

## Editorial!



Karl-Heinz Westphal

Liebe Mitglieder, Förderer und Interessenten!

Ein neues Jahr ist angebrochen, das wir wieder mit vielen guten Vorsätzen angehen.

Die Ziele, die wir uns setzen sind immer sehr ehrgeizig. Ein wichtiges Ereignis sollte die Jahrestagung am 12. - 13. März in Rotenburg sein. Wir befinden uns weiter auf Wachstum. Es konnten wieder neue SHG - Gruppen gegründet werden. Auch die Zahl der Einzelmitglieder steigt zwar langsam aber beständig.

Hier meine Bitte an die Gruppensprecher: „Werben Sie Mitglieder für den Bundesverband, denn auch mit dem geringen Jahresbeitrag von € 12.00 können Sie unsere Arbeit unterstützen.“ Über den Bericht von Udo Naujocks in der vorigen Ausgabe ICD - Aktuell habe ich mich sehr gefreut. Sicher ein guter Weg, um das Defi-Selbsthilfenetz weiter auszubauen.

Versuchen Sie es auch, es geht! Hinweisen möchte ich noch mal auf meinen Aufruf in Ausgabe 8, wir benötigen dringend Verstärkung für unsere Aufgaben! Helfen Sie uns! Melden Sie sich bei mir!

Allen Gruppensprecher(n)innen viel Freude bei der Arbeit in den Gruppen und vergessen Sie nicht die Anmeldung für die Jahrestagung.

1. Vorsitzender  
Karl-Heinz Westphal

## 14. Vorstandssitzung im HKZ Rotenburg anlässlich des 4. Psychokardiologischen Symposiums

### "Was das Herz begehrt"

Am 22.01.2011, fand im Herz- und Kreislaufzentrum das 4. Psychokardiologische Symposium „Was das Herz begehrt“ statt – eine von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zertifizierte Fortbildung für Ärzte, Psychotherapeuten und Herzgruppenleiter, die die Psychologische Abteilung des Zentrums für Kardiologische Rehabilitation und Prävention organisierte.

International renommierte Referenten und Teilnehmer aus ganz Deutschland beschäftigten sich mit neuesten Forschungsergebnissen der noch jungen Fachrichtung Psychokardiologie. In 2 Workshops tauschten zum einen die Ärzte und Psychotherapeuten, zum anderen die Herzgruppenleiter ihre Erfahrungen im alltäglichen Umgang mit den Patienten aus.

Allen Menschen sind durch Redewendungen wie „das nehme ich mir zu Herzen“, „das bricht einem das Herz“, „das Herz ausschütten wollen“, „aus dem Herzen eine Mördergrube machen“, „ein gebrochenes Herz haben“ uvm. die Zusammenhänge zwischen Herz und Seele vertraut.

Frau Dipl.- Psych. Susanne Boettcher, die leitende Psychologin in der Kardiologischen Rehaklinik des HKZ, wies in ihrer Begrüßung der teilnehmenden Fachleute darauf hin, dass in den letzten 20 Jahren die Wechselwirkung von psychischem Befinden und Herzerkrankungen immer mehr verstanden und durch wissenschaftliche Untersuchungen belegt wurde. Und dass es Anliegen und Ziel sei, im klinischen Alltag diese Erkenntnisse zum Nutzen der Menschen mit Herzerkrankungen und ihrer Angehörigen immer mehr in einer ganzheitlichen Behandlung umzusetzen. Die Patienten sollen sich nicht nur als „ganzer Mensch“ behandelt fühlen, sondern durch das eigene Wissen um die Zusammenhänge auch viel stärker selbst auf ihre Krankheit bzw. deren Vermeidung Einfluss nehmen lernen. Das Wissen um die Bedeutung von Stress, Depression, Angst, Ärger, Verlusterlebnissen u.a. psychischen Faktoren für das Organ Herz und für die Entstehung und den Verlauf von Herzerkrankungen fand in den letzten Jahren international eindrucksvoll wissenschaftliche Bestätigung. Die aktuellen Forschungsergebnisse wurden vorgestellt und diskutiert und regten die Teilnehmer zu zahlreichen konstruktiven Ideen für ihre Arbeit an.

Dr. Müller- Tasch vom Universitätsklinikum Heidelberg belegte, dass bei Menschen mit einer chronischen Herzinsuffizienz das Auftreten einer



## Inhalt

Aus dem Verband	
Editorial	1
14. Vorstandssitzung/Symposium	1-2
Einladung Jahrestagung	3
Treffen in Brüssel	4-5
SHG Neugründungen	5
Herznachrichten	
Prof. Dr. med. Block: Herzrhythmus	6-7
Dr. Edel: Ernährung u. Sport	8-10
Prof. Dr. Ladwig: Befragung	10
Aus den SHGs	
SHG Augsburg	10
Öffentlichkeitsarbeit	11-12

Depression die Lebensqualität zusätzlich zur körperlichen Beeinträchtigung deutlich einschränkt. Wenn die Lebensqualität gemindert ist, sind das psychische Befinden, die sozialen Beziehungen, die körperliche Verfassung und die Funktionsfähigkeit im Alltag und im Beruf betroffen.

Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz sind häufig depressiv; Depressionen wiederum erhöhen das Risiko für das Auftreten einer Herzinsuffizienz. D.h., die psychische Mitbeteiligung (Depression) an der Kardiologischen Erkrankung ist prognostisch bedeutsam und bedarf deshalb einer medikamentösen und einer psychologischen Mitbetreuung und einer psychosomatischen Grundversorgung unter Einbeziehung der Familie.

Prof. Ladwig – ein weltweit bekannter Psychokardiologe von der Universität München und dem Deutschen Herz Zentrum München sprach über die Probleme, die Menschen mit einem implantierten Defibrillator (ICD bzw. kurz: Defi) haben. Obwohl die Patienten einen „Notarzt in der Brust“ haben, der eine körperliche Absicherung ist, erleben sie häufig körperlich und psychisch schmerzhaft Ereignisse (sogen. Schock), die zu Schreckhaftigkeit, Vermeidungsverhalten und zu einem Leben, das sich fast ganz um die Krankheit gruppiert, führen. Diese Schockereignisse können Angststörungen und sogen. Posttraumatische Belastungsstörungen auslösen.

Viele Patienten fühlen sich von einem möglichen Einsetzen des ICD massiv bedroht, insbesondere, weil sie es nicht beeinflussen können und sich ausgeliefert fühlen. Um psychische Folgeerkrankungen einzudämmen, ist für Patienten mit dieser Erkrankung zum einen ausführliche Information und Vorbereitung des Patienten auf einen möglichen Schock durch den Arzt und zum anderen ein vertrauensvolles Verhältnis zum Arzt, der sich Zeit für sie, ihre Ängste und Nöte nimmt, von ausschlaggebender Bedeutung.

Der Patient wiederum muss lernen, die Botschaft, die eine Schockauslösung gibt, zu verstehen und evtl. vorhandene Ankündigungen wahrzunehmen. Je älter - und somit oft auch ruhiger - ein Mensch mit einem Defi wird, umso seltener werden die Schocks beobachtet – so Prof. Ladwig. Für Patienten mit einem Defi ist eine psychotherapeutische Betreuung zum Abbau von Angst und Depression und damit zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Beeinflussung der Schockauslösung günstig.

Prof. Oskar Mittag vom Universitätsklinikum Freiburg gab Praxisempfehlungen für die psychologische Mitbetreuung der Patienten in Rehakliniken. So sollte möglichst bei jedem Patienten bei Antritt seiner AHB oder Reha nach psychischen Auffälligkeiten, z.B. Angststörung oder Depression gefahndet werden, die den Krankheitsverlauf und die Gesundheit beeinflussen können, damit sie frühzeitig behandelt werden können.

So können 2 einfache Fragen Hinweis auf das Vorliegen einer Angst- oder depressiven Störung geben: „Fühlen Sie sich häufiger niedergeschlagen, depressiv und hoffnungslos?“ und „Haben Sie Interesse und Freude am

Leben verloren?“ Wichtig ist ein enges Zusammenarbeiten des gesamten Rehateams, also von Ärzten, Schwestern, Psychologen, Therapeuten, Sozialdienst und auch Hausarzt.

Auch sollte der Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Herzgruppen angeregt und gefördert werden, in denen herzkranken Menschen auch nach ihrem Krankenhausaufenthalt Betreuung, Kontakt, Austausch, Sicherheit und Anregung finden.

Prof. Herrmann – Lingen von der Universitätsmedizin Göttingen hielt einen sehr interessanten Vortrag über den Unterschied zwischen „Männerherzen und Frauenherzen“.

Fakt ist, dass bei beiden Geschlechtern psychosoziale Risikofaktoren wirken.

Der Wissenschaftler belegte, dass vor dem 65. Lebensjahr mehr Männer an einem Herzinfarkt sterben, jenseits des 65. Lebensjahres jedoch wesentlich mehr Frauen (mehr als durch Brustkrebs) als Männer. Starker körperlicher Stress ist die häufigste Auslösesituation für einen Herzinfarkt bei Männern. Im Gegensatz dazu wird bei Frauen ein Herzinfarkt laut Untersuchungsergebnissen am häufigsten durch „Psychostress“ - also emotionale Belastung - ausgelöst.

Männern schadet vor allem viel Berufsstress, Frauen schadet häuslicher Stress mehr als den Männern. Mehrfachbelastung erhöht bei Frauen das Risiko einer Koronaren Herzkrankheit. Frauen mit einer Koronaren Herzerkrankung (KHK) haben häufiger Angst und Depression als Männer mit dieser Krankheit. Aber depressive Frauen erholen sich schneller als Männer.

Während herzkranken Männer sich über ihre Leistung und Stärke definieren und deshalb für ihre Gesundheit ein neues Selbstgefühl wachsen lassen müssen, indem sie das Gefühl „ich bin wer“ (auch außerhalb von Stärke und Leistung) erleben lernen, haben herzkranken Frauen die Aufgabe, ihren Stress in Partnerbeziehungen abzubauen („liebvoll nein sagen“), „Grenzen setzen ohne Beziehung zu verlieren“, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und mehr Selbstfürsorge und Bedürfnisbefriedigung zu betreiben. Psychosoziale Behandlung bessert das psychische Befinden und die Lebensqualität bei Menschen mit einer KHK; Cholesterinspiegel und Puls senken sich; Reinfarkte und Sterblichkeit reduzieren sich – insbesondere bei Männern.

Fazit: Verschiedene psychische und soziale Faktoren spielen neben den körperlichen eine massive Rolle bei Entstehung, Verlauf und Behandlung von Herzerkrankungen und müssen bei der Behandlung entsprechend beachtet, einbezogen und beeinflusst werden, sowohl von den Fachleuten als auch von den Betroffenen.

Dipl.- Psych. Susanne Boettcher  
Leitende Psychologin  
Zentrum für kardiologische  
Rehabilitation und Prävention  
HKZ Rotenburg Fulda

Sehr geehrte Mitglieder, liebe Freunde und Interessenten,

nachfolgend erhalten Sie die Einladung zu der nächsten offenen Jahrestagung. Wir wohnen im Göbel's Hotel Rodenberg. Das Hotel liegt unmittelbar neben dem Gelände des HKZ. Dieses Treffen ist eine hervorragende Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und zur Weiterbildung. Aber auch das bessere Kennenlernen soll nicht zu kurz kommen. Sollten Sie sich noch nicht angemeldet haben, nutzen Sie die Gelegenheit, noch nachzumelden.



**6. Jahrestagung des Bundesverbandes  
Defibrillator (ICD) Deutschland e.V.  
12.03. - 13.03.2011  
Herz- und Kreislaufzentrum (HKZ) Rotenburg a. d. Fulda**

Samstag, 12.03.2011

10:30 Uhr Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Defibrillator (ICD) Deutschland e.V.

13:30 Uhr Offene Jahrestagung: Eröffnung, Begrüßung

13:45 Uhr § 20c SGB V - Welche Ausgaben der SHGs können über die Förderung der gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Antragsverfahren  
Dr. Rüdiger Meierjürgen Leiter des Bereichs Prävention der Barmer und GEK (Betriebliches Gesundheitsmanagement)

14:15 Uhr Berichte über Situation in den SHGs - regionale Unterschiede

15:00 Uhr Pause

16:45 Uhr Neues aus den Gruppen: Erfahrungsaustausch und Kennenlernen

18:00 Uhr Ende offizieller Teil

19:00 Uhr Gemeinsames Abendessen mit allen Teilnehmern  
Gemütliches Ausklingen des 1. Tages

Sonntag, 13.03.2011

09:30 Uhr Wie halte ich die SHG lebendig, wie finde ich neue Gruppenmitglieder, wie gestalte ich das Gruppenleben?

Meike Fabian, Dipl. Sozialpädagogin und Supervisorin (DGSv)

10:15 Uhr Was benötigt eine SHG an Grundausstattung um sich besser darstellen zu können?

Was haben wir? Was sollten wir haben? Wie können wir das beschaffen?

(Vorstellung und Besprechung der vorhandenen Flyer usw.)

11:00 Uhr Pause

11:15 Uhr „Optimierung der Langzeitbetreuung von Defi Patienten - eine Patientenbefragung“

Nina Fleur Ischinger, Psychologin Systemischer Coach und systemische Individual-, Paar- und Familientherapeutin und Supervisorin

12:00 Uhr Zusammenfassung, Diskussion und Absprache über die weitere Entwicklung

12:30 Uhr Gemeinsames Mittagessen

anschließend individuelle Abreise

Für die Tagung (Übernachtung, Tagungsgetränke, Abend- und Mittagessen) müssen wir aus Kostengründen pro Mitglied im Verband 50,00 € berechnen. Nichtmitglieder zahlen 150,00 €.

Anmelden bei:

Karl-Heinz Westphal; 1. Vorsitzender, Am Holsterberg 11, 33039 Nieheim

Tel.: 05274-952220; Fax: 05274-8728 Mail: k-h.westphal@defibrillator-deutschland.de

Anmeldeformulare finden Sie auf unserer Internetseite [www.defibrillator-deutschland.de](http://www.defibrillator-deutschland.de)

## Bundesverband Defi - Deutschland trifft sich mit Partnerorganisationen in Brüssel

Bericht von Pastor Oskar Jakob Kandel

The Medtronic Foundation, International Programs hat den Defi-Bundesverband erstmalig zu einem Workshop in englischer Sprache vom 10. - 12. November 2010 nach Brüssel eingeladen.

**Patient Link Workshop:  
The Turning Point -  
How Patient Groups Evolve and Grow**  
so lautete das Thema der Einladung.



Pastor Kandel

Und ich hatte die ehrenvolle Aufgabe vom Vorstand übertragen bekommen, unseren Verband dort zu vertreten. Eingeladen waren die leitenden Repräsentanten von 50 europäischen Selbsthilfeorganisationen, darunter nationale und europäische Verbände, die sich in sehr unterschiedlichen Krankheiten für Patienten und Angehörige engagieren:

Parkinson, Lupus, Dystonie, Neurologische Störungen, Multiple Sklerose, Diabetes, Traumatische Hirnverletzungen (Traumatic Brain), Spastische Störungen, Herzkrankheiten von Geburt an (Congenital Heart Disease), Schmerzleidende (Pain Patients), Herzkrankheiten von Kindern, Herzrhythmusstörungen (Arrhythmia Alliance). Für unseren Verband konnte ich Kontakte knüpfen, Erfahrungen austauschen und Vernetzungen anbahnen mit England (Arrhythmia Alliance), Belgien (ICD Patients) und mit Schweden (Arrhythmia Alliance).

Ein Ziel vom Workshop ist dank der Initiative von Medtronic Foundation diese europäische Vernetzung zu ermöglichen, die alle zwei Jahre in Brüssel vertieft und ausgebaut werden kann. Aber jederzeit ist ein Austausch der Verbände untereinander möglich und sinnvoll, wie das sich schon in ersten Kontakten mit England entwickelt hat.

Das intensive Tagungsprogramm war von einem Team verschiedener Verbände zusammen mit Medtronic Foundation hervorragend vorbereitet. Vorträge, Plenumsdiskussionen, Arbeitsgruppen, Infomaterialien, Begegnungen, Gespräche und intensiver Erfahrungsaustausch prägten diesen Workshop. Langeweile konnte nicht aufkommen in dieser menschenfreundlichen wohlthuenden Atmosphäre von so unterschiedlichen Leiderfahrenen, auch kranken oder behinderten Vertretern mancher Verbände.

Die ausführlichen Unterlagen mit den Vorträgen und Arbeitspapieren habe ich an den Vorstand weitergegeben, aber sie sind auch im Internet abrufbar. Der Link ist beim Vorstand oder bei mir abrufbar. Und es lohnt sich, dieses Workshop-Material kennen zu lernen.

Die vielfältige Thematik lässt sich kurz so beschreiben:  
Welche Schlüsselqualifikationen sind zur Entwicklung der

Verbände nötig? Welche Experimente oder Projekte sind hilfreich, um die Selbsthilfegruppen zu fördern?

Wie gut werden Patienten und Angehörige informiert und begleitet - und von wem alles?

Was hilft auf dem langen und beschwerlichen Weg, den Selbsthilfegruppen vor sich haben?

Welche Ressourcen sind vorhanden, auf die Verbände zurückgreifen können?

Gibt es Wendepunkte oder notwendige Entscheidungen, um den Verband besser zu organisieren?

Welche Strukturen sind nötig, um einen Verband erfolgreich zu steuern?

Wie notwendig und hilfreich ist die Unterstützung durch die Medizintechnik?

Was können die Medizintechnikfirmen aus den Erfahrungen der Verbände lernen?

Zusammenfassend kann gefragt werden:

Welche Visionen sind nötig, um die Ziele der Verbände realistisch zu verwirklichen?

Gewiss gehören dazu:

Gute Verbandsarbeit mit guten Leitungsteams, gutes Management mit gutem Wissen und guter Kommunikation. Die Berichte aus den Verbänden, der Erfahrungsaustausch und die Einbeziehung von Vertretern aus der EU und von anderen Interessengruppen aus der Welt der Gesundheit waren ausgesprochen anregend und bedeutsam.

Auch ich habe unseren Bundesverband auf vielfältige Weise vorgestellt, nicht nur in Gesprächen oder in den Arbeitsgruppen, sondern auch mit unseren hervorragend gestalteten „ICD Aktuell“, mit Flyern und mit der Pressemappe. Und ich bin stets auf großes Interesse gestoßen. Wir stehen gewiss erst am Anfang einer bedeutsamen Entwicklung auf nationaler wie auf europäischer Ebene. Aber mir ist bewusst geworden, welch ein großes Schwergewicht die Selbsthilfeverbände darstellen. Im Konzert der unterschiedlichen Interessenverbände im Gesundheitswesen in Europa werden die Selbsthilfeverbände noch an Gewicht zunehmen, auch unser Defi – Bundesverband!

Aber diese umfangreiche Arbeit wird nicht mehr allein mit Ehrenamtlichen zu leisten sein. Auch das war ein zentrales Thema. So haben inzwischen viele Verbände längst hauptamtliche Mitarbeiter, Geschäftsstellen, wissenschaftliche Beiräte, eigene Kongresse in Zusammenarbeit mit Kliniken und Partnerverbänden, Publikationen und eine intensive Öffentlichkeitsarbeit als Lobbyarbeit.

Aber dennoch sei gesagt und darf nie vergessen werden:

**Im Mittelpunkt steht immer der Patient mit seinen Angehörigen, bleiben die Selbsthilfegruppen die Basis aller Bemühungen!!!**

So waren weitere zentrale Fragen:

Wie gelingt es, Patienten als Mitglieder zu gewinnen?

Was kann helfen, Ehrenamtliche für die Mitarbeit zu qualifizieren?

Welche finanziellen Unterstützungen sind möglich und nötig?

Unser Verband ist gut beraten – so zeigt meine Erfahrung in Brüssel – langsam zu wachsen. Ein „gesundes Wach-

tum“ ist wirklich erstrebenswert. Denn unser Vorstand, unsere Gruppenleiter/innen und alle ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen, auch unsere Ärzte dürfen nicht überfordert werden.

Zum Abschluss noch einmal – auch im Namen unseres Bundesverbandes einen herzlichen Dank an den Veranstalter für diese Plattform des Erfahrungsaustausches.

## Neue Defi (ICD) Selbsthilfegruppen gegründet!

### Defi SHG in der Klinik in Bad Rothenfelde!

Am 09.11. 2010 konnte der 1. Vorsitzende des Bundesverbandes Defibrillator (ICD) Deutschland e.V. Karl-Heinz Westphal dank der Vorarbeit unseres Mitgliedes Sven Ossenkopp und der Unterstützung durch den Oberarzt Dr. med. Rainer Grove in der Schüchtermann Klinik Bad Rothenfelde eine Informationsveranstaltung zur Gründung einer Defi SHG durchführen.

Ein Teil der Teilnehmer bekundete Interesse an einer SHG und so konnte am 11.01.2011 das erste Treffen der neuen Defi SHG stattfinden.

Die Gruppe trifft sich an jedem zweiten Dienstag im Monat um 17:30 Uhr im Konferenzraum, Raum 177 in der Schüchtermann - Klinik in Bad Rothenfelde

Ansprechpartner ist Herr Horst Hagemann, Brahmstr.26 33775 Versmold, Telefon 05423 - 7358



Am Pult Oberarzt Dr. Grove

### Der Kreis um OWL ist nun geschlossen!

Nach Detmold, Paderborn und Bielefeld konnten wir, dank der freundlichen Unterstützung der Hospitalvereinigung Weser-Egge und dem starken Einsatz des Chefarztes Dr. Eckhard Sorges, Medizinische Klinik I, St. Ansgar Krankenhaus Höxter nun auch eine Defi-Selbsthilfegruppe für den Kreis Höxter und dessen Umland am 03.12.10 im St. Vincenz- Hospital Brakel, gründen. Die Gruppe trifft sich am ersten Freitag im Monat um 16:00 Uhr im Konferenzraum im St. Vincenz - Hospital, Danziger Str. 17, 33034 Brakel

Bild re: Mit Hilfe der Hospitalvereinigung Weser-Egge vertreten durch Reinhard Spiefl (r.), hat Karl-Heinz Westphal, eine Selbsthilfegruppe gegründet. Die Chefarzte Dr. Ulrich Zimmermann, Dr. Eckhard Sorges und Dr. Detlef Michael Ringbeck (v.l.) stehen für Vorträgen zur Verfügung.



Foto: Helga Krooss

### Nun auch eine weitere Defi Selbsthilfegruppe in Baden Württemberg!

Nach Ludwigsburg/Stuttgart, Bad Krozingen eine weitere Defi Selbsthilfegruppe im Städtischen Klinikum Karlsruhe. Am 20.01.2011 konnte in der Medizinischen Klinik IV, Dank der freundlichen Unterstützung durch Herrn Direktor Prof. Dr. med. Claus Schmitt, Oberarzt Dr. med. Matthias Merkel und Frau Dr. med. Katharina Ruppender, mit dem Bundesverband Defibrillator (ICD) Deutschland, vertreten durch den 1.Vorsitzenden Karl-Heinz Westphal sowie dem 2. Vorsitzenden Rolf Franz eine sehr stark besuchte Informationsveranstaltung zur Gründung einer Defi SHG durchgeführt werden. Diese Gruppe wird sich nun monatlich im Raum D. 110 in der Medizinischen Klinik IV treffen.



Hinten: Oberarzt Dr. med. Merkel u. Frau Dr. med. Ruppender

## Bösartige Herzrhythmusstörungen – Wie erkennt der Defi die Gefahr?

Prof. Dr. med. Michael Block



Prof. Dr. med. Block

Als Michel Mirowski in den siebziger Jahren auf die Idee kam den von Notärzten und im Krankenhaus verwendeten externen Defibrillator (Defi) implantierbar zu machen, musste er sich auch überlegen, wie der Defi automatisch eine bösartige Herzrhythmusstörung erkennt. Entsprechend hießen die ersten implantierten Geräte der Firma Intec

automatische implantierbare Defibrillatoren, damals abgekürzt AID. Der Einsatz eines externen Defis war damals alleine von der Beurteilung des vom Arzt gesehene EKGs abhängig und der Prüfung ob der Patient bewusstlos war.

### Welches Herzrasen ist bösartig?

Je langsamer ein Herzrasen (Tachykardie) ist, umso größer wird die Wahrscheinlichkeit dass es nicht lebensbedrohlich, also bösartig ist. Ob bei einem Herzrasen ausreichend Blut gepumpt wird, hängt von vielen Faktoren ab, z. B. ob der Herzmuskel normal wie bei einer aus dem Vorhof kommenden Tachykardie oder abnorm wie bei einer im Herzmuskel entstehenden Tachykardie erregt wird, aber auch wie gut der Herzmuskel grundsätzlich noch pumpen kann. Ein implantierbarer Sensor, der zuverlässig misst, ob die Pumpfunktion bei Eintritt des Herzrasens oder im Verlauf zusammenbricht, konnte bisher in den Defi nicht integriert werden. Dagegen kann der Defi immer besser unterscheiden, ob ein Herzrasen aus dem Vorhof kommt, oder aus der Herzkammer. Während Herzrasen aus dem Vorhof häufig nur durch körperliche Belastungen zeitlich begrenzt auftreten, enden auch zunächst kaum bemerkte Phasen von Herzrasen aus der Herzkammer in einem Kreislaufzusammenbruch. Letztlich ist ein Herzrasen immer dann bösartig, wenn es über kurz oder lang zum Herz-Kreislauf-Stillstand führen kann. Dieses ist prinzipiell praktisch nie bei Herzrasen aus dem Vorhof, und prinzipiell immer bei Herzrasen aus der Herzkammer möglich.

### Das Basisprinzip der Erkennung von Herzrasen durch den Defi

Es war naheliegend, dass man zur Erkennung von Herzrasen (Tachykardie) die Technologie aus Herzschrittmachern übernahm, die bei zu niedriger Herzfrequenz, z. B. unter 60/min stimulieren. Hierzu braucht man ein Signal aus der Herzkammer, das möglichst nur die elektrische Erregung des Herzmuskels wiedergibt und nicht auch die Erregung des Vorhofs. Sobald in unserem Beispiel also 1 Sekunde keine elektrische Erregung erfolgt ist, wird der Schrittmacher also dazu gezwungen eine Schrittmacherstimulation des Herzmuskels vorzunehmen. Bei einem Defi möchte man natürlich nicht, wenn viel zu früh eine elektrische Erregung des Herzmuskels, z. B. nach einer Drittelsekunde (entspricht über eine Minute: 180/min), erfolgt, einen Schock abgeben. Schließlich will man ja keine ventrikulären Extrasystolen behandeln. Also muss man zusätzlich

bestimmen, wie häufig solche schnellen Schläge aus der Herzkammer hintereinander erfolgen müssen, bevor der Defi die Behandlung aufnimmt. So kann man programmieren, dass z. B. 24 Schläge hintereinander kürzer als 1/3 Sekunde sein müssen. Würde jeder Herzschlag gerade 1/3 Sekunde andauern, würde nach  $24 \times 1/3 \text{ Sekunde} = 8 \text{ Sekunden}$  eine Therapie gestartet. Im Falle einer anti-tachykarden Stimulation würde diese sofort abgegeben. Im Falle eines Schocks würden zunächst die Kondensatoren des Defis auf die erforderliche Spannung hochgeladen und nach erneuter kurzer Prüfung der Herzfrequenz der Schock abgegeben. Dieses ist das Basisprinzip der Defi-Erkennung (siehe Tab. 1). Hierbei vermutet der Defi nur auf Grund einer länger anhaltenden erhöhten Herzfrequenz, dass eine Rhythmusstörung behandelt werden muss.

### Der Sonderfall des Kammerflimmerns

Kammerflimmern ist die wohl bösartigste schnelle Herzrhythmusstörung. Sie ist schwieriger zu beseitigen - nicht durch Überstimulation und oft nur durch hohe Energien. Darüber hinaus ist sie schwierig zu erkennen. Der Notarzt kann Sie auf Grund der niedrigen Flimmersignale mit einer fehlenden Erregung des Herzmuskels verwechseln (Asystolie). Die Entscheidung zur Schrittmacherbehandlung statt zum Schock wäre dann tödlich. Das gleiche Problem stellt sich auch dem implantierten Defi. Um die stark schwankenden und zum Teil sehr feinen Erregungssignale von Kammerflimmern oder auch bestimmten sehr schnellen ventrikulären Tachykardien nicht zu übersehen, verfügt er über eine andere Signalerkennung als ein Schrittmacher. Während beim Schrittmacher eine feste Signalgröße in Millivolt zur Erkennung einer Kammererregung führt, genügt dem Defi eine immer kleinere Signalgröße je länger die letzte erkannte Erregung zurückliegt. Da bei stark in ihrer Größe schwankenden Signalen trotzdem manchmal ein oder gar zwei Signale hintereinander übersehen werden, verlangt der Defi in der Behandlungszone für die schnellsten Tachykardien auch nicht das alle erkannten Intervalle schnell sein müssen. So müssen in dieser sogenannten Kammerflimmerzone (VF-Zone) z.B. nur 12 aus 16 hintereinander registrierten Intervallen kürzer als z. B. eine Viertelsekunde sein, um einen Schock auszulösen. Durch diese beiden Prinzipien wird gesichert, dass die bösartigsten Herzrhythmusstörungen durch den Defi nicht übersehen werden (siehe Tab. 1).

### Wie kann der Defi gutartig von bösartig unterscheiden?

Die Frage, ob ein Herzrasen aus der Kammer (bösartig) oder aus dem Vorhof (gutartig) kommt, ist für erfahrene Ärzte anhand des Elektrokardiogramms (EKG) meistens relativ gut zur beantworten. Die dabei angewandten Prinzipien übernimmt der Defi bei der Analyse des von ihm gesehene Elektrokardiogramms (siehe Tab. 2). Das wichtigste Prinzip des Arztes ist zunächst festzustellen, ob während des Herzrasens die Kammer normal erregt wird. Zunächst prüft er, ob das Erregungssignal der Kammer schmal ist, was eine Bösartigkeit praktisch aus-

schließt. Sollte das Signal breit sein, so prüft er, ob es sich vielleicht um einen Rechts- oder Linksschenkelblock handelt. Dieser wäre prinzipiell auch gutartig. Der Arzt benötigt hierzu ein vollständiges EKG mit 12 Ableitungen. Über dieses verfügt der ICD natürlich nicht. Mit der Entwicklung sehr kleiner Mikroprozessoren mit guter Rechenleistung kann er aber Breite und Aussehen des Signals nicht nur gegenüber einem Grenzwert, sondern auch gegenüber dem Zustand vor der Tachykardie ständig überprüfen (Morphologiekriterium des Defis). Bei langsamen Herzrasen wird der Defi häufig mit einem normalen, durch körperlich Belastung verursachten Herzrasen (Sinustachykardie) konfrontiert, das durch einen  $\beta$ -Blocker gut vermieden werden kann. Der Defi hat eine gute Möglichkeit dieses harmlose Herzrasen zu erkennen. Während ein bösartiges Herzrasen aus der Herzkammer immer schlagartig anfängt, baut sich dieses als Anpassung an die Belastung entstehende natürliche Herzrasen allmählich auf (Onsetkriterium des Defis). Hier kommt dem Defi zugute das er eine Information darüber hat, wie das Herzrasen anfing. Wenn aber das bösartige Herzrasen unter körperlicher Belastung entstand, und damit kein ausreichend großer Sprung der Herzfrequenz vorhanden war, kann er eine Fehlentscheidung treffen. Diese ist nur dadurch korrigierbar, dass man dem Defi bei zu lang anhaltend hoher Herzfrequenz den Befehl gibt, automatisch zu behandeln. Am häufigsten verwechselt der Defi gutartiges mit bösartigem Herzrasen bei Herzrasen durch Vorhofflimmern. Auch hier steht ihm ein spezielles Unterscheidungsmerkmal zur Verfügung, das auch der Arzt bei der EKG-Analyse benutzt, die unregelmäßige Überleitung von Vorhofflimmersignalen auf die Kammer (Stabilitätskriterium des Defis). Das dieses häufig nicht klappt, liegt daran, dass es bei Vorhofflimmern Phasen

mit relativ stabiler und/oder sehr schneller Überleitung auf die Kammer auftreten können. Die Analyse wie sich die Vorhoferregung im Vergleich zur Kammererregung verhält, ist für den Arzt eine weitere Möglichkeit den Ursprung des Herzrasens zu analysieren. Hier hat der Defi, wenn es sich denn um einen Zwei- oder Dreikammergerät handelt, deutliche Vorteile, da er die Vorhoferregung genau erkennen kann, was dem Arzt im EKG nur ausnahmsweise gelingt (Zweikammerkriterien der Defis). So weiß der ICD z. B., wenn die Zahl der Vorhoferregungen geringer als die Zahl der Kammererregungen ist, dass die Rhythmusstörung zwingend aus der Kammer kommen muss und damit bösartig ist. Die Algorithmen wie die Signale aus beiden Kammern verarbeitet werden sind kompliziert, unterscheiden sich von Hersteller zu Hersteller oft deutlich und sind manchmal nur noch schwer nachvollziehbar (black box).

#### Schlussfolgerung

Defis unterscheiden bösartiges von gutartigem Herzrasen danach, ob sie denken, dass die Herzrhythmusstörung aus den Vorhöfen oder aus der Herzkammer kommt. Erstes Kriterium der Erkennung ist nach wie vor die Herzfrequenz. Zusätzliche Faktoren wie die Regelmäßigkeit und der Beginn des Herzrasens, das Aussehen der Herzsignale und die Beziehung zwischen Vorhöfen und Herzkammern ermöglichen eine immer zuverlässigere Unterscheidung in gut- und bösartiges Herzrasen. Wie gut dieses gelingt hängt vom sinnvollen Einsatz dieser Zusatzkriterien und der Zuverlässigkeit der Defi-Signale ab.

Prof. Dr. med. Michael Block

Chefarzt der inneren Medizin – Kardiologie

Klinik Augustinum München

Volker Weg 16, 81375 München

Tabelle 1 - Erkennung von Herzrasen (Tachykardie) anhand des Frequenzkriteriums

Zone	erforderliche Herzfrequenz*	erforderliche Zykluslänge*	geforderte schnelle Intervalle*
VF (Kammerflimmern)	relativ hoch z. B. 240 / min	relativ niedrig z. B. 250 ms	relativ wenige, kurze Unterbrechung möglich z. B. 12 aus 16
VT (Kammertachykardie)	relativ niedrig z. B. 180 / min	relativ hoch z. B. 330 ms	relativ viele, ohne Unterbrechungen z. B. 24 aus 24

\*gewählte Herzfrequenz, Zykluslänge und geforderte schnelle Intervalle hängen von der erwarteten Instabilität der Kreislauflage zu Beginn des Herzrasens ab

Tabelle 2 - Zusatzkriterien die gutartiges und bösartiges Herzrasen unterscheiden

Zusatzkriterium	unterdrückt die Erkennung	Schwächen bei
Breite- oder Morphologie	aller gutartigen Tachykardien	Schenkelblockbildern
Onset	von Sinustachykardien	bösartigem Herzrasen unter Belastung
Stabilität	von Vorhofflimmern	schnellem Herzrasen
Vorhofsignal	aller gutartigen Tachykardien außer Vorhofflimmern	Vorhofflimmern

## Herznachrichten

Bericht von Dr. med. Klaus Edel

### Nutzen von Vitamin C- und Vitamin E-Tabletten widerlegt



Dr. med. Klaus Edel

Die Physicians' Health Study II brachten enttäuschende Ergebnisse. Obwohl der Handel mit Vitamintabletten, vor allen Dingen mit Vit. C und E, ein Milliarden-geschäft ist, zeigte diese Studie, dass weder die Gabe von Vitamin C in Tablettenform bei gesunden Männern schwere kardiovaskuläre Ereignisse (tödliche Herzinfarkte und Schlaganfall) verhindert, noch dass Vitamin E die Sterblichkeit

oder Infarktrate bei diesen Männern verhindern konnte. Die Einnahme von Vitamin E geht mit einem erhöhten Risiko für Hirnblutungen einher.

Immerhin wurde diese Studie an fast 15.000 Männern über 50 durchgeführt und es zeigte sich, dass Vitamine nicht vor Herz-Kreislaufereignissen und vor Krebs schützen. Die offizielle Schlussfolgerung heißt: Beide Vitamine sind in Tablettenform nicht geeignet zur Prävention von kardiovaskulären Ereignissen bei Männern in mittlerem oder vorgerücktem Alter.

**Sojaprodukte, aber auch Linsen und Erbsen senken den Cholesterinspiegel**

In einer zusammenfassenden Analyse von zwölf Studien

konnte festgestellt werden, dass nicht nur durch eine Ernährungsumstellung hin zu Sojaprodukten, sondern auch eine Ernährungsumstellung mit mehr Aufnahme von Linsen und Erbsen, den LDL-Cholesterinspiegel (böses Blutfett) senken können und den HDL-Spiegel (Gute Fette) anheben können. Die zusammenfassende Empfehlung der Ärzte, die diese Studien analysiert haben, lautet: drei Portionen Hülsenfrüchte pro Woche zu essen.

**Homocysteinsenkung mit Vitamin B und Folsäure nicht möglich**

Es wäre zu schön gewesen: Das erhöhte Homocystein, das bei vielen Gefäßkranken zu finden ist, kann problemlos durch Vitamin B und Folsäure gesenkt werden. Leider konnte jetzt in einer vierten großen Studie bewiesen werden, dass trotz der Senkung des Homocysteins nach Herzinfarkt das Wiederauftreten von koronaren Komplikationen und Schlaganfall nicht gesenkt werden konnte. Somit konnte jetzt eindeutig jeder Effekt der Homocystein-Reduktion auf Gefäßereignisse ausgeschlossen werden.

Leider ist das noch nicht alles: Eine Nachanalyse norwegischer Studien signalisiert ein leicht erhöhtes Krebsrisiko unter der Einnahme dieser Substanzen.

### Der Mythos um das Hühnerei

Seit Jahren wird davor gewarnt, dass Hühnereier den Fettspiegel im Blut negativ beeinflussen. Neuere Studien belegen jedoch: Hühnereier machen schlank und sind gesund. Sie sollen sich sogar positiv auf den Cholesterinspiegel auswirken. 18 Milliarden Eier werden jährlich in Deutschland gegessen. Die Tendenz ist seit dem Ende der 90er-Jahre rückläufig. Jeden Tag ein Ei, jeden Tag ein schlechtes Gewissen. Gehören Sie auch zu den schlankheitsbewussten Menschen, die ihr Frühstücksei für einen Rückfall halten? Nicht nötig, denn dass Eier den Cholesterinspiegel gefährlich erhöhen, ist einer jener Mythen, die so haltlos sind wie der von Bananen und Kalium. Eier enthalten zwar viel Cholesterin. Richtig ist auch, dass zu viel Cholesterin Herz und Gefäße belastet. Entscheidend ist, dass Eier sich nicht auf den Cholesterinspiegel niederschlagen. Im Gegenteil: Hühnereier sind sogar sehr gesund. In den durchschnittlich 63 Gramm eines Hühner-eis steckt fast alles, was der Körper braucht. Das ist nicht verwunderlich, denn das Ei sollte ja ein heranwachsendes Lebewesen ernähren. Die Natur versorgt besonders den Dotter mit reichlichen Nährstoffen. Ein Ei enthält neben vielen Proteinen verschiedene B-Vitamine, Lutein und Zeaxanthin. Diese Substanzen stärken die Sehkraft. Auch für Schwangere sind Eier wichtig, sie versorgen sie mit Folsäure und Cholin, das zur Gehirnbildung des heranwachsenden Fötus beiträgt. Ein Ei liefert auch 40-mal so viel Vitamin D wie Milch. Zwar enthält der Eidotter über

zehn % Fett und ein Gramm Cholesterin, was in "Light-Zeiten" nicht gerade gut ankommt. Wissenschaftler konnten in dieser Hinsicht Entwarnung geben - denn Eier eignen sich sogar zur Diät - den Cholesterinspiegel lassen sie in Ruhe. Zu diesem Urteil sind mehrere Studien gekommen: Zuletzt überwachte ein Forscherteam des Biomedical Research Center in Baton Rouge (Louisiana) acht Wochen lang das Gewicht und die Cholesterinwerte von 152 übergewichtigen Männern und Frauen, die man vorher auf unterschiedliche Speisepläne eingestellt hatte. Eine Gruppe von Probanden frühstückte hemmungslos ohne Einschränkung, zwei weitere Gruppen wurden auf Diät gesetzt, wobei Eine zum Frühstück zwei Eier aß, die andere Gruppe keine - beide Ernährungsweisen lieferten mit 340 Kilokalorien ungefähr gleich viel Energie. Das Ergebnis: Nur die Probanden der beiden Fastengruppen wurden leichter, doch hier verloren die Eieresser 65% mehr Gewicht und 35% mehr Bauchumfang als die Anderen. "Offenbar können Eier viel dazu beitragen, dass eine kalorienreduzierte Diät gelingt," sagt Studienleiter Nikhil Dhurandhar. Die Blutfette waren bei beiden Gruppen gleich, das Eier-Cholesterin hatte hier keine negativen Auswirkungen gezeigt. Der Grund: Wird viel Cholesterin mit der Nahrung zugeführt, drosselt der Körper die eigene Produktion des berüchtigten Gallenfetts. Ein Mechanismus, der nur ganz selten nicht funktioniert.

## Ohne Risiko: Sportliche Aktivität von Patienten mit Herzschwäche

Sport tut gut, und zwar auch Patienten mit einer Herzinsuffizienz (Herzschwäche). Eine aktuelle Studie hat gezeigt, dass Training bei Herzinsuffizienzpatienten sicher ist und - nach Einbeziehen prognostischer Faktoren - auch die Sterblichkeit und Hospitalisierung der Patienten statistisch signifikant reduziert. Dr. Christopher O'Connor aus Durham im US-Bundesstaat North Carolina stellte die Daten der bisher größten Trainings-Interventionsstudie bei Patienten mit Herzinsuffizienz auf dem AHA-Kongress in New Orleans vor. In die HF-Action Studie (A randomized controlled trial investigating outcomes of exercise training) wurden mehr als 2.300 Patienten, die im Durchschnitt 59 Jahre alt waren, aufgenommen. Über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren wurden sie entweder optimal medikamentös behandelt oder trieben zusätzlich dazu zunächst unter Anleitung drei Mal pro Woche 30 Minuten und später allein zu Hause fünf Mal pro Woche 40 Minuten Sport.

Zunächst zeigte sich keine statistisch signifikante Reduktion im primären Endpunkt der Sterblichkeit und Hospitalisierung aus jeglicher Ursache. Erst nach

Einbeziehen von fünf wichtigen prognostischen Faktoren, eine vorgesehene Sekundäranalyse der Studie, wurde auch ein Vorteil der sportlichen Aktivität sichtbar: In der Interventionsgruppe waren die Kriterien des primären Endpunkts um elf Prozent verringert ( $p=0,03$ ) und der sekundäre Endpunkt – kardiovaskuläre Mortalität und Hospitalisierung wegen Verschlechterung der Herzinsuffizienz um 15 Prozent ( $p=0,03$ ).

„Das Training bringt also klinische Vorteile ohne zusätzliches Risiko für die Herzinsuffizienzpatienten mit sich“, sagte O'Connor. Bisher sei nicht klar gewesen, ob diese Patientengruppe ohne Risiken Sport treiben kann.“ Jetzt können wir sagen, dass Patienten mit Herzinsuffizienz und reduzierter linksventrikulärer Leistung durchaus an strukturierten Trainingsprogrammen teilnehmen sollten.“ Denn es wurde kein erhöhtes Risiko für Herzinfarkte, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris oder Frakturen in der Trainingsgruppe beobachtet.

Ein Problem der HF-Action Studie sei, meinte O'Connor, dass eine Verblindung nicht möglich war und auch die Trainingsdauer zu Hause nicht überprüft werden konnte.

## Drei Gramm Salz weniger - Infarktrate sinkt dramatisch

Salz zu sparen hat drastische Effekte für die Gesundheit. Aktuelle Zahlen für die USA belegen das erneut. Nur drei Gramm Salz täglich weniger würde dort bedeuten: 100.000 Herzinfarkte und Schlaganfälle jährlich weniger. Und 50.000 Menschen würden nicht vorzeitig sterben.

Diese Zahlen stammen von einer aktuellen Datenanalyse für die USA. Würden die US-Bürger täglich im Schnitt nur drei Gramm Kochsalz weniger verbrauchen, gäbe es dort jährlich 60.000 bis 120.000 weniger neue Patienten mit koronarer Herzkrankheit, 32.000 bis 66.000 weniger Schlaganfälle und 54.000 bis 99.000 weniger Todesfälle. Alle Bevölkerungsgruppen hätten einen Nutzen, so das Ergebnis. Frauen würden besonders von der verminder-

ten Schlaganfallrate profitieren, ältere Menschen vom Rückgang der Rate an kardiovaskulären Ereignissen und jüngere Menschen generell von der Minderung vorzeitiger Todesfälle.

Gespart würden auch 200.000 bis 500.000 qualitätsadjustierte Lebensjahre sowie die gewaltige Summe von 10-24 Milliarden US-Dollar jährlich.

Auch in Deutschland sollte jeder auf 3 g Salz täglich verzichten. Denn hier verzehren Männer täglich 9 g Salz, Frauen 7 g. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung nennt als Richtwert 6 g täglich. Wer täglich ein Drittel weniger Salz als gewohnt zu sich nimmt, mindert sein Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall um ein Viertel.

## Mit Roter Bete schneller ins Ziel-Natur-Doping durch Rübensaft

Täglich ein halber Liter Rote-Bete-Saft steigert beim Sport die körperliche Ausdauer. Sechs Tage lang täglich 500 ml Rote-Bete-Saft macht Radfahrer fitter als die gleiche Menge Johannisbeersaft, das fanden jetzt britische Forscher heraus. Nach dem Genuss von Rote-Bete-Saft konnten die Hobbysportler auf einem Fahrradergometer

länger in die Pedale treten als nach dem Genuss von Johannisbeersaft.

Weiterhin sank nach dem Genuss des Saftes der roten Rübe auch der Blutdruck der Hobbysportler. Rote-Bete-Saft galt schon bei den Römern als leistungssteigerndes Mittel, vor allem in Liebesdingen.

## Hühnersuppe als Blutdrucksenker

Hühnersuppe gilt als erprobtes Hausmittel bei Erkältung, sie kann allerdings noch mehr. Japanische Wissenschaftler stellten fest dass sie auch hohen Blutdruck senken kann. Es kommt jedoch auf die genaue Auswahl der Zutaten an: Hühnerbeine oder -füße in der Suppe sind wirkungsvoller als die Brust.

Diese Geflügelteile enthalten Eiweiße, die ähnlich wie Medikamente wirken, mit denen Bluthochdruck behandelt wird. Frühere Studien hatten schon gezeigt dass Eiweiße

aus Hühnerbrust ähnlich wirken wie so genannte ACE-Hemmer (Blutdrucksenkendes Medikament).

Die Menge der Eiweiße in Hühnerbrust ist für die Behandlung von Bluthochdruck allerdings zu gering, daher testeten die Wissenschaftler die blutdrucksenkende Wirkung von Hühnerbeinen. Dabei fanden sie vier Eiweißmischungen, die wirkungsvoll und dauerhaft den Blutdruck senken konnten. Weltweit haben etwa eine Milliarde Menschen einen zu hohen Blutdruck. Da diese

so genannte Hypertonie zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfall führen kann, ist es wichtig, hohem Blutdruck entgegenzuwirken.

Dr. med. Klaus Edel,  
Chefarzt im Zentrum für kardiologische Rehabilitation & Prävention

Innere Medizin-Kardiologie, Diabetologe DDG  
Sportmedizin, Rehabilitationswesen  
Heinz-Meise-Straße 100, 36199 Rotenburg a. d. Fulda  
Tel.: 06623 / 886105  
Fax: 06623 / 886132  
k.edel@defibrillator-deutschland.de  
www.defibrillator-deutschland.de

## Verbesserung der langfristigen Betreuung von Patienten mit einem ICD

Bericht Prof. Dr. Ladwig



### Startschuss für eine Initiative zur Verbesserung der langfristigen Betreuung von Patienten mit implantierbarem Defibrillator (ICD)

Wie im ICD-Aktuell (Ausgabe 5, August 2009 und Ausgabe 8, September 2010) angekündigt, sind die Vorbereitungen zu der Befragung von Ihnen als Mitglieder der ICD-Selbsthilfegruppen in Deutschland zu konkreten Themen und Problemen aus dem Leben mit dem Defibrillator mittlerweile abgeschlossen.

Prof. Dr. Ladwig

Das Ziel dieser Initiative ist es, Ihre Meinung und Einstellung und die einer möglichst großen Zahl von weiteren ICD-Trägern systematisch zu erfassen und (so rasch wie möglich) die Auswertung in ICD-Aktuell zu publizieren. Damit erhoffen wir uns, einen Betrag zu der Zielsetzung zu leisten, der Patientenstimme Gehör zu geben und so ein Gegengewicht zu Politik und Industrie zu schaffen. Anders als bei wissenschaftlichen Arbeiten, bei denen es in der Regel oft Jahre dauert, bis eine

Auswertung als Manuskript erschienen ist, soll es hier sehr rasch gehen – um auf diese Weise wirkungsvoll zu einer Verbesserung der Versorgung der Patienten beitragen zu können.

Am Anfang wird das noch ein wenig holprig gehen, aber mit der Zeit werden wir sicher so etwas wie eine kleine Routine erreichen. Wir planen daher auch keine ellenlangen Fragebögen, sondern wollen alle paar Monate zu Brennpunktthemen kurz und möglichst bündig Fragen stellen.

Wenn Sie selbst ein kontroverses Thema zur ICD Behandlung (im weitesten Sinne) haben, das Sie gerne diskutiert sehen wollen, wäre es schön, wenn Sie dies innerhalb des Bundesverbandes kommunizieren und der Geschäftsstelle mitteilen würden. Mit einem ersten kurzen Fragebogen zum Thema Behandlungszufriedenheit wollen wir beginnen. Eine weitere Befragung ist für den Monat April geplant. Wir hoffen und freuen uns auf Ihre Beteiligung!

Professor Dr. Ladwig  
Helmholtz Zentrum München

## Aus den SHGs

### Weihnachtsfeier der Defigruppe - Augsburg am 04.12.2010

Alle drei Defigruppen feierten gemeinsam bei unserer Weihnachtsfeier und gleichzeitig das einjährige Bestehen der „Defi-Gruppe Augsburg“. Musikalisch eröffnet und umrahmt wurde der Abend von der „Dinkelscherbener Bläsergruppe“ mit weihnachtlichen Weisen, die an diesem Abend von Frau Colditz aus der Mittwoch-Gruppe unterstützt wurde.

Nach der Begrüßung durch Robert Mayrock wurde auf das vergangene Jahr und das Geschehene noch einmal zurückgeblickt, aber auch ein paar Dankesworte durften nicht fehlen, zum einen an die Stellvertreter Helga Seltmann und Helmut Scholze und natürlich an Walter Schmidtke und an die Ehefrauen, welche die Gruppensprecher immer unterstützen. Ein besonderer Dank ging an die Gruppen-Mitglieder und derer Partner, die immer mit Interesse an den Gruppenabenden und bei Unternehmungen teilnahmen. Mit den Worten „ich möchte mich bei allen, die zu dieser Gemeinschaft und dem guten Miteinander herzlichst bedanken“, wünschte ich einen schönen Abend und alles Gute im neuen Jahr und beendete den Rückblick.

Anschließend wurden von unserem Mitglied Herrn Sattelmayer Weihnachtsgeschichten vortragen, die sehr amüsant waren. Nach einigen Musikstücken gab Walter Schmidtke einen kurzen Ausblick auf das Jahr 2011. Vorschläge, die von unseren Mitgliedern eingebracht wurden, z.B. Stadtführung in Augsburg/ Patientenverfügung usw., im April oder Mai ist eine Fahrt in den Bayerischen Landtag eingeplant. Wenn wir die Anzahl an Vorschlägen betrachten und das Jahr 2011 bekanntlich nur 52 Wochen hat, wird es problematisch.

Ein Dank ging auch an alle, die uns so tatkräftig unterstützen haben, wie Herrn Esterl/ Fam. Naujocks/ Herrn Rehle/ die Damen vom Gesundheitsamt und viele mehr. Da diese Personen leider nicht anwesend waren, erhalten Sie eine Weihnachtskarte mit einem Dankeschön.

Nach dem gemeinsamen Abendessen und regem Austausch wurde einstimmig beschlossen, nächstes Jahr wieder eine Weihnachtsfeier abzuhalten.

Robert Mayrock und Walter Schmidtke

## Neu auf unserer Internetseite!

Seit Januar 2011 finden alle Interessierten auf unserer Internetseite [www.defibrillator-deutschland.de](http://www.defibrillator-deutschland.de) einen neuen Bereich mit Fragen und Antworten rund um das Thema Defibrillator (ICD).  
Zu folgenden Themen können Sie hier Ihre Fragen stellen, die von unserem ärztlichen Beirat beantwortet werden:

Defi - Technik und Implantation  
Wer braucht einen Defi?  
Medikamente  
Leben mit dem Defi: Sport, Autofahren, Defi und Beruf  
Psychische Probleme

Sie haben Fragen zu Selbsthilfe Gruppen in Ihrer Nähe?

Rufen Sie uns an oder informieren Sie sich auf unserer Internetseite  
[www.defibrillator-deutschland.de/shg](http://www.defibrillator-deutschland.de/shg)

Liebe Mitglieder (Einzel- oder Gruppenmitglieder),

wir bemühen uns, 3 - 4 mal jährlich, aus dem Verbandsgeschehen zu informieren. Es wäre aber auch interessant zu wissen, was Sie interessiert und bewegt. Aus diesem Grunde wieder unser Aufruf:

Senden Sie uns bitte ihre Beiträge:

- ° Berichte über interessante Aktivitäten in der Gruppe, wie z. B. Vorträge, Informationsfahrten etc.
- ° Gemeinsame Aktivitäten mit Rettungsdiensten, Krankenkassen, Krankenhäusern etc.
- ° Besondere Vorkommnisse im Zuschusswesen (§ 20 c SGB V).
- ° Informationen über Änderungen in Ihrer Gruppe (z. B. Gruppensprecher)
- ° Anregungen, was z. B. im Rahmen der Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Ladwig näher untersucht werden soll.

Das Redaktionsteam

----- Aufnahmeantrag hier bitte abtrennen -----

Geschäftsstelle  
Defibrillator (ICD) Deutschland e. V.  
Kreutstraße 13  
85354 Freising

Wir empfehlen diese Seite Ihrer besonderen Aufmerksamkeit!

## Werden Sie Mitglied bei Defibrillator (ICD) Deutschland e. V.

Unser Bundesverband hat in der kurzen Zeit seines Bestehens eine beachtliche Wegstrecke geschafft. Dies gibt uns Mut, unsere Ziele konsequent weiter zu verfolgen. Heute erfolgreiche und viel beachtete Selbsthilfeorganisationen haben wie wir in kleinen Schritten begonnen. Wichtig für uns ist nicht nur die Anerkennung, dass unser Engagement hilft, das Problembewusstsein in der Öffentlichkeit zu steigern. Wichtig ist, dass wir vielen Ratsuchenden helfen können. Dies gelingt umso besser, je mehr uns darin unterstützen.

## Deshalb: "Stärken Sie uns mit Ihrer Mitgliedschaft!"

Es ist uns sehr wichtig, dass auch bereits bestehende Defi-SHG's Mitglied werden.

Unten befindet sich ein Aufnahmeantrag. Bitte füllen Sie ihn aus, schneiden ihn aus und stecken ihn in ein Fensterkuvert

Herzlichen Dank!

Impressum:  
Defibrillator (ICD) Deutschland e. V.

Verantwortlich für Ausgabe 9:  
Peter Esterl  
Kreutstraße 13, 85354 Freising  
Tel.: 08161- 232802  
geschaeftsstelle@defibrillator-deutschland.de  
Namentlich gekennzeichnete Beiträge  
verantworten die Verfasser!  
Satz & Gestaltung: Yvonne Naujocks  
Bachstraße 10, 85414 Kirchdorf  
Druck: Druckerei Asmus, Wuppertal  
Auflage: 1300 Stück

## Mitgliedsbeiträge

Einzelmitglied	12,00 € jährlich
Mitgliedschaft einer Defi-Selbsthilfegruppe	50,00 € jährlich
Mitgliedschaft einer Klinik	200,00 € jährlich

----- Aufnahmeantrag hier bitte abtrennen -----

### Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im Defibrillator (ICD) Deutschland e.V.

Gruppe / Klinik usw.	Personenzahl
Vorname	Nachname
Geb.	Beruf
PLZ / Ort	Straße / Nr.
Tel.	e-Mail

### Einzugsermächtigung

Gleichzeitig erteile ich hiermit dem Defibrillator (ICD) Deutschland e.V. (bis auf Widerruf) die Einzugsermächtigung für meinen/unseren Jahresbeitrag. Natürliche Personen 12,00 €, Gruppen oder Fördermitgliedschaft mindestens 50,00 €, Kliniken usw. 200,00 €

Bank	Bank Anschrift
BLZ	Konto Nr.

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin damit einverstanden, dass sie elektronisch gespeichert werden.

Ort / Datum	Unterschrift
-------------	--------------