

10 Jahre



Koronarsport

1978 - 1988

Turnverein Völklingen
von 1878 e. V.



Turnverein Völklingen v. 1878 e. V.

10 Jahre Koronarsport

1978 - 1988

Herausgeber: Koronarsportgruppe
des Turnverein Völklingen v. 1878 e. V.

Redaktion: Werner Cartus

Herstellung: isack & steis,
im Dorf 53, 6633 Schaffhausen, Tel. 0 68 34/4 10 62

Grußwort

Im Namen des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation im Saarland e. V. gratuliere ich der ambulanten Herzgruppe Völklingen, ihren betreuenden Ärzten, den Übungsleitern und, last but not least, den Patienten sehr herzlich zum 10-jährigen Bestehen. Die ambulante Herzgruppe Völklingen ist die älteste Einrichtung für ambulanten Herzsport im Saarland.

Das Jubiläum Ihrer Gruppe ist ein eindruckliches Beispiel für die stetige Aufwärtsentwicklung, welche die organisierte Sekundärprävention bei koronarer Herzkrankheit in den letzten Jahren im Saarland und im gesamten Bundesgebiet genommen hat. Die Teilnehmerzahlen steigen, und der Kreis der Patienten beschränkt sich nicht mehr vorwiegend auf Zustände nach Herzinfarkt. In zunehmender Anzahl beteiligen sich auch Patienten nach aorto-koronarer Venenbypass-OP, den Herzklappen und - bisher als seltene Einzelfälle - Patienten mit einem Zustand nach Herztransplantationen am Bewegungsprogramm der Trainings-, Übungs- oder Sondergruppen.

Dabei soll nicht verschwiegen werden, daß die ständige Zunahme der Gruppenstärke und der Gruppenzahlen auch Betreuungsprobleme schafft, die in nicht zu ferner Zukunft neue Lösungen erfordert. Auch hier hat die ambulante Herzgruppe Völklingen schon früh neue Wege beschritten, die seinerzeit kontrovers diskutiert wurden.

Zwar ist bisher nicht der wissenschaftliche Beweis erbracht, daß die Teilnehmer an den ambulanten Herzgruppen weniger Zweitinfarkte bekommen und länger leben; immerhin ergeben sich aber aus Langzeituntersuchungen Hinweise auf ein vermindertes Risiko tödlicher Herzinfarkte bei Teilnehmern ambulanter Herzgruppen. Vor allem ist unbestritten, daß Patienten, die in ambulanten Herzgruppen aktiv mitarbeiten, eine verbesserte, körperliche Belastbarkeit zeigen, daß bei ihnen die Häufigkeit sogenannter kardiovaskulärer Risikofaktoren geringer ist, daß sie ein höheres Maß an Selbstsicherheit und eine geringere Depressionsneigung aufweisen und vor allem, daß sie ein höheres Maß von Lebensqualität für ihre Person angeben als Nichtteilnehmer. Frühere Untersu-

Inhalt:

Einleitung

Erhebungen in der Bundesrepublik, die wegen des jetzt nahezu flächendeckenden Netzes von ambulanten Herzgruppen in den meisten Bundesländern nicht mehr durchführbar wären, haben seinerzeit ergeben, daß Patienten, die an ambulanten Herzgruppen teilnehmen, in einem höheren Prozentsatz und in kürzerer Zeit nach einem Herzinfarkt wieder ins Berufsleben eintraten, als solche Patienten, die zwar für Herzgruppen geeignet waren und daran teilnehmen wollten, aber dies wegen Fehlens einer Gruppe an ihrem Wohnort nicht tun konnten.

Für unsere zukünftige Arbeit erscheint mir wichtig, daß unter Beibehaltung der Bewegungstherapie als Schwerpunkt des Gruppenlebens eine Weiterentwicklung erfolgt, die zum Konzept einer umfassenden, nicht allein auf Trainings- und Übungsbehandlung beschränkten Sekundärprävention hinführt, sondern die versucht, Änderungen im gesamten Life-Style des Patienten zu erreichen unter Einschluß der sogenannten kardiovaskulären Risikofaktoren und der aus der Erkrankung resultierenden psychischen Probleme.

Dr.med.habil. H. Müller
- 1.Vorsitzender -



Grußwort

Vor zehn Jahren hat Werner Cartus mit dem Aufbau des Koronarsports in unserem Verein begonnen.

Er hat damit eine Anregung aufgegriffen, die Professor Dr. Günter Hennersdorf bereits im Jahre 1977 an den saarländischen Landessportverband herangebracht hatte. Jörg Eifler und Herbert Gombler übernahmen als Diplomsporthelehrer die Funktion der Übungsleiter und eigneten sich zur optimalen Wahrnehmung dieses Amtes koronarsportliche Spezialkenntnisse an. Heute sind im Verein drei Übungsleiter mit "S"-Lizenzen und ein Übungsleiter mit "F"-Lizenz tätig.

Der von Professor Dr. Hennersdorf initiierte Koronarsport in unserem Verein, heute als "Völklinger Modell" bekannt und bewährt, wird von den Ärzten Dr. Schäfer, Dr. André, Dr. Gebauer und Dr. Persch medizinisch betreut und überwacht.

Aus dem Experiment von damals ist eine Abteilung geworden, die aus dem Verein, seinem Leben und seiner Geselligkeit nicht mehr wegzudenken ist. Landesweit hat das Beispiel, das der Verein damit gegeben hatte, Schule gemacht. Aus den punktuellen Anfängen - Völklingen, St. Ingbert, später Köllerbach, Saarbrücken und Saarlouis - haben sich im Laufe der Jahre vierundzwanzig Stützpunkte des Koronarsports im Saarland entwickelt.

Blicken wir aus Anlaß des zehnjährigen Bestehens der Abteilung zurück, so ergibt sich eine Bilanz, die alle Beteiligten, die Teilnehmer ebenso wie die Übungsleiter und Ärzte, aber auch die Krankenversicherungsträger, mit Stolz und Dankbarkeit erfüllen muß.

Sie sind dem Selbsthilfegedanken verpflichtet und helfen dem durch seine Krankheit oder Gefährdung in der freien Entfaltung seiner Möglichkeiten Eingekengten zu vielfältigem neuen Lebensmut und Selbstbewußtsein.

Möge dieser im besten Sinne humane Anstoß, der von dem "Völklinger Modell" ausgegangen ist, noch viele weitere Initiativen gleicher oder ähnlicher Art überall im Lande inspirieren.

Hans Netzer, MdL
- Präsident TVV -



Grußwort

10 Jahre Koronarsport im Turnverein Völklingen v. 1878 e.V. beweisen einmal mehr, daß Turnvereine nicht nur sportliche Ambitionen haben, sondern sich durchaus ihren sozialen Aufgaben bewußt sind.

Die 1978, auf Initiative von Werner Cartus und Prof. Dr. Hennersdorf gegründete Gruppe hatte damals Modellcharakter im Saarland. Für Ihre Arbeit möchte ich im Namen des Vorstandes ein herzliches "Dankeschön" sagen und gleichzeitig die Übungsleiter in diesen Dank mit einbeziehen. Dies gilt auch für Freunde, Gönner und Institutionen die uns bei der Bewältigung dieser Aufgaben helfen.

Nach 10 Jahren erfolgreicher Arbeit ist diese Gruppe aus unserem Verein nicht mehr wegzudenken. Es ist uns eine Verpflichtung für die Zukunft, Menschen auf dem Weg zur Wiedererlangung ihrer Gesundheit zu helfen.

Gerald Haas
- 1. Vorsitzender TVV -

Chronik der ambulanten Herzgruppe des Turnvereins Völklingen

I. Entwicklung und Organisation

Im Jahre 1977 trat Prof. Dr. Günter Hennersdorf, damals noch Privatdozent, an den Landessportverband des Saarlandes heran, um eine Trägerorganisation für die Gründung einer Koronarsportgruppe zu finden. Seitens des LSVS wurde er an den damaligen Vorsitzenden des Turnvereins Völklingen v. 1878 e.V. Werner Cartus verwiesen, welcher gemeinsam mit Prof. Dr. Hennersdorf die organisatorischen Grundlagen erarbeitete.

Am 15.7.1977 erfolgte der förmliche Vorstandsbeschuß, eine "Infarktsportgruppe" zu gründen. Dieses Datum könnte somit als Gründungsdatum angesehen werden. Nach ersten Kontakten mit den Versicherungsträgern fand am 21.11.1977 eine Pressekonferenz statt, wobei Ziele und Aufgaben der neu gegründeten Gruppe einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt wurden. Ein weiteres Gespräch mit Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern wurde am 13.1.1978 geführt.

Am 14. Februar 1978 nahm die "Infarktsportgruppe" des Turnvereins Völklingen v. 1878 e. V. mit 15 Probanden das Training auf.

Als Übungsleiter standen die Dipl. Sportlehrer Jörg Eifler und Herbert Gombler zur Verfügung. Diese Übungsleiter wurden auf Kosten des Trägervereins zur Absolvierung eines Seminars Koronarsport zu Prof. Dr. Halhuber nach Höhenried beordert, welches beide mit Erfolg besuchten. Heute sind es 3 Übungsleiter mit "S"-Lizenz und 1 Übungsleiter mit "F"-Lizenz.

Zur gleichen Zeit entstand auch in St. Ingbert eine weitere Koronarsportgruppe, der sich solche in Köllerbach, Saarbrücken und Saarlouis anschlossen. Inzwischen sind es 24 Vereine im Saarland.

Die von Prof. Dr. Hennersdorf entwickelten Grundsätze für die Bildung von Koronarsportgruppen machten es notwendig, die Übungsstätte zum Stadtteil Ludweiler zu legen, weil dort in Kombination mit der unentbehrlichen Turnhalle ein Schwimmbad mit verstellbarem Boden vorhanden ist.

II. Finanzierung

Die Kosten des laufenden Übungsbetriebes, d.h. Kosten für die Übungsleiter, Bereitstellung des Krankentransportwagens, Schwimmbadbenutzung usw., trägt der Turnverein Völklingen. Die Teilnehmer am Koronarsport treten bei Aufnahme des Trainings in den Turnverein ein und entrichten einen monatlichen Mitgliedsbeitrag, der um DM 2,00 über dem des Gesamtvereins liegt.

Durch Rahmenvereinbarungen mit verschiedenen Kranken- und Ersatzkassen wurde sichergestellt, daß die Teilnehmer seitens dieser Kassen finanziell unterstützt werden. Die Unterstützung hat in der Regel eine Laufzeit von 12 Monaten und beträgt z. Zt. DM 6,20 pro Übungsabend.

Die apparative Ausstattung der Gruppe wurde durch die Arbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation im Saarland finanziert. So verfügt unsere Gruppe inzwischen über einen Defibrillator, ein VitaScop zur Messung der Puls- und Herzfrequenz mit optischer Anzeige, sowie einen komplett ausgestatteten Notarztkoffer. Die Anschaffung einer 2-Kanal-Schwimmmeteorie erfolgte 1984.

III. Ärztliche Betreuung

Das von Prof. Dr. Hennersdorf 1977 entwickelte Modell einer ambulanten Koronarsportgruppe, auch sog. Völklinger Modell genannt, sieht vor, daß die ärztliche Betreuung einer solchen Gruppe grundsätzlich von Ärzten vorgenommen wird, die in der kardiologischen Intensivmedizin erfahren sind.

In dankenswerter Weise hat sich Prof. Dr. Hennersdorf in uneigennützigster Weise persönlich dieser verantwortungsvollen Aufgabe unterzogen. Er wird dabei unterstützt von den Ärzten Dr. Schäfer, Dr. André, Dr. Gebauer und Dr. Persch, während die Johanniter-Organisation unter Herrn Jungmann sowie das Deutsche Rote Kreuz unter Herrn Brandt personelle und apparative Hilfe leisten.

IV. Eingangsuntersuchung

Nach der Rehabilitation in einer Spezialklinik werden die Patienten in der Regel von dort aus bereits einer ambulanten Koronargruppe zur weiteren Therapie zugewiesen. Andere wiederum werden von ihrem Hausarzt auf die Notwendigkeit zur Teilnahme an einer Koronarsportgruppe hingewiesen und auch per Rezept verordnet.

Die nun zur objektiven Leistungsbeurteilung notwendige Eingangsuntersuchung wird in der Regel von Herrn Prof. Dr. Hennersdorf im Kreiskrankenhaus gegen eine Überweisung vom Hausarzt vorgenommen. Diese Leistungsbeurteilung ist entscheidend für die Eingruppierung in die jeweilige Leistungsstufen und die Erteilung der Schwimmerlaubnis.

V. Bewegungstherapie

Unter Anleitung für diese Aufgabe besonders geschulter Übungsleiter kann sich der Patient in 3 verschiedene Ebenen bewegen. Neu hinzu gekommene und nur begrenzt belastbare Patienten werden unserer Übungsgruppe I zugewiesen. Durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen ist es nach merklicher Leistungssteigerung möglich, in die Übungsgruppe II und die Trainingsgruppe aufzurücken.

VI. Selbsthilfegruppe

Das Völklinger Modell sieht bei einer Teilnahme von mehreren Jahren und bei einwandfrei erkennbarem Leistungsfortschritt, den Übergang in die sog. Selbsthilfegruppe vor.

In der Selbsthilfegruppe wird der Patient nicht mehr direkt ärztlich betreut. Durch die räumliche und zeitliche Anwesenheit ist jedoch ärztliche Hilfe gewährleistet. Dies gilt natürlich auch für den Einsatz der Apparatur und des Notfallfahrzeuges der Johanniter.

Die Anforderungen in dieser Gruppe an die Patienten sind an die Anforderungen einer normalen "Trimm-dich-Gruppe" des Turnvereins angepaßt. Die Gruppe steht unter der sportlichen Leitung von Herrn Dipl. Ing. Günter Puhl, welcher selbst als Patient von Anfang an dabei war und später die Zusatzausbildung zum Übungsleiter einer Koronarsportgruppe absolviert hat. Dieses Modell ist in der Bundesrepublik Deutschland bisher einmalig.

VII. Round-Table-Gespräch

In regelmäßiger Folge werden gemeinsame Gespräche über die anstehenden Probleme geführt. In dieser Runde kommen neben den ärztlichen Fragen auch Fragen der Organisation und der Geselligkeit zur Sprache; wie insbesondere die Geselligkeit in unseren Gruppen ein besonderer Rang einnimmt. Ein gemeinsames Wochenende im Turnerheim in Braunshausen 1982 war für die Teilnehmer ein besonderes Erlebnis. Auf dem Terminplan für 1983 stand in diesem Zusammenhang



die Besichtigung der FORD-Automobilwerke in Saarlouis und des Modellkraftwerkes der Saarbergwerke in Fenne. (1986: Fahrt in die Pfalz und ins Elsaß, 1987: Rheinfahrt, 1988: Eifel-Mosel-Fahrt).

VIII. Ausblick

Die ambulanten Koronarsportgruppen des TV Völklingen betreuen Frauen und Männer aus dem gesamten Einzugsbereich Völklingen. Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, insbesondere den Kardiologen und Internisten ist zufriedenstellend, könnte jedoch nach unserem Dafürhalten noch verbessert werden. Ich glaube, hier könnte auch etwas mehr Information unsererseits vielleicht bestehende Hemmschwellen abbauen. Die Rehabilitationskliniken in Blieskastel und Bernkastel weisen uns in der Regel Patienten zu, die dort in einer Reha-Gruppe mitgewirkt haben. Die Kontakte mit den Versicherungsträgern, also den gesetzlichen und privaten Kranken- und Ersatzkassen, sind für beide Seiten nützlich und von Vertrauen getragen. Unsere Mitarbeit in der Arbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation verhilft uns in vielen Fällen Finanzquellen bei Regierung und LVA zu erschließen, um die doch sehr aufwendigen Apparaturen beschaffen zu können.

Die Fluktuation in unseren Gruppen ist ziemlich gering. Aus diesem Grunde übersteigen die Zugänge die Abmeldungen. Dies stellt naturgemäß erhöhte Anforderungen an die Anpassung der Patienten untereinander, da die Benutzung der Turnhalle und des Schwimmbades zeitlich sehr eng begrenzt ist.

Für die Zukunft dieser ambulanten Koronarsportgruppen im Turnverein Völklingen v. 1878 e. V. brauchen wir uns jedoch nicht zu sorgen. Wir werden auch in Zukunft Mittel und Wege finden, um eine einwandfreie Ausübung des Koronarsports zu gewährleisten.

Werner Cartus

Die ambulanten Herzgruppen im Turnverein Völklingen v. 1878 e.V. (Koronarsport)

Aufgaben und Ziele

1. Herzinfarkte sind die häufigste Todesursache in unserer Gesellschaft. Jeder Zweite stirbt an einer Herzkreislauferkrankung. An der Vorbeugung und an der Verringerung dieser Gefahr arbeiten die ambulanten Herzgruppen im Turnverein Völklingen nunmehr seit 10 Jahren mit besten Erfolgen.

Die ambulanten Herzgruppen sind die praktischen Formen der sogenannten Wohnort-Rehabilitation. Der Nutzen dieser Wohnort-Rehabilitation ist groß. Während die stationäre Rehabilitation nach dem Infarkt und/oder der By-Pass-Operation die Basis für die Umstellung des Patienten auf neue Lebens- und Arbeitsgewohnheiten schafft, stellt die nachfolgende Teilnahme am Übungsprogramm einer Koronarsportgruppe, sprich ambulanten Herzgruppe, eine harmonische und logische Konsequenz für das ganze weitere Leben des Patienten dar.





Die Gruppentätigkeit umfaßt sportliche Aktivität und Diskussionsabende (Round-table), die in die wöchentlichen Sportabende vierwöchentlich eingeschlossen werden.

Die sportliche Aktivität, die an die individuelle körperliche Leistungsfähigkeit durch eine ärztliche Eingangsuntersuchung angepaßt wird, besteht aus Gymnastik, Laufarbeit und in nicht wettkampftartigen Gruppenspielen sowie speziell bei unseren Gruppen in ausgiebigen Schwimm-Übungen (Wassergymnastik).

Die Übungen stehen unter der Leitung von besonders für ambulante Herzgruppen ausgebildeten Übungsleitern und werden in Gegenwart eines erfahrenen Arztes durchgeführt.

Die seit Januar 1978 bestehenden ambulanten Herzgruppen Völklingen, welche als selbständige Sparte des Turnvereins Völklingen wirkt, weist gegenwärtig einen Mitgliederstand von z. Zt. über 100 Patienten aus. Diese sind in 5 Gruppen aufgeteilt, die dem Leistungsstand der Patienten entsprechen.

1.1. Anfängergruppe

Patienten mit sehr niedriger Leistungsgrenze, denen früher eine aktive sportliche Tätigkeit nicht erlaubt wurde, die aber neuen Erkenntnissen folgend, unter sorgfältiger Beobachtung üben dürfen und dabei nicht selten beachtliche Leistungssteigerungen vollbringen. Die ergometrische Anfangsleistung liegt bei weniger als 50 Watt.

1.2 Übungsgruppe

Vierwöchiger Eingewöhnungskurs, der zum Einleben von eigentlich gut leistungsfähigen Patienten dient. Ihre Anfangsleistung beträgt mindestens 75 Watt. Nach 4 Wochen wird ärztlicherseits die Eignung für die nächste Gruppe festgestellt und ggf. Schwimmerlaubnis erteilt. Diese ist abhängig von dem 'Nachweis eines ausreichend normalen Herzrhythmus' im Langzeit-EKG bzw. mit der Telemetrie.

1.3. Trainingsgruppe

Hauptsächliche Gruppe, die dem Leistungszuwuchs bei zunächst Untrainierten dient, bei denen die Funktionsreserve des Herzens groß



genug ist. Der Leistungszuwachs nach 2-jähriger Zugehörigkeit zur Gruppe, bei regelmäßiger Teilnahme und Durchführung häuslicher Übungen ("Hausaufgaben") kann bis zu 100 % betragen!

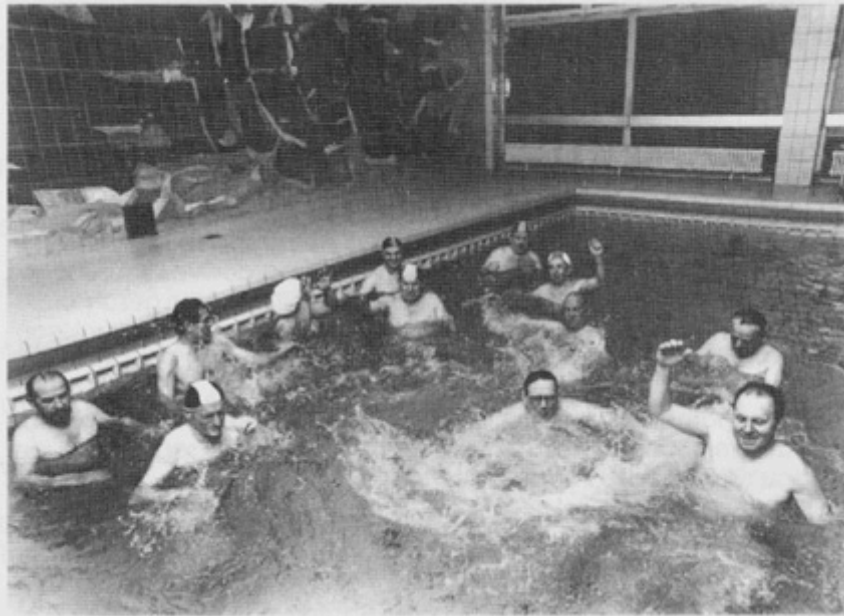
1.4. gemischte Gruppe (Dr. Schäfer)

Seit 1987 besteht auch eine sog. "gemischte Gruppe", die von Herrn Dr. Schäfer betreut wird. Hier wird keine Leistungs differenzierung vorgenommen; vielmehr steht das spielerische Element im Vordergrund. Bei dieser Gruppe entfällt das Schwimmtraining.

1.5. Selbsthilfegruppe

Nach einer gewissen Zeit werden in unseren Herzgruppen solche Patienten, die einen sehr guten Leistungszuwachs zeigen, aus dem ärztlich überwachten Kreis der vorherigen Gruppen herausgelöst und einer sog. Selbsthilfegruppe zugeführt. Diese verbleibt als Gruppe im Turnverein Völklingen und wird von einem Übungsleiter betreut, der selbst als Infarktkranker die Stufen 1-4 durchlief und danach spezifisch ausgebildet wurde. Diese Gruppe dient als Modell; es gibt derzeit keine vergleichbaren Gliederungen im Saarland und im Bundesgebiet.





2. Der Nutzen der Wohnort-Rehabilitation liegt auf der Hand. Es gelingt durch gemeinsame Arbeit sowie durch die vierwöchentlichen Gespräche, gezielt Gesundheitsaufklärung zu betreiben und die familiäre und soziale Situation zu festigen.

Neben der Verbesserung der Risikofaktoren (Rauchen, hoher Blutdruck, Blutfette) kommt der "Entängstigung" durch bessere Einschätzung der oft verblüffend hohen Leistungsreserve des eigenen Körpers eine hohe Bedeutung zu. So leiten die ambulanten Herzgruppen im Turnverein Völklingen eine wichtige Basisarbeit zur Hebung der Volksgesundheit und tragen durch einen Multiplikatoreneffekt mit anderen gesundheitsorientierten Gruppen (Alkoholiker, Drogenabhängige, Hochdruckkranke, Nierenkranke etc.) zur Verbesserung des gesundheitsbewußten Verhaltens der Bevölkerung aktiv bei. Weiteres Ziel wird es sein, in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten am Wohnort und den übrigen Sparten des Turnvereins Völklingen eine sog. Vorbeugegruppe (Präventionsgruppe) zu gründen.

3. Die Übungszeiten der ambulanten Herzgruppen im Turnverein Völklingen sind wie folgt festgelegt:

Gruppe:	Uhrzeit:	Ort:	Übungsleiter:
Gruppe Dr. Schäfer (ohne Leistungs- differenzierung)	mittwochs 18.00-20.00 h	Turnhalle Gatterstraße	FrI. Backes
Selbsthilfegruppe	freitags 17.45-18.30 h	Graf-Ludwig-Schule Ludweiler	Herr Puhl
Trainingsgruppe	freitags 18.30-19.30 h	Graf-Ludwig-Schule Ludweiler	Herr Puhl/ Herr Eifler
Anfängergruppe/ Übungsgruppe	freitags 19.00-20.00 h	Graf-Ludwig-Schule Ludweiler	Herr Puhl/ Herr Eifler

Werner Cartus / Prof. Dr. G. Hennersdorf



Erfahrungen zur Gefährdung durch Herzrhythmusstörungen in der Herzinfarkt-Rehabilitation mit der Koronarsportgruppe des TV Völklingen

Patienten im Zustand nach Myokardinfarkt sind akut zum einen durch Reinfarkte als Folge der Koronararterienstenosen und zum anderen durch das Auftreten des plötzlichen Herztodes durch Kammerflimmern gefährdet. In den meisten vorliegenden Studien wurde nachgewiesen, daß das Auftreten des plötzlichen Herztodes mit dem Nachweis von mehr als 10 ventrikulären Extrasystolen pro Stunde oder mit komplexen Rhythmusstörungen korreliert. Sofern diese Rhythmusstörungen nicht seit der Akutphase des Herzinfarktes bestehen, ist mit einer Neubildung von Rhythmusstörungen nur im ersten Halbjahr nach dem Infarktgeschehen zu rechnen. Danach treten Rhythmusstörungen nicht mehr als Folge des erlittenen Myokardinfarktes auf. Dies gilt natürlich auch für Patienten einer Koronarsportgruppe, bei denen durch submaximale körperliche Belastung eine Reduktion des myokardialen Sauerstoffbedarfs und damit eine Reduktion der Angina-pectoris-Frequenz erreicht werden soll. Die Hoffnung auf eine Verringerung der Mortalität durch die Anwendung von Ausdauersportarten wie Laufen und Schwimmen hat sich leider nicht belegen lassen. Die Verbesserung der Lebensqualität ist allerdings eine positiv zu bewertende Konsequenz.

Im Rahmen einer Dissertation, die Informationen zur Arrhythmogenität dosierter Belastung in der Wohnortrehabilitation liefern sollte, wurde am Beispiel der Koronarsportgruppe des TV Völklingen von 1878 e.V. eine Einschätzung der aktuellen Gefährdung der Teilnehmer, einen plötzlichen Herztod zu erleiden, durch quantitative und qualitative Analyse der Rhythmusstörungen (LOWN-Klassifikation) vorgenommen. Dazu wurden von Dezember 1985 bis Juli 1987 insgesamt 47 Herzinfarkt-Rehabilitanten aus drei Gruppen unterschiedlicher Leistungsfähigkeit telemetriert. Von diesen wurden zusätzlich noch einmal 16 Teilnehmer beim Brustschwimmen untersucht, um eine Vergleichsmöglichkeit zwischen Hallensport und Schwimmen, das ein fester Bestandteil des Trainings der beiden Gruppen höherer Belastbarkeit - der Selbsthilfegruppe mit mehr als 125 Watt und der Trainingsgruppe mit 75 - 125 Watt - ist, zu haben. Nur in der Übungsgruppe, in der die Teilnehmer eine Maximalbelastung von 75 Watt aufweisen, wird Schwimmen ausgespart, da die Belastung beim Schwimmen über die Belastungsgrenze von 75 Watt liegt. Neben der Extrasystolie in den Leistungsgruppen ist die Abhängigkeit der Rhythmusstörungen von der Therapie, dem Alter und der Herzfrequenz überprüft worden. Die Resultate sind Ausdruck sorgfält-

tiger Auswahl geeigneter Patienten, intensiver ärztlicher Betreuung und vorsichtig dosierter Trainingsintensität.

Da Patienten von Koronarsportgruppen selektioniert werden, waren Ergebnisse, die Anlaß zu einer ernsten Prognose gegeben hätten, extrem selten. Ganz generell liegen die Ergebnisse an der unteren Grenze vergleichbarer Ergebnisse mit anderen Koronarsportgruppen und auch niedriger als die aus Gesamtpopulationen von Postinfarkt-Patienten. Nur jeder fünfte Patient, der einen Myokardinfarkt erlitten hat, erfüllt die Voraussetzung zur Teilnahme in einer Trainingsgruppe und noch einmal 40 Prozent erfüllen die Kriterien zur Teilnahme in einer Übungsgruppe. Als Indizien der Selektion gelten unter anderem das Durchschnittsalter, das mit 56,3 Jahren fast 15 Jahre unter dem Durchschnittsalter des Auftretens der Erstinfarkte liegt, die gute Belastungsfähigkeit der Teilnehmer, die zum Teil erst durch die konsequente Anwendung chirurgischer und konservativer Therapiemaßnahmen im Sinne von arterio-coronarer Venenbypass-Operationen und der Anwendung von Antiarrhythmika und Beta-Blockern erreicht wird, die geringe Mortalitätsrate von 0,9 Prozent pro Jahr und das fehlende Auftreten von Komplikationen während des Sports. Von den untersuchten Patienten waren immerhin 22,9 Prozent acvb-operiert, 64,6 Prozent erhielten Beta-Blocker und 29,2 Prozent Antiarrhythmika der Klasse I nach Vaughan-Williams. Diese Werte liegen im Vergleich zu anderen Populationen relativ hoch und verdeutlichen die konsequente ärztliche Versorgung, die bei der untersuchten Koronarsportgruppe weitgehend von einer Kardiologischen Fachklinik übernommen wird. Bei den genannten Voraussetzungen verwundert das weitgehende Fehlen höherer LOWN-Klassen bei Analyse der Telemetrieergebnisse nicht. Bei den Messungen traten insgesamt nur in 18,75 % der Fälle mehr als 10 ventrikuläre Extrasystolen pro Stunde beziehungsweise nur in 12,5 % der Fälle komplexe Rhythmusstörungen auf. Nur zwei Patienten zeigten dabei Bigemini und ein Patient hatte Couplets. Ventrikuläre Salven, ventrikuläre Tachykardien und B- auf T-Phänomene mit der schlechtesten Prognose, fehlten ganz. Obwohl für die drei Gruppen unterschiedlicher Belastbarkeit keine signifikanten Unterschiede erarbeitet wurden, muß der Übungsgruppe - der Gruppe der geringsten Belastbarkeit - ein erhöhtes Risiko eines plötzlichen Herztodes zugeschrieben werden. Alle drei Patienten mit den höchsten LOWN-Klassen gehörten dieser Gruppe an. Eine ärztliche Vollüberwachung bietet sich deshalb vor allem bei diesen Patienten an, obwohl sie bei fehlenden Komplikationen nicht nur in Bezug auf die Rhythmusstörungen nicht zwingend notwendig zu sein scheint.

Deutlichere Unterschiede als bei der Extrasystolie existierten zwischen den drei Leistungsgruppen aber bei den ermittelten durchschnittlichen Herzfrequenzen. Die Patienten der Trainingsgruppe lagen mit der Herzfrequenz signifikant niedriger als die der Selbsthilfe- und Übungsgruppe. Bei der Selbsthilfegruppe ist dies auf die unverkennbare Ausgelassenheit während der Sportstunden, die aufgrund der geringen Gefährdung bei guter Belastbarkeit auch gerechtfertigt ist, zurückzuführen. Die Teilnehmer der Übungsgruppe reagieren wegen der stärksten hämodynamischen Einschränkung der Herzfunktion am deutlichsten mit einem Anstieg der Herzfrequenz. Die niedrigen Ruhe- und Belastungsherzfrequenzen in der Trainingsgruppe sind demgegenüber offensichtlich therapiebedingt, da 85 % der Teilnehmer dieser Gruppe mit Beta-Blockern behandelt werden. Die niedrigen Herzfrequenzen sind Ausdruck des negativ chronotropen Effekts der Beta-Blocker.

Signifikante Unterschiede der Belastungsherzfrequenzen sind auch beim Vergleich zwischen Schwimmen und Hallensport zu verzeichnen. Hierfür können keine Therapieeinflüsse geltend gemacht werden, da es sich bei der Untersuchung um identische Teilnehmer mit analoger Therapie handelt. Die Erklärung liegt in der höheren Belastung beim Brustschwimmen. Schwimmen ist damit optimal dazu geeignet, eine Verbesserung des Leistungsvermögens zu erzielen, da die Belastungsherzfrequenzen genau die Werte erreichten, die nach der Formel 180 minus Lebensalter für eine Leistungszuwachs gefordert werden.

Schwimmen ist bei entsprechenden physischen Voraussetzungen eine ausgezeichnete Ergänzung des Hallensports, zumal beim Schwimmen trotz höherer Belastung qualitativ und quantitativ annähernd gleiche Rhythmusstörungen auftreten. Lediglich eine signifikante Zunahme der supraventrikulären Extrasystolen, die die Prognose nicht einschränken, ist zu verzeichnen. Dieses Phänomen hängt ursächlich von der Atemtechnik und dem hydrostatischen Druck, der bis zum Einsetzen physiologischer Adaptationsmechanismen zu einer Vorhofbelastung durch vermehrten Blutrückstrom zum Herzen führt, ab.

Auch die Therapie hat einen bedeutenden Einfluß auf Herzfrequenz und Extrasystolie. Das Kollektiv der Patienten mit Beta-Blocker-Therapie wies erwartungsgemäß niedrigere Ruhe-, und vor allem aber niedrigere Belastungsherzfrequenzen auf. Die Gruppe mit ausschließlicher Beta-Blocker-Therapie nahm auch bei der Betrachtung der Extrasystolie eine Ausnahmestellung ein, da in dieser Gruppe gegenüber der Gruppe mit Antiarrhythmika und Beta-Blockern und der Gruppe der Patienten ohne entsprechender Therapie die besten Ergebnisse zu verzeichnen waren.

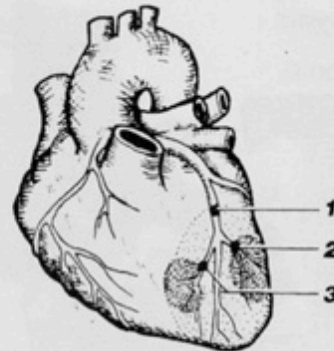
Eine Altersabhängigkeit der Extrasystolie ist in der Koronarsportgruppe nicht zu verzeichnen. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die Selektion hingewiesen. Für ältere Patienten gelten die gleichen Voraussetzungen zur Teilnahme. Die Konsequenz besteht deshalb nicht in einer auffälligen Zunahme von Rhythmusstörungen bei älteren Teilnehmern, sondern in einem relativ geringen Anteil älterer Patienten, die nur noch selten die Voraussetzungen seitens der Herz-Kreislauffunktion und besonders des Bewegungsapparates erfüllen. Tatsächlich sind auch nur 8,5 % der untersuchten Teilnehmer über 65 und 4,25 % über 70 Jahre alt. Auch zwischen Rhythmusstörungen und Ruheherzfrequenzen, also den Ausgangsherzfrequenzen waren keine Parallelen zu erkennen.

Eindeutige Abhängigkeiten waren hingegen zwischen Extrasystolie und Belastungsherzfrequenzen festzustellen. Mit steigender Belastungsherzfrequenz stieg der Anteil an Patienten mit monotopen Extrasystolen. Komplexe Rhythmusstörungen traten mit steigender Herzfrequenz aber nicht auf, im Gegenteil, Patienten mit komplexen Rhythmusstörungen erreichten selten Herzfrequenzen über 120 / min, was wahrscheinlich auf die gute Aufklärung der Patienten und Therapieeinflüsse mit Beta-Blockern zurückzuführen ist. Die Disposition vieler Patienten zu monotopen Extrasystolen und supraventrikulären Extrasystolen bei starker Belastung war aber unverkennbar. Diese neu aufgetretenen Rhythmusstörungen erreichten dennoch nie Qualitäten und Quantitäten, die zur Besorgnis Anlaß gegeben hätten.

Die ermittelten Ergebnisse sind durchweg positiv zu bewerten, da die Gefährdung der Patienten gering ist. Die Ergebnisse mit der Völklinger Koronarsportgruppe liegen im Trend der Ergebnisse anderer Koronarsportgruppen, die über ähnlich gute Voraussetzungen verfügen. Dazu gehören eine sorgsame ärztliche Betreuung, die regelmäßige Untersuchungen einschließt. Die außerordentlich niedrigen Komplikations- und Mortalitätsraten untermauern die Wirksamkeit sorgfältiger Auswahl und Betreuung der Patienten. Nach den ermittelten Ergebnissen erscheint eine Ausweitung des Koronarsports sinnvoll und bei der erzielten Verbesserung der Lebensqualität aktiver Teilnehmer durchaus wünschenswert.

*Hans-Peter Ludwig
Auszug aus der Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin.*

Die dunklen Punkte bedeuten: Hier hat sich die Herzkranz-Arterie verengt. Das umliegende Gebiet des Herzmuskels wird nicht mehr ausreichend mit Blut und Sauerstoff versorgt: Infarkt



Was ist das: ein Infarkt?

100 000 Menschen in der Bundesrepublik bekommen jährlich einen Herzinfarkt, 60 000 sterben daran.

Kein Herzanfall kommt aus heiterem Himmel; 82 aller Infarkte kündigen sich vorher an. Leider werden die Warnsignale oft übersehen oder unterschätzt: Atemnot, Unwohlsein, Schmerzen im linken Arm ... die Medizin kennt etwa 50(!) warnende Symptome. Sie alle können (müssen aber nicht) Vorboten des Infarktes sein.

Ein Herzinfarkt tritt auf, wenn ein Teil des Herzmuskels weniger Sauerstoff bekommt, als es benötigt. Die betroffenen Herzmuskelzellen sterben ab. Wie kommt es nun zu dieser Unterversorgung des Herzens mit Sauerstoff? Darüber gibt es heute verschiedene Theorien.

Wichtigster Grund: Die Adern, die das Herz mit Blut versorgen (Koronar-Arterien), verengen sich. Man kann das mit einem Motor vergleichen, dessen Benzinleitung verstopft ist. Diese Gefäßverengungen (medizinisch: >Stenose<) sind hauptsächlich auf die Ablagerung kalk- und fett-ähnlicher Substanzen zurückzuführen.

So gesehen ist der Infarkt gewissermaßen nur eine >Unterabteilung< der großen Volkskrankheit Arteriosklerose (>Arterienverkalkung<), der in modernen Industriestaaten etwa 50 % aller Menschen zum Opfer fallen (Krebs: > nur < 25 %).

(Quelle: HÖR ZU, Familien-Journal)



Im Herbst - Ein Reisebericht in saarländischer Mundart -

*Es war schunn ziemlich kiehl,
s' Bäredaal war unser Ziel
sinn mir am Turnerheim gewart'.
De Herr Professor hätt gestaunt,
se ware all so gutt gelaunt,
mit viel Elan unn froh' Gedanke.
"Saa nuur", das do das wäre Kranke.
Nach kurzer Fahrt dann in Zwääbrigge,
mir do die Feschdhall gleich erbligge.
Es Friehschdick war dort schunn serviert,
mir hann uns aach nit lang scheniert.
So viel ma wollt kunnt ma do grien,
do klettert hoch de Kolesterin.
Nit Sießschmier nur, nä Käs' unn Wurscht
unn gudder Kaffee fier de Durscht.
Im große Saal, do näwedraan,
do fangt' s Oktowerfescht heit' aan.
Am Oowend wär do doll was los
sahn die, doch denke mir bloß:
"Dann sinn mir jo gar nimmeh do,
die Fahrt die end jo annerschtwo."
Doch mit des Geschickes Mächten*

ist kein ewger Bund zu flechten.
De Roosegarde, schunn geschloss'
hat uns dann extra rinngeloss'.
Die meischde Roose warn verblicht,
so daß es uns dann weiterzieht.
Gespannt war'n mir uff's Bäredaal,
s' gebbt sicher Bääre ohne Zahl.
Mir ließe unser Blicke schweife,
kã Bäär ze siehn, wer kann's begreife.
Endlich am Ziel, vor der "Mairie"
do stand doch wirklich so e Vieh,
zwar war's in Bronze nur gegoss'
doch das hat uns nit viel verdross'.
De Puhl nadierlich muß druffgrawele,
mir lasse ne do owwe zawewe,
denn riwwer mit die Blicke lenke
"A l'arbre vert" hieß diese Schenke.
Uff deitsch heißt das "Zum griene Baam",
do war's um's Herz uns rischdich waam,
zwar war's zuerscht e bissje kalt,
die Herberg war schunn furchbar alt,
doch scheen unn sauwer war gedeckt,
ich glaab, daß es uns do ganz gudd schmeckt.
Die Oma in da Kisch war Klasse,
de Koop selbscht dät vor Neid erblasse,
der dät in Bonn sich nit blamiere
unn das Menü aach dort serviere.
Dann kommt de Wein. "Schenkt ein den holden,
wir wollen uns den kühlen Tag vergolden, ja vergolden."
Unn war die Flasch uff äämol leer,
schun bringt das Määde Neier her.
Ich denk' das do gebbt mir ze deier,
s' is iewerall dieselwe Leier:
die wolle all nur vill vadiene,
doch dann siehn ich nur frohe Miene,
denn Brot und Wein, die heil'gen Gaben
war'n dort ganz ohne Geld zu haben,
soviel mer wollt', mer kann's nit fasse,
die Stimmung die war ausgelasse.
Mir wolde do gar nimmeh weg,
doch Cartus saht:" es hatt kã Zweck,
mir fahre jetzt no Eppenbrunn
solang noch bissje scheint die Sunn."
E herrlich Café hann se dort,
s' is iuwerhaupt e scheener Ort.
Es ging dann weiter mit frohem Klang
zum Oowendesse mit Musik und Gesang.
De Bus halt vor dem festlichen Saale,

Musik erklingt mit fröhlichem Schalle.
Ganz froh gestimmt war unser Herz,
jedoch dann kam der große Schmerz:
De Wirt der lasst uns garnit rin,
der saagt: "Do is e Hochzeit drin,
die kann ich jetzt eraus nit schmeiße".
Mir denke: Ist das große Sch..ande.
De Cartus, Puhl unn der Schoffeer
die telefoniere hin unn her.
Genaues kann ich Eich nit sahn,
mir hann newem Mischthaufe nur gestann
unn ware plötzlich furchtbar traurig.
Da heult es auf, ganz hei, fast schaurig,
ein Urschrei war's aus tiefster Seele,
mir wolle's Eich nicht mehr verhehle:
Mir hann's, die Lösung is Eich recht,
mir fahre uff's Oktowerfescht,
do wo mir doch heit morje ware,
es is nit weit dohin ze fahre.
De Bus der halt, die hann sich gefreit:
"Macht hoch die Tür, die Tor macht weit"
so rufe die, in Stimmung groß.
Do war doch wirklich ebbes los
de Schiffmann, sunscht kann der nit laafe,
ihr Leit, was kunnt der plötzlich schwaafe.
"Bei jedem Schritte und Tritte,
biegt sich sein Körper genau in der Mitte".
Die Fraue stürmisch sich bedanke:
"Hann Ihn noch meh vunn denne Kranke?"
Do kann ich Eich nur ebbes sahn,
durch denne Sport sinn mir so drahn,
do kinne mir noch e bissje glänze,
nadierlich in gewisse Grenze.
De Herzsport is e ernschti Sach'
unn doch gebbt öftersch mol gelacht.
Am Ohmend ging's dann fröhlich hemm
unn noch nit Ähner hott die Flemm.
So muß ich schliesse mei Bericht,
es is nit leicht, so e Gedicht.
Es war ze lang, ich wääs, ich wääs,
doch wer de "Ur-Fauscht" hat gelääs,
der kann de Goethe jetzt vastehn,
bei demm kunnt's aach nit kürzer gehn.
Jo, Dichter, so wie Ich unn Der,
hann's zu Lääbzeiten immer schwer.

Hans Rodermann

Welche Patienten können an einer Ambulanten Herzgruppe teilnehmen?

Von der "Deutschen Arbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation" wurden folgende Voraussetzungen für die Teilnahme an einer "Ambulanten Herzgruppe" festgelegt:

- Patienten nach Herzinfarkt,
- Patienten nach Bypass-Operation,
- Patienten nach Herzklappen-Operation.

An medizinischen Unterlagen, die nicht älter als 3 Monate sein dürfen, sind erforderlich:

- Ärztlicher Untersuchungsbefund,
- Ergometerbelastung in Watt/3 min.,
- Röntgen-Thorax, wenn möglich mit Herzvolumen-Bestimmung oder echocardiographische Untersuchung,
- bei Infarktpatienten mit Anschluß-Heilbehandlung der Bericht der Rehabilitationsklinik.

Die Verordnung (Rezeptformular) des Hausarztes sollte z. B. so aussehen:

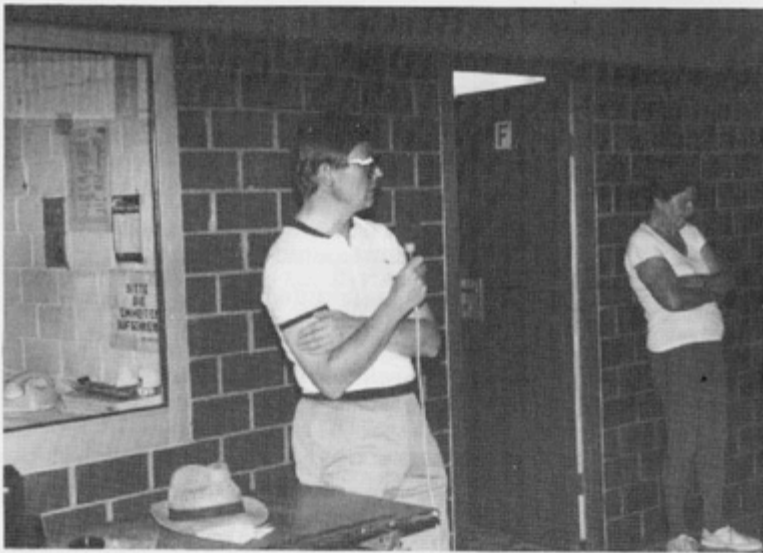
*Rezept: Teilnahme an einer Herzgruppe für 6 Monate
Diagnose: Zustand nach Myocard-Infarkt*

(Unterschrift des Hausarztes mit Zulassungstempel)

Der Patient legt anschließend dieses Rezept zur Genehmigung bei seiner Krankenkasse vor und übergibt es seinem Übungsleiter.

Die Teilnahme an den Übungsstunden wird durch Unterschrift des Patienten bestätigt.

Eine evtl. Schwimmerlaubnis wird durch den Hausarzt erteilt.



Was geschieht in den Übungsstunden?

In den Übungsstunden, die einmal wöchentlich stattfinden, treffen sich Patienten aus dem gesamten Einzugsgebiet um Völklingen in ambulanten Gruppen zum Turnen, welches aus Gymnastik, Laufen und Spielen besteht. Auf besondere Verordnung des Hausarztes kann auch am Schwimmen (Schwimmgymnastik) teilgenommen werden.

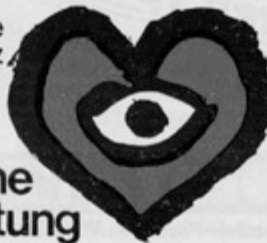
Neben diesen Übungsstunden finden auch Einzel- und Gruppengespräche mit Prof. Dr. Hennersdorf über krankheitsspezifische Probleme, über die Ernährung und allgemeine Lebensweise statt. Die gemeinsamen Übungsstunden sollten durch häusliche Aktivitäten (in Grenzen) ergänzt werden.

Einmal im Jahr findet für die Ambulanten Herzgruppen im TVV eine Ganztagesfahrt statt, die vom Mutterverein bezuschußt wird.

Als Folge der Bewegungstherapie nimmt die körperliche Belastungsfähigkeit allmählich wieder zu, weil der Körper mit geringerem Energieaufwand die gleiche Leistung erbringen kann. Die Gelenkbeweglichkeit und die Geschicklichkeit werden verbessert, die Muskulatur wird kräftiger, und in begrenztem Umfang kann auch die Leistungsfähigkeit des Herzens erhöht werden.

Neben den meßbaren Leistungsverbesserungen sind die psychischen Auswirkungen der Bewegungstherapie ebenso wichtig: Der Patient lernt seine Erkrankung besser kennen und damit umzugehen; das seelische Gleichgewicht wird wiederhergestellt.

Hab' ein Auge
auf Dein Herz



**Deutsche
Herzstiftung**

**Werde
Mitglied !**

Was jeder Herz-Kreislauf-Kranke wissen sollte

In der Bundesrepublik Deutschland haben etwa 10-15% der erwachsenen Bevölkerung erhöhte Blutdruckwerte, die Mehrzahl von ihnen, ohne es zu wissen. Bluthochdruck und die damit verbundenen Risiken wie Arteriosklerose (Arterienverkalkung), Schlaganfall und Herzinfarkt stehen heute mit an der Spitze der ernährungsabhängigen Krankheiten. Häufig ist ein Hochdruck noch von Übergewicht, erhöhtem Blutfettspiegel und/oder erhöhtem Harnsäurespiegel begleitet.

Blutdruck - was ist das?

Unter Blutdruck versteht man den Druck, den das Herz aufwenden muß, um das Blut aus dem Herzen in die Blutgefäße des Körpers zu pumpen. Wie der Barometerdruck wird der Blutdruck auch in Millimeter Quecksilbersäule (mm/Hg) gemessen. Bei Blutdruckmessungen werden immer zwei Werte angegeben: ein oberer Wert, den man als *systolischen Druck* bezeichnet (= Druck, der beim Zusammenziehen des Herzens entsteht) und ein unterer Wert, den man den *diastolischen Druck* nennt (= Druck, der bei der Erschlaffung des Herzens besteht). Als Normbereich gelten für den Erwachsenen die Blutdruckwerte bis 140/90 mm/Hg. Der kontrollbedürftige Grenzbereich reicht bis 160/95 mm/Hg. Liegt der Blutdruck ständig über den Normalwerten, so spricht man von Bluthochdruck oder Hypertonie. Der Blutdruck ist nicht immer gleich hoch, sondern ist abhängig von Umwelteinflüssen (Ernährung, Streß), Körperlage, Herzrhythmus und vielem anderen. Nur ein Arzt kann daher eindeutig feststellen, ob ein Bluthochdruck vorliegt. Das gilt besonders für ältere Menschen, bei denen für die Bewertung des Blutdruckes noch andere Gesichtspunkte berücksichtigt werden müssen: die alte Faustregel: normaler Blutdruck = 100 plus Lebensalter - ist als Anhaltspunkt gar nicht so schlecht.

Wie entsteht ein Bluthochdruck?

Beim Hochdruck unterscheidet man zwei Formen: den *primären oder essentiellen Hochdruck* und den *sekundären Hochdruck*.

Beim *primären oder essentiellen Hochdruck* ist die Ursache nicht bekannt. Sicher ist jedoch, daß die Vererbung eine gewisse Rolle spielt. Bei entsprechender Erbanlage können zu hoher Kochsalzverzehr und

Übergewicht einen Bluthochdruck auslösen. Ob und inwieweit seelische Konflikte, Streß und innere Spannung Ursache eines *chronischen* Hochdrucks sein können, ist wissenschaftlich nicht erwiesen. Richtig ist aber, daß sie zu einer vorübergehenden Blutdrucksteigerung führen können.

Beim *sekundären Hochdruck* liegt eine die Blutdrucksteigerung auslösende Grundkrankheit vor. Der Hochdruck ist hier nur eines von vielen Krankheitszeichen (Symptomen); beispielsweise bei Nierenleiden, bei einer Überfunktion der Schilddrüse, bei gutartigen Geschwülsten der Nebennieren, um nur einige Krankheiten zu nennen, die mit erhöhtem Blutdruck einhergehen. Beim sekundären Hochdruck muß vor allem die Grundkrankheit behandelt werden. Es genügt nicht, wenn nur der Hochdruck behandelt wird. Mit der Besserung des Grundleidens normalisiert sich auch der Blutdruck.

Übergewicht und Kochsalz - welche Rolle spielen sie beim Hochdruckkranken?

Übergewicht und ein hoher Kochsalzverzehr begünstigen das Auftreten eines Hochdrucks. Umgekehrt wirken sich Gewichtsabnahme und Einschränkung des Salzverzehrs blutdrucksenkend aus.

Übergewicht wirkt sich für viele Hochdruckkranke zusätzlich negativ aus, da es die Arteriosklerose (Arterienverkalkung) begünstigt. Als Folgeerscheinung können verstärkt Verkalkungen, besonders im Bereich der Herzkranz- und Hirngefäße, auftreten. Das bedeutet, daß die Gefahr eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles beim Hochdruckkranken - und noch mehr beim übergewichtigen Hochdruckkranken - vielfach größer ist als beim Menschen mit normalem Blutdruck. Regelmäßige Gewichtskontrollen sind daher sinnvoll. Bei bestehendem Übergewicht ist eine Gewichtsabnahme unbedingt erforderlich.

Wie wirkt sich ein unbehandelter Hochdruck aus?

Bleibt ein Bluthochdruck unbehandelt, bedeutet das eine ernste Gefahr für die Gesundheit. Besteht erhöhter Blutdruck über längere Zeit, so werden Herz und Blutgefäße überfordert und geschädigt. Die Arterien verhärten, das Herz kann nicht mehr genügend Leistung bringen, es kann zu Schlaganfall und Herzinfarkt kommen. Ein hoher Blutdruck muß immer behandelt werden.

Zusammenhänge zwischen Kochsalz und Hochdruck

Kochsalz (Natriumchlorid) ist eine chemische Verbindung aus Natrium und Chlorid. 1 Gramm Kochsalz enthält 0,4 g Natrium und 0,6 g Chlorid. Für die Ernährung des Herz-Kreislauf-Kranken ist allein der Natriumgehalt der Lebensmittel entscheidend.

Beim Hochdruckkranken kann der Natrium(Salz)-Wasserhaushalt nicht mehr richtig reguliert werden mit der Folge, daß zuviel Natrium im Organismus angesammelt wird. Daran ist zum einen die Niere mit verminderter Ausscheidung beteiligt, zum anderen wird Natrium in der Zelle festgehalten.

Kochsalzverzehr - was zu beachten ist

Kochsalz ist für den Menschen notwendig, denn für die Zellfunktion sind ganz bestimmte Konzentrationen an Wasser und Salzen erforderlich. Da der Körper ständig Salze ausscheidet, müssen entsprechende Mengen wieder zugeführt werden. Im allgemeinen reichen hierfür 5-6 Gramm Kochsalz (entspricht 2-3 Gramm Natrium) pro Tag aus. Nur bei hohen Salzverlusten, beispielsweise durch starkes Erbrechen und Schwitzen, bei langanhaltenden Durchfällen braucht der Körper mehr Salz. Ein Mangel an Kochsalz ist normalerweise nicht zu befürchten, da durch den natürlichen Salzgehalt der Nahrungsmittel dem Körper genügend Kochsalz angeboten wird. Untersuchungen haben jedoch ergeben, daß in der Bundesrepublik zuviel Kochsalz (zwischen 10 und 15 Gramm pro Tag) verzehrt wird. Diese hohe Aufnahme hat folgende Ursachen:

- Vielen Nahrungsmitteln wird zusätzlich zu ihrem natürlichen Gehalt an Natrium Kochsalz zugesetzt (z. B. Sauerkraut, roher und gekochter Schinken, Wurst, Käse, Brot).
- Die Gewöhnung an den Salzgeschmack und unkontrollierter Salzen oder Nachsalzen tragen ebenfalls zum erhöhten Kochsalzverzehr bei.

Körperliche Bewegung - ja oder nein?

Auch der Hochdruckkranke sollte sich regelmäßig körperlich betätigen. Vorher muß er aber unbedingt mit dem Arzt sprechen. Hochdruckkranke können alle Ausdauer-Sportarten ausüben wie beispielsweise Schwimmen, Radfahren, Laufen; jedoch keine, die eine kurzfristige

Anstrengung bedeuten wie Kraftsport (z. B. Gewichtheben), Liegestützen, Wettkampf- und Hochleistungssport.

Wichtig: Treten Beschwerden auf, sofort den Arzt aufsuchen und erst dann wieder sportlich aktiv werden, wenn dieser nichts dagegen einzuwenden hat.

Einen günstigen Einfluß auf den Bluthochdruck haben alle Entspannungsübungen wie Yoga und autogenes Training.

(Quelle: "Richtige Ernährung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Bluthochdruck", herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung)

HEIDSTOCK APOTHEKE

Inge Brunner-Stöckl

Gerhardstraße 185
6620 Völklingen
Telefon 06898/81662

**Sie sind gut beraten
in Ihrer APOTHEKE**



Autovermietung · Abschleppdienst
PKW · LKW · Wohnmobile · Tag und Nacht

Völklinger Straße 37 · 6620 VK-Ludweiler

☎ (0 68 98) 4 36 13

Aus unserer Turnerfamilie

Nachstehende Mitglieder haben oder hatten im Jubiläumsjahr "runde" Geburtstage:

Egon Burgard	09.01.1988	60 Jahre
Werner Cartus	02.03.1988	55 Jahre
Gerhard Sattler	15.03.1988	40 Jahre
Arno Comtesse	21.03.1988	50 Jahre
Josef Jungmann	25.03.1988	60 Jahre
Berthold Blass	24.04.1988	65 Jahre
Robert Gauer	18.07.1988	45 Jahre
Edi Grygier	29.07.1988	70 Jahre
Katharina Laval	09.08.1988	70 Jahre
Helmut Hesedenz	11.10.1988	55 Jahre
Helmut Zwer	02.11.1988	45 Jahre
Wolfgang Bardo	23.12.1988	55 Jahre

Die Ambulanten Herzgruppen im TVV wünschen von Herzen

"Alles Gute, vor allem gute Gesundheit!"





In Ehrfurcht gedenken wir

unserer Toten

Herzlichen Dank!

den Helfern der Johanniter-Unfall-Hilfe Völklingen und den Mitarbeitern des Deutschen Roten Kreuzes, Ortsverein Völklingen für ihren unermüdlichen und segensreichen Einsatz bei der Betreuung unserer Ambulanten Herzgruppen im TVV.



Deutsches Rotes Kreuz

Die Ambulanten Herzgruppen im Turnverein Völklingen v. 1878 e. V. danken allen Inserenten für Ihre wohlwollende Unterstützung bei der Herausgabe der vorliegenden Informationsschrift.

Wir bitten alle Leser, die Anzeigen in dieser Schrift wohlwollend zu beachten und unsere Inserenten bei ihren Dispositionen zu berücksichtigen.

Wie gut Sie mit Edelmetall beraten sind, kommt darauf an, wo Sie es kaufen.



Wir beraten Sie über die richtige Anlage in Gold, Silber oder Platin – ob im In- oder Ausland – als Teil Ihrer Geldanlage insgesamt, auch wenn Sie kein Konto bei uns haben.

Fragen Sie die Deutsche Bank

Deutsche Bank Saar

