

Die **GERINNUNG** 44

Patientenratgeber zum Umgang mit der Blutgerinnung

Leben mit Gerinnungshemmern

Deutsches Aortenklappenregister – was steckt dahinter?

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung benötigen immer mehr Menschen einen Aortenklappenersatz. Derzeit mehr als 12.000 jährlich. Die Herzchirurgie bietet neben dem herkömmlichen mechanischen (2009: 2.146*) den biologischen Aortenklappenersatz (2009: 11.981*) an. Hinzu kommt nun der Ersatz „neue Klappe in die defekte künstlich biologische Aortenklappe“ sowie die TAVI-Therapie (Transkatheter-Aortenklappen-Implantation) (2009: 2.152* [*]Herzbericht 2009, siehe auch „Die Gerinnung Nr. 42, Seite 2]), bei der die neue Klappe entweder über die Leiste oder transapikal (durch die Herzspitze) implantiert wird. Bei der neuen Technik „Klappe in Klappe“ verbleibt die defekte Bioprothese im Herzen. „Oft sind die Betroffenen beim notwendigen Ersatz der defekten Bioprothese älter oder betagt und verkraften eine herkömmliche Operation schlechter“, so Prof. Dr. med. Ralf Zahn, Ludwigshafen. „Das TAVI-Verfahren hingegen kommt nur bei ausgewählten und sehr kranken Patienten über 75 Jahren zur Anwendung. Um die Einführung dieses innovativen Therapieverfahrens wissenschaftlich konsequent zu begleiten, wurde von den Fachgesellschaften der Herzchirurgen und Kardiologen das Deutsche Aortenklappenregister am 1.

Juli 2010 eingerichtet“ (Pressemitteilung vom 1.10.2010 der DGTHG). Vorsitzende des Aortenklappenregisters sind Prof. Dr. med. Friedrich Mohr, Leipzig, und Prof. Dr. med. Christian Hamm, Bad Nauheim.

Gegenwärtig sind schon zirka 90 % der infrage kommenden Herzzentren Deutschlands beteiligt. Unterstützt wird die Arbeit außerdem von der Deutschen Herzstiftung e.V. und den Kostenträgern. Die Finanzierung erfolgt jedoch durch die Herzklappenhersteller. Betont wird, dass diese Finanzierung an keinerlei Bedingungen geknüpft ist. Welche Patienten nun von welcher Operationsmethode profitieren, wird anhand einer Registerstudie herausgefunden. Es werden nicht nur kurzfristige Behandlungsergebnisse erhoben, sondern auch anhand von telefonischer Nachfrage bei den Operierten Daten über fünf Jahre zu Überleben und Lebensqualität gesammelt. Die Auswertung erfolgt anonym. Für das Jahr 2010 liegen schon 1940 verwertbare Daten vor. Über 4000 Patienten haben sich bisher freiwillig für die Studie registrieren lassen. Jederzeit kann der Patient aber auch seine Einwilligung widerrufen. Man kann gespannt sein, wie sich die Zukunft der Aortenklappen-Operation gestaltet.

Christian Schaefer ●



In dieser Ausgabe

3 Was tun bei Blutungen und Verletzungen?

Dr. med. Hannelore Rott gibt eine Reihe von Hilfestellungen, was bei Blutungen zu beachten und zu tun ist, wann ärztlicher Beistand gerufen und was unbedingt vermieden werden sollte.

5 ‚Stroke Unit‘ für mich bisher ein unbekanntes Wort.

In diesem spannenden Leserbericht beschreibt *Klaus Sch.*, welche Erfahrungen er auf der Stroke Unit gemacht, welches Fazit er gezogen hat und beschreibt seine persönlichen Konsequenzen.

6 Sie fragen ... wir antworten

Dr. med. Hannelore Rott beantwortet Fragen zu den Themen Gerinnungsstörung, Protein-S-Mangel, Medikamente nach der Schwangerschaft, brüchige Fingernägel und Haarausfall.

8 Umfrage-Ergebnisse

Die Ergebnisse der Befragung, die wir mit Unterstützung der Universität Oxford 2009 durchgeführt haben, liegen nun vor.

10 Krafttraining nach Herzklappenersatz/ -rekonstruktion

In seinem dritten Beitrag berichtet *Diplom-Sportlehrer Uwe Schwan* über das Kraftausdauertraining.

11 Sie fragen ... wir antworten

PD Dr. med. Heinrich Körtke nimmt Stellung zum Thema Entfernung eines Polypen.

12 Gaias Gipfel

Veronika R. Meyer, Trägerin einer mechanischen Aortenklappe, hat ein lesenswertes Buch über die Besteigung der höchsten Gipfel der Welt geschrieben.

13 Aktivitäten der INRswiss

15 Aktivitäten der INR-Austria

16 Selbsthilfegruppen

Editorial

So schlecht sind wir nicht

Die Ergebnisse der deutschsprachigen Befragung zum Umgang mit Gerinnungshemmern (GLAS – Global Anticoagulation Monitor Survey, s. Seiten 8 und 9), wurden auf der 6. Konferenz der ISMAAP in Thalwil/Schweiz von *Dr. med. Artur Bernardo* im November letzten Jahres vorgestellt.



Christian Schaefer

Die englischsprachige Befragung (mit den gleichen Fragen) wurde durch die Patientenorganisation „AnticoagulationEurope“ in Großbritannien durchgeführt. An dieser Online-Befragung nahmen 330 antikoagulierte Patienten teil. Auf der 11. Nationalen Konferenz des ‚Anticoagulation Forum‘, Boston, vom 5. bis 7. Mai 2011 konnten die Ergebnisse mittels eines wissenschaftlichen Posters von den mehr als 900 Teilnehmern der Konferenz begutachtet und diskutiert werden. Für uns eine gute Möglichkeit, den amerikanischen Fachärzten sowie den Krankenschwestern, die die antikoagulierten Patienten in den Antikoagulationskliniken betreuen, zu zeigen, wie erfolgreich das Gerinnungs-Selbstmanagement in den deutschsprachigen Ländern ist. In den USA beginnt sich langsam die Selbstbestimmung, die zu Hause durchgeführt wird, durchzusetzen. Der selbst ermittelte INR-Wert wird an die betreuende speziell geschulte Krankenschwester des zuständigen Antikoagulations-Dienstes übermittelt. Die Angaben zur weiteren Dosierung des Gerinnungshemmers erfolgt durch Ärzte bzw. durch die zuständigen Krankenschwestern. Den diversen Gesprächen in Boston konnte ich entnehmen, dass man sehr wohl weiß, wie etabliert bei uns das Gerinnungs-Selbstmanagement ist. Den letzten Schritt zum Selbstmanagement möchte man aber dennoch nicht wagen. Denn es wird angezweifelt, ob der Patient wirklich selbst die Dosierung vornehmen kann und ob er dann auch den Gerinnungshemmer entsprechend einnimmt. Die möglichen (rechtlichen) Folgen möchte man vermeiden.

Leben mit Gerinnungshemmern

Was tun bei Blutungen und Verletzungen?



Jeder Patient, der blutgerinnungshemmende Medikamente einnimmt, kennt dieses Problem:

Es kommt im Rahmen der Haus- oder Gartenarbeit zu einer Verletzung, man stösst sich vielleicht den Kopf böse an oder knickt sich den Fuß um. Natürlich ist es Wochenende und der betreuende Arzt/Ärztin nicht erreichbar. Was ist zu tun, was ist zu beachten, wann soll ich ärztlichen Beistand zurate ziehen? Ich möchte versuchen, Ihnen im Folgenden einige Hilfestellungen mit auf den Weg zu geben.

1. Schnittverletzungen, blutende Wunden

Zu Schnittverletzungen und blutenden Wunden kommt es typischerweise an den Armen und Beinen, seltener kommen auch einmal Kopfplatzwunden vor. Was ist zu tun?

- Hier sollte am besten ein Verband mit viel Druck angelegt werden, z. B. mit Hilfe einer Kompresse oder auch eines sauberen Küchenhandtuches und einer Mullbinde.
- Bitte nicht so stark abbinden, dass die Durchblutung gefährdet ist.
- Zudem sollte die Gliedmaße höher als das Herz gelagert werden, ggf. kann man sich auch helfen lassen (z. B. beim Armhochhalten).
- Falls greifbar, ist eine Kühlung des Wundbereiches hilfreich, da sich hierdurch die Gefäße zusammenziehen und die Blutung nachlässt. Man kann z. B. ein handelsübliches „coolpack“ nehmen, aber auch ein Kühlakku aus der Kühltasche oder auch eine kalte Getränkedose erfüllen ihren Zweck.
- Nur Vorsicht: Bitte ein gefrorenes Kühlpackchen nicht direkt lange auf der Haut belassen, sondern immer z. B. ein Handtuch dazwischen legen, sonst drohen Kälteschäden.
- Bei klaffenden Wunden sollte immer eine chirurgische Ambulanz in einer Klinik aufgesucht werden, ggf. muss genäht werden.
- Nehmen Sie daher immer Ihren Antikoagulationsausweis mit in die Klinik, ggf. auch Ihren Impfausweis, falls griffbereit (Tetanusschutz!).

- Im Falle einer blutenden Kopfverletzung bitte immer die Klinik aufsuchen!
- Gegebenenfalls kann eine Untersuchung des Gehirns mit CT oder MRT (Schrittmacher-Patienten) notwendig werden.



Dr. med. Hannelore Rott

2. Arm oder Bein verstaucht, verdreht etc.

- Bitte möglichst schnell die Gliedmaße hochlegen und kühlen (s. o.); lassen Sie sich ggf. dabei helfen.
- Falls die Verletzung so schlimm ist, dass Sie nicht auftreten oder z. B. Hand oder Arm/Schulter nicht bewegen können, suchen Sie bitte eine Klinik auf!

3. Blut im Urin, im Stuhl, Bluterbrechen

- Dies ist immer als Alarmzeichen zu werten! Diese Blutungen weisen immer auf eine Schleimhautentzündung, auf Polypen oder manchmal auch auf eine bösartige Erkrankung hin. Zudem sind Blutverluste aus dem Magen/Darm-Bereich mengenmässig schwer abschätzbar und können daher auch bedrohlich werden.
- Daher sollte hier immer zeitnah ein Arzt aufgesucht werden, um eine genaue Untersuchung einzuleiten, insbesondere, wenn Schwäche und Schwindel bzw. Luftnot hinzukommen.
- Frische Blutauflagerungen auf dem Stuhl können auch durch Hämorrhoiden verursacht sein. Aber auch hier ist eine Untersuchung zum Ausschluss schwererer Erkrankungen notwendig.

4. Nasenbluten

Nasenbluten hat seine Ursache immer lokal in der Nase, die Gerinnung spielt hierfür nur eine sehr untergeordnete Rolle. Natürlich blutet es leichter und länger, wenn ein Patient gerinnungshemmende Medikamente einnimmt.

Was ist zu tun?

- Falls man zu Nasenbluten neigt, sollte eine Vorstellung beim HNO-Arzt erfolgen, oft stellt

eine Verödung von oberflächlichen Gefäßen das Problem bereits ab.

- Die Nasenschleimhaut sollte feucht gehalten werden, dies funktioniert z. B. über die mind. 2 x tgl. Anwendung von einer Nasensalbe oder auch einem Nasenöl (bitte fragen Sie Ihren Apotheker).
- Bei akuter Blutung bitte z. B. Stücke von Papiertaschentüchern klein rollen, ein Tampon geht auch, und Nasenflügel mindestens **fünf Minuten** fest zusammendrücken. Die Tamponade erst entfernen, wenn diese von selbst herausfällt.
- Falls häufiger Nasenbluten besteht, kann man sich Tranexamsäure-Ampullen verschreiben lassen, diese Flüssigkeit dann auf die Tamponade tropfen und Nasenflügel fest zusammendrücken (siehe oben). Die Flüssigkeit aus den Tranexamsäure-Ampullen kann man sich auch in der Apotheke in ein Nasenspray-Fläschchen füllen lassen und als Spray bei Bedarf anwenden. Eine Ampulle ist dann sechs Wochen haltbar.

5. Zahnfleischbluten

Falls verstärktes Zahnfleischbluten beobachtet wird, ist auch hier die auslösende Ursache **nicht** das gerinnungshemmende Medikament, sondern vielmehr Zahnbeläge und Parodontose.

- Es sollte daher 2 bis 3 x jährlich eine professionelle Zahnreinigung vorgenommen werden. In der Regel ist damit das Problem bereits erledigt.
- In schweren Fällen kann bei Zahnfleischbluten eine Spülung mit einer Tranexamsäure-Lösung vorgenommen werden.

6. Starke oder dauerhafte Monatsblutung

Die Monatsblutung ist bei vielen (ca. 30%) Patientinnen, die Blutgerinnungshemmer einnehmen, verstärkt (siehe auch „Die Gerinnung“ Nr. 35, Seiten 3 bis 5).

Folgende Möglichkeiten stehen therapeutisch zur Verfügung:

- Einlegen einer gelbkörperhormonhaltigen Spirale (fragen Sie bitte Ihren Frauenarzt), welche den Aufbau der Gebärmutter Schleimhaut verhindert und bei den meisten Anwenderinnen die Monatsblutung komplett abstellt.
- Einnahme einer Antibabypille mit guter Blu-

tungskontrolle, z. B. Ethinylestradiol/Dienogest (fragen Sie bitte Ihren Frauenarzt). Dies ist auch bei Frauen möglich, die unter einer Antibabypille eine Thrombose/Embolie bekommen haben, da die gerinnungshemmende Therapie ausreichend bei regelmässiger INR-Kontrolle schützt.

- Während der Monatsblutung kann Tranexamsäure eingenommen werden, 3 x 2 Tbl. täglich bis zum Stopp der Blutung.
- Nach Abschluss der Familienplanung kann man die Gebärmutter Schleimhaut mit einem kleinen Eingriff veröden lassen (sog. Endometriumablation) oder ggf. kann auch die Gebärmutter ganz entfernt werden.
- Auf den Eisen- und Vitamin-B12-Spiegel sollte bei menstruierenden Frauen regelmäßig geachtet und ggf. eine Substitution vorgenommen werden.



7. Blauer Fleck

Bei Einnahme von Gerinnungshemmern treten nach dem Stoßen leichter blaue Flecke auf als gewöhnlich, abhängig auch vom INR-Wert. Beim blauen Fleck sollte ähnlich vorgegangen werden wie bereits unter Punkt 1 beschrieben. Die betroffenen

Gliedmaße sollten, falls möglich, hoch gelagert und gekühlt werden. Bei blauen Flecken ist Blut in das freie Gewebe übergetreten. Ein Abbau kann dann nur langsam über Fresszellen im Gewebe erfolgen und braucht Zeit, je nach Größe des Hämatoms auch Wochen. Die charakteristische Farbänderung eines blauen Flecks (grün-gelb) hat mit der Umwandlung des roten Blutfarbstoffes im Gewebe zu einem Gallenfarbstoff (Bilirubin) zu tun und ist ein Zeichen von Heilung. Es gibt daher keine Salbe, die diesen Vorgang beschleunigen könnte. Abschwellend können aber kühlende Umschläge wirken mit z. B. Rivanol oder Retterspitz.

Falls das Hämatom sehr groß ist, z. B. ein großes Hämatom am Gesäß nach Sturz, kann eine chirurgische Entlastung des Hämatoms notwendig werden. Bei sehr großen Hämatomen ist daher immer Vorstellung in einer chirurgischen Ambulanz anzuraten.

8. Verbrennung

Eine Verbrennung wird nicht anders behandelt als bei Patienten ohne Einnahme von Gerinnungshemmern. Das wichtigste ist die sofortige Küh-

lung der Brandstelle, auf Salben sollte verzichtet werden. Je nach Größe der Verbrennung ist auch hier eine Vorstellung beim Arzt erforderlich, insbesondere, wenn größere Brandblasen aufgetreten sind.

Was Sie vermeiden sollten:

→ Ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt Vitamin-K-Tropfen einnehmen! Der INR-Wert fällt sehr schnell ab und es kann daher eine Überbrückung mit Heparinspritzen notwendig werden.

→ Daher wird auch *nicht* mehr empfohlen, als Patient eine Vitamin-K-Ampulle mit sich zu führen.

Dr. med. Hannelore Rott, Fachärztin für Transfusionsmedizin,
Gerinnungszentrum Rhein-Ruhr, Königstraße 13, 47051 Duisburg;
E-Mail: hannelore.rott@gzrr.de

Wie sind Ihre Erfahrungen mit Blutungen und wie gehen Sie damit um? Haben Sie oft Nasenbluten? Wie war der INR-Wert zu diesem Zeitpunkt? Schreiben Sie uns oder senden Sie eine E-Mail: akreis-herzklappen@d.kamp.net

Red.

Der Leserbericht:

„Stroke Unit“ für mich bisher ein unbekanntes Wort.

Am 7.4.2011 saß ich wie gewohnt an meinem Arbeitsplatz vor dem Computer. Plötzlich wurde der Blick verschwommen und ich konnte nicht mehr klar sehen. Alles sah ich doppelt. Ich stand auf und lief den Gang auf und ab, da ich dachte mein Kreislauf müsse angeregt werden. Als ich letztlich wieder an meinem Arbeitsplatz saß, begann meine rechte Gesichtshälfte, angefangen von der Unterlippe, an zu kribbeln. Letztlich war die gesamte Gesichtshälfte ähnlich wie nach einem Zahnarztbesuch betäubt, einschließlich der Zunge. Nach kurzer Überlegung (es waren seit den ersten Beschwerden ca. 15 Minuten vergangen) wählte ich die 112.

Der Notarztwagen brachte mich ins Klinikum, wo bei mir neben den üblichen Prozeduren (Blutabnahme etc.) ein CT und ein Echo der Halsschlagadern gemacht wurden. Man verlegte mich auf die Stroke Unit, einer speziellen Station für Schlaganfallpatienten.

Schon bei der Einlieferung waren die Symptome verflogen, sodass ich mich eigentlich total fehl am Platz fühlte.

Die Ärzte machten mich jedoch darauf aufmerk-

sam, dass die Maßnahme in der sich darstellenden Konstellation absolut richtig und wichtig ist, da ein solcher Ausfall auch ein Anzeichen für einen wandernden Thrombus sein kann.

So lag ich drei Tage (72 Stunden) quasi Intensiv versorgt in meinem Bett. Viermal am Tag (rund um die Uhr) kam die Visite und machte u. a. Koordinationstests mit mir. Gott sei Dank bestätigte sich im Laufe der Zeit der Verdacht auf Schlaganfall nicht. Am letzten Tag auf der Stroke Unit durfte ich mich zum Frühstück auf die Bettkante setzen und Zack – Hexenschuss! Die Qualität der Matratze hatte mich nicht getäuscht, eine Katastrophe.

So verbrachte ich die vier übrigen Tage auf der Normalstation, ziemlich eingeschränkt in meiner Beweglichkeit, Schmerztabletten halfen nicht wirklich. Der Tagesablauf war, ausgenommen von dem unendlich anmutenden Wochenende, von diversen und umfangreichen Untersuchungen geprägt. EEG, MRT, Langzeit EKG, Echo des Herzens, um die Wichtigsten zu nennen.

Das Ergebnis war, wie schon erwähnt, bezüglich des Schlaganfalls negativ. Mir fiel ein Stein vom Herzen. Auch die anderen Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf den Ursprungsverdacht. Die künstliche Herzklappe arbeitet aber, das weiß ich jetzt ziemlich sicher, einwandfrei und wies einen guten Pflegezustand auf. Das Vertrauen der Ärzte in das INR-Selbstmanagement war ebenfalls vorhanden, so dass ich während des gesamten Klinikaufenthaltes den INR-Wert selbst be- und mit den Ärzten abstimmen konnte.

Die Diagnose:

Die Diagnose im Entlassungsbericht des Krankenhauses wurde als „Links hemisphärische, transitorisch-ischämische Attacke“ beschrieben, was immer das auch bedeuten mag. Ich gehe von einer zeitlich begrenzten Durchblutungsstörung aus.

Fazit:

- ☐ Sollte irgendjemand ähnliche Anzeichen bemerken, die Wahl der 112 nicht scheuen. Man macht nichts falsch, im Gegenteil. Je schneller man unter Beobachtung steht, umso geringer die zu erwartenden Beeinträchtigungen bzw. größer die Chancen, einen Schlaganfall bestmöglich zu überstehen. Die Zeit bis zur Behandlung spielt eine entscheidende Rolle!
- ☐ Das INR-Selbstmanagement bietet bei ord-

nungsgemäßem Handling optimalen Schutz vor einem Schlaganfall.

- Phenprocoumon schützt uns Kunstklappenträger hochwirksam.
- Regelmäßige Kontrollen beim Hausarzt verringern zusätzlich das Risiko durch Checken der Blutfettwerte, des Blutdrucks, Körpergewichts und anderer Risikofaktoren.

Meine Konsequenz:

Optimierung meines Ernährungsverhaltens und Stärkung der körperlichen Konstitution.

Da auch ein psychosomatischer Aspekt in Frage kommt, versuche ich massiv, Stress zu minimieren. Unsere Zeit ist so schnelllebig geworden, dass wir uns selbst darin zu verlieren scheinen. Mut, sich selbst für sich Zeit zu nehmen, ist angesagt. Das muss ich noch unabhängig von der grundsätzlichen Diskussion im Bereich Pflegeberufe loswerden: Was das Pflegepersonal, Schwestern, die Ärzte auf einer Schlaganfallstation leisten, verdient höchsten Respekt und Anerkennung. Ich hoffe, dass auch irgendwann in naher Zukunft einmal eine gerechte Bezahlung erfolgt. Sie haben es verdient!

Verfasser: Klaus Sch.

Sie fragen ...

Dr. med. Hannelore Rott, Fachärztin für Transfusionsmedizin, antwortet:

Betr.: Gerinnungsstörung

Mit großem Interesse habe ich Ihre Artikel auf der Website www.die-thrombosenerkrankungen.de gelesen.

Ich war auf der Suche nach Informationen über die Gerinnungsstörung, die durch den Mangel an Protein S ausgelöst wird. Die Ursache dafür ist, dass ich vor etwa zwei Wochen meine zweite Fehlgeburt (10. SSW) hatte und vom Arzt ein Mangel an Protein S (Wert: 48) festgestellt wurde. Er empfiehlt mir nun die Einnahme von Aspirin und Heparin für die nächste Schwangerschaft. Allerdings haben mein Mann und ich Zweifel an seiner Diagnose.

- Dieser Arzt hat bereits dieselbe Therapie empfohlen, lange bevor er ein Testergebnis hatte.
- Die Blutabnahme erfolgte bereits einen Tag vor der Ausschabung, also zu einem Zeitpunkt, zu dem ich sicher noch unter Östrogeneinfluss stand.

(Zu diesem Zeitpunkt war der Fötus seit etwa fünf Wochen nicht mehr gewachsen, ich hatte aber noch SS-Symptome.)

In meiner Familie gibt es keine ähnliche Krankheitsgeschichte und niemanden (einschließlich mir selbst), der jemals eine Thrombose hatte. (Dazu muss ich noch sagen, dass meine Mutter ebenfalls ein Baby verloren hat, allerdings nicht wegen einer Thrombose, sondern wegen ihres schwachen Uterus. Das Gewebe konnte die Schwangerschaft nicht halten. In beiden weiteren Schwangerschaften bekam sie dann eine Cerclage und musste viel liegen, hatte aber ansonsten keine Probleme.)

Deshalb würde ich jetzt gern wissen, wie verlässlich das Testergebnis ist und ob ich wirklich nur unter ASS und Heparin ein gesundes Baby bekommen kann.

Außerdem wüsste ich gern, was die Richtwerte für Protein S während der Schwangerschaft sind (ich konnte dazu im Internet leider nichts finden).

- Gibt es Symptome, die darauf hinweisen, dass man eine Gerinnungsstörung hat? Ich konnte nie welche bei mir feststellen.
- Kann man bei Vorliegen dieser Gerinnungsstörung auch mit pflanzlichen Mitteln behandeln?
- Welches weitere Vorgehen empfehlen Sie mir in dieser Situation?

Ich lebe mit meinem Mann im Ausland und habe deshalb nicht die Möglichkeit in Deutschland einen Spezialisten aufzusuchen.

Der Verlust von zwei Babys schmerzt mich sehr und es wäre mir eine große Hilfe, wenn ich wüsste, dass mir ein drittes Mal erspart bleiben könnte. s.J.

Unsere Antwort:

Ihre Zweifel sind absolut berechtigt. Der Protein-S-Wert wird stark von der Schwangerschaft beeinflusst, so dass auf jeden Fall eine Kontrolle ca. 6 bis 8 Wochen nach der Ausschabung erfolgen sollte ohne Östrogeneinnahme (Pille).

Wurde denn eine komplette Thrombophilie-Diagnostik gemacht?

Natürlich wäre Heparin und ggf. (nur bei Antiphospholipid-Syndrom) ASS nur erforderlich, wenn sich wirklich auch ein entsprechender Befund erheben ließe.

Betr.: Protein-S-Mangel

Jahrgang 1981. 2004 Geburt des ersten Kindes, keine Probleme.

2006 wurde von der FÄ eine Routineuntersuchung verordnet, ich nahm zu diesem Zeitpunkt die Pille. Es wurde ein Prot. S Mangel festgestellt, jegliche hormonhaltigen Verhütungsmittel waren abzusetzen.

Schwangerschaft 2008, musste Enoxaparin 40 spritzen, bis ca. einen Monat nach der Geburt im Dez. 2008. Seitdem nehme ich keine Pille, nächste Woche steht ein Untersuchungstermin beim Hämatologen an, den meine FÄ abwarten möchte. Meine Fragen:

Ich habe gelernt, dass der Protein-S-Wert unter Einnahme der Pille und Schwangerschaft immer erniedrigt ist. Bei mir wurde nur zu solchen Zeitpunkten getestet! Was genau ist der PTF Wert, in welchem Bereich muss er liegen?

Besteht die Möglichkeit, z. B. östrogenfreie Präparate zu nehmen? Drei-Monatspritze etc.?

Ich habe große Angst, eine Thrombose zu bekommen. Wäre es sinnvoll, generell z. B. ASS einzunehmen? Der Arzt hat diesbezüglich nie etwas gesagt, nachdem ich das Heparin absetzen konnte.

Meine Fragen bleiben in der Praxis (sehr, sehr voll) meist unbeantwortet, das Gespräch ist immer sehr kurz.

S.M.

Unsere Antwort:

Die gute Nachricht ist: Sie haben vermutlich gar keinen angeborenen Protein S-Mangel, da der Wert unter Pille bestimmt wurde. Bitte unbedingt kontrollieren lassen.

Wenn sich, wie ich vermute, nun ein normales Protein S zeigt, haben Sie auch kein erhöhtes Thromboserisiko. Sie können dann jede Pille nehmen.

In der Schwangerschaft hätten Sie daher vermutlich auch kein Heparin spritzen müssen.

Betr.: Welche Medikamente nach der Schwangerschaft?

Ich habe eine Frage zur Medikamenten-Einnahme nach der Schwangerschaft mit einer künstlichen Herzklappe.

Meine Freundin steht kurz vor der Entbindung und weiß nicht, wie es danach weitergehen soll.

Sie ist in der 36. SSW und sie hat eine künstliche Aortenklappe.

Sie hat über die gesamte Zeit Enoxaparin 80 bis 120mg gespritzt mit engmaschiger Kontrolle. Die Abstimmung zwischen den Ärzten hat immer ganz

gut funktioniert, obwohl man als Patient immer stark vermitteln musste und manche Geschichten teilweise dreimal erzählt hat, weil immer mehrere Ansprechpartner für meine Freundin zuständig waren. Aber unter dem Strich funktioniert es ganz gut.

Meine Freundin wird betreut durch eine Gerinnungsambulanz, Kardiologen und Intensivschwangerschafts-Klinik.

Und jetzt sagt ihr kein Arzt so richtig, wie es mit den Medikamenten nach der Geburt weitergeht. Frauenärzte sagen zu ihr, dass Warfarin nicht gut für das Neugeborene ist, die Kardiologen sagen, dass Heparin nicht gut für die Mutter ist. Man überlässt sozusagen die Entscheidung der Mutter. Das finden wir nicht in Ordnung und sind völlig ratlos.

Haben Sie ein Rat, wie meine Freundin Juliane sich nun verhalten soll?

Nicht Stillen oder nur ein kurzen Zeitraum Stillen und auf Phenprocoumon wechseln?

Normal Stillen unter Heparin?

Normal Stillen unter Warfarin?

Normal Stillen unter Phenprocoumon?

A.H.

Unsere Antwort:

Eigentlich ist das Problem, Gott sei Dank, nicht so schwierig.

Man kann beide Varianten wählen:

Heparin (Enoxaparin) in therapeutischer Dosis (2 x tgl. gewichtsadaptiert 100 IE/kg Körpergewicht), Enoxaparin geht nicht in die Muttermilch über. Das Verfahren hat sich in vielen modernen Studien auch als sicher für die Herzklappe erwiesen.

Oder Warfarin, da dieser Vitamin-K-Antagonist nicht in die Muttermilch übergeht und dem Baby sicher nicht schadet. Vorteil: keine Spritzerei, etablierte Therapie.

Ich würde mich also wahrscheinlich für das Warfarin entscheiden.

Betr.: Brüchige Fingernägel

Werden durch die Einnahme von Gerinnungshemmern Fingernägel brüchig, splintern auf oder reißen ein?

F.D.

Unsere Antwort:

Tatsächlich kann Phenprocoumon vor allem bei Frauen einen Eisenmangel begünstigen. Dieser

führt wiederum zu den genannten Symptomen Haarausfall, Nägelproblem usw. Daher sollte immer bei diesen Patienten Ferritin bestimmt werden (nicht den normalen Eisenspiegel), und ggf. Eisen substituieren.

Betr.: Haarausfall

Meine Angiologin sagte mir, dass unter Einnahme von Phenprocoumon u. a. die Haare ausgehen. Dieses ist bei mir der Fall; aber nicht so schlimm. Kann es sein, dass Phenprocoumon Benommenheit verursacht? Ich habe festgestellt: In Zeiten von Nichteinnahme habe ich diesen Zustand nicht. Oder sollten andere Faktoren eine Rolle spielen?

I. D.

Unsere Antwort:

Im Rahmen einer länger andauernden Einnahme von Phenprocoumon tritt insbesondere bei Frauen ein Eisenmangel auf. Dieser führt dann zu Haarausfall. Bitte lassen Sie Ihren Ferritinwert bestimmen. Ggf. könnte eine Eisentherapie notwendig sein.

Die Benommenheit wird nicht durch den Gerinnungshemmer verursacht, kann aber ebenfalls auf eine Blutarmut bzw. Eisenmangel hinweisen. Möglicherweise liegt hier die Erklärung.

Betr.: Wiederbelebung

Ist es ratsam, einen antikoagulierten Patienten zu reanimieren, oder ist der Schaden größer als der Nutzen? Durch die Herzdruckmassage werden mit Sicherheit massive Blutungen im Thorax erzeugt, die u. U. irreversibel sind.

F.D.

Unsere Antwort:

Was könnte schlimmer sein als der Tod? Somit muss bei Kreislaufstillstand immer, aber auch wirklich immer reanimiert werden. Um etwaige Blutungen durch die Herzmassage kann man sich dann immer noch kümmern!

Dr. med. Hannelore Rott, Fachärztin für Transfusionsmedizin; Gerinnungszentrum Rhein-Ruhr, Königstraße 13, D-47051 Duisburg; E-Mail: hannelore.rott@gzrr.de

Betr.: Gerinnung Nr. 43, Seite 4

Die Bildunterschrift der Abb. 2 möchten wir erläutern: Der CHA₂DS₂-VAsC-Score wurde an einem größeren Patientenkollektiv überprüft. Es ergab sich eine weitgehende Wechselbeziehung (Korrelation) des Schlaganfallrisikos mit der Punktzahl des Scores.

Red.●

Ergebnisse der GLAS-Studie:

Befragung zum Umgang mit Gerinnungshemmern

Der Umgang mit der Gerinnungshemmung mag für den einen einfach, für den anderen mit Problemen behaftet sein. Dieses herauszufinden war das Ziel der internationalen Befragung unter der Abkürzung GLAS (Global Anticoagulation Monitor Survey). Die Universität Oxford hatte in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Gerinnungs- und Herzklappen-Patienten, der INR-Austria und der INRswiss einen Fragebogen entwickelt, der September bis Oktober 2009 online gestellt wurde. 340 Gerinnungs-Selbstbestimmer nahmen teil. Dieser war abrufbar über die Webseiten der drei Organisationen. Nach dem Ausfüllen und Absenden gingen diese Daten direkt nach Oxford, wo sie ausgewertet wurden.

Nachfolgend die vorläufig noch unkommentierten Ergebnisse:

● **Durchschnittsalter der Teilnehmer:**
58 Jahre (20 – 83)

● **Wohnort:**

- Deutschland 213/340 (63%)
- Österreich 82/340 (24%)
- Schweiz 43/340 (12%)
- Andere 2/340 (1%)

● **Geschlecht:**

- weiblich 30%, männlich 70%

● **Beschäftigung:**

- Erwerbstätig 143/339 (42%)
- Student/Ruhestand 174/339 (51%)
- Arbeitslos 10/339 (3%)

● **Einstellung zur eigenen Medikamenteneinnahme:**

- Vergesse immer, Medikamente einzunehmen: 54/339 (16%)
- Bin sorglos in der Einnahme: 26/340 (8%)
- Nehme keine Medikamente, wenn ich mich besser fühle: 15/335 (5%)

- Nehme keine Medikamente, wenn ich mich schlechter fühle:
38/329 (12%)

● **Gründe für die Gerinnungshemmung:**

- Vorhofflimmern 58/338 (17%)
- Thrombophilie 61/338 (18%)
- Herzklappenersatz 203/338 (60%)
- Anderes 16/338 (5%)

● **Durchschnittliche Dauer der Einnahme von Gerinnungshemmern:
6 Jahre (2 Monate – 40 Jahre)**

● **Durschnittliche wöchentliche Einnahme:
4,7 Tabletten (0,7 bis 14 Tabl.)**

● **Therapeutische Bereiche:**

- INR 2 – 3 121/323 (37%)
- INR 2,5 – 3,5 94/323 (29%)
- INR 3 – 4/ 4,5 19/323 (6%)
- Verschiedene INR-Bereiche:
89/323 (28%)
- Therapeutische Breite: 1 INR
- Durschnittlicher INR-Wert: 2,75

● **Erfahrungen mit der Gerinnungs-Selbstbestimmung:**

- Durchschnittliche Dauer der Gerinnungs-Selbstbestimmung:
5 Jahre (1 Monat – 22 Jahre)
- Ergebnisse wurden durch den Arzt überprüft: 152/338 (45%)
- In welchem Zeitraum wurden durchschnittlich die INR-Werte durch den Arzt überprüft: 90 Tage (1 - 365)

● **Schulung der Gerinnungs-Selbstbestimmung:**

- Teilnahme an der Schulung 324/336 (95%) davon:
 - Krankenhaus 126/324 (39%)
 - Reha-Klinik 138/324 (43%)
 - Arztpraxis 29/324 (9%)
 - andere/unklar 28/324 (9%)

● **Auslandsreisen:**

- keine: 43/274 (16%)
- mehr als eine Woche: 213/274 (78%)

● **Die Teilnehmer wurden anhand einer Skala von 1 bis 10 (große Sorgen – keine Sorgen) gefragt, wie beunruhigt bzw. beruhigt sie waren, wenn die INR-Werte außerhalb des therapeutischen Bereichs bzw. innerhalb des therapeutischen Bereichs lagen.**

- INR *oberhalb* des therapeutischen Bereichs
56% (182/327)
Stufe 2 (1 - 10)

Von den 182 Personen hatten während der letzten 3 Monate 20 Personen einen INR-Wert zwischen 5 – 7,5.

- INR *unterhalb* des therapeutischen Bereichs:
40% (132/333)
Stufe 2 (1 - 10)

Von den 132 Personen hatten während der letzten 3 Monate 11 Personen einen INR-Wert zwischen 1 – 1,5.

- INR *innerhalb* des therapeutischen Bereichs:
87% (296/340)
Stufe 10 (1 - 10)

● **Gründe für das Gerinnungs-Selbstmanagement:**

- Mehr Freiheit beim Reisen:
306/336 (91%)
- Es dauert zu lange, zum Arzt zu kommen:
197/330 (60%)
- Es dauert zu lange, beim Arzt zu warten:
197/332 (60%)
- Habe mehr Kontrolle über meine INR-Werte: 335/337 (99%)
- Mehr Wissen über INR-Werte:
322/329 (98%)

● **Wie berechnen Sie Ihre Dosisanpassung?**

- persönliche Erfahrung 294/335 (88%)
- Dosistabelle o.ä. 29/335 (9%)
- Sonstiges 12/335 (3%)

Der sportliche Aspekt III

Krafttraining nach Herzklappenersatz/-rekonstruktion



Uwe Schwan

Nachdem ich in der letzten Ausgabe über das sensomotorische Training berichtet habe, erfahren Sie heute etwas über das Kraftausdauertraining.

Kraftausdauertraining (KAT)

Der Begriff Kraftausdauertraining (KAT) hat sich in den 90iger Jahren in vielen Rehakliniken und Fitnesszentren etabliert, um sich deutlich vom Bodybuilding und Maximalkrafttraining im Leistungssport zu unterscheiden. Man findet auch häufig die Begriffe „Sanftes Krafttraining“ oder „moderates Krafttraining“, oder „gesundheitsorientiertes Krafttraining“. Dieses Training ist dadurch gekennzeichnet, dass mit mittleren Intensitäten, zwischen 40 – 70% der Maximalkraft der jeweiligen Muskelgruppe, und mit 15 – 25 Wiederholungen belastet wird. Jedoch muss man aus heutiger sportmedizinischer und trainings-physiologischer Sicht sagen, dass es sich überwiegend um ein Ausdauertraining handelt und weniger um Krafttraining, obwohl wir eine geringe Steigerung der Kraftkomponenten messen.

Selbst bei einem aeroben Ergometertraining (Kraftkomponente liegt bei ca. 30%) registrieren wir eine geringe Steigerung der Maximalkraft.

Selbst bei einem aeroben Ergometertraining (Kraftkomponente liegt bei ca. 30%) registrieren wir eine geringe Steigerung der Maximalkraft.

Knochen- und Gelenkstrukturen werden nicht stark beansprucht

Hintergrund dieses Belastungskonzepts ist, dass die Knochen- und Gelenkstrukturen nicht so stark beansprucht werden und somit auch für ältere und bewegungseingeschränkte Menschen gut durchzuführen ist. Weiterhin können mit diesem Training muskuläre Dysbalancen und Fehlhaltungen korrigiert werden. Aus diesem Grund ist diese Trainingsform sehr gut

geeignet, ein regelmäßiges Training mit einer Herzerkrankung und nach einem herzchirurgischen Eingriff zu beginnen.

Wirkungen des Kraftausdauertrainings

- Sensibilisierung der neuromuskulären Ansteuerung
- Stärkung des Sehnen-Band-Apparats
- Aktivierung der aeroben und anaeroben Energiebereitstellung in der Muskelzelle
- Verbesserung der Gefäßelastizität
- Verbesserung des Insulinhaushaltes
- Verbesserung der Blutdruckregulation
- Hemmung von Entzündungsprozessen im Blut
- Reduktion von Stresshormonen



Abb. 1: Die Beinpresse



Abb. 2: Butterfly

Der Blutdruck summiert sich auf

Aus kardiologischer Sicht bietet dieses Training den Vorteil, dass bei richtiger Dosierung und mit den richtigen Wiederholungszahlen mit moderaten Blutdrucksteigerungen zu rechnen ist.

→ Doch Vorsicht, auf den Blutdruck müssen wir etwas genauer hinschauen!

- Die Blutdruckreaktion ist beim Krafttraining, anders als beim Ausdauertraining, nicht vorauszusehen.
- Der Blutdruck summiert sich pro Wiederholung treppenartig auf, so dass selbst bei vermeintlich niedrigen Gewichten nach

ca. 30 Sekunden mit sehr hohen Blutdruckwerten zu rechnen ist.

Katheteruntersuchungen haben gezeigt, dass der Blutdruck schon nach 15 Wiederholungen selbst

bei 50% der Maximalkraft auf über 200 mm HG ansteigen kann. Das entspricht einer Belastungsdauer von ca. 20 Sekunden. Dabei ist weiterhin zu berücksichtigen, wie viele Muskelgruppen in dem jeweiligen Bewegungsablauf eingebunden sind. Je mehr Muskelgruppen beansprucht sind, desto höher ist der Blutdruck.

→ Daher sollte ein Krafttraining an Trainingsgeräten (siehe Abb.) bei Herzpatienten nur maximal **10 Wiederholungen dauern, dann 1 Minute Pause**, damit sich der Blutdruck komplett erholen kann. Anschließend können wieder 10 Wiederholungen ausgeführt werden.

Was passiert im Blutgefäß?

Bei einem Krafttraining wird das Blutgefäß durch den Muskeldruck zusammengedrückt und braucht anschließend nach dem Absetzen des Gewichts mehrere Sekunden, um sich wieder komplett zu entspannen. Erst dann sinkt der Blutdruck wieder ab. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um ein dynamisches oder ein statisches Training handelt. Je mehr Muskelgruppen bei einem Trainingsgerät beansprucht werden, desto stärker ist die Blutdrucksteigerung.

Die Blutdrucksteigerung ist bei der Beinpresse (siehe Abb. 1) größer als bei dem Butterflygerät (siehe Abb. 2).

- Das heißt, dass die Blutdruckreaktion bei jedem Trainingsgerät anders ausfallen kann.
- Daher muss die Dosierung und die Wiederholungszahl von Gerät zu Gerät neu ermittelt werden.
- Das gleiche gilt auch für ein Training mit Kleinhanteln und elastischen Therapiebändern.

Trainingsempfehlung:

- 10 Wiederholungen, (ca. 20 Sekunden), drei Serien mit jeweils 1–2 Minuten Pause.
- Die Intensität, bzw. die Stärke des Gewichts wählen Sie so, dass Sie es bei der 8.–10. Wiederholung als mäßig schwer empfinden.
- 2–3 Geräte für die Beine und 2–3 Geräte für die Arme plus Oberkörper.
- Das wären sechs Geräte und einen Zeitumfang von ca. 30–45 Minuten.
- Zweimal pro Woche.

Betr.: Polyp

Meine Frau hat seit sieben Jahren einen mechanischen Mitralklappenersatz. Wir kontrollieren die INR jede Woche. Nun wurde bei der letzten Vorsorgeuntersuchung ein kleiner Polyp im Enddarm festgestellt, aber man konnte diesen nicht entfernen wegen der Blutungsgefahr. Wir stellten auf 70% Quick um, sie wurde zur Operation vorbereitet, und dann sagte man ihr, dass die Gefahr einer Operation doch zu groß sei, und sie eventuell mit einem künstlichen Ausgang rechnen müsse. Sie ließ sich den Polyp noch nicht operieren, aber seither ist eine gewisse Angst. Was sollen wir tun?

R.F.

Unsere Antwort:

Die Vorsorgeuntersuchung des Darmes, insbesondere des Enddarmes, ergab den Nachweis eines Polypen. Dieser sollte entfernt werden. Sie haben den Quickwert Ihrer Frau auf 70% erhöht, so dass in dieser Situation die Operation bzw. die Entfernung des Polypen mit einem Endoskop durchaus hätte vorgenommen werden können, es sei denn, Sie haben andere Risikofaktoren im Falle einer Operation. Seitens der Herzklappe und des Herzens hätte man diesen Eingriff vornehmen dürfen. Sie sind heute allerdings auch in der Lage, bei einem INR-Selbstmanagement und einem mechanischen Mitralklappenersatz in Aortenposition den INR-Wert für eine Operation auf 1,6–2,1 zu senken. Hierunter ist fast jede Operation möglich. Im Falle eines Mitralklappenersatzes bzw. eines Doppelklappenersatzes mit mechanischen Klappen können Sie den Wert auf 2,0–2,5 heruntersetzen, ohne Angst haben zu müssen, dass Ihnen etwas passiert.

Sollten Chirurgen allerdings geringere INR-Werte wünschen, so müssten Sie mit Heparin die Zeit überbrücken. Mit Ihrem Arzt sollten Sie die Entscheidung treffen: Niedermolekulares Heparin in üblicher Dosis (Antifaktor Xa bei 2mal 1 mg pro KG Körpergewicht/Tag), z.B. Enoxaparin, zu verabreichen oder unfraktioniertes Heparin mit einer PTT-Verlängerung um das 2,5–3fache der PTT-Ausgangssituation. Nierenfunktionseinschränkungen sollten ausgeschlossen sein. Das Heparin, in den Oberschenkel gespritzt, macht nicht so viele blaue Flecken wie in die Bauchdecke, zumal der Oberschenkel auch aktiver durchblutet wird und mit weniger Fettgewebe versetzt ist.

Mit mechanischer Aortenklappe auf den höchsten Gipfeln der Welt

In der Gerinnung Nr. 29, Seiten 12-13, berichtete *Veronika R. Meyer* über den Einfluss des Lichtes auf die INR-Werte. Sie schrieb: „Meine Erfahrungen könnten auch mit der These „mehr Licht“ erklärbar sein, obwohl ich da keinesfalls sicher bin. Ich war nach der Rückkehr immer erstaunt, dass die INR auf eine Höhe von gegen 4 geklettert war.“



Nun hat *Veronika R. Meyer* ein spannendes Buch verfasst und schildert als leidenschaftliche Alpinistin ihre Wege zu den höchsten Gipfeln der Welt.

Von der Diagnose bis zur Gerinnungs-Selbstbestimmung

Früh wurde bei ihr festgestellt, dass sie an einem kombinierten Aortenvitium leidet. Trotz dieser Diagnose besteigt sie Schweizer und österreichische Berge. 25 Jahre später steht die Herzklappenoperation an. Sie entscheidet sich für eine mechanische Aortenklappe.

Hier einige Zitate aus dem Buch, die sich speziell auf die Klappenoperation und Gerinnungshemmung beziehen: „...ein Arzt sagte mir auf Nachfrage, ‚die wird Sie überleben‘...“ „Ich konnte eine 23-Millimeter-Klappe einsetzen!“ „Erst Jahre später erklärte mir ein Herzchirurg, dass ich mit einer 19-Millimeter-Klappe niemals auf den Everest gekommen wäre.“ „Regelmäßige Besuche beim Hausarzt waren Pflicht, um die Blutgerinnung zu kontrollieren. Eine weitere Abhängigkeit. Aber man geht eigentlich nicht aus Sympathie zum Arzt. Ich war deshalb sehr angetan von seinem Vorschlag, ich solle doch die Selbstkontrolle der Gerinnung erlernen. So besuchte ich als eine der ersten Patientinnen der Schweiz den zweitägigen Kurs. Den Gerinnungsmonitor nehme ich auf meinen Expeditionen mit. Das gibt große Sicherheit, was die Dosierung betrifft, reagiert die Blutgerinnung doch ganz deutlich auf die Höhe. Die Medi-



Veronika R. Meyer auf dem Gipfel des Everest – um 4 Uhr morgens.



Blick zurück zum Everest-Gipfel nach der Besteigung. In der oberen Bildhälfte erkennt man den sogenannten „Third Step“.

kamentendosis kann und muss verringert werden, wenn ich mich in einem Basislager aufhalte.“

Wer sich für das Bergsteigen interessiert, findet in diesem Buch spannende Berichte, aber auch viel Nachdenkliches. Viele persönliche Aufnahmen sowie Landkarten bereichern den Lesestoff.

Veronika R. Meyer, *Gaias Gipfel, Mein Weg vom Gantrisch zum Mount Everest*, Appenzeller Verlag, 336 Seiten, Preis CHF 48,-, Euro 32,-, ISBN 978-3-85882-550-6

18. Jahrestreffen der GSB'ler in Höhenried

Wie sollte es anders sein, Regenschauer fehlten dieses Jahr nicht. Auch in diesem Jahr ließen die Teilnehmer es sich nicht nehmen, wieder an den Starnberger See zu kommen. Ob aus Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen oder Österreich, man wollte wieder *Dr. med. Dirk Michel* hören. Die herzliche Begrüßung der Teilnehmer untereinander am Vorabend des Jahrestreffens im Hotel Seeblick, Bernried, zeigte, dass



Wie immer gespanntes Zuhören und anschließend rege Diskussionen.

man sich freut, wieder dabei zu sein. Das schmackhafte Abendessen und das bayerische Bier ließen gute Stimmung aufkommen.

Das Programm am Samstag, den 14. Mai 2011, bot für jeden eine ‚Auffrischung‘ sei es zum Gerinnungs-Selbstmanagement, zu seltenen Indikationen zur Antikoagulation, Vorhofflimmern oder zur Überbrückung (Bridging) bei anstehenden Operationen. *Dr. med. D. Michel* ließ keine der vielen Fragen unbeantwortet, so dass die regen Diskussionen beim Mittagessen sich nicht nur auf die Gesundheit bezogen.

C.S.●



**Andri Färber neuer
Präsident der
INRswiss**



Die Mitgliederversammlung unserer Vereinigung fand am 16. April 2011 in Olten statt. Sowohl Jahresbericht als auch Jahresrechnung 2010 sowie das Budget 2011 fanden die Zustimmung der anwesenden Mitglieder.

Rücktritt des Präsidenten Albert O. Meyer

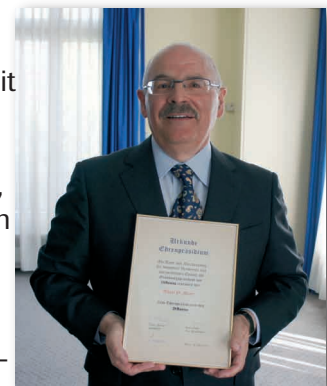
Wie bereits am INRswiss-Tag im November 2010 angekündigt, gab der Präsident, *Albert O. Meyer*, nach fast 8-jähriger Tätigkeit seinen Rücktritt bekannt.



Wie in jedem Jahr findet die Mitgliederversammlung in Olten statt.

Er betonte, dass er die Arbeit immer gerne und mit Freude gemacht habe. Insbesondere bedankte er sich bei seinen Kolleginnen und Kollegen vom Vorstand und bei Herrn *Christian Schaefer* von der ISMAAP für die stets gute Zusammenarbeit und Unterstützung. Ein grosser Dank ging selbstverständlich auch an die Mitglieder von INRswiss und an alle, die in irgendeiner Weise beim Aufbau und der Weiterentwicklung von INRswiss mitgeholfen haben.

Silvio Buser, welcher auch schon von erster Stunde an zusammen mit *Albert O. Meyer*, *Doris Zemp* und *Eva Troxler* INRswiss aufgebaut hat, bedankte sich im Namen des Vorstands und aller Mitglieder für die wertvolle Gründung von INRswiss und seine ausgezeichnete Arbeit als INRswiss Präsident. Wir alle haben *Albert O.*



Albert O. Meyer mit der
Ernennungsurkunde
zum Ehrenpräsident

Meyer als offenen, kommunikativen, sympathischen Menschen mit grossem Fachwissen, viel Erfahrung und Charisma, welches er überzeugend in den INRswiss einbringen konnte, kennengelernt. Der Vorstand überreichte *Albert O. Meyer* ein Abschiedsgeschenk.

Danach übernahm *Doris Zemp*, Vizepräsidentin, das Wort und schlug im Sinne des Vorstands vor, *Albert O. Meyer* zum Ehrenpräsidenten von INRswiss zu ernennen. Begleitet von tosendem Applaus stimmten die anwesenden Mitglieder dem Vorschlag einstimmig zu. Gerührt bedankte sich *Albert O. Meyer* für diese ganz besondere und unerwartete Ehrung und nahm die Ehrenurkunde mit Freude entgegen.

Christian Schaefer (ISMAAP) ergriff nun das Wort, und erzählte rückblickend einige persönliche Anekdoten von der stets angenehmen und sehr konstruktiven Zusammenarbeit mit *Albert O. Meyer* als Präsident von INRswiss.

Albert O. Meyer wird allen sehr fehlen, umso mehr freuen wir uns, dass er der INRswiss als Ehrenpräsident erhalten bleibt.

Neuwahlen

Das Vorstandsmitglied, Herr *Andri Färber*, wurde vom Vorstand als neuer INRswiss Präsident vorgeschlagen und einstimmig von der Mitgliederversammlung gewählt. *Andri Färber* freut sich auf die neue Aufgabe und Herausforderung und bedankte sich für das Vertrauen. Frau *Myrta Antener*, welche seit mehreren Jahren als Revisorin der INRswiss tätig war, wurde als neues Vorstandsmitglied vorgeschlagen und erhielt ebenfalls alle



Der neue Vorstand der INRswiss. V.l.n.r. Andri Färber, Doris Zemp, Silvio Buser, Lara Beekman, Albert O. Meyer, Sylvia Sigrist, Myrta Antener

Stimmen. Im weiteren wurden die Vorstandsmitglieder *Silvio Buser* und *Doris Zemp* wiedergewählt und Frau *Monika Andermatt* als neue Revisorin gewählt. Der motivierte und bestens qualifizierte Vorstand von INRswiss ist in der neuen Zusammensetzung bereit für eine weiterhin erfolgreiche Zukunft.

Bei Kaffee und Kuchen und beim einen oder anderen Schwatz klang die erfolgreiche Mitgliederversammlung gemütlich aus.

Jahresbericht 2010

Der Vorstand hielt im Berichtsjahr sechs Sitzungen ab und besprach die laufenden Geschäfte. Dank gezielter Werbung konnte der Mitgliederbestand erneut gesteigert werden und beträgt aktuell 425 Personen. Diese Entwicklung ist sehr erfreulich. Mitverantwortlich für diese stetige Zunahme ist die Anwesenheit von Mitgliedern von INRswiss an den Schulungen von Coagulationcare vor Ort, um den Schulungsteilnehmenden unsere Vereinigung näher zu bringen.

Einreichung eines Gesuches

Einen Schwerpunkt des Berichtsjahres bildete ein Gespräch mit zwei Vertretern des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) in Bern, in dem INRswiss ihnen die Vorteile der Selbstmessung der Antikoagulation persönlich präsentieren konnte. In der Folge stellten wir – zusammen mit der Stiftung Coagulationcare – einen äusserst umfangreichen Antrag zur Aufnahme der Geräte und der Kontrollstreifen in die Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL). Alle Produkte, die in dieser Liste enthalten sind, müssen von den Krankenkassen aus der Grundversicherung bezahlt werden. Der Entscheidung, ob unserem Begehren entsprochen wird, dürfte im Laufe des Jahres 2011 gefällt werden.

Medikamentendose und Reiseclip

Die neu geschaffene Medikamentendose erfreut sich, wie auch der Reiseclip, grosser Beliebtheit. Beide Artikel können direkt über die Homepage bestellt werden.

INRswiss-Tag 2011 in Bern

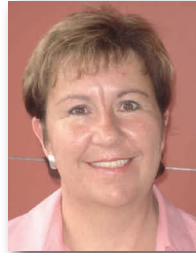
Bereits laufen die Vorbereitungen für den nächsten INRswiss-Tag, der am Samstag, 12. Nov. 2011, in Bern stattfinden wird.

ISMAAP-Tagung in Thalwil

Am 8./9. Oktober 2010 fand die Generalversammlung der ISMAAP (International self-monitoring association of oral anticoagulated patients) in Thalwil statt. Mitglieder des Vorstandes von INRswiss nahmen an diesem Anlass ebenfalls teil und konnten sich mit Vertretenden aus andern Ländern austauschen. Das Rahmenprogramm wurde durch INRswiss zusammengestellt und stiess auf grosses Interesse.

Abschliessend möchten es der neue Präsident *Andri Färber*, wie auch der Ehrenpräsident *Albert O. Meyer*, nicht unterlassen, all jenen ganz herzlich zu danken, die unsere Vereinigung in irgendeiner Form unterstützt haben. In ihren Dank einschließen möchten sie vor allem die Mitglieder des Vorstandes, die mit ihrer freiwilligen Arbeit wesentlich zum Erfolg beigetragen haben. Ein besonderes Dankeschön gebührt zudem unseren Sponsoren und Gönnern, ohne deren Unterstützung die Durchführung grösserer Anlässe nicht möglich wäre.

Linzer Stammtisch soll Dauer-einrichtung werden.



Ulrike Walchshofer

Nachdem die Reihe „Der INR-Austria Patientenstammtisch“ in Salzburg bereits seit langem erfolgreich zum Programm gehört, fand am 8. April 2011 nunmehr auch der 1. Patientenstammtisch in Oberösterreich statt. In einem durch die Wirtsleute der Leon-dinger ‚Kürnberghalle‘ einladend hergerichteten Nebenraum konnte die Obfrau der INR-Austria, *Ulrike Walchshofer*, fast 20 interessierte Gäste begrüßen. Nach der Begrüßung und einigen einführenden Worten übergab sie das Wort an den Referenten des Nachmittags *Dr. med. Hermann Krüttner*, langjähriger ehemaliger Oberarzt des PVA-Rehab-Zentrums in Großgmain. *Dr. med. H. Krüttner* erläuterte in seinem Vortrag neben den Vorteilen und den Fortschritten beim Gerinnungs-Selbstmanagement auch die Gesichtspunkte einer guten Gerinnungshemmung. Im Anschluss an seinen Vortrag beantwortete er noch die zahlreichen Fragen der Anwesenden. INR-Austria ist bemüht, auch den Linzer Patientenstammtisch als Dauereinrichtung zu etablieren, weil diese Art der Zusammenkünfte in einem zwanglosen Rahmen den Austausch betroffener Patienten untereinander stärken und damit letztlich auch eine sehr wichtige soziale Aufgabe erfüllen. Aus diesem Grunde wurde der nächste Stammtisch in Leonding für den September dieses Jahres in Aussicht gestellt. Die Organisatoren wären übrigens sehr dankbar darüber, Themen-Vorschläge aus dem Kreise aller am Stammtisch Interessierten zu erhalten, um die einzelnen Termine auch weiterhin möglichst interessant für alle Teilnehmer gestalten zu können. Vorschläge richten Sie bitte an unsere Postadresse: INR-Austria, Postfach 24, A-4060 Leonding oder per E-Mail an: info@inr-austria.at

Auch in der Steiermark laufen derzeit Planungen, einen derartigen Stammtisch einzurichten, vermutlich in der Gegend um Judenburg. Genaueres hierzu kann z.Zt. aber nicht gesagt werden. Die Einladungen zu allen diesen Veranstaltungen werden wie üblich rechtzeitig auf der INR-Austria-Homepage www.inr-austria.at veröffentlicht.

Andreas Oldenburg

Wenn antikoagulierte Patienten auf Reisen gehen ...

...dann sollte der Reiseclip nicht fehlen! Dem Reiseclip-Set liegen acht Datenstreifen in den Sprachen: Deutsch und Englisch sowie jeweils Dänisch, Flämisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Portugiesisch, Spanisch und Türkisch bei. Diese enthalten die wichtigsten medizinischen Informationen und werden vom Inhaber ausgefüllt.

Fügen Sie Ihrer Bestellung 5 Euro bzw. 10 Schweizer Franken (Vorkasse) bei und senden Sie diese ausschließlich an:

Wenn Sie in Deutschland wohnen:
Arbeitskreis Gerinnungs- und Herzklappen-Patienten
Hülensbergweg 43, 40885 Ratingen

Wenn Sie in Österreich wohnen:
INR-Austria, Postfach 24, 4060 Leonding

Wenn Sie in der Schweiz wohnen:
INRswiss, Postfach, 8800 Thalwil



Red. ●

Impressum

Herausgeber: Arbeitskreis Gerinnungs- und Herzklappen-Patienten, Hülensbergweg 43, D-40885 Ratingen, Fax: (02102) 32991, E-Mail: akreis-herzklappen@d.kamp.net

Internet: www.die-herzklappe.de

Redaktion: Christian Schaefer

Redaktionsassistent: Christiane Schaefer, Stefanie Ebert

Titelfoto: Segeln auf dem Genfer, Foto Seite 12: Uwe Schwan

Fotos: Christian Schaefer, **Grafiken:** medicalvision, Essen

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. med. Angelika Bernardo, Gais/Schweiz;
Dr. med. Artur Bernardo, Gais/Schweiz;
Dr. med. Klaus Edel, Rotenburg a.d. Fulda;
Prof. Dr. med. Jürgen Ennker, Lahr/Baden;
Prof. Dr. med. Heinrich Klues, Krefeld;
Prof. Dr. med. Reiner Körfer, Essen;
PD Dr. med. Heinrich Körtke, Bad Oeynhausen;
Dr. med. Hermann Krüttner, Großgmain/Österreich;
Dr. med. A.P. Marolf, Genf/Schweiz;
Dr. med. Hannelore Rott, Duisburg;
Dipl. Sportl. Uwe Schwan, Bad Schönborn;
Prof. Dr. med. Ulrich Tebbe, Detmold.

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

Erscheinungsweise: Viermal jährlich.

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

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

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

Mit freundlicher Unterstützung der Firma Roche Diagnostics GmbH, Mannheim. ©2011 Roche Diagnostics GmbH

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

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

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

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

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

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

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

Martina Seifert
Schönstr. 7
13086 Berlin
Tel.: (030) 92 40 67 07

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

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

Peter Plantikow**
Prüne 7
24103 Kiel
Tel.: (0431) 2 40 70 89
E-Mail: P.Plantikow@kielnet.net

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

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

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

Heidrun Aselmann
Hohes Feld 3
29690 Schwarmstedt
Tel.: (05071) 693
E-Mail: h.asel@t-online.de

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

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

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

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

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

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

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

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

Helmut Mergen
Matthias-Erzberger-Str. 27
45309 Essen
Tel.: (0201) 21 48 96
E-Mail: helmutmergen@web.de

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

Hans Brand
Langeworth 100
48159 Münster
Tel.: (0251) 21 18 80

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

Harald Gaber**
Hauswertstr. 47
60435 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 5481185
E-Mail: hgaber@t-online.de
www.herzpatientenffm.de

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

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

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

Karl-Heinz Henig**
Joh.Gottlieb-Fichte-Str. 37
67435 Neustadt/Weinstr.
Tel.: (06321) 482737
E-Mail: k.h.henig@t-online.de

Gunter Ross
Delpstraße 5
69469 Weinheim
Tel.: (06201) 18 68 29
E-Mail: shg.marcumar@arcor.de
www.shg-marcumar.de.vu

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

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

Milan Sagner*
Ursula-Herking-Weg 6
81739 München
Tel.: (089) 51 66 63 54
E-Mail: misaweb@web.de

Margarete Sommer**
Haidstr. 8 a
83607 Holzkirchen
Tel.: (08024) 47 82 90
E-Mail: sommer.margarete@t-online.de

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

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

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

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

Karlheinz Kamann
Birkenstraße 15
93152 Nittendorf

Treffpunkt Regensburg
E-Mail: karlheinzkamann@yahoo.de

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

Harry Kratsch*
Goethestraße 8
99817 Eisenach
Tel.: (03691) 7 74 65

Herzrhythmusstörungen SHG

Horst Teepe-Büchner
Elsässer Str. 66
48151 Münster
Tel.: (0251) 795561
E-Mail: horst-teepe-buechner@t-online.de
http://muenster.org/herzrhythmustoerung/

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

Selbsthilfe Thrombose

Cornelia Schmitt
Alte Ziegelei 5
65812 Bad Soden
Tel.: (06196) 2 27 26

Langzeit-Antikoagulierte: „Marburger Gesprächskreis“

Christa Meyszner
An der Zahlbach 2a
35039 Marburg
Tel.: (06421) 48 28 39 oder 9 128 40
E-Mail: info@szg-marburg.de
www.gerinnungsselbstbestimmung.de

Henning Schucht
Lessingstr. 5
38324 Kissenbrück
Tel.: (05337) 206664
E-Mail: shg-blutgerinnung-wf@online.de
www.shg-blutgerinnung-wf.de

Österreich

INR-Austria
Ringstr. 11
Postfach 24
4060 Leonding/ Österreich
E-Mail: inr-austria@gmx.at
www.inr-austria.at

Schweiz

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

International

ISMAAP, Genf/ Schweiz
www.ismaap.org

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

