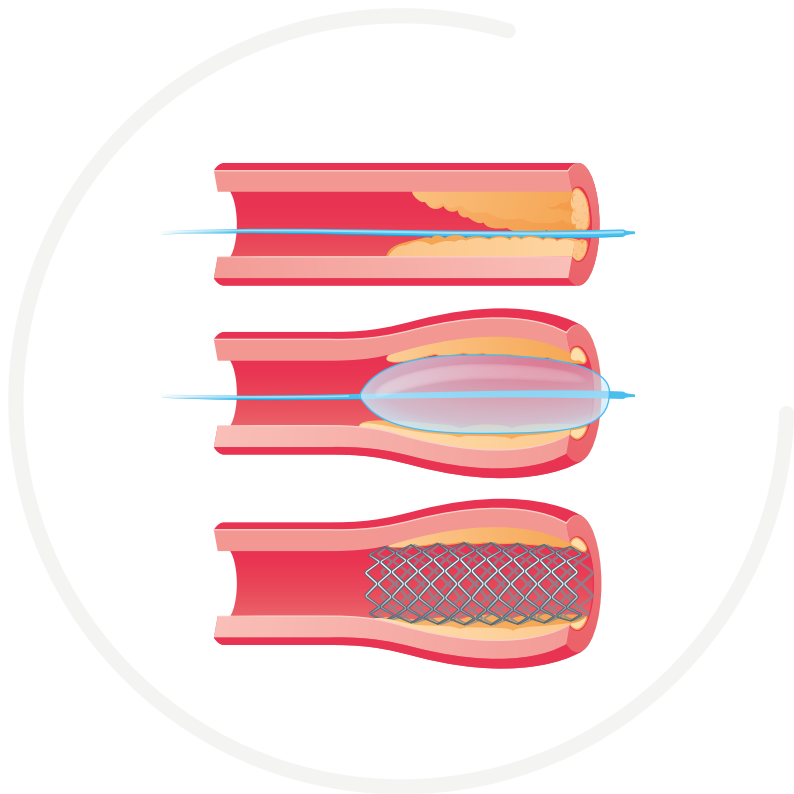




Schweizerische
Herzstiftung

Aktiv gegen Herzkrankheiten und Hirnschlag

Die Koronarangioplastie



- 04 Das Herz und die Herzkranzgefäße (Koronararterien)
- 05 Welche Folgen hat die koronare Herzkrankheit?
- 06 Was ist eine Herzkatheteruntersuchung
(Koronarangiografie)?
- 06 Was ist eine Koronarangioplastie?
- 08 Was sind Stents?
- 08 Wann ist eine Koronarangioplastie angezeigt?
- 10 Welches sind die Risiken einer Koronarangioplastie?
- 10 Wie werden Sie auf die Koronarangioplastie vorbereitet?
- 13 Welches sind die Vorbereitungen im Spital?
- 16 Wie verläuft die Koronarangioplastie?
- 17 Was geschieht nach der Koronarangioplastie?
- 18 Wie erfolgreich sind Koronarangioplastie
und Stenteinlage?
- 18 Wie kann ein gutes Resultat beibehalten werden?
- 20 Wann ist eine Bypass-Operation angezeigt?
- 22 Kardiale Rehabilitation

Liebe Leserin, lieber Leser

Ihr Arzt oder Ihre Ärztin hat mit Ihnen die Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung besprochen. Diese steht nun bevor. Sehr wahrscheinlich wissen Sie nicht genau, was dabei passiert. Bei der Herzkatheteruntersuchung handelt es sich um einen minimal-invasiven Eingriff über das Handgelenk oder die Leiste. Mit Hilfe eines Röntgenkontrastmittels werden die Herzkranzgefässe sichtbar gemacht. Zeigen sich Verengungen oder Verstopfungen in den Gefässen, macht eine Koronarangioplastie (auch Koronardilatation oder Ballondilatation genannt) diese im gleichen Arbeitsgang oder bei einem weiteren geplanten Eingriff wieder durchgängig. Ein Ballon, der an der Spitze des Katheters angebracht ist, dehnt die Gefässe auf. Diese Methode wurde 1977 in der Schweiz erfunden und ist heute ein weltweit durchgeführter Routineeingriff.

In dieser Broschüre erklären wir Ihnen und Ihren Angehörigen, wie ein solcher Eingriff vor sich geht. Damit Sie sich gut vorbereiten und sich sicherer fühlen. So wissen Sie, was auf Sie zukommt und können allfällige Ängste abbauen. Dennoch kann diese Broschüre vielleicht nicht alle Ihre Fragen beantworten. Falls Ihnen nach dem Lesen der Broschüre noch etwas unklar ist, wenden Sie sich deshalb an Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt.

Ihre Schweizerische Herzstiftung

Das Herz und die Herzkranzgefäße (Koronararterien)

Die Körperorgane können ihre Funktionen nur bei genügender Durchblutung wahrnehmen. Sie entnehmen dem Blut lebensnotwendigen Sauerstoff und Nährstoffe und scheiden über das Blut ihre Schadstoffe aus. Das Blut zirkuliert in einem Gefässsystem, das alle Organe verbindet. Das Herz gewährleistet durch seine regelmässigen Kontraktionen die Blutzufuhr zu den Organen, wobei der Herzmuskel bei der Verrichtung dieser Arbeit selbst Sauerstoff verbraucht. Die Herzmuskelzellen werden durch die Herzkranzgefäße (Koronararterien oder Kranzarterien) mit Blut versorgt. Sie sind die Ernährungsgefäße des Herzens. Man unterscheidet zwischen einer rechten und einer linken Koronararterie. Die linke verzweigt sich kurz nach ihrem Abgang aus der Hauptschlagader in zwei Äste. Der vordere Ast (Ramus interventricularis anterior) verläuft zwischen den beiden Herzkammern. Der hintere Ast (Ramus circumflexus) umgreift die linke Herzkammer (Abbildung 1, Seite 07).

Welche Folgen hat die koronare Herzkrankheit?

Von koronarer Herzkrankheit spricht man, wenn eine oder mehrere Koronararterien durch Fettablagerungen oder Blutgerinnsel (Arteriosklerose) verengt sind. Die ungenügende Durchblutung und der Sauerstoffmangel verursachen Schmerzen und ein Engegefühl in der Brust. Dies wird als **Angina pectoris** bezeichnet. Je nach Schweregrad der Verengung können diese Schmerzen nur während Anstrengungen oder auch in Ruhe auftreten. Kommt es zu einem plötzlichen, kompletten Verschluss einer Arterie durch ein Blutgerinnsel, erhält die von der betroffenen Arterie versorgte Herzmuskelregion kein Blut und keinen Sauerstoff mehr. Man spricht von einem **Herzinfarkt**. Der betroffene Teil des Herzmuskels kann sich nicht mehr zusammenziehen und stirbt ab.

Es kann auch sein, dass eine Arterie über einen länger dauernden Zeitraum immer enger wird und sich nur langsam verschliesst. Dies gibt dem Körper Zeit, so genannte Umgehungskreisläufe zu bilden. Das Versorgungsgebiet der Arterie stirbt in diesem Fall nicht ab. Man nennt dies einen **chronischen Verschluss einer Herzkranzarterie**. Der Herzmuskel bleibt lebendig und kann von einer Wiedereröffnung der verschlossenen Arterie profitieren.

Was ist eine **Herzkatheteruntersuchung** (Koronarangiografie)?

Während der Herzkatheteruntersuchung werden die Herzkranzgefäße dargestellt (Koronarangiografie), eventuell die Pumpfunktion des Herzens beurteilt und Blutdruckmessungen im Herz-Kreislauf-System durchgeführt. Diese Untersuchung wird in einem speziellen Röntgenraum, dem Herzkatheterlabor oder Angiografiesaal, durchgeführt. Um die Herzkranzgefäße sichtbar zu machen, wird durch spezielle Katheter (feine Kunststoffsonden) Röntgenkontrastmittel gespritzt. Dies verursacht keine Schmerzen. Sie bemerken allenfalls ein leichtes Wärmegefühl. Die Koronarangiografie erbringt den Nachweis, ob eine oder mehrere Verengungen – also eine koronare Herzkrankheit – vorliegen. Sie ist die Grundlage zur Planung Ihrer Therapie.

Was ist eine **Koronarangioplastie**?

Mit der Koronarangioplastie werden verengte Koronararterien (Abbildung 2, Seite 09) ohne Operation erweitert. Dies geschieht mit einem kleinen Ballon, der an der Spitze eines Katheters angebracht ist. Dieser Katheter wird über eine Bein- oder heute meist durch eine Armarterie bis zur Koronararterie vorgeschoben (Abbildungen 3, 4 und 5, Seiten 11, 12 und 14). Häufig wird zusätzlich eine Metallstütze (Stent) eingelegt (Abbildung 6, Seite 14). Die Koronarangioplastie wird ebenfalls im Herzkatheterlabor durchgeführt, entweder unmittelbar nach der Koronarangiografie oder bei einem weiteren geplanten Eingriff.

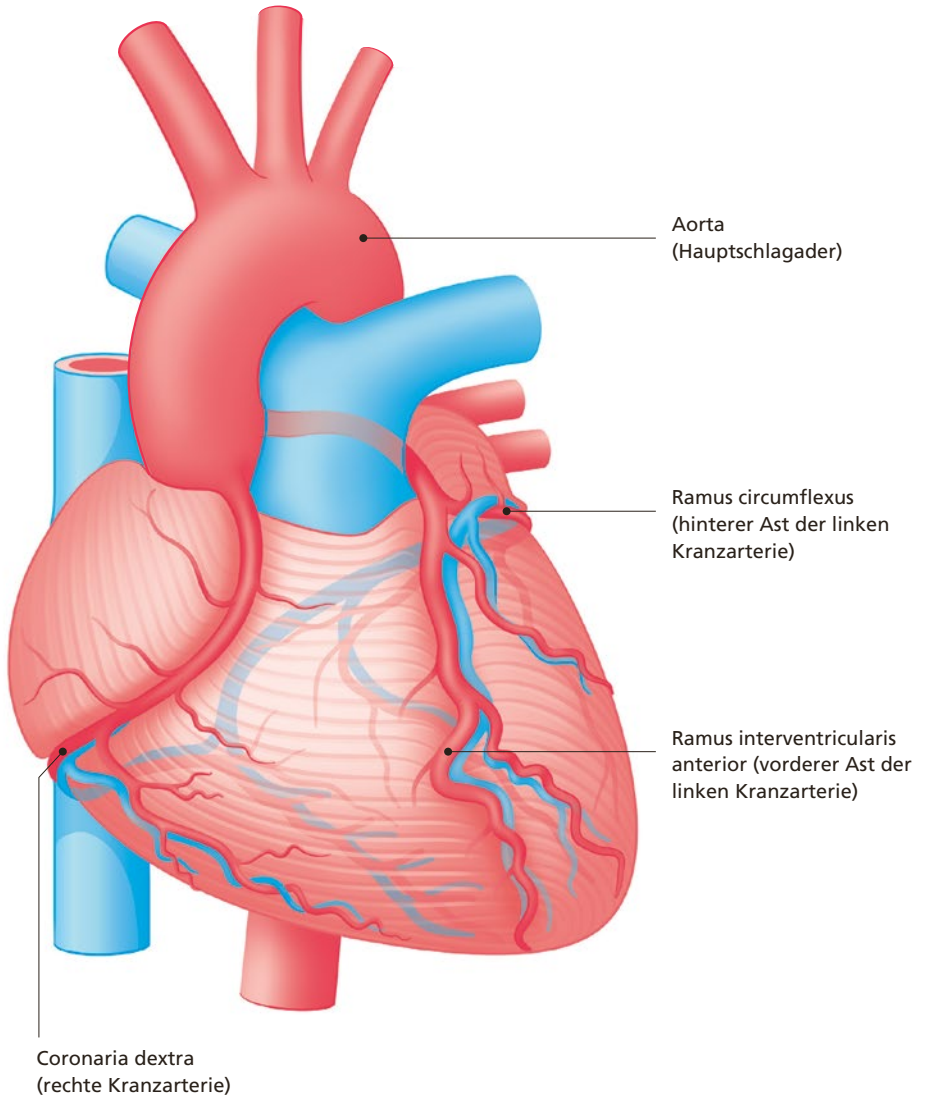


Abbildung 1: Kranzarterien (Koronararterien)

Was sind Stents?

Stents sind feine Metallgitterröhrchen aus rostfreiem Stahl (Edelstahl) oder Legierungen, die als Gefäßstützen in die verengte Stelle eingesetzt werden, um nach der Ballonaufdehnung das Kurz- und Langzeitergebnis zu verbessern (Abbildung 6, Seite 14). Es werden heute meist medikamentenbeschichtete Stents verwendet. Diese setzen wachstumshemmende Medikamente frei und beugen einer erneuten Verengung vor (Restenose). Stents werden von Metalldetektoren (zum Beispiel Zutrittskontrollen am Flugplatz) nicht erfasst und durch medizinische Magnetresonanzuntersuchungen nicht beschädigt.

Je nach Befund kann die Ärztin, der Arzt allerdings auf die Implantation eines Stents verzichten und das verengte Gefäß stattdessen mit einem medikamentenbeschichteten Ballon aufdehnen. Dabei handelt es sich ebenfalls um ein wachstumshemmendes Medikament wie beim Stent. Auch diese Methode soll eine erneute Verengung verhindern.

Wann ist eine Koronarangioplastie angezeigt?

Der Eingriff wird Ihnen vorgeschlagen, wenn Ihre Koronararterien Verengungen aufweisen. Weil die verengten Stellen nicht mehr genügend Blut durchlassen, erhält der Herzmuskel zu wenig Sauerstoff, was meist mit Angina pectoris-Beschwerden verbunden ist (Brustenge, Kurzatmigkeit bei Anstrengung usw.). Liegen mehrere Engstellen vor, bespricht die Ärztin, der Arzt mit Ihnen, ob eine Koronarangioplastie oder eine Bypass-Operation für Sie die beste Behandlungsoption ist.

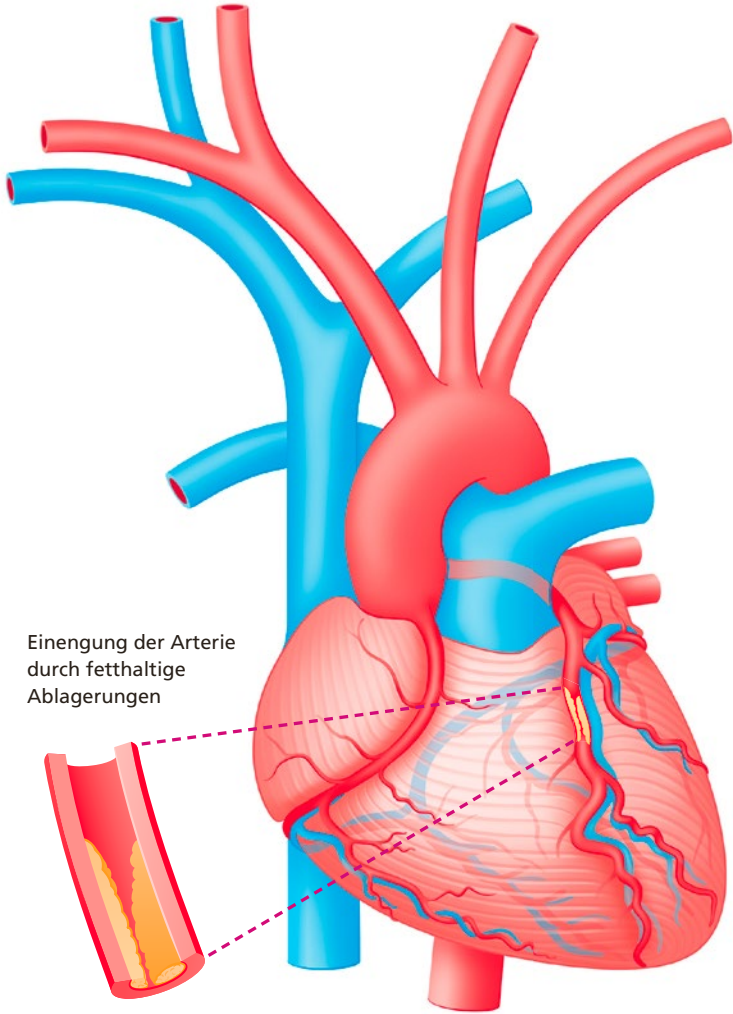


Abbildung 2: Stenose (Einengung einer Kranzarterie)

Welches sind die **Risiken** einer Koronarangioplastie?

Schwerwiegende Komplikationen treten nur selten auf. Am häufigsten sind kleinere Nachblutungen im Bereich der Einstichstelle. Grosse Nachblutungen gibt es nur wenige. Vereinzelt zeigen sich allergische Reaktionen auf Kontrastmittel oder Medikamente. Ein Hirnschlag als gefürchtete Komplikation während oder nach dem Eingriff ist äusserst selten. In wenigen Fällen lässt sich die Verengung nicht beheben oder während der Behandlung kommt es zu einem Gefässverschluss, der einen Herzinfarkt auslösen kann. Eine Notfall-Bypassoperation ist in einer solchen Situation nur äusserst selten notwendig.

Wie werden Sie auf die **Koronarangioplastie** vorbereitet?

Vor dem Eingriff hat Ihre Ärztin, Ihr Arzt wahrscheinlich ein Elektrokardiogramm (EKG) und einen Belastungstest sowie verschiedene Blutuntersuchungen vorgenommen. Diese Befunde werden dem Spital übermittelt, das den Herzkathetereingriff durchführt, Ihnen mitgegeben oder erst dort erhoben. Mit Ihrer Ärztin, Ihrem Arzt werden Sie besprechen, ob Sie gewisse Medikamente allenfalls absetzen müssen. Dies betrifft insbesondere Blutverdünner (Gerinnungshemmer beziehungsweise Antikoagulanzen) wie Marcoumar®, Sintrom®, Eliquis®, Lixiana®, Pradaxa® oder Xarelto®. Die Einnahme von Aspirin®, Plavix®, Efient® oder Brilique® sollte nicht unterbrochen werden. Für einige dieser Medikamente gibt es auch Generikapräparate. Vergessen Sie nicht, eine Liste Ihrer Medikamente mitzunehmen. Da Sie möglicherweise eine oder mehrere Nächte im Spital verbringen werden, bringen Sie mit Vorteil persönliche Sachen mit.

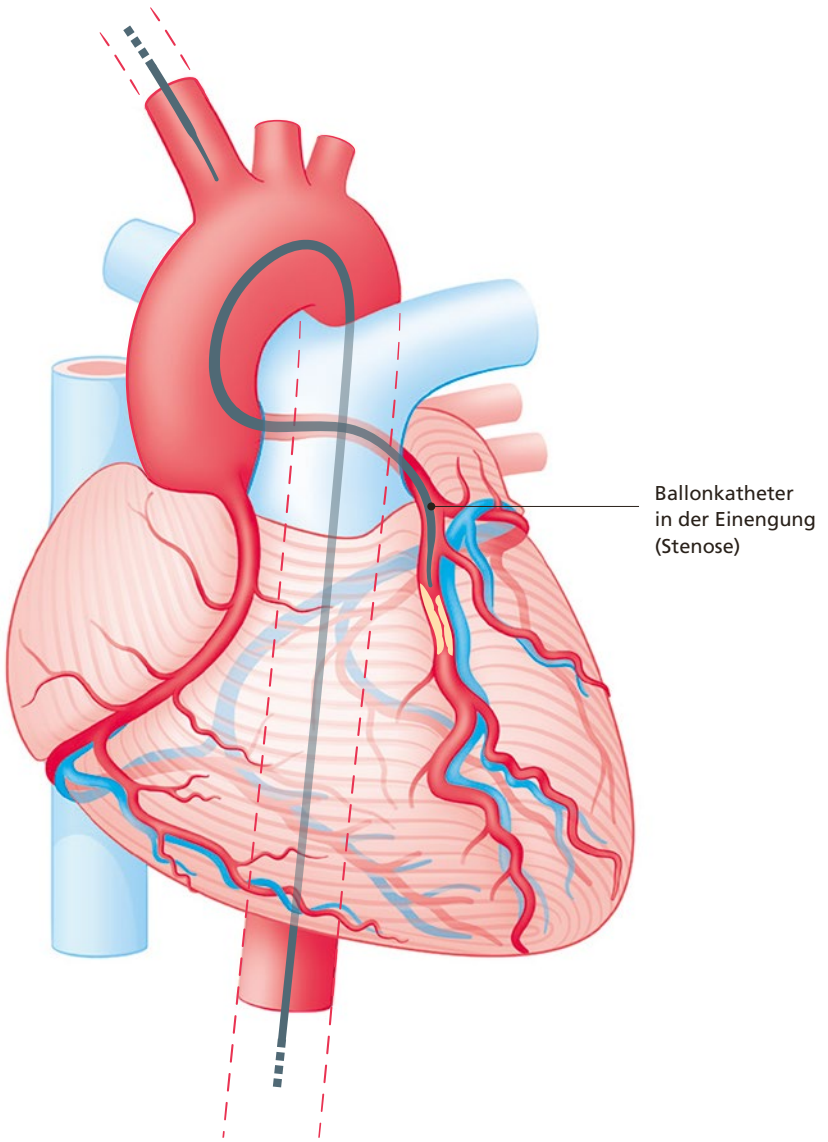


Abbildung 3: Weg des Ballonkatheters

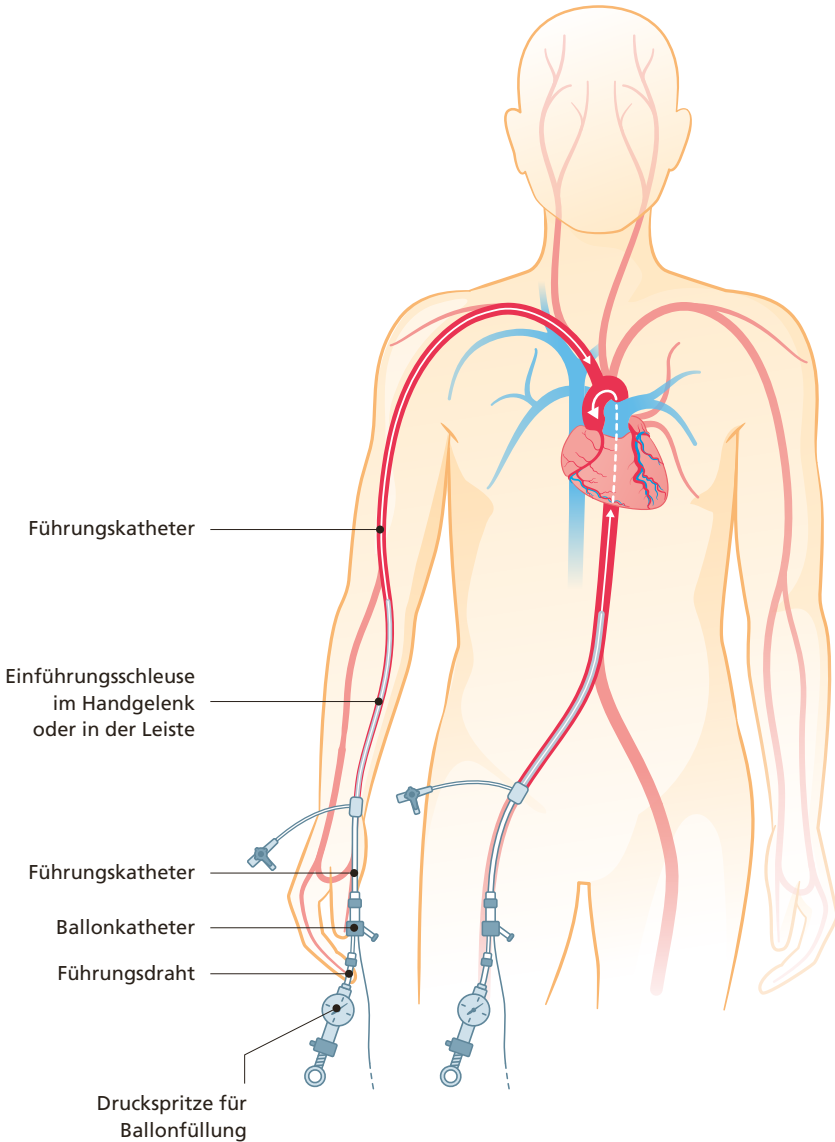


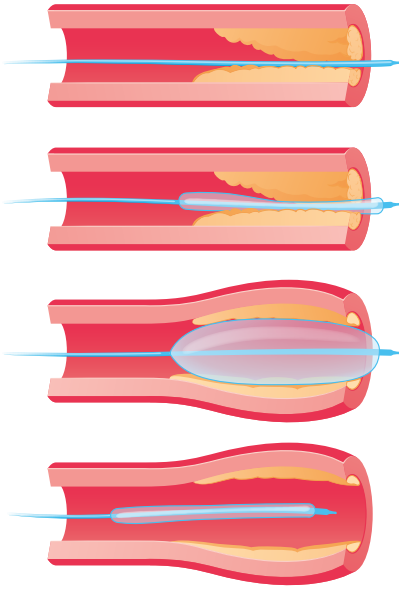
Abbildung 4: Zugang durch die Handgelenkarterie oder die Leistenarterie
Zuerst wird eine kurze, dünnwandige Einführungsschleuse in die Arterie im Bereich der Leiste oder dem Handgelenk (seltener auch am Arm) platziert. Durch diesen Zugang wird der lange Führungskatheter bis zum Abgang der Kranzarterien vorgeschoben.

Welches sind die Vorbereitungen im Spital?

In der Regel erfolgt der Spitaleintritt am Tag des geplanten Eingriffs. Die Sie betreuende Pflegeperson wird Ihnen den Tagesablauf erklären und Ihren Blutdruck kontrollieren. Etwa 5 Stunden vor dem Eingriff sollten Sie nichts essen. Klare Flüssigkeiten (Wasser, Tee, Bouillon) können bis kurz vor dem Eingriff getrunken werden und Ihre Medikamente können Sie gemäss Absprache mit Ihrer Ärztin, Ihrem Arzt ebenfalls mit etwas Flüssigkeit einnehmen.

Unter Umständen werden Sie aber bereits am Tag vor dem Eingriff ins Spital gehen müssen, damit die Voruntersuchungen überprüft und ergänzt werden können (Blutanalysen, Röntgenbilder, Elektrokardiogramm, Belastungstest). In gewissen Fällen braucht es weitere vorbereitende Massnahmen (zum Beispiel Nierenschutz bei Nierenschwäche). Informieren Sie die Ärztin, den Arzt auf jeden Fall über alle Krankheiten sowie frühere oder geplante Operationen.

Unmittelbar bevor Sie in den Herzkatheterraum gebracht werden, wird man Sie auffordern Ihre Blase zu entleeren, da während des Eingriffs Flüssigkeit zugeführt wird. Wasserlassen im Liegen während der Behandlung ist zwar jederzeit möglich, aber etwas umständlich. Im Herzkatheterlabor liegen Sie auf einem Durchleuchtungstisch. Im Raum befinden sich das bewegliche Röntgengerät sowie die verschiedenen Bildschirme für Durchleuchtung, Blutdruck, EKG-Kurven und andere Messwerte. Normalerweise sind Sie während des Eingriffs bei vollem Bewusstsein. Auf Wunsch kann man Ihnen ein Medikament verabreichen, das Sie entspannt oder gar einschlafen lässt. Am Arm wird eine Infusion für die Gabe von Medikamenten angeschlossen.



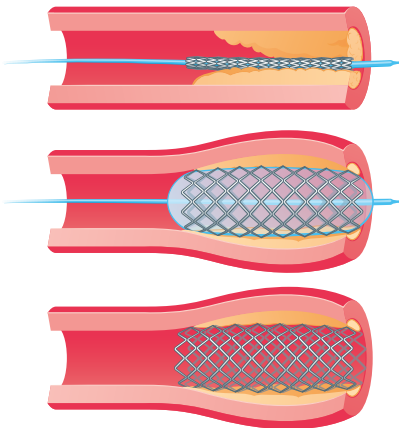
Ein feiner Führungsdraht wird durch den Engpass hindurch vorgeschoben.

Der auf dem Katheter montierte leere Ballon wird über den Draht nachgeführt.

An der Stelle der Einengung wird der Ballon mit Flüssigkeit aufgedehnt und der Engpass geweitet.

Nach Entleerung wird der Ballonkatheter wieder zurückgezogen.

Abbildung 5: Koronarangioplastie



Der auf dem Ballonkatheter montierte, zusammengefaltete Stent wird über einen feinen Draht in die Verengung der Koronararterie vorgeschoben.

Der Ballon wird mit Flüssigkeit aufgedehnt und der Stent gleichzeitig mit der Ausweitung des Engpasses in die Koronararterie implantiert.

Nach Entleerung des Ballons werden Ballonkatheter und Draht entfernt. Die erfolgreiche Stenteinlage gewährleistet den freien Durchfluss des Blutes.

Abbildung 6: Stent (Metallstütze)

In ein verengtes Koronargefäß wird ein röhrenförmiges Metallgitter (Stent) eingesetzt.

Die Pflegepersonen oder der Arzt, die Ärztin werden Ihnen zeigen, wie Sie Ihre Arme lagern können. Sie erklären Ihnen auch, welche Bewegungen Sie während der Dauer des Eingriffs machen dürfen. Da die Apparaturen temperaturempfindlich sind, ist der Raum eher kühl. Sollte Ihnen kalt werden, können Sie ein warmes Tuch verlangen.

Um die Herzkranzarterien darzustellen und zu behandeln, wird entweder ein Zugang über das Handgelenk (seltener auch am Arm) oder die Leiste gewählt. Die Wahl des Zuganges hängt von den Gegebenheiten bei jedem Einzelnen ab. Bevorzugt wird der Zugang über das Handgelenk, da die Patientinnen und Patienten in der Regel nach dem Eingriff so rasch wieder mobil sind und auch weniger Nachblutungen haben. Zum Teil werden für komplexere Eingriffe und Eröffnungen von chronischen Verschlüssen zwei Zugänge benötigt.

Die für den Eingriff geplante Einstichstelle am Handgelenk oder in der Leiste wird desinfiziert – allenfalls nach einer lokalen Rasur – und Sie werden mit sterilen Tüchern abgedeckt. Der Armbereich oder die Leistengegend wird lokal betäubt, damit die Einführung der Sonden schmerzlos ist. Der Katheter wird durch die grossen Gefässe herzwärts geschoben. Dies spüren die meisten Patientinnen und Patienten nicht. Gelegentlich kann es zu schmerzhaften Verkrampfungen in der Armarterie kommen, die aber mit Medikamenten wieder gelöst werden können. Schliesslich wird ein Kontrastmittel eingespritzt, um die Gefässe auf dem Röntgenbildschirm sichtbar zu machen.

Die Ärztin, der Arzt ist auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Sie werden allenfalls gebeten, Medikamente einzunehmen beziehungsweise mittels Spray einzuatmen oder kurz Ihren Atem anzuhalten, um Ihr Herz besser sehen zu können.

Wie verläuft die Koronarangioplastie?

Ein kleiner Ballon, der auf einer Länge von 1 bis 3 cm bis auf 2 bis 5 mm (Durchmesser der Koronararterie) aufgedehnt werden kann, liegt am vorderen Ende einer feinen Sonde, die in den Führungskatheter eingeschoben wird (Abbildungen 4 und 5, Seiten 12 und 14). Das Aufdehnen mit dem Ballon verursacht manchmal vorübergehende Brustenge, Arm- oder Kieferschmerzen, was Sie der Ärztin, dem Arzt mitteilen sollten. Möglicherweise haben Sie solche Beschwerden schon einmal gehabt. Sie waren mit ein Grund für diese Behandlung. Merken Sie sich die Art dieser Beschwerden. Sollten Sie später wieder auftreten, können Sie ein Hinweis auf ein mit Ihrer Krankheit zusammenhängendes Problem sein. Falls Sie irgendwelche andere Beschwerden verspüren, sagen Sie dies ebenfalls der Ärztin, dem Arzt oder dem Pflegepersonal.

Der mit Hilfe des Ballons eingesetzte Stent hält das Gefäß offen (Abbildung 6, Seite 14) und wird in den folgenden Wochen von einem feinen inneren Gewebehäutchen überwachsen. Nach Abschluss der Ballondilatation und Stenteinlage werden Katheter und Einführungsschläuchlein entfernt und der Gefäßzugang am Handgelenk oder in der Leiste mit einer Kompression oder einem speziellen Verschlusssystem abgedichtet, um Blutungen zu verhindern. Wegen des Stents und vor allem wegen der koronaren Herzkrankheit wird Ihnen dauerhaft eine spezielle Blutverdünnung meistens in Form von Blutplättchen-Aggregations-Hemmern (zum Beispiel Aspirin®, Plavix®, Efixent®, Brilique® oder eine Kombination solcher Medikamente) verordnet. Diese Behandlung soll eine gefäßverstopfende Verklumpung der Blutplättchen verhindern. Individuelle Anpassungen dieser Therapie sind üblich.

Was geschieht nach der Koronarangioplastie?

Nach dem ein bis zwei Stunden dauernden Eingriff werden Sie in Ihr Zimmer oder in eine Überwachungsstation gebracht. Man wird ein EKG schreiben und Ihnen unter Umständen Blut zur Kontrolle abnehmen. Sie können nun auch einen Imbiss zu sich nehmen. Wenn der Zugang über die Leiste erfolgte, werden Sie nach dem Eingriff einige Stunden flach liegen müssen, möglichst ohne den betroffenen Oberschenkel anzuziehen oder eine abrupte Bewegung zu machen. Wenn Sie husten, niesen oder im Bett wasserlösen müssen, sollten Sie gleichzeitig mit der Hand auf den Verband in der Leiste drücken.

Das Pflegepersonal wird immer wieder Ihren Blutdruck und Ihren Puls kontrollieren und die Einstichstelle prüfen. Falls der Verband drückt, teilen Sie dies mit. Allfällige Brust-, Arm- oder Beinschmerzen oder sonstiges Unwohlsein sollten Sie sofort melden. Unter Aufsicht können Sie beim Armzugang sofort und beim Beinzugang nach Entfernung des Druckverbandes oder der Druckklemme aufstehen. Normalerweise werden Sie am Tag nach der Koronarangioplastie das Spital verlassen können.

Wie **erfolgreich** sind Koronarangioplastie und Stenteinlage?

Durch die Darstellung der Gefäße mit Kontrastmittel kann das Ergebnis der Behandlung sofort beurteilt werden. Die Koronarangioplastie und das Einsetzen von Stents ist in über 90 Prozent der Fälle erfolgreich. In der Regel bleiben nur noch leichtgradige Verengungen zurück, die keine Beschwerden mehr verursachen. Falls Sie jedoch wider Erwarten erneut Angina pectoris-Beschwerden bekommen sollten, melden sie sich bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.

Auch frisch verschlossene Gefäße wie bei einem akutem Herzinfarkt können notfallmässig durch dieses Behandlungsverfahren mit einer hohen Erfolgsrate wieder durchgängig gemacht werden.

Wie kann ein gutes **Resultat beibehalten** werden?

Nach einer erfolgreichen Koronarangioplastie wird Ihnen die Ärztin, der Arzt bald erlauben, Ihren täglichen Aufgaben wieder nachzugehen. Ihr Arzt, Ihre Ärztin wird Ihnen erklären, welche Arzneimittel Sie einnehmen müssen. Damit sich möglichst kein Blutgerinnsel im Stent bildet, müssen Sie während einer bestimmten Zeit zusätzlich zum Aspirin®, das Ihnen sehr wahrscheinlich schon früher verordnet wurde, einen weiteren Blutplättchen-Aggregations-Hemmer einnehmen (beispielsweise Plavix®, Efient®, Brilique®). Diese Medikamente dürfen Sie auf keinen Fall vorzeitig absetzen. Gelegentlich werden Ihnen auch

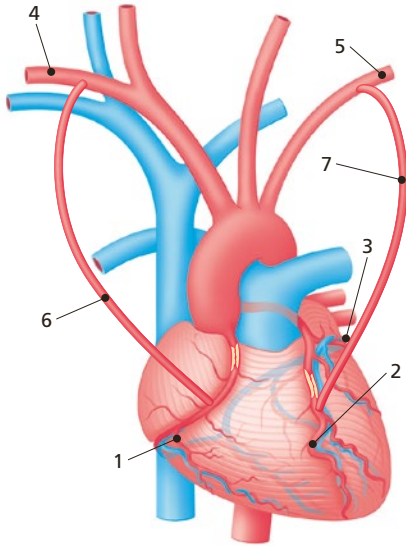
andere Präparate verschrieben. Dies insbesondere, wenn Sie Blutverdünner nehmen müssen. Ihr Kardiologe, Ihre Kardiologin wird den Medikamentenplan individuell für Sie anpassen. Informieren Sie alle Personen, die sich um Ihre Gesundheit kümmern, dass Sie mit Blutplättchen-Aggregations-Hemmern behandelt sind (bei der Zahnärztin, dem Zahnarzt oder der Dentalhygiene, vor Röntgenuntersuchungen, endoskopischen oder chirurgischen Eingriffen). Allfällige nicht dringliche Operationen sollten erst nach Absprache mit der behandelnden Kardiologin, dem behandelnden Kardiologen geplant werden.

Rauchen, ungünstige Blutfettwerte (Cholesterin), Diabetes (Zuckerkrankheit), Bluthochdruck, Übergewicht, Bewegungsmangel, Stress und psychische Belastungen fördern die Fettablagerungen in Ihren Gefässen und sind für die Verstopfung der Koronararterien verantwortlich (Arteriosklerose). Ihre Ärztin, Ihr Arzt wird Ihnen deshalb ans Herz legen und Ihnen dabei behilflich sein, diese Risikofaktoren mit einem herzgesunden Lebensstil und einer allfälligen medikamentösen Behandlung anzugehen.

Wann ist eine **Bypass-Operation** angezeigt?

Alternativ zur Ballondilatation mit oder ohne Stentimplantation kommt eine koronare Bypass-Operation in Frage. Darunter versteht man die chirurgische Überbrückung des Engpasses, idealerweise mit Hilfe umgeleiteter Arterien der Brustwand, einer Armarterie oder einer Beinvene (Abbildung 7, Seite 21).

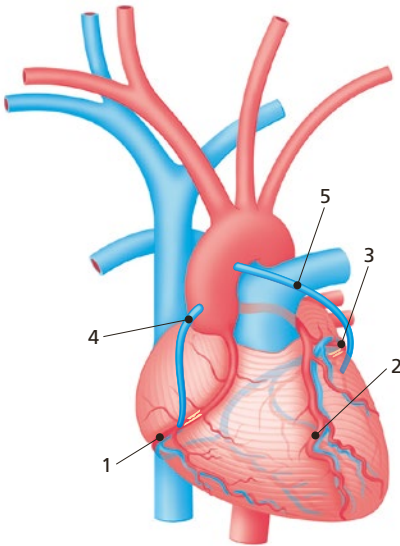
Die Bypass-Operation ist vor allem bei schwerer Erkrankung eine erfolgreiche Methode, wenn mit der Ballondilatation und dem Einsetzen von Stents keine guten Resultate erzielt werden können. Bei diesen Patientinnen und Patienten bietet die Operation die besten Chancen für eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung. Der Therapieentscheid wird individuell diskutiert und gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten gefällt.



Chirurgischer Bypass unter Verwendung von Brustwandarterien

Einengungen (Stenosen) im Bereich des vorderen Astes der linken Kranzarterie und der rechten Kranzarterie. Heute werden wenn immer möglich beide inneren Brustwandarterien umgeleitet.

- 1 Rechte Kranzarterie
- 2 Vorderer Ast der linken Kranzarterie
- 3 Hinterer Ast der linken Kranzarterie
- 4 Rechte Armarterie
- 5 Linke Armarterie
- 6 Rechte innere Brustwandarterie (Arteria mammaria interna), als Bypass in die rechte Kranzarterie umgeleitet
- 7 Linke innere Brustwandarterie (Arteria mammaria interna), als Bypass in den vorderen Ast der linken Kranzarterie umgeleitet



Chirurgischer Bypass unter Verwendung von Venen

Einengungen (Stenosen) im Bereich der rechten Kranzarterie und des hinteren Astes der linken Kranzarterie. In diesem Fall wurden zwei Überbrückungen (Bypass) aus Venen angelegt, die dem Bein entnommen wurden.

- 1 Rechte Kranzarterie
- 2 Vorderer Ast der linken Kranzarterie
- 3 Hinterer Ast der linken Kranzarterie
- 4 Venen-Bypass zur rechten Kranzarterie
- 5 Venen-Bypass zum hinteren Ast der linken Kranzarterie

Abbildung 7: Koronare Bypass-Operation

Die Bypass-Operation ist vor allem bei schwerer Erkrankung mit mehreren Engstellen eine langfristig Erfolg versprechende Alternative zur Koronarangioplastie.

Kardiale Rehabilitation

Nach einem Herzinfarkt, einer Stenteinlage oder einer Bypass-Operation wird Ihre Ärztin, Ihr Arzt Sie auch auf die Möglichkeit einer kardialen Rehabilitation (Herz-Rehabilitation) aufmerksam machen. In der Reha, die heute meist ambulant erfolgt, lernen Sie, wie Sie sich im Alltag herzgesund verhalten und das Fortschreiten der koronaren Herzkrankheit verlangsamen oder aufhalten können. Wichtiger Bestandteil ist ein aufbauendes körperliches Training. Auf dem Plan stehen aber auch gesunde Ernährung, der Umgang mit Ängsten und Stress oder eine allfällige Rauchentwöhnung. In seltenen Fällen ist eine stationäre Rehabilitation notwendig.



Herzgruppen

Die Schweizerische Herzstiftung empfiehlt Ihnen, sich nach der Rehabilitation einer Herzgruppe anzuschliessen. Herzgruppen bieten das motivierende und gesunde Umfeld, um nach einer Herz-erkrankung wieder fit zu werden und es zu bleiben. Machen Sie mit bei einer Herzgruppe in Ihrer Region!

www.swissheartgroups.ch

IMPRESSUM**Herausgeberin und Bezugsquelle**

Schweizerische Herzstiftung
 Dufourstrasse 30
 Postfach
 3000 Bern 14
 Telefon 031 388 80 80
 info@swissheart.ch
 www.swissheart.ch
 www.swissheartgroups.ch

Diese Publikation ist auch in französischer
 und italienischer Sprache erhältlich.

©Schweizerische Herzstiftung 2023

Fachliche Mitarbeit

Wir danken der Schweizerischen Gesellschaft
 für Kardiologie und der Schweizerischen Gesell-
 schaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie
 für die fachliche und redaktionelle Mitarbeit.

**Gestaltungskonzept/Umsetzung**

aleanza.ch | Design. Inhalt. Wirkung., Zürich

Illustrationen

Nadja Stadelmann, Emmenbrücke

Druck

Courvoisier-Gassmann, Biel

gedruckt in der
schweiz

Wissen, verstehen, besser leben

Diese Firmen sind Partner der Plattform «Wissen – Verstehen – Besser leben» der Schweizerischen Herzstiftung. Gemeinsam engagieren wir uns für eine umfassende und verständliche Patienteninformation sowie die Förderung der Patientenkompetenz.





Schweizerische Herzstiftung

Dufourstrasse 30 | Postfach | 3000 Bern 14
031 388 80 80 | info@swissheart.ch | www.swissheart.ch



Sprechstunde

Reichen Sie Fragen zu Herz-Kreislauf-Krankheiten und Hirnschlag
per Brief oder online ein: www.swissheart.ch/sprechstunde



Ihre Spende
in guten Händen.

Spendenkonto Schweizerische Herzstiftung
IBAN CH21 0900 0000 3000 4356 3



**Mit Ihrer Spende retten Sie
Leben und verhindern durch
Krankheit und Behinderungen
entstehendes Leid.**