

Dr. med. Knut Sroka

Herzinfarkt – Ein Medizinskandal

**Fundierte Alternativen
zur Schulmedizin**



VAK Verlags GmbH
Kirchzarten bei Freiburg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

VAK Verlags GmbH
Eschbachstr. 5
79199 Kirchzarten
Deutschland
www.vakverlag.de

© VAK Verlags GmbH, Kirchzarten bei Freiburg 2019

Abbildungen: siehe Bildquellenverzeichnis

Lektorat: Norbert Gehlen

Coverdesign: Claudia Castiglione/Guter Punkt, München

Satz: Goar Engländer, Paderborn

Druck: Friedrich Pustet GmbH & Co KG, Regensburg

Printed in Germany

ISBN: 978-3-86731-223-3

Inhalt

Einführung	11
1. Heutige Realität	
Patientengeschichte: „Nächtlicher Überfall“	13
Nach 90 Minuten muss der Katheter sitzen	16
Alltägliche Überfälle	20
Patientengeschichte: „Muskelkrampf im Rippenbereich – Hubschrauber, Herzkatheter“	20
Patientengeschichte: „Nur die Befürchtung, es könne das Herz sein – Katheter“	22
Patientengeschichte: „Überatmet – sofortiger Notkatheter“	24
Verzweifelter Ausruf eines Hausarztes: „Mein Gott, wo sind wir hingekommen?“	26
2. Die Selbsthilfe des Herzens	
Das Herz: Ein Wunderwerk	29
„Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch“	35
Von Sauerstoffmangel keine Spur	39
3. „KHK“, die Koronare Herzkrankheit: Ein überholtes Konzept	
KHK: Logisch widerlegt	43
Kranzgefäßverschlüsse: Trügerischer Augenschein	44
Patientengeschichte: „Ein verschlossenes Kranzgefäß – Angst einflößend, doch nur dem Anschein nach gefährlich“	49
Patientengeschichte: „Ein Verschluss wird aufgebohrt – die Beschwerden bleiben“	52
KHK und Herzinfarkt: Ein Irrtum	56
Seltene Ausnahmen	58

4. *Neue Horizonte*

Yin und Yang: Sympathikus und Parasympathikus	60
Das gestörte vegetative Gleichgewicht	63
Das ganze Leben spielt hinein	67
Die Sprache des Herzens	69
Wenn die Bremsen versagen	71
Ihr persönliches Herzsrisiko: Die „HRV-Analyse“	72
Herzinfarkt: Blockiertes inneres Gleichgewicht	75
Patientengeschichte: „Schwere Enttäuschung, doch man reißt sich zusammen“	75
Patientengeschichte: „Ohnmächtige Wut“	78
Patientengeschichte: „Liebe, für die kein Platz ist auf dieser Welt“	80
Patientengeschichte: „Einfach stehen gelassen“	83
Gibt es eine „Infarktpersönlichkeit“?	86
„Tako-Tsubo“-Herzanfall: Das „gebrochene Herz“?	89

5. *„GHK“: Ein ganzheitliches Konzept*

Die Schutzfaktoren des Herzens	93
Das Gesamtensemble	96
Die Radikalenbelastung	97
Übersäuerung	100
GHK und Herzinfarkt	103
GHK und Herzschwäche	104
Patientengeschichte: „Seine persönliche Spur finden!“	106
GHK und Bluthochdruck	109
Patientengeschichte: „Lebenslänglich Tabletten oder ein selbstbestimmtes Leben?“	113

6. Mit Hightech gegen die Kranzgefäße

Was passiert beim Herzkatheter?	117
Katheter bei Herzschmerzen	118
Die Schadensbilanz von Katheter und Stent	120
Katheter bei <i>drohendem</i> Herzinfarkt	123
Katheter bei <i>gesichertem</i> Herzinfarkt	125
Hilft die Bypass-OP am Herzen?	128
Schäden als Folge der Bypass-OP	133
Herzpatienten im Griff ökonomischer Interessen	134
Patientengeschichte: „Schwere Verletzungen durch übereifrige Ärzte“	138

7. Was hilft wirklich? Was kann ich tun?

Vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung	143
Ernährung	145
Bewegung	148
Frische Luft und Sonnenlicht	150
Innere Anspannung lösen	152
Sich öffnen	156
Hilfreiche Medizin	157
Strophanthin – ein Glücksfall für Herzranke	157
Weißdorn, Arjuna, Rauwolfia, Betablocker, Vitamin D, Vitamin K ₂	162
Zukunftsmusik: Methadon und Oxytocin (OT)	170
Wenig einladend: Statine und ASS	171
Chemie oder Natur?	175
„Was kann ich bei einem Herzanfall tun?“	177
„Wie verhalte ich mich im Krankenhaus?“	181
Stolz ist angebracht!	184

8. Seinen persönlichen Weg finden

Patientengeschichte: „Den Hebel umlegen“	187
Patientengeschichte: „Wieder zu sich finden“	190
Patientengeschichte: „Mit Gelassenheit die Geister vertreiben“	193

9. Volkskrankheit Herzinfarkt

Rasanter Aufstieg und stetiger Rückgang	195
Herzinfarkt: „Killer Nummer eins“?	201

10. Ausblick

Danksagung	209
Quellenverzeichnis	210
Bildquellenverzeichnis	220
Über den Autor	221

„Heinrich, der Wagen bricht!“

*„Nein, Herr, der Wagen nicht,
es ist ein Band von meinem Herzen,
das da lag in großen Schmerzen.“*

BRÜDER GRIMM

Der Froschkönig

oder der eiserne Heinrich (1812)

*Wo aber Gefahr ist, wächst
das Rettende auch.*

FRIEDRICH HÖLDERLIN

Patmos (1803)

Einführung

Ein Herzinfarkt bedroht das Leben. Die Schulmedizin tritt dieser Bedrohung mit hochtechnologischen Maßnahmen entgegen. Doch Herzkatheter, Stent und Bypass-OP sind risikoreiche, belastende Eingriffe. Und auch die vielen verordneten Medikamente machen den meisten Herzkranken zu schaffen.

Das Interesse an Alternativen ist groß. Sanfte Medizin ist gefragt. Viele Herzpatienten würden sich viel lieber mit Yoga, Tai-Chi und ähnlichen schonenden Maßnahmen vor einem erneuten Infarkt schützen, als einen Katheter oder eine Herz-OP über sich ergehen zu lassen.

Doch was ist, wenn jemand einen Herzanfall erleidet? Im Ernstfall, wenn es eng wird in der Brust und Schmerzen auftreten, zählen diese sanften Behandlungsmethoden nicht mehr. Dann regiert wieder die Schulmedizin. Der Katheter wird geschoben, es werden Stents gesetzt und alle Alternativen sind nur noch schmückendes Beiwerk.

Die schulmedizinischen Maßnahmen sind belastend für Körper, Geist und Seele und hinterlassen viele Schäden. Doch wirklich skandalös ist der Umstand, dass sie so gut wie gar nicht helfen. Denn das schulmedizinische Konzept fußt auf einem gravierenden Fehler, sodass sich Erfolge gar nicht erst einstellen können.

In der gängigen Praxis ist alles auf die Herzkranzgefäße ausgerichtet. Die Kranzgefäßverschlüsse stehen im Mittelpunkt und es wird nicht beachtet, dass der Herzmuskel über ein wirkungsvolles Sicherungssystem zum Schutz vor Durchblutungsstörungen verfügt. Wie verschiedene Forscher, allen voran der Mailänder Pathologe Professor Baroldi, anschaulich gezeigt haben, stehen immer dann, wenn sich ein Kranzgefäß verschließt, zahllose Umgehungsgefäße bereit, um das Blut um den Engpass herumzuleiten. Ein verschließendes Kranzgefäß kann der Durchblutung des Herzmuskels nichts anhaben – aber diese entscheidende, gesicherte Erkenntnis wird von der Schulmedizin ignoriert.

Deshalb ist es sinnlos, die Kranzgefäße mit dem Ballonkatheter zu weiten und Stents zu setzen oder die Verschlüsse mit operativ eingepflanzten Bypassen zu umgehen. Es handelt sich um Scheingefechte: Die Bypass-OP verhindert keinen einzigen Herzinfarkt, der Katheter

mitsamt Stents rettet kein Leben. Die Hightech-Medizin blendet, und sie lässt Herzpatienten vergebens auf Heilung hoffen.

Ich bin selbst Schulmediziner und berufe mich in meiner Kritik am schulmedizinischen Vorgehen ausschließlich auf das, was die medizinische Wissenschaft inzwischen bewiesen hat. Das vermittele ich Ihnen in eingängiger, verständlicher und mit Beispielen belegter Form.

Mir geht es darum, den verengten Blick auf die Kranzgefäße zu überwinden und zu einer Sicht zu gelangen, die den Patienten als lebendigen und fühlenden Menschen und als soziales Wesen begreift. Dem dient dieses Buch. Ich entwickle ein ganzheitliches, ausschließlich auf wissenschaftliche Erkenntnis gestütztes Konzept, das dem Herzkranken in seinen umfassenden Lebensbezügen gerecht wird.

Dieses Konzept eröffnet völlig neue Perspektiven, die hier ausführlich diskutiert werden: Was können Sie als Herzkranker oder Herzkrankter oder als jemand, der es so weit gar nicht erst kommen lassen möchte, sinnvollerweise tun? Ich werde auf die Bedeutung Ihrer Ernährung, Ihrer körperlichen und inneren Verfassung eingehen und die Zusammenhänge zwischen Umweltverschmutzung und Herzkrankheiten deutlich machen. Zudem nenne ich Ihnen hilfreiche Medizin und beschreibe, was im akuten Fall bei Herzschmerzen und bei einem Infarkt am besten zu tun ist.

Der entscheidende Anlass, dieses Buch zu schreiben, waren für mich die lebendigen Lebensgeschichten meiner Patienten. Seit Jahren behandle ich in meiner Praxis in Hamburg ausschließlich Herzkranker. In 17 eindringlichen Patientengeschichten vermittele ich Ihnen einen Eindruck von der alltäglichen Realität. Diese 17 Falldarstellungen durchziehen das gesamte Buch und illustrieren meine Erkenntnisse. Die Geschichten handeln vom Scheitern der gängigen medizinischen Praxis und von den Schäden, die tagtäglich in unseren Kliniken verursacht werden. Vor allem aber zeige ich Ihnen an vielen sehr unterschiedlichen, exemplarischen Lebensgeschichten meiner Patienten, wie es besser gehen kann, wie tatsächlich ein Weg zur Heilung gefunden werden kann.

1. Heutige Realität

Patientengeschichte: „Nächtlicher Überfall“

Nach einem stressreichen Tag in einer äußerst belastenden Lebensphase legt sich Herr Andersen abends gegen elf Uhr ins Bett und schläft sofort ein. Im Augenblick ist ihm einfach alles zu viel. Die Probleme türmen sich bedrohlich über ihm auf und scheinen ihn unter sich zu begraben. Er ist für zu vieles verantwortlich. Herr Andersen ist Betriebsratsvorsitzender in einer großen IT-Firma, beim jüngeren Sohn gibt es gravierende Schulprobleme, seine eigene ältere Schwester ist von Kindheitstagen an hilfsbedürftig und kann sich immer auf ihn verlassen. Und dann ist seine alte Mutter vor Kurzem auch noch schwer gestürzt. Sie konnte nicht länger allein in ihrer Wohnung leben und er hat ihr klarmachen müssen, dass es an der Zeit sei, in ein Heim zu ziehen. Als das nach vielen Mühen gelungen war, musste er ihre Wohnung, in der er aufgewachsen war und die voller Kindheitserinnerungen steckte, auflösen. Nun quält ihn das schlechte Gewissen.

Gegen Mitternacht, nach nur einer Stunde Schlaf, schreckt er auf. Er ist sofort hellwach, kann sich aber kaum rühren. Mühsam setzt er sich auf die Bettkante und sagt sich, einer inneren Eingebung folgend: „Das große Unbekannte hat dich angefallen.“ Es ist wie ein K.-o.-Schlag. Doch er bekommt gut Luft, ein Gefühl von Enge oder Beklemmung im Brustkorb besteht nicht, auch hat er keine Herzschmerzen. Panik steigt nicht in ihm auf, aber er ist fix und fertig mit der Welt und denkt sofort an einen Herzinfarkt.

Seine Frau ruft den Krankenwagen, der im nächtlichen Berlin nach kürzester Zeit eintrifft. Das EKG im Notarztwagen zeigt auffällige Veränderungen, die auf einen schweren Herzinfarkt hinweisen. Sofort rast der Notarztwagen los und das nächste Großkrankenhaus wird über seine Ankunft informiert. In der Krankenhausaufnahme sind die vom Notarzt beschriebenen EKG-Veränderungen zwar noch zu sehen, aber bereits wesentlich schwächer ausgeprägt. Ein Not-Herzkatheter wird vorbereitet. Auf einer EKG-Aufzeichnung direkt vor diesem Eingriff sind die auffälligen Veränderungen nicht mehr zu erkennen.

Was war in dieser Nacht geschehen? Bei einem schweren Herzinfarkt bleiben die typischen EKG-Zeichen, sogenannte ST-Hebungen, tagelang bestehen. Flüchtige ST-Hebungen haben nichts mit einem Infarkt zu

tun. Nach schulmedizinischer Auffassung lag bei Herrn Andersen ein „Gefäßkrampf“ nahe, weil ein derartiges Ereignis mit flüchtigen ST-Hebungen einhergeht. Ein krampfartig verschlossenes Kranzgefäß verursacht jedoch keinen Infarkt. Ein solcher Gefäßkrampf löst sich über kurz oder lang wieder und man hätte bei Herrn Andersen davon ausgehen können, dass mit dem Verschwinden der ST-Hebungen auch der Krampf vorbei war. In jedem Fall war die ursprüngliche Annahme, es handele sich bei ihm um einen schweren Herzinfarkt, nach diesem Verlauf ausgeschlossen und hinfällig.

In dieser Situation bestand keine Notwendigkeit für den notfallmäßigen Einsatz eines Herzkatheters. Doch alles war bereit. Offenbar wollte niemand mehr diesen Eingriff abblasen und so schob man Herrn Andersen ins Katheterlabor. Einmal wurde der Katheter in die linke Kranzarterie vorgeschoben und einmal in die rechte. Beide Male wurde Kontrastmittel druckvoll ins Kranzgefäß gespritzt, damit mögliche Verengungen und Verschlüsse sichtbar wurden. Als Folge der zweiten Einspritzung versagte das Herz von Herrn Andersen und es kam zum Herzstillstand. Er wurde fachgerecht reanimiert und ins Leben zurückgeholt. Im Protokoll dieser nächtlichen Katheteruntersuchung wird vom Herzstillstand indes kein Wort erwähnt. Das spricht nicht für die Ärzte, denn die in der Akte aufzufindenden EKG-Aufzeichnungen lassen an diesem Ereignis keinen Zweifel.

Was konnte den Herzstillstand ausgelöst haben? Möglicherweise ein erneuter Gefäßkrampf. Dass sich die Kranzarterien als Reaktion auf das druckvolle Einspritzen von Kontrastmittel über einen Herzkatheter krampfartig verengen, passiert recht häufig. Glücklicherweise bleibt dies in den meisten Fällen folgenlos. Bei Herrn Andersen reagierten jedoch seine in dieser Nacht sehr reizbaren Kranzgefäße offenbar empfindlicher und brachten ihn in diese lebensbedrohliche Situation.

Die Filmaufnahmen, die bei jeder Katheteruntersuchung üblich sind, zeigten Verschlüsse in allen drei Kranzarterien. Die gestellte Diagnose „koronare Dreigefäß-Erkrankung“ muss jedoch mit einem Fragezeichen versehen werden. Denn bei den dargestellten Engpässen in den Kranzgefäßen konnte es sich genau um die erwähnten Gefäßkrämpfe handeln, also nicht um dauerhafte Verschlüsse, sondern möglicherweise um flüchtige Kunstprodukte als Folge der Katheteruntersuchung.

Ein Patient mit der Diagnose „koronare Dreigefäß-Erkrankung“ ist hierzulande ein Fall für den Herzchirurgen. Ehe Herr Andersen überhaupt

zur Besinnung kommen konnte, wurde er morgens um acht Uhr für eine notfallmäßige Bypass-OP in den Operationssaal geschoben. Erst im Anschluss daran dämmerte ihm so langsam, was sich in dieser Nacht eigentlich genau abgespielt hatte.

Sechs Monate später taucht er in meiner Sprechstunde auf. Ein knapp fünfzigjähriger freundlicher Mann, sportlich, fit, sehr wach und emotional schwingungsfähig. Bei meinen Herzpatienten führe ich stets eine Analyse des vegetativen Nervensystems durch, auf die ich in späteren Kapiteln ausführlich eingehen werde. Bei Herrn Andersen finden sich dabei Anzeichen für einen soliden und guten Schutz vor einem Herzinfarkt. Er war zwischenzeitlich beim Kardiologen gewesen, der ihm in einer Ultraschalluntersuchung einen gesunden und intakten Herzmuskel bescheinigt hatte. Von irgendwelchen Spuren eines erlittenen Herzinfarkts war nichts zu erkennen gewesen.

Der logische Faden: Am Anfang stand so etwas wie ein K.-o.-Schlag. Alles war zu viel geworden. Er konnte nicht mehr. „Das große Unbekannte“ hatte ihn zu Boden gestreckt. Doch in diesem Schlag lag für Herrn Andersen auch eine Chance. Er bot ihm die Möglichkeit, sich aus seinen bedrängenden Stressbelastungen ohne Gesichtsverlust herauszuschleichen. Seine Reaktion auf die Diagnose Herzinfarkt durch den Notarzt war dementsprechend Erleichterung: „Endlich kann keiner mehr was von mir wollen. Endlich lassen sie mich in Ruhe.“

Dieser nächtliche Hilferuf einer gequälten Menschenseele wurde in unserem Medizinsystem allerdings nicht zur Kenntnis genommen. Im Gegenteil, anstelle freundlicher Zuwendung wurde Herr Andersen zum Objekt in einer gut geölten Maschinerie: Notarztwagen, Herzkatheter, Wiederbelebung wegen Herzstillstand und als krönender Abschluss wurde ihm am frühen Morgen für eine Bypass-OP auch noch der Brustkorb aufgesägt.

Ein Jahr später sieht Herr Andersen dieses Erlebnis eher distanziert und erkennt sogar Vorteile. Diese Nacht und ihre Folgen haben ihn dazu gebracht, seine Lebenssituation grundlegend zu überdenken. Er ist wesentlich ruhiger und gelassener geworden. Alltagsprobleme gibt es weiterhin reichlich, doch er lässt sich nicht mehr überrollen oder gar k.o. schlagen. Er hat es geschafft, seinem Leben eine bessere, lebenswertere Wendung zu geben. Etwa jedes halbe Jahr erscheint er in meiner Sprechstunde und ich unterstütze ihn gern auf seinem Weg, sich nicht mehr selbst aus den Augen zu verlieren.

Nach 90 Minuten muss der Katheter sitzen

Aller Welt wird eingebläut, bei den leisesten Brustschmerzen oder bei Schmerzen im linken Arm oder auch bei allgemeinem Unwohlsein immer daran zu denken: Es könnte sich um einen Herzinfarkt handeln. Selbst wenn die Schmerzen in der Brust nach kurzer Zeit wieder verschwunden sind, soll man zu seiner eigenen Sicherheit sofort das nächste Krankenhaus aufsuchen. Kein Wunder also, dass der Angstpegel in der Bevölkerung riesig und der Andrang in den Krankenhäusern speziell zu nächtlicher Stunde immens ist.

Im Krankenhaus werden Sie mit diesen Beschwerden umgehend als „drohender Herzinfarkt“ eingestuft. Und bei einem drohenden Herzinfarkt darf keine Zeit verloren werden. Man nimmt an, dass ein Engpass in einem Herzkranzgefäß aufgebrochen ist und dass sich dieses Gefäß ganz zu verschließen droht. Ein vollständiger Gefäßverschluss soll unter allen Umständen verhindert werden und deshalb ist Eile geboten. Es gilt, eine *Door-to-Balloon Time* von weniger als 90 Minuten einzuhalten. Was heißt das? Die *Door-to-Balloon Time* benennt in knappstem Englisch die Zeit, die vom Eintreffen in der Klinik bis zum Einführen des Katheters verstreicht. Nach spätestens 90 Minuten soll der Katheter sitzen.

Mit dem Herzkatheter versucht man, Kranzgefäßverschlüsse aufzuspüren und zu beseitigen. Je schneller das gelingt, mit desto besseren Ergebnissen rechnet man. Mit der international gesetzten Marge von 90 Minuten werden alle Intensivstationen auf Trab gehalten.

Als Patient mit einem drohenden Herzinfarkt werden Sie im Krankenhaus von einem Arzt untersucht, es wird Blut abgenommen und ein EKG geschrieben. Danach werden Sie einer der drei folgenden Kategorien zugeteilt:

1. Weiterhin „drohender Infarkt“, wenn EKG und Labor nichts Auffälliges ergeben.
2. Sie erhalten die Diagnose eines NSTEMI-Herzinfarkts, wenn ein bestimmter Laborwert erhöht ist und das EKG unauffällig bleibt. Bei der unaussprechlichen Buchstabenkombination NSTEMI handelt es sich laut herrschenden ärztlichen Leitlinien um einen Herzinfarkt,

der in einer Frühphase seiner Entwicklung erkannt wird. (Die Abkürzung NSTEMI geht auf die englische Bezeichnung *Non-ST-Elevation Myocardial Infarction* und STEMI auf *ST-Elevation Myocardial Infarction* zurück. Im Deutschen spricht man von einem Nicht-ST-Hebungsinfarkt oder einem ST-Hebungsinfarkt.)

3. Wenn sich im EKG infarkttypische ST-Hebungen finden, führt dies zur Diagnose eines STEMI-Herzinfarkts. Bei einem STEMI handelt es sich in der Regel um einen gesicherten, größeren Herzinfarkt.

Nicht alle Schmerzen im Brustkorb rühren vom Herz her. Wenn es das Herz ist, tritt zu den Schmerzen häufig ein Gefühl der Beklemmung im Brustkorb.

Es gibt jedoch noch vielfältige andere Ursachen für auftretende Schmerzen. Es können die Bronchien sein, das Rippenfell oder ein geblähter Magen, der aufs Zwerchfell drückt. Auch kann Schmerz vom Rücken her, von der Wirbelsäule, in die Herzgegend ausstrahlen. Der typische Herzschmerz ist ein brennender Schmerz hinter dem Brustbein. Genau ein solches Brennen an gleicher Stelle kann jedoch auch durch den Magen ausgelöst werden, wenn Magensäure in die Speiseröhre hinaufsteigt. Gelegentlich verkrampfen sich die kleinen Muskeln zwischen zwei Rippen und man kann vor Schmerz kurzfristig nicht mehr tief durchatmen. Bei Kummer kann es einem weh ums Herz werden. Panikattacken können mit sehr starken Herzschmerzen einhergehen, die sich in nichts von akuten Infarktschmerzen unterscheiden und mit dem Gefühl vitaler Bedrohung verbunden sind. All diese Beschwerden haben überhaupt nichts mit einem Herzinfarkt zu tun.

Unter dem Damoklesschwert „drohender Herzinfarkt“, das mit dem Eintritt ins Krankenhaus über Ihnen schwebt, und durch den damit einhergehenden Zeitdruck besteht absolut keine Möglichkeit, eine saubere Diagnostik durchzuführen, die Ihnen und Ihren Beschwerden gerecht wird. Vieles Wichtige findet keine Beachtung. Die angestrebte *Door-to-Balloon Time* von weniger als 90 Minuten drängt die Mehrzahl aller Patienten mit Brustschmerzen umgehend ins Katheterlabor.

Wer als Patient zögert, sich einen Katheter setzen zu lassen, dem wird heftig Angst gemacht: Ohne den sofortigen Kathetereingriff könne man nicht für sein Leben garantieren. Es ist Fakt, dass jeden Tag in

Deutschland bei unzähligen Menschen, deren Beschwerden nicht vom Herz herrühren und deren Herz völlig gesund ist, eine Herzkatheteruntersuchung vorgenommen wird. Die nachfolgenden Patientengeschichten (siehe unten) vermitteln davon einen anschaulichen Eindruck.

Der NSTEMI-Herzinfarkt gründet bei völlig normalem EKG neben der Patientenangabe, dass Brustschmerzen vorliegen oder vorlagen, auf einem einzigen Laborwert. Es handelt sich um Troponin. Das Troponin ist Bestandteil der Herzmuskelzellen. Wenn der Herzmuskel unter Stress gerät, können einige Moleküle Troponin durch die Zellwände hindurch in den Blutstrom geraten und dann im Blut nachgewiesen werden. Bei Nachweis von Troponin spricht man von einem positiven Troponintest.

Der Troponinwert ist bei jedem Herzinfarkt erhöht. Ein positiver Troponintest beweist jedoch keineswegs das Vorliegen eines Infarkts, denn Troponin kann bei den verschiedensten Störungen und auch bei alltäglichen Stressbelastungen erhöht sein. Und die heutigen Messmethoden erfassen jede noch so kleine Spur davon im Blut. Von 1000 Patienten, die in einem städtischen Krankenhaus in San Diego (Kalifornien) aufgrund ihrer Beschwerden der Notaufnahme zugeführt wurden, hatten 112 einen erhöhten Troponinspiegel. Bei 50, also knapp der Hälfte der Patienten, handelte es sich dabei nicht um einen Herzinfarkt.¹

Troponin hat in der Diagnostik eines Herzinfarkts nur einen sehr begrenzten Stellenwert.² Wenn es „negativ“ ist, also nicht nachgewiesen wird, kann ein Herzinfarkt ausgeschlossen werden. Wenn es positiv ist, muss keineswegs von einem Herzinfarkt ausgegangen werden. Doch in der Praxis führt ein positiver Troponintest bei unzähligen Patienten fälschlich zur Diagnose Herzinfarkt mit allen Behandlungskonsequenzen.

Herzjagen, das verbreitete Vorhofflimmern, Herzschwäche, ein sogenannter Tako-Tsubo-Herzanfall, auf den ich später eingehe, aber auch Nierenschwäche und verschiedene Infektionen können einen positiven Troponintest verursachen. Eine ungewohnte körperliche Anstrengung führt bei vielen herzgesunden Menschen zur Freisetzung von Troponin, die etwa vier Stunden später am deutlichsten nachweisbar ist.³ Aufregungen, die jeder von uns jederzeit erleben kann, die den Blutdruck in die Höhe treiben und mit einer Ausschüttung von Adrenalin einhergehen, können Troponin aus den Herzmuskelzellen ins Blut freisetzen. Allein die

Angst, die einen beschleichen kann, wenn man im Krankenhausbett liegt und einem gesagt wird, es könnte ja ein Herzinfarkt sein, hat das Potenzial, zu einem positiven Troponintest zu führen.

Auch bei einem Anfall von Angina pectoris wird aus den Herzmuskelzellen etwas Troponin freigesetzt. Von Angina pectoris spricht man, wenn es sich um einen Herzanfall mit Schmerz und Brustbeklemmung handelt (Angina pectoris = Enge der Brust), der sich nach wenigen Minuten von allein wieder auflöst und keine bleibenden Schäden im Herz verursacht. Bei einem Herzinfarkt hingegen wollen die Schmerzen nicht weichen und es kommt im Endeffekt zum Absterben von Herzmuskelgewebe.

Wen ein Angina-pectoris-Anfall ins Krankenhaus führt, der muss mit einem positiven Troponintest rechnen. Der Herzanfall mag einige Stunden zurückliegen und hat am Herzen nichts geschädigt, aber das dabei freigesetzte Troponin besichert diesem Patienten die Diagnose eines NSTEMI, eines Herzinfarkts. Troponin ist etwa ein bis zwei Wochen im Blut nachweisbar. Ein Ereignis, das zur Troponinfreisetzung geführt hat, eine schwere körperliche Anstrengung, ein Herzasen oder auch eine Angina pectoris kann also mehrere Tage zurückliegen. Falls man, aus welchem Grund auch immer, in den Tagen danach eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus aufsucht, kann man wegen eines solchen zurückliegenden Ereignisses die Diagnose NSTEMI-Herzinfarkt erhalten.

NSTEMI-Herzinfarkte haben häufig überhaupt nichts mit einem tatsächlichen Herzinfarkt zu tun. Nach den heute geltenden kardiologischen Leitlinien verlangt der NSTEMI einen sofortigen Kathetereingriff. Dieses virtuelle Gebilde von einem Herzinfarkt entpuppt sich im klinischen Alltag als Türöffner zum Katheterlabor.

Bei einem STEMI-Herzinfarkt hingegen müssen im EKG bestimmte Anzeichen vorliegen (ST-Hebungen). Diese EKG-Veränderungen mögen in *einem* Fall ausgeprägt sein, sodass an einem Herzinfarkt kein Zweifel besteht, in einem *anderen* Fall sind sie vielleicht nur angedeutet. Bei nur

angedeuteten ST-Hebungen haben die Ärzte Spielraum bei ihrer Entscheidung, ob es sich tatsächlich um einen Herzinfarkt handelt oder nicht. Und über diesen Spielraum können dann ganz andere Dinge in die Diagnose eines Herzinfarkts einfließen: die Verfügbarkeit des Katheterlabors; der Druck der Krankenhausleitung, möglichst viele dieser kostspieligen Untersuchungen abzurechnen; das Interesse des Arztes, einen Katheter zu schieben, und anderes mehr.

Alltägliche Überfälle

Patientengeschichte: „Muskelkrampf im Rippenbereich – Hubschrauber, Herzkatheter“

Herr Täubner, 65 Jahre alt, wird beim Erscheinen in meiner Sprechstunde stets von seiner Ehefrau begleitet. Er ist relativ hager, sie rundlich, doch beide ähneln einander: zwei geerdete Menschen mit praktischen Fähigkeiten, beide wirken gemütvoll. Er war viele Jahre als Hausmeister tätig und ist schon länger in Frührente. Sie war unter anderem auch mal Tischlerin, ist aber ebenfalls schon länger zu Hause. Zusammen kommen sie gut hin, Haus und Garten nehmen viel Zeit in Anspruch und einfach „die Rente genießen“ ist auch drin.

Im letzten Winter verspürte Herr Täubner beim Joggen plötzlich einen stechenden Schmerz links neben dem Brustbein. Es stach ein paar Mal richtig durch. Er wechselte vom Laufen zurück auf Gehen und der Krampf verschwand nach wenigen Minuten.

Einen Monat später passiert ihm im Baumarkt ihrer norddeutschen Kleinstadt Ähnliches. Seine Frau ist noch im Geschäft und sieht sich um, während er etwas Umfangreiches, aber gar nicht mal Schweres zum Auto trägt. Dort ereilt ihn der gleiche krampfartige Schmerz wie zuvor beim Joggen. Dieser Schmerz ist auf einen Punkt beschränkt, direkt links neben dem Brustbein, zwischen der dritten und vierten Rippe. Kein Dauerschmerz, sondern mehrere nacheinander auftretende Stiche. Der Schmerz verstärkt sich, wenn er tief einatmet, deshalb atmet er automatisch ganz flach. Der Spuk löste sich nach wenigen Minuten wieder auf.

Wie reagieren nun die beiden auf dieses Ereignis? Zwar geht es ihm wieder gut, aber „zur Sicherheit“ suchen sie ihren Hausarzt auf, der

zugleich kardiologisch tätig ist. Nach EKG und Troponinschnelltest – beides normal und ohne Auffälligkeiten – fühlt sich der Arzt zum Handeln gedrängt. Aufgrund der zurückliegenden Brustschmerzen erkennt er aus seiner Sicht bei Herrn Täubner einen „drohenden Herzinfarkt“ und das verlangt schnelles Handeln. Also ordert er einen Hubschrauber und avisiert dessen Eintreffen im Klinikum der nahegelegenen größeren Stadt.

Dort hält man sich offensichtlich nicht lange mit der Beschwerdeschilderung auf. Das Troponin ist jetzt minimal positiv, sodass die Diagnose eines NSTEMI-Herzinfarkts gestellt wird. Darauf wird Herr Täubner sofort ins Katheterlabor geschoben.

Bei der Katheteruntersuchung zeigen sich die Kranzarterien unseres Patienten in einem überraschend guten Zustand. Es findet sich lediglich eine einzige, zudem nicht sehr ausgeprägte Einengung. Diese Verengung in einer der Kranzarterien wird zum Auslöser des Herzinfarkts erklärt. Ein Ballonkatheter und die Einlage eines Stents, eines feinen Metallgitterröhrchens, sind daraufhin unausweichlich. Nach drei Tagen wird er mit einem umfangreichen Medikamentenmix und der Empfehlung, zu regelmäßigen kardiologischen Kontrollen zu erscheinen, aus dem Krankenhaus entlassen.

Warum unterstelle ich, dass der Hausarzt und die Kollegen im Krankenhaus nicht gut zugehört haben, als Herr Täubner seine Schmerzen schilderte? Weil ein stechender punktueller Schmerz in der Muskulatur zwischen zwei Rippen, der sich durch tiefes Atmen verstärkt und den Patienten veranlasst, nur ganz flach zu atmen und der zudem nach wenigen Minuten ohne jegliche Spuren wieder verschwindet, ein nicht unbekanntes Symptom darstellt. Ein solcher Schmerz heißt in der Schulmedizin Interkostalneuralgie (Neuralgie = Nervenschmerzen, interkostal = zwischen den Rippen). Ein Muskelkrampf, zudem an einem dafür typischen Punkt. Derartige Brustschmerzen haben nichts, aber auch gar nichts mit einem Herzanfall zu tun. Durch die Angabe des Patienten, dass es zu einer „Verstärkung der Schmerzen durch tiefes Atmen“ komme, scheidet ein Herzanfall, eine Angina pectoris sofort als Diagnose aus. Neuralgische krampfartige Schmerzen der Zwischenrippenmuskulatur sind vorzugsweise nervös bedingt.

Was war nun mit dem positiven Troponintest, der Herrn Täubner die Diagnose eines Herzinfarkts beschert hat? Schlimm waren an diesem Morgen nicht die krampfartigen Brustschmerzen, diese lagen ja bereits

eine Zeit zurück und im Prinzip fühlte er sich körperlich völlig okay. Das Schlimme an diesem Morgen war der Hubschraubertransport. Wenn schon ein Hubschrauber erforderlich war, um ihn in das bekannte Klinikum zu transportieren, dann musste es ja wohl wirklich schlecht um ihm bestellt sein. Er bekam Panik. Es ist eine naheliegende Annahme, dass diese schwere Aufregung durchaus einiges an Adrenalin mobilisiert hat, wodurch etwas Troponin in die Blutbahn gelangte.

Wie es seine Art ist, nahm Herr Täubner sein Schicksal gelassen und wurde von seiner Frau darin unterstützt. Doch die Medikamente bereiteten keine Freude und so landeten sie eines Tages bei mir. Aufgrund meiner Zweifel am Infarktereignis motivierte ich ihn zu einer kardiologischen Kontrolluntersuchung. Diese bestätigte die Herzgesundheit von Herrn Täubner: Alle Tests waren in Ordnung. Im Ultraschall zeigte sich ein gesunder, kräftiger Herzmuskel und es fanden sich keine Anzeichen für eine Narbe als Folge eines erlittenen Herzinfarkts.

In meinen Gesprächen mit dem Ehepaar Täubner habe ich ihnen meine Zweifel an seinem „Herzinfarkt“ vermittelt. Den Kathetereingriff und vor allem den Stent konnte nun niemand mehr rückgängig machen. Die Analyse seines vegetativen Nervensystems brachte bei der Erstuntersuchung recht viel innere Anspannung zum Vorschein. Doch eine Kontrolle nur wenige Wochen später zeigte ein ausgeglichenes Nervenkostüm, wie es dem Wesen von Herrn Täubner entspricht. Sein stabiles inneres Gleichgewicht spricht für einen guten Herzschutz. Diese Aussage in Verbindung mit der vorausgegangenen kardiologischen Untersuchung ließ ihn und auch seine Frau viel freier durchatmen.

Patientengeschichte: „Nur die Befürchtung, es könne das Herz sein – Katheter“

Herrn Albers habe ich zweimal in meiner Sprechstunde gesehen. Das erste Mal lag sein Infarkt anderthalb Jahre zurück und das zweite Mal waren weitere anderthalb Jahre vergangen. Er kommt aus einer mecklenburgischen Kleinstadt. Beim Erstkontakt war er 69 Jahre alt. Er hatte als Lehrer gearbeitet und war froh, mit Anfang 60 diesen Dienst quittiert zu haben. Die mangelnde Disziplin der Schüler hatte ihm sehr zu schaffen gemacht. Bei unserer Erstbegegnung wirkte er etwas unsicher, vorsichtig, entschiedenes Durchsetzen schien ihm nicht in die Wiege gelegt zu sein.