb die Zeit fehlt den Patient*innenbedürfnissen adäquat gerecht zu werden und von den Betroffenen, weil sie das Gefühl haben mit ihren Fragen nicht ausreichend gesehen zu werden. Als Mitglied im Vorstand wäre es für mich ein Ziel gemeinsam an einer Verbesserung der Versorgungsqualität in den Kliniken zu arbeiten und dazu meine Berufsgruppe weiter zu professionalisieren: Pflegefachpersonen sollten mehr integriert und in ihrer Rolle aufgewertet werden. Insbesondere die Tendenz zunehmender Ambulantisierung, d.h. Implantation und Entlassung an einem Tag erfordern meiner Meinung eine noch bessere Information und Beratung vorab, damit ein gutes „Leben mit Defi“ möglich ist. Hier könnten professionell Pflegende eine wichtige Aufgabe übernehmen. Ein erster Schritt meine Kolleg*innen in ihren Kompetenzen zu stärken, ist die Implementierung einer pflegerischen Fortbildung zur Psychokardiologie, die ich gemeinsam mit einem kompetenten multiprofessionellen Team entwickelt und im November 2024 erstmals abhalten werde. Was bringe ich sonst noch mit:

- täglichen Kontakt mit kardiologischen Patient*innen von denen viele Defi-Träger*innen sind
- meine Kenntnisse zum wissenschaftlichen Arbeiten insbesondere beim Verfassen von Patient*inneninformationen
- ein gutes Netzwerk und Kenntnisse zur Psychokardiologie

Entspannen kann ich am besten beim Kochen und Gärtnern. Außerdem lese ich gerne, fahre Fahrrad und wenn ich verreise, dann am liebsten nach Frankreich und Großbritannien.

A. Kampmann



Mein Name ist Rudi (Rudolf) Stumpf. Ich bin einer der Gruppensprecher der Defibrillator SHG Oberfranken in Bayreuth. Meine Aufgabe als Gruppensprecher ist hauptsächlich die Abwicklung der finanziellen Angelegenheiten unserer Gruppe. Ich bin 68 Jahre alt und seit 2020 im Ruhestand. Im November 2006 setzte bei mir Kammerflimmern ein und ich hatte einen Herzstillstand und wurde reanimiert. Bei den Untersuchungen wurde festgestellt, dass ich einige Zeit vorher einen stillen Herzinfarkt gehabt haben muss. Es wurde auch eine EF von 17 festgestellt, die sich mittlerweile auf ca. 35 verbessert hat. In diesem Zusammenhang wurde mir dann mein 1. ICD implantiert. In der Zwischenzeit habe ich meinen vierten Defi. Beim letzten Wechsel wurde auch eine epikardiale Sonde angebracht, weil die Vene für eine weitere Sonde zu eng war. Ich hatte in diesem

Zeitraum einige adäquate und einige inadäquate Schocks erhalten. Außerdem wurden bei mir auf Grund von Tachykardien vier Ablationen durchgeführt. Mein besonderes Interesse liegt darin, mich mit anderen Betroffenen im persönlichen Kontakt auszutauschen.

R. Stumpf

Optimale medikamentöse Therapie bei Typ-2-Diabetes und koronarer Herzerkrankung Update 2024

DIABETES



© Tumisu Pixabay

In den vergangenen 40 Jahren kam es weltweit zu einer dramatischen Zunahme der Diabetesprävalenz vorwiegend verursacht durch eine globale Adipositas-Epidemie. Diese Entwicklung verläuft ungebremsst. In Deutschland leiden ca. 9 Mio. Menschen an Typ-2-Diabetes. Jedes Jahr kommen 500.000 Betroffene dazu [1]. Die Zahl der Menschen mit koronarer Herzerkrankung (KHK) wird auf 40% der Typ-2-Diabetiker geschätzt [2].

Kasuistik

Eine 68-jährige, übergewichtige Typ-2-Diabetikerin (178 cm groß, 90 Kg schwer) mit stabiler KHK, die im Alter von 60 Jahren einen Herzinfarkt der Hinterwand durchgemacht hat (koronare 2-Gefäß-Erkrankung, Versorgung mit je einem Drug-Eluting Stent in der RCX und RCA) ohne kardiovaskuläres Ereignis seither kommt zur Routinekontrolle in Ihre Praxis. Der Blutdruck liegt bei 150/90 mmHg, der Puls bei 72 Schlägen/min. Sie hat Luftnot beim Treppen laufen ab der 1. Etage und bemerkt geschwollene Beine am Abend, klagt über Nykturie (2-3 mal pro Nacht): Echokardiographisch unauffällige linksventrikuläre Funktion. Ein Belastungs-EKG wird bis 150 Watt mit hypertensiver Belastungsreaktion absolviert. Die Patientin nimmt ASS 100 mg, Bisoprolol 5 mg, Ramipril 5 mg, Atorvastatin 20 mg und Metformin 850 mg 2 x täglich ein. Sollte die Therapie angepasst werden?

Typ-2-Diabetes ist eine chronisch progressive Erkrankung. Initial besteht eine relative Insulinresistenz bei ausreichender Insulinproduktion. Bei längerer Diabetesdauer wird die Minderproduktion von Insulin aus den Betazellen ohne Veränderung der Ernährung zum Problem. Darüber hinaus ist Typ-2-Diabetes eine komplexe Stoffwechselerkrankung, die mit vielen kardiovaskulären Risikofaktoren assoziiert ist, wie beispielsweise Adipositas, Hypertonie, erniedrigtes High Density Lipoprotein, erhöhtes Low Density Lipoprotein und Hypertriglyzeridämie. Dazu kommt eine vermehrte Ausschüttung von gefäßschädigenden Hormonen aus dem Fettgewebe (Leptin, Tumornekrosefaktor-alpha, Resistin, Adiponektin) [3]. Das unkalkulierbare Zusammenspiel von Risikofaktoren und hormoneller Gegenreaktion trägt entscheidend zur erhöhten kardiovaskulären Morbidität und Mortalität bei Diabetes bei. Mit Adipositas und Insulinresistenz geht auch ein hohes

Risiko für bestimmte Krebserkrankungen einher [4]. Die Diabetestherapie 2024 sollte keineswegs mehr glukozentrisch sein, sondern vielmehr mittels einer multifaktoriellen Interventionsstrategie möglichst alle Risikofaktoren des Insulinresistenz-Syndroms abzudecken [5].

Wichtig/CAVE!

Typ-2-Diabetiker leiden an einer komplexen Stoffwechselerkrankung. Neben den klassischen Risikofaktoren für eine KHK finden sich eine Hypertriglyzeridämie, eine Insulinresistenz sowie die Ausschüttung von gefäßschädigenden Hormonen aus dem Fettgewebe.

Behandlungspfad der Typ-2-Diabetes-Therapie

Ziel der modernen Diabetestherapie muss es sein sowohl Lebensqualität als auch Lebenserwartung durch Verhinderung vaskulärer Komplikationen zu steigern. Es gilt Hypoglykämien und eine therapiebedingte Gewichtszunahme zu vermeiden. Initial ist eine Patientenschulung unabdingbar, um patientenseitige Therapiemaßnahmen wie Gewichtsreduktion und vermehrte körperliche Aktivität zu implementieren. Gemäß DDG-Praxisempfehlung zur Therapie des Typ-2-Diabetes ist initial eine gründliche Beratung der Patienten einzuleiten, entweder als strukturierte Diabetesschulung im Disease Management Programm (DMP) oder im Rahmen eines Rehabilitationsverfahrens [6]. Dabei sollen die Patienten über die Notwendigkeit eines sofortigen Rauchstopps sowie die Vorteile einer fettreichen mediterranen Kost [7] aufgeklärt werden. Der Zeitaufwand für Typ-2-Diabetiker im Ausdauersport sollte bei mindestens 150 min. pro Woche liegen. Krafttraining sollte ergänzend zweimal wöchentlich dazu kommen [8].

Dieser Bewegungsumfang wird den wenigsten Typ-2-Diabetikern gelingen, da sie ihren „inneren Schweinehund“ nicht ohne fremde Hilfe überwinden können. Deswegen rate ich den Betroffenen sich einer Reha-Sportgruppe anzuschließen.

Die kardiovaskuläre Mortalität ist unmittelbar mit der Qualität der Blutzuckereinstellung assoziiert. Sie nimmt mit steigenden HbA1c-Werten ab 7,5% zu. Verschiedene pathophysiologische Überlegungen wie eine übermäßige Glykosylierung von Struktur- und Funktionsproteinen sowie die Induktion von oxidativen Stress unterstützen den unmittelbaren Zusammenhang zwischen Blutzucker und Organschädigung [9]. Die optimale Blutzuckereinstellung (HbA1c zwischen 6,5 und 7,5%) alleine genügt nicht zur Reduktion des kardiovaskulären Risikos, wie die großen Interventionsstudien ADVANCE, ACCORD, VADT und UKPDS im Vergleich mit einer konventionellen Blutzuckertherapie zeigten. Metaanalysen dieser vier Studien ergaben eine Reduktion mikrovaskulärer Komplikationen, während die Reduktion der kardiovaskulären Mortalität ausblieb [10, 11]. Patienten mit neu diagnostiziertem Typ-2-Diabetes ohne kardiovaskuläre Vorerkrankung profitieren von einer guten Blutglukoseeinstellung, während ältere Patienten (wie in unserem Beispiel) mit bestehenden Organkomplikationen keinen

kardiovaskulären Benefit von einer strengen Blutzuckereinstellung haben [12]. Aufgrund dieser Studienergebnisse sollte die Diabetestherapie individuell erfolgen. Dabei werden Patientenalter, Erkrankungsdauer, Organkomplikationen, Körpergewicht, Hypoglykämierisiko und Patientenwunsch berücksichtigt [13].

Wichtig/CAVE!

Die moderne Diabetestherapie verbindet die Patientenberatung für mehr Eigenverantwortung mit einem individualisierten Therapieregime zur Vermeidung von Folge- bzw. Begleiterkrankungen mit dem Ziel einer Lebensverlängerung.

Blutzuckereinstellung bei Typ-2-Diabetes mit KHK

Bei der Blutzuckereinstellung sollte entsprechend der Leitlinien-Empfehlung zum Typ-2-Diabetes vorgegangen werden [6]. Der HbA1c-Zielwert bei Diabetes und KHK liegt idealerweise zwischen 6,5 und 7,5% [14].

Metformin stellt in Deutschland die Erstlinientherapie bei übergewichtigen Typ-2-Diabetikern dar. Von herausragender Bedeutung ist die Hemmung der Gluconeogenese in der Leber [14].

GLP-1-Rezeptor-Agonisten (GLP-1 Ag) aktivieren direkt den Glukagon-like Peptide 1-Rezeptor. Diese Therapie führt zu einem Gewichtsverlust durch schneller einsetzen des Sättigungsgefühl sowie zu einer Blutdruckreduktion mit einem leichten Anstieg der Herzfrequenz. In kardiovaskulären Endpunktstudien wie z. B. der LEADER-Studie an 9.340 Patienten mit Typ-2-Diabetes und hohem kardiovaskulärem Risiko (81,3% der Patienten hatten kardiovaskuläre Vorerkrankungen) wurde der kombinierte kardiovaskuläre Endpunkt (3-MACE) um 13% gesenkt [15]. Es kam zu einer Reduktion der kardiovaskulären Mortalität (-22%), der Gesamtmortalität (-15%) und der Zahl der Myokardinfarkte (-14%) bei unverändertem Schlaganfall- und Herzinsuffizienzrisiko. Liraglutid ist Mittel der Wahl bei Typ-2-Diabetes mit KHK oder hohem kardiovaskulärem Risiko [13].

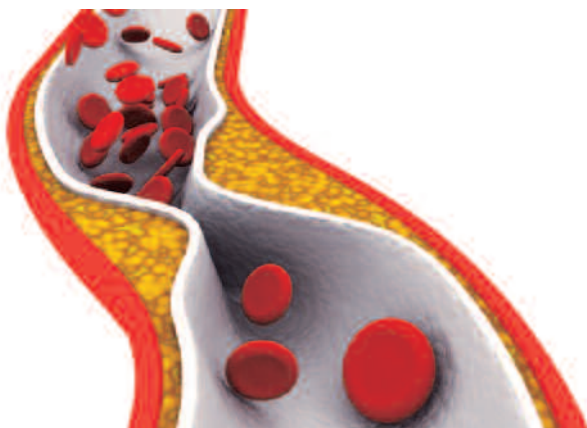
[16]. Derzeit sind die SGLT2-Hemmer Empagliflozin, Dapagliflozin und Ertugliflozin in Deutschland verfügbar. Studien zur kardiovaskulären Sicherheit liegen für die beiden zuerst genannten Präparate vor [14]. Während einer Behandlungszeit von 3,1 Jahren wurde der primäre Endpunkt (3-MACE) durch Empagliflozin um 14% reduziert. Im Einzelnen kam es zu einer Reduktion des kardiovaskulären Todes um 38%, der Gesamtsterblichkeit um 32%. Hospitalisierungen wegen Herzinsuffizienz wurden um 35% verringert. Der kombinierte renale Endpunkt aus Verdopplung des Serum-Kreatinins bei Abfall der eGFR <45 ml/min/1.73 m², Dialyse oder renaler Tod konnte um 46% gesenkt werden [17]. Im aktuellen Konsensuspapier zur Diabetestherapie der europäischen und amerikanischen Diabetesgesellschaften wird vorgeschlagen, Metformin unverändert als Ersttherapie zu belassen und über die weitere Therapieeskalation in Abhängigkeit vom Vorliegen kardiovaskulärer Erkrankungen zu entscheiden [18, 19].

Wichtig/CAVE!

Metformin ist das Basismedikament für Typ-2-Diabetiker. Bei Vorliegen einer KHK sollten SGLT2-Hemmer und GLP-1-Agonisten wegen der Prognoseverbesserung zwingend verordnet werden.

Zusammenfassung:

Bei Patienten mit kardiovaskulären Vorerkrankungen sollten unbedingt Hypoglykämien vermieden und Medikamente mit nachgewiesenem Nutzen bezüglich Reduktion des kardiovaskulären Risikos bevorzugt eingesetzt werden. Dies bedeutet, dass bei Typ-2-Diabetikern mit hohem und sehr hohem kardiovaskulärem Risiko GLP1-Rezeptor-Agonisten und/oder SGLT2-Inhibitoren wegen der nachgewiesenen makrovaskulären Ereignisreduktion zum Einsatz kommen sollten [13]. Beide Substanzklassen kommen gleichermaßen bei arteriosklerotischen Gefäßerkrankungen zum Einsatz, während den SGLT2-Inhibitoren bei Herz- und Niereninsuffizienz der Vorzug gegeben werden sollte [20].



©hywards – Fotolia Healthcare

Sodium-Glucose-Like-Transporter-2 Inhibitors (SGLT2-Hemmer) reduzieren den Rücktransport von Glukose und Natrium aus dem Primärharn. Dies führt zu einer Glukosurie mit Blutzuckersenkung, einem Kalorienverlust mit Gewichtsreduktion und einer osmotischen Diurese mit Blutdrucksenkung. Die Glukosurie liegt bei ca. 80 g, was einem täglichen Kalorienverlust von 320 kcal entspricht

Dr. med. Klaus Edel
Ärztlicher Koordinator und Mitglied
des Vorstandes von Defibrillator (ICD)
Deutschland e. V.

Chefarzt der Abteilung für kardiologische Rehabilitation und Prävention
am Herz-Kreislauf-Zentrum Klinikum
Hersfeld-Rotenburg GmbH
Kardiologe, Diabetologe,
Hypertensiologe DHL, Sportmediziner

k.edel@hkz-rotenburg.de



Literaturnachweis Bericht Dr. Edel:

1. Institut, R.-K., https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/2-112_Praevalenz_dokumentierter_Diabetes.html. 2023: Berlin.
2. Arnold, S.V., et al., Clinical Management of Stable Coronary Artery Disease in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 2020: p. CIR0000000000000766.
3. Marx, N., Pathophysiologie der Arteriosklerose bei Diabetes mellitus. *Clin Res Cardiol Suppl*, 2006. 1: p. 31-38.
4. Inoue, M. and S. Tsugane, Insulin resistance and cancer: epidemiological evidence. *Endocr Relat Cancer*, 2012. 19(5): p. F1-8.
5. Schernthaner, G., et al., Is the ADA/EASD algorithm for the management of type 2 diabetes (January 2009) based on evidence or opinion? A critical analysis. *Diabetologia*, 2010. 53(7): p. 1258-69.
6. Landgraf and R.e.a. , Therapie des Typ-2-Diabetes. *Diabetologie*, 2019. 14: p. S167-187.
7. Estruch, R., et al., Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *N Engl J Med*, 2018. 378(25): p. e34.
8. Boniol, M., et al., Physical activity and change in fasting glucose and HbA1c: a quantitative meta-analysis of randomized trials. *Acta Diabetol*, 2017. 54(11): p. 983-991.
9. Marx, N., Pathophysiologie der Atherosklerose bei Diabetes mellitus. *Diabetologe*, 2005. 1: p. 84-90.
10. Schütt, K.A., [Evidence-based reduction of cardiovascular risk in patients with diabetes]. *Herz*, 2020. 45(2): p. 118-121.
11. Boussageon, R., et al., Effect of intensive glucose lowering treatment on all cause mortality, cardiovascular death, and microvascular events in type 2 diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 2011. 343: p. d4169.
12. Turnbull, F.M., et al., Intensive glucose control and macrovascular outcomes in type 2 diabetes. *Diabetologia*, 2009. 52(11): p. 2288-98.
13. Cosentino, F., et al., 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*, 2020. 41(2): p. 255-323.
14. Edel, K.M., R., Optimale medikamentöse Therapie bei Typ-2-Diabetikern mit einer koronaren Herzerkrankung – Update 2021 *Z Herz – Thorax – Gefäßchir*, 2021. 35(Aug 2021): p. 201-210.
15. Marso, S.P., et al., Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*, 2016. 375(4): p. 311-22.
16. Bakris, G.L., et al., Renal sodium-glucose transport: role in diabetes mellitus and potential clinical implications. *Kidney Int*, 2009. 75(12): p. 1272-1277.
17. Zinman, B., et al., Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*, 2015. 373(22): p. 2117-28.
18. Davies, M.J., et al., Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*, 2018. 41(12): p. 2669-2701.
19. Association, A.D., Abridged for Primary Care Providers. *Clin Diabetes*, 2022. 40(1): p. 10-38.
20. Wu, J.H., et al., Effects of sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors on cardiovascular events, death, and major safety outcomes in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2016. 4(5): p. 411-9.



Das „Trierer Modell“ zur pflegerischen Versorgung von Menschen mit Defibrillator

Ein Best-Practice Beispiel

Montags und freitags implantieren die Rhythmologen am Herzzentrum in Trier Patient*innen einen ICD oder CRT-D. Viele dieser Menschen habe ich bereits vorher im Rahmen meiner Tätigkeit als Pflegeexpertin APN Herzinsuffizienz während ihres stationären Aufenthaltes bzw. in unserem MVZ Herzinsuffizienz kennengelernt. Zunächst informiere und schule ich sie dabei zur Erkrankung und zum Selbstmanagement, wozu u. a. die Kontrolle von Blutdruck und Gewicht, die Einhaltung der Trinkmenge und eine regelmäßige Medikamenteneinnahme gehören.

Eine Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) ist eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat.

Die Kompetenzen sind vom „Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist.

Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung. (DBfK, ÖGKV & SBK 2013, Hamric 2022 in: Bösche et al. 2023).

Erhalten sie von den Mediziner*innen im Verlauf die Empfehlung zur primärprophylaktischen ICD/CRT-Implantation, also aufgrund ihrer Herzinsuffizienz, haben die Betroffenen häufig schon einmal davon gehört: „Wenn sich ihre Herzleistung innerhalb der nächsten Monate trotz optimaler medikamentöser Therapie nicht verbessert empfehlen wir ihnen die Implantation eines Defibrillators....“

In enger ärztlicher Absprache biete ich daraufhin, bereits vor der Implantation, ein ausführliches Gespräch zum „Leben mit dem Defibrillator“ an, bestenfalls im Beisein der sozialen Bezugspersonen.



Als Hilfsmittel dient mir dabei die von mir konzipierte schriftliche Patient*inneninformation „Mein Leben mit dem Defibrillator“.

Zur Veranschaulichung habe ich auch immer ein Modell inkl. Sonden dabei.

Die Broschüre ist während meines Bachelorstudiums (2014-2017) entstanden. Währenddessen habe ich begonnen, mich wissenschaftlich mit dieser beson-

deren Gruppe innerhalb der Herzinsuffizienzpatient*innen auseinanderzusetzen:

Im Rahmen meiner Schulungen als Pflegeexpertin für Menschen mit Herzinsuffizienz, die ich bereits seit 2012 durchführe, fiel mir schon früh auf, dass herzinsuffiziente Menschen mit ICD und ihre Bezugspersonen viele Fragen bezüglich des Implantats, insbesondere zur

Bewältigung ihres neuen Alltags haben. Belastungssituationen (hier: Implantation) sind für sie und ihr Umfeld oft mit Stress und Anpassungsleistungen verbunden. Dies erfordert die Unterstützung ihrer Bezugspersonen und allen Mitgliedern des multiprofessionellen Versorgungsteams. Werden ihre Bedürfnisse missachtet, steigt die Prävalenz, eine psychische Störung zu entwickeln. Ein Fünftel der Erkrankten leidet unter Symptomen wie Angst, Depressionen oder im weiteren Verlauf an einer posttraumatischen Belastungsstörung (Albus et al., 2018). Dies wirkt sich negativ auf Morbidität und Mortalität aus (Ladwig et al., 2013). Vor diesem Hintergrund entstand mein Wunsch den Bedarfen der Patient*innen mit ICD besser gerecht zu werden, ihre Fragen qualifizierter zu beantworten und meine Beratungen zu professionalisieren. Eine wissenschaftliche Recherche innerhalb des Studiums nach deutschsprachigen Konzepten konnte zwar die positiven Effekte einer speziellen pflegerischen Beratung von Menschen mit ICD belegen. Ich fand jedoch keine bereits bestehenden Modelle in Deutschland. International hingegen existieren diese seit langem. Als erstes Hilfsmittel für ein pflegerisches Beratungskonzept für Menschen mit ICD fiel daraufhin die Entscheidung, eine schriftliche Patientinformation zu erstellen. Orientiert an den Qualitätskriterien der „Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation“ (Lühnen et al., 2017) entstand die erste Fassung der Broschüre. Inhaltlich konnte ich dabei auf die Ergebnisse einer weiteren, schon vorab durchgeführten Literaturrecherche zurückgreifen. Die daraus entstandene Version wurde von einer heterogenen Gruppe (u. a. Pflegefachpersonen, Mediziner*innen, Laien) gegengelesen. Aufgrund deren Rückmeldung entstand die Pilotversion. Abschließend wurde diese von Expert*innen (Betroffenen mit einem ICD /CRT) beurteilt und final konzipiert. Seit der ersten hausinternen Auflage der Broschüre 2018 berate ich am Herzzentrum Trier betroffene Patient*innen vor bzw. nach dem Eingriff zum „Leben mit dem Defibrillator“. Erkrankte mit Herzschwäche, die zur Implantation von den extern niedergelassenen Kardiologen aus der Region zugewiesen werden, informiere ich im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes nach der Implantation. Immer in engem Kontakt mit den betreuenden Ärzten, auf die ich natürlich verweise, falls ich eine Frage nicht beantworten kann. Mit Patient*innen, die den ICD / CRT aus sekundärprophylaktischer Indikation, also wegen gefährlichen Herzrhythmusstörungen oder überlebtem „Plötzlichen Herztod (PHT)“ erhalten, spreche ich ausführlich vor dem Eingriff. Für diese Menschen kommt die Auseinandersetzung mit dem Defibrillator zumeist völlig unerwartet. Sie und ihr soziales Umfeld haben, anders als die Betroffenen mit einer Herzschwäche, wenig Zeit sich darauf einzustellen. Oft stehen sie noch unter dem Eindruck / Schock der überlebten Reanimation. Sie erhalten das Device meist kurz nach dem Ereignis und verbleiben bis dahin monitorüberwacht im Krankenhaus. Bei diesen Menschen dauern die Gespräche in der Regel länger, weil diese häufig zusätzlich noch Redebedarf über die hinter ihnen liegenden Ereignissen haben. Ich versuche sie während des stationären Aufenthaltes mindestens zweimal aufzusuchen,

um möglichst wirklich alle Fragen / Unsicherheiten vorab zu besprechen. Ggf. rege ich auch das Hinzuziehen unseres psychologischen Fachdienstes an, falls dies nicht zuvor schon ärztlicherseits erfolgt ist. Hier profitiere ich von der intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema „Psychokardiologie“ während meines Masterstudiums (2014-2019).

Am Entlassungstag versuche ich bei allen Implantationspatient*innen ein Abschlussgespräch durchzuführen. Sie erhalten meine Kontaktdaten, sowie den Flyer unserer regionalen Selbsthilfegruppe.

Die mündlichen Rückmeldungen sind dabei durchweg positiv und die Gespräche schließen meistens mit einem „Danke für die Informationen“. Ich erhalte wenig Nachfragen von entlassenen Patient*innen, was vielleicht daran liegt, dass die Broschüre schon Vieles beantwortet und viele Bereiche abdeckt. Die Tatsache, dass durch die Weitergabe meiner Daten die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme besteht, gibt meiner Meinung nach noch eine zusätzliche Sicherheit.

Löst der ICD wirklich einmal aus, sind die Patient*innen verständlicherweise oftmals zunächst erschreckt, verunsichert, alarmieren den Notarzt und werden häufig stationär aufgenommen. Defi-Schocks können für Betroffene sehr belastend sein. Es besteht die Möglichkeit, dass sich daraus psychische Störungen bzw. schlimmstenfalls psychischen Erkrankungen entwickeln, deshalb versuche ich diese Menschen frühzeitig auf den Stationen zu besuchen, auch zur Einschätzung ihrer psychischen Verfassung. Hier kommt mir erneut, neben meiner mittlerweile langen Erfahrung, mein Wissen zur Psychokardiologie zu Gute. Nach Rücksprache mit den Patient*innen und den Ärzt*innen werden bei Bedarf die Psycholog*innen involviert. Ich weise die Betroffenen noch einmal deutlich auf die guten Unterstützungsmöglichkeiten der Selbsthilfegruppe hin bzw. empfehle ggf. die Beantragung einer psychokardiologischen REHA-Maßnahme und bleibe auch nach der Entlassung telefonisch oder per Mail erreichbar.

Mein hier beschriebenes, strukturiertes Beratungskonzept ist, soweit mir bekannt ist bisher in Deutschland einmalig. Dabei ist meine Berufsgruppe aufgrund ihrer Nähe zu den Patient*innen besonderes geeignet für diese Aufgabe. Pflegefachpersonen sind im Krankenhaus häufig die ersten Ansprechpartner*innen bei Fragen und Problemen. International hat man die Schlüsselrolle von Pflegefachpersonen schon lange erkannt, spezielle „ICD-Nurses“ sind dort etabliert.

Eine deutschlandweite Implementierung des „Trierer Modells“ an Implantationszentren und deren Ambulanzen, angepasst an die jeweiligen Settings, wäre wünschenswert und sicherlich vor allem im Sinne der Patient*innen. Das werde ich aber allein nicht erreichen können. Hier sind meiner Meinung nach weitere Mitstreiter*innen und Unterstützer*innen aus den verschiedenen Berufsgruppen (Pflege, Medizin, Psychologie) und den Selbsthilfeverbänden nötig, um eine breitere Öffentlichkeit für die Thematik zu sensibilisieren. Die Inhalte der Broschüre „Mein Leben mit dem Defibrillator“ könnte jedoch insbesondere Pflegefachpersonen dazu anregen, eigenständige Konzepte für ihre Klinik zu entwickeln. Eine erfreuli-

cherweise immer weiter zunehmende Akademisierung unter den Pflegefachpersonen birgt dabei das Potential das Thema weiter wissenschaftlich zu erarbeiten und zu evaluieren.

Persönlich versuche ich in Fortbildungen, Vorträgen und Lehrveranstaltungen auf das Thema aufmerksam zu machen. Bisher habe ich quer durch alle Berufsgruppen dazu nur positive Rückmeldungen erhalten. Die Broschüre wird häufig nachgefragt und bundesweit versendet. Sehr gefreut hat mich, dass Defibrillator Deutschland e.V. sich entschieden hat, sie inhaltlich zu übernehmen und zu veröffentlichen, so dass noch mehr Betroffene erreicht werden können.

Weitere Informationen zu meiner Person finden sie in der Vorstellung zu meiner Kandidatur für den neuen Vorstand.

Kontaktdaten:

Email: a.kampmann@bbtgruppe.de

Telefon: 0651/ 208982723

Anke Kampmann

Pflegeexpertin APN Herzinsuffizienz M.Sc.

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

Quellenangabe:

Albus, C.; Waller, C.; Fritzsche, K.; Gunold, H.; Hass, M.; Hamann, B.; Kindermann, I.; Köllner, V.; Leithäuser, B.; Marx, N.; Meesmann, M.; Michal, M.; Ronel, J.; Scherer, M.; Schrader, V.; Schwaab, B.; Weber, C.S.; Herrmann-Lingen, C. (2018): Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie Update 2018.in: Der Kardiologe. Published online: 29 August 2018. [online] <https://leitlinien.dgk.org/2018/bedeutung-von-psychosozialen-faktoren-in-der-kardiologie-update-2018-positionspapier-der-deutschen-gesellschaft-fuer-kardiologie/> (Zugriff am 31.07.2024)

Ladwig, K.H. Lederbogen, F.; Albus, C.; Angermann, C.; Borggreffe, M.; Fischer, D.; Fritzsche, K.; Haass, M.; Jordan, J.; Jünger, J.; Kindermann, I.; Köllner, F.; Kuhn, B.; Scherer, M.; Seyfarth, M.; Völler, H.; Waller, C.; Herrmann-Lingen, C. (2013): Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie. Update 2013. In: Der Kardiologe 2013. 7: 7–27.

Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Hamburg 2017; [online] <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/> (Zugriff am 31.07.2024)

Bösche, J.; Dirksen, A.; Knisch-Wesemann, A.; Kocks, A.; Reinsberger, N.; Röttgers, J.; Weskamm, A.(2023): [online] Anforderungsprofil-APN-Netzwerk-Erw-Pflegepraxis-DBfK.pdf (Zugriff am 31.07.2024)

Defibrillator (ICD) Deutschland e. V.

Richard-Wagner-Straße 29
69214 Eppelheim
Tel: 06221 8728 994

Website: www.defibrillator-deutschland.de
Facebook: <https://www.facebook.com/DefibrillatorDeutschland>
Instagram: https://www.instagram.com/defibrillator_icd_deutschland/

eingetragen AG München - Registergericht VR 200834



