

Heutige Lebensgewohnheiten und ihre Auswirkung auf Herz und Kreislauf

(Vortrag gehalten am 03.05.1990 im Kurhaus Bad Hindelang)

Ich möchte das Pferd nicht von hinten aufzäumen aber mit Ihnen die quasi kriminalistische Vorgehensweise benützen, die an der Stelle beginnt, wo bereits etwas passiert ist, wo man vor vollendeten Tatsachen steht.

Jeder von Ihnen kennt die zwei wichtigsten Anschläge auf Herz- und Kreislauf in der heutigen Zeit:

1. Den Herzinfarkt
2. Den Schlaganfall

Es war eine der wichtigsten Erkenntnisse für die Vorsorgemedizin, dass bei diesen beiden Katastrophenereignissen der Tatort nicht identisch war mit dem Fundort, d.h. der Schlaganfall ist nicht primär eine Krankheit des Gehirns und der Herzinfarkt nicht primär eine Krankheit des Herzmuskels, sondern es ist in beiden Fällen eine Krankheit, die sich an den Gefäßen abspielt, es handelt sich um die sog. Arteriosklerose.

Die Arteriosklerose der Herzkranzgefäße wird etwas ungenau die Coronarsklerose genannt, die Arteriosklerose an den Hirngefäßen nicht ganz zutreffend als Cerebralsklerose bezeichnet.

Die Arteriosklerose ist eine Gefäßveränderung, die durch Ablagerung von Fettbestandteilen (hauptsächlich Cholesterin) und Anreicherung von Kalkkristallen in der Gefäßwand kontinuierlich zur Gefäßverengung und Gefäßverhärtung führt. Zusätzliche thrombotische Auflagerungen an den veränderten Gefäßwänden können dann zum akuten Verschluss des Gefäßes führen. Der dann nicht mehr durchblutete Gewebsbezirk am Herz, bzw. Gehirn geht zu Grunde. Beim Ausfall bestimmter Gehirnzentren kann dies z.B. zur akuten Halbseitenlähmung, dem Schlaganfall, beim Ausfall bestimmter Herzmuskelbereiche zum Herzinfarkt führen.

Schauen wir uns diesen Vorgang einmal ein bisschen genauer an. Was macht die Gefäße so kaputt?

Was hat dazu geführt, dass die Herz- und Kreislauferkrankungen nach dem 2. Weltkrieg zur häufigsten Todesursache geworden ist und in den meisten Ländern noch am Zunehmen ist, in Amerika ist als einzigem Land inzwischen eine leichte Abnahme zu verzeichnen. Bei uns in der BRD fällt auf, dass insbesondere bei den Frauen eine 50%ige Zunahme der Sterblichkeit an Herz- und Kreislauferkrankungen stattgefunden hat.

Über 40% aller vorzeitigen Renten werden wegen Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems gewährt.

Es wurde bereits von einer „Infarktepidemie“ gesprochen, nicht weil es sich hier um eine Infektionskrankheit handelt, sondern weil den Herz- und Kreislauferkrankungen eine so expansive Tendenz zugrunde liegt.

Obwohl jeder einzelne von uns durch Herz- und Kreislauferkrankungen wahrscheinlich 10 000mal so gefährdet ist wie durch AIDS, wissen die meisten von Ihnen über AIDS mehr, als über die Entstehung der genannten Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Ist dies der Reiz des Neuen?

Oder haben wir uns an die Bedrohung durch Herzinfarkt und Schlaganfall einfach gewöhnt.

Wie hängt diese Krankheit mit unseren Lebensgewohnheiten zusammen?

Und wie in der modernen Kriminalistik kommt hier auch die medizinische Forschung nicht ohne Computer-Fahndung aus. Was beim einzelnen gefunden wird, muß nicht für alle gelten. Es waren zahlreiche Untersuchungen und Statistiken erforderlich, die verschiedene Variablen unabhängig voneinander untersuchten:

Alter, Gewicht, Größe, Geschlecht, Rasse, Beruf, Eßgewohnheiten, Trinkgewohnheiten, Rauchgewohnheiten, Stress, sog. Live-Events (= belastende Lebensereignisse) um nur einige zu nennen.

Dabei ließen sich folgende Risikofaktoren für die Arteriosklerose erarbeiten:

1. Bluthochdruck
 2. Rauchen
 3. Erhöhte Blutfette
 4. Zuckerkrankheit
 5. Übergewicht
 6. Körperliche Inaktivität
 7. Stress
 8. Typische Verhaltensmuster
- Der wichtigste Risikofaktor ist zweifellos der Bluthochdruck insbesondere als Risikofaktor für den Schlaganfall.

Was hat der Bluthochdruck mit unseren Lebensgewohnheiten zu tun?

Es gibt 4 Zusammenhänge:

1. Gewicht: Die Hälfte aller Übergewichtigen hat Bluthochdruck, die Häufigkeit des Bluthochdrucks nimmt proportional zum Körpergewicht zu.
2. Die Kochsalzaufnahme in den Industrieländern liegt 5-10fach über dem physiologisch notwendigen Bereich. Überladung des Organismus mit Kochsalz führt zu Hypertonus.
3. Ein Viertel aller Bluthochdruckerkrankungen sind auf exzessiven Alkoholkonsum zurückzuführen.
4. Blutdruckanstieg durch Ovulationshemmer.

Hier bestehen möglicherweise Zusammenhänge mit der Tatsache, dass in den letzten 20 Jahren die Häufigkeit kardiovaskulärer Komplikationen bei Frauen so sprunghaft angestiegen ist.

- Der nächste, nicht minder wichtige Risikofaktor ist das **Rauchen** wobei sich hier in erster Linie der Effekt des Nikotins auf den Fettstoffwechsel auswirkt, am Herzen allerdings noch zusätzliche Faktoren wirksam werden. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Nichtraucher in Gesellschaft von Rauchern passiv mitrauchen und dieselben Stoffwechselveränderungen aufweisen.

Interessant ist auch, dass die erhöhte Sterblichkeit von Rauchern sich bei Exrauchern erst einige Jahre nach Beendigung des Rauchens wieder normalisiert hat.

- Die **erhöhten Blutfette** als Risikofaktor sind selten ein irreversibler Stoffwechseldefekt, sondern meist hervorgerufen durch fleisch- und butterreiche Ernährung.

In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass die Trahumara-Indianer in Mexiko eine traditionell fettarme Ernährungsweise haben, die dazu führt, dass es so gut wie keine Herzinfarktsterblichkeit gibt. Es wird berichtet, dass sie tagelang Marathonrennen in Höhen von über 2.000m Höhe bewältigen.

Als besonders belastend hat sich der hohe Anteil gesättigter Fettsäuren in unserer Nahrung erwiesen. Dass hier differenziert werden muß, zeigt eindeutig der Umstand, dass die Bevölkerung von Grönland, die Eskimos, eine traditionell fettreiche Ernährung pflegen, die jedoch einen großen Anteil hoch ungesättigter Fettsäuren enthält. Auch hier sind Herzinfarkt-Erkrankungen so gut wie unbekannt.

- Die **Zuckerkrankheit** wurde bisher immer als Risikofaktor angesehen. Die verfeinerte statistische Untersuchungsmethode in Form der sog. Multivarianten-Analyse hat jedoch ergeben, dass der hohe Blutzucker selbst kein signifikanter Risikofaktor sein kann, sondern dass es in erster Linie die Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus, wie Fettstoffwechselstörung und Hypertonus sind, mit denen der D.m. ja häufig vergesellschaftet ist.

Dass auch der Erwachsenendiabetes eine „Konsumkrankheit“ ist, die in den meisten Fällen durch Gewichtsreduktion deutlich gebessert und in vielen Fällen ganz beseitigt werden kann, wird heute nicht mehr bestritten. Zum nahezu vollständigen Verschwinden des Altersdiabetes kam es in den Hungerjahren während des 1. und 2. Weltkrieges.

- Übergewicht: Siehe Folie zur Veranschaulichung.
- Ein aus vorsorgemedizinischer Sicht außerordentlich wichtiger Risikofaktor stellt die **körperliche Inaktivität** dar. Im Zuge der fortschreitenden Technisierung und Automatisierung nehmen die Berufe mit körperlicher Belastung immer mehr ab.

Auch in der Freizeit werden immer geringere Anforderungen an die körperliche Leistungsfähigkeit gestellt (Fernseher, Skilifte, Auto).

Die körperliche Inaktivität führt experimentell nachgewiesen zur Leistungsminderung der Herztätigkeit, Gewichtszunahme und Erhöhung der Blutfette. Umgekehrt führt körperliches Training zur Leistungsförderung der Herztätigkeit, Gewichtsnormalisierung, Senkung der Blutfette und bei Diabetikern auch des Blutzuckers, sowie Blutdrucknormalisierung.

- **Streß** als Risikofaktor muß etwas differenziert werden. Es gibt sogenannten Eustress und Dysstress. Dass der Mensch Streß braucht um überhaupt funktionieren zu können, ist bekannt. Gemeint ist, dass er gefordert werden will, angespornt werden will. Aber jeder von uns kennt auch den anderen Streß, den bohrenden aushöhlenden Streß, der nicht locker lässt und keine Gelegenheit zum tiefen Durchatmen gibt.
- **Verhaltenspsychologen** haben, wie schon angedeutet, eine interessante Beobachtung gemacht: Herzinfarktpatienten weisen oft folgende Persönlichkeitsmerkmale auf: es handelt sich um Personen mit einem intensiven und andauernden Antrieb zum Erfolg. Sie setzen sich oft selbstgewählte, aber im ganzen gesehen geringfügige Ziele, an denen sie hartnäckig festhalten. Damit verbunden ist ein intensives Konkurrenzstreben, ein ständiger Wunsch nach Anerkennung und Fortschritt. Sie zeigen eine gewisse motorische Ungeduld, einen inneren Zwang zur Aktivität und eine chronische Zeitbedrängnis im täglichen Leben.

Aus den genannten Risikofaktoren lässt sich zwanglos das sogenannte Risikoprofil jedes Einzelnen erarbeiten. Von manchen Pharmafirmen werden bereits kleine Taschenrechner angeboten, mit denen anhand eines erstellten Risikoprofils die Lebenserwartung vorausberechnet werden können soll. (Spirit) Ich persönlich stehe dieser Art von Mathematik eher etwas skeptisch gegenüber. Wenn es jedoch den einen oder anderen aufrütteln sollte, mag es seinen Zweck erfüllen.

Ich komme zum Schluß:

Bei dem Versuch mit einer quasi kriminalistischen Untersuchungsmethode für die Katastrophe Herzinfarkt und Schlafanfall eine Ursache zu finden, sind wir bei der Untersuchung unserer Lebensgewohnheiten leider nicht auf eine einzelne Ursache gestoßen. Die Hauptaufgabe für jeden einzelnen liegt darin, festzustellen, ob er seine Mafia gut im Griff hat.

Im Rahmen der Diskussion möchte ich später mit Ihnen noch kurz auf die möglichen Untersuchungsmethoden eingehen, die uns heute zur Erfassung des Risikoprofils einerseits und zur Erfassung einer bereits vorliegenden koronaren Herzkrankheit andererseits zur Verfügung stehen.