



„Umweltlärm wie einen Risikofaktor behandeln“

Neuer Bericht der EEA-- Die Europäische Umweltagentur (EEA) hat in ihrem aktuellen Bericht „Environmental Noise in Europe 2025“ eindringlich vor den gesundheitlichen Folgen von Umweltlärm gewarnt. Dieser Bericht sollte auch für Kardiologinnen und Kardiologen ein Weckruf sein.

INTERVIEW GEFÜHRT VON VERONIKA SCHLIMPERT



(Symbolbild mit Fotomodell)

Krach nervt nicht nur, er kann bei dauerhafter Exposition auch kardiale Schäden induzieren.
© Pheelings Media/Getty Images/iStock

Herr Prof. Münzel, Sie hatten als Vorsitzender der ESC Force „Environment and Sustainability“ die Gelegenheit, den neuen Bericht der EEA bei seiner Vorstellung in Brüssel zu kommentieren. In dem Bericht heißt es u. a., dass mehr als jeder fünfte Europäer einer gesundheitsschädlichen Lärmbelastung ausgesetzt ist. Wie bereits in den Cardio News berichtet, kann chronischer Lärm direkt zur Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen. Was bedeutet der EEA-Bericht für die Arbeit von Kardiologinnen und Kardiologen?

Der neue Bericht der EEA ist ein Weckruf für die Herzmedizin. Er zeigt mit beeindruckender Klarheit, dass Umweltlärm, vor allem Straßen-, Bahn- und Fluglärm, kein rein städtisches Ärgernis, sondern ein ernst zu nehmender kardiovaskulärer Risikofaktor ist. Mehr als jeder fünfte Europäer ist laut EEA gesundheitsgefährdendem Lärm ausgesetzt – mit gesundheitlichen Folgen wie Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall und sogar Diabetes. Diese Auswirkungen einer solchen Lärmbelastung sind vergleichbar mit klassischen Risikofaktoren wie Rauchen oder Fettstoffwechselstörungen.

Für Kardiologinnen und Kardiologen heißt das: Wir müssen Umweltlärm endlich wie einen Risikofaktor behandeln – mit einer entsprechenden Anamnese, Risikoeinschätzung und Prävention. Das bedeutet: Lärm gehört künftig genauso in die kardiologische Risikobewertung wie Blutdruck oder Cholesterin. Und er gehört in unsere Leitlinien. Denn die schädliche Wirkung beginnt schon bei Pegeln deutlich unterhalb der gesetzlichen Grenzwerte, ab etwa 45 Dezibel Dauerschallpegel (L_{den}). Das entspricht dem Lärm in einer ruhigen Wohnstraße – aber eben über viele Stunden, insbesondere nachts.

Sollte man Patientinnen und Patienten konkret nach Lärmbelastung fragen – und wenn ja, bei wem?

Unbedingt. Die Lärmanamnese sollte in der kardiologischen Praxis zur Routine werden, vor allem bei bestimmten Risikogruppen. Dazu gehören:

- Patientinnen/Patienten mit Bluthochdruck, besonders bei nächtlich erhöhtem



Prof. Dr. Thomas Münzel forscht seit vielen Jahren an der Universitätsmedizin Mainz zu umweltbedingten Risikofaktoren und deren Einflüsse auf die Herz-Kreislauf-Gesundheit. © T. Münzel

„Die Lärmanamnese sollte in der kardiologischen Praxis zur Routine werden.“



Schädlich wirkt Lärm schon ab ca. 45 Dezibel.
© Chris/stock.adobe.com

Blutdruck oder fehlendem Blutdruckabfall („non-dipping“).

- Menschen mit Schlafstörungen oder Tagesmüdigkeit, insbesondere bei Schichtarbeit oder Schlafapnoe.

- Patientinnen/Patienten nach Herzinfarkt oder mit Herzinsuffizienz, da Lärm oxidativen Stress und vegetative Fehlregulation verstärken kann.

- Betroffene mit Vorhofflimmern oder anderen Arrhythmien, weil nächtlicher Lärm über Sympathikusaktivierung arrhythmogen wirken kann.

- Menschen mit Diabetes oder metabolischem Syndrom, denn chronischer Lärm trägt zur Insulinresistenz und zu entzündlichen Stoffwechselprozessen bei.

- Bewohner in lärmbelasteten Regionen, etwa in der Nähe von Flughäfen, Autobahnen oder Bahntrassen.

Die Frage kann ganz einfach lauten: „Wie laut ist es nachts bei Ihnen zu Hause? Können Sie mit offenem Fenster schlafen?“ Wer dabei zögert, berichtet oft von Schlafproblemen, morgendlichem Druckgefühl oder Erschöpfung, Hinweise, die ernst genommen werden sollten.

Welche konkreten Maßnahmen kann man Betroffenen empfehlen, wenn sie nicht einfach umziehen können?

Tatsächlich sind die meisten Patientinnen und Patienten dem Lärm ausgeliefert, aber sie sind ihm nicht völlig schutzlos. Es gibt konkrete, oft einfache Empfehlungen:

- Schlafplatz verlegen: Wenn möglich, das Schlafzimmer zur lärmabgewandten Seite der Wohnung verlegen.

- Fenster nachts schließen oder durch schallisolierte Fenster ersetzen. Auch Rollläden senken den Lärmpegel.

- Ohrstöpsel oder weißes Rauschen (White Noise) nutzen, um nächtliche Lärmspitzen abzumildern.

- Lärmkarten nutzen (z. B. via App oder kommunale Webportale), um das eigene Risiko besser einzuschätzen.

- Lärm als Thema mit Hausverwaltung oder Kommune besprechen, etwa im Rahmen von Fluglärmbeschwerden oder bei Lärmaktionsplänen.

- Lärmvermeidung bei Wohnungswahl: Falls ein Umzug ansteht, sollten lärmarme Wohnlagen explizit gesucht werden, z. B. mit Abstand zu Hauptverkehrsachsen oder Bahnstrecken.

Wichtig: Das Gespräch über Lärm sollte immer entlastend, lösungsorientiert und respektvoll sein. Niemand kann „mal eben“ umziehen, aber kleine Maßnahmen können die nächtliche Erholung und damit die Herzgesundheit spürbar verbessern.

Mein Fazit lautet daher: Kardiologinnen und Kardiologen sollten heute mehr denn je zu Herz-Umwelt-Expertinnen bzw. -Experten werden. Lärm ist ein unterschätzter, aber modifizierbarer Risikofaktor, vor allem für jene, die nachts nicht zur Ruhe kommen. Indem wir fragen, zuhören und beraten, können wir Herzkrankheiten verhindern, auch ohne Rezeptblock.

Vielen Dank für das Gespräch! ■



ZOLL LifeVest®

Risiko für Plötzlichen Herztod reduzieren!

Schutz ab der ersten Minute – nicht invasiv und temporär

- 1 von 20 Patienten stirbt nach Myokardinfarkt (EF $\leq 35\%$) in den ersten 90 Tagen – SCD in 50 % der Fälle¹
- Erfolgreiche VT-/VF-Terminierung bei 96 % der Patienten in einer Metaanalyse²
- Hohe Patientenzufriedenheit in großen Registerstudien – mehr als 22 Stunden Tragezeit pro Tag^{3,4}

ZOLL LifeVest®
Der WCD im Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes – Update 2019 inklusive primärprophylaktischer Indikationen!



Mehr Informationen zu LifeVest® finden Sie auf lifevest.zoll.com

Bewährter Schutz vor dem Plötzlichen Herztod.

1 Olgin JE et al. N Engl J Med. 2018;379(13):1205–1215.
2 Nguyen E et al. J Innov Cardiac Rhythm Manage 2018;9(5):3151–3162; Metaanalyse mit nahezu 20.000 Patienten.
3 Waessnig N et al. Circulation 2016;134:635–643; 23,1Std Tragezeit pro Tag (Median) in deutscher Registerstudie mit 6.043 Patienten.
4 Kutyla V et al. Circulation 2015;132(17):1613–1619; 22,5Std Tragezeit pro Tag (Median) in WEARIT-II mit 2.000 Patienten.