



Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche)

Patienteninformation der
Medizinischen Klinik I

Direktor Prof. Dr. K. Seidl

Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche) Patienteninformation

Diese Broschüre soll Patienten des Klinikums Ingolstadt über die Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche)* informieren und einige wichtige Fragen zu diesem Thema beantworten.



Was ist Herzinsuffizienz?

Das Herz arbeitet wie eine Pumpe: Bei jedem Herzschlag wird das Blut in den Körper gepumpt. Dies sorgt dafür, dass alle Organe und Muskeln ausreichend mit Blut versorgt werden, sowohl in Ruhe als auch bei Anstrengung. So bekommen diese den notwendigen Sauerstoff und Nährstoffe. Bei der Herzmuskelschwäche kommt es zu einer Abnahme der Herzpumpleistung.

Folglich wird der Körper weniger stark durchblutet. Das heißt, das Blut fließt langsamer durch den Körper.

Die Herzschwäche äußert sich meist durch Luftnot und Kurzatmigkeit, allgemeine Schwäche und Leistungsmin- derung sowie durch Schwellungen an Knöcheln und Unterschenkeln, so ge- nannten Unterschenkelödemen.

Was sind die Ursachen der Herzinsuffizienz?

Die Herzschwäche selbst ist genau ge- nommen keine Krankheit, sondern Folge einer anderen Erkrankung des Herzens. Sie ist auch keine Alterserscheinung, denn die Pumpleistung des Herzens nimmt nicht automatisch mit dem Alter ab, sondern nur, wenn das Herz durch eine Erkrankung geschwächt wird.

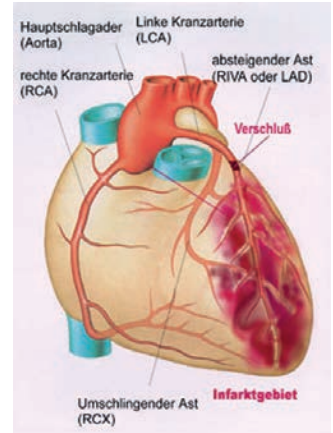
Es gibt eine Vielzahl von Ursachen, die zu einer Herzschwäche führen können.

Die häufigsten sind:

- Herzinfarkt mit Vernarbung des Herzmuskels
- langjährig bestehender Bluthochdruck

- Herzmuskelentzündung
- Herzmuskelkrankheit (z.B. dilatative Kardiomyopathie)
- Herzklappenfehler
- Herzrhythmusstörungen (z. B. langjähriges Vorhofflimmern)
- Alkoholmissbrauch
- Chemotherapie

Es ist Aufgabe des Arztes, die Ursache der Herzschwäche herauszufinden.



copyright St. Jude medical

Wie häufig kommt Herzinsuffizienz vor?

In Deutschland kommen pro 1000 Einwohner ungefähr sieben Erkrankungen vor. Das entspricht etwa 0,5 bis 1 Prozent der Gesamtbevölkerung. Gerade

bei älteren Menschen tritt sie allerdings häufig in Folge anderer Herzerkrankungen auf: etwa 10 Prozent der 75-Jährigen haben eine Herzschwäche.

Wann besteht der Verdacht, dass eine Herzinsuffizienz vorliegen könnte?

Grundsätzlich sollte sich jeder, der diesen Verdacht hat, von einem Arzt un-

tersuchen lassen. Bei Symptomen wie Atemnot während der Belastung oder in

Ruhe, Atemnot beim flachen Liegen, geschwollenen Beinen, Leistungsschwäche oder Abgeschlagenheit sollte man den Arzt aufsuchen, damit dieser nach einer Ursache der Beschwerden sucht. Herzschwäche ist nur eine von mehreren möglichen Ursachen dieser Symptome. Auch Erkrankungen der Lunge und der Bronchien, Erkrankungen des

Blutes oder Blutverlust können zu ähnlichen Beschwerden führen. Im Rahmen der Abklärung solcher Beschwerden wird aber auch das Herz untersucht und eventuell eine Herzschwäche diagnostiziert. Wenn dies der Fall ist, muss der nächste Schritt sein, die Ursache der Herzschwäche zu suchen und eine Therapie festzusetzen.

Wie wird die Diagnose „Herzschwäche“ gestellt?

Wenn in der Anamnese (Arzt-Patienten-Gespräch) der Verdacht auf eine Herzschwäche geäußert wird, gibt es verschiedene Untersuchungen und Tests, welche auf eine Herzinsuffizienz hinweisen. Für die endgültige Diagnose ist meist eine Kombination aus diesen notwendig:

Körperliche Untersuchung

- Gestaute Halsvenen (Hinweis, dass sich das Blut aufgrund einer Pumpschwäche vor dem Herzen staut)
- Rasselgeräusche über der Lunge (nur mit dem Stethoskop zu hören; Hinweis darauf, dass Flüssigkeit in der Lunge ist)
- Schwellungen der Beine (sogenannte Beinödeme)

EKG (Elektrokardiogramm)

Eine Herzschwäche selbst kann man im EKG nicht sehen. Bei Herzinsuffizienzpatienten findet man jedoch folgende Befunde häufig, die auf das mögliche Vorliegen einer Herzschwäche schließen lassen: Störungen der Erregungsrückbildung (Veränderungen der ST-Strecke und der T-Welle), Hinweise auf eine Vergrößerung der linken Herzkammer, Vorhofflimmern, Reizleitungsstörungen (Linksschenkelblock, Rechtsschenkelblock).

Als Ursache der Herzschwäche können gelegentlich Herzrhythmusstörungen mit zu langsamem Puls, sogenannte bradykarde Herzrhythmusstörungen wie Erkrankungen des Sinusknotens oder des AV-Kno-

6 Herzinsuffizienz - Patienteninformation

tens, aber auch Herzrhythmusstörungen mit zu schnellem Puls, die zu einer sogenannten Tachymyopathie führen können, entdeckt werden.

Laborwerte

Oft wird bei Verdacht auf Herzinsuffizienz das BNP (brain natriuretic peptide) bestimmt. Eine Erhöhung dieses Laborwertes deutet relativ sicher auf eine Herzschwäche hin. Ein normaler BNP-Wert kann eine Herzschwäche mit hoher Sicherheit ausschließen.

Außerdem sollte bei Verdacht auf Herzschwäche immer ein „Routine-labor“ (Blutbild, Nierenwerte, Leberwerte, Schilddrüsenwert, Natrium, Kalium, etc.) veranlasst werden.



Echokardiographie (Ultraschall des Herzens)

Die Ultraschalluntersuchung des Herzens liefert vielfältige Informationen. Mit ihrer Hilfe kann die Auswurfleistung des Herzens (der Anteil des Blutes in Prozent, den das Herz pro Schlag auswirft) bestimmt werden. Ist die Auswurfleistung reduziert, liegt in der Regel eine Herzschwäche vor (Richtwert für eine gute Auswurfleistung der linken Herzkammer ist 60%).

Viele Ursachen der Herzinsuffizienz können im Ultraschall gesehen werden, wie Narben nach Herzinfarkten, die Funktion der Herzklappen, verdickte Herzwände als Hinweis auf langjährig bestehenden Bluthochdruck und vergrößerte Herzkammern, wie sie häufig bei der genetisch bedingten Herzschwäche vorkommen.

Röntgen-Untersuchung von Herz und Lungen

Diese Untersuchung kann z. B. ein vergrößertes Herz oder eine Stauung von Flüssigkeit in den Lungen zeigen. Dies ist oft ein Zeichen dafür, dass die Pumpleistung des Herzens nicht ausreicht, um die Flüssigkeit von der Lunge wegzupumpen.

Kernspintomographie (= Kardio-MRT)

Eine Kernspintomographie ist nur selten notwendig. Mit dieser kann

ebenfalls die Pumpleistung des Herzens sehr genau beurteilt werden. Mit ihrer Hilfe können Narben, eine Herzmuskelentzündung und seltene genetisch bedingte Erkrankungen wie die arrhythmogene, rechtsventrikuläre Kardiomyopathie gesehen werden.

Herzbiopsie

Ebenfalls selten ist eine Biopsie des Herzens nötig. Dabei wird über ein großes Blutgefäß des Körpers eine kleine Zange zum Herzen vorgebracht und Herzgewebe entnommen, welches angefärbt und direkt unter dem Mikroskop beurteilt wird. Die direkte Untersuchung von Herzgewebe kann zur Diagnose seltener Erkrankungen, die für eine Herzschwäche verantwortlich sind, führen, z. B. einer Entzündung des Herzmuskels oder Autoimmunerkrankungen wie Sarkoidose und Amyloidose.

Untersuchungen der Durchblutung des Herzens

Eine sehr häufige Ursache der Herzinsuffizienz ist die koronare Herzkrankheit. Wenn eine Herzschwäche neu diagnostiziert wird, muss deshalb meist untersucht werden, ob Durch-

blutungsstörungen des Herzens vorliegen. Hierfür eignen sich verschiedene Methoden: Belastungs-EKG, Stress-Echokardiographie, Myokardszintigraphie oder Linksherzkatheteruntersuchung.

Belastungstests

Belastungstests wie der 6-Minuten-Gehtest, das Belastungs-EKG oder die Spiroergometrie (Messung der maximalen Sauerstoffaufnahme-fähigkeit des Körpers) können helfen, die Symptome der Herzinsuffizienz zu objektivieren. Bei Patienten mit sehr ausgeprägter Herzschwäche sind sie notwendig, um diejenigen auszuwählen, die von einer Herztransplantation profitieren könnten.



Lebenserwartung bei Herzinsuffizienz

Die Herzinsuffizienz ist nur in seltenen Fällen heilbar, sie ist aber behandelbar. Man kann meist gut mit ihr leben! In den letzten Jahren haben neue Erkenntnisse sowie die Entwicklung neuer Medikamente und medizinischer Geräte nicht nur zu einer Senkung der Sterblichkeit, sondern auch zu einer erheblichen Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beigetragen. Die Le-

benserwartung und die Lebensqualität von Menschen mit Herzinsuffizienz sind allerdings immer noch reduziert im Vergleich zur Bevölkerung ohne Herzschwäche. Die Lebenserwartung hängt stark vom Schweregrad der Herzinsuffizienz ab und der individuelle Verlauf dieser Erkrankung ist von Mensch zu Mensch stark unterschiedlich.

Medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz

Der erste wichtige Baustein der Herzinsuffizienztherapie ist die medikamentöse Behandlung. Ziel der Therapie der Herzschwäche ist eine Verlängerung des Lebens, eine Reduktion der Symptome und eine Verbesserung der Lebensqualität. Hierfür gibt es verschiedene Medikamente, die routinemäßig zum Einsatz kommen. So genannte ACE-Hemmer (z. B. Ramipril, Enalapril, Lisinopril), Betablocker (z. B. Metoprolol, Bisoprolol, Carvedilol) und meist auch Mineralokortikoidantagonisten (Eplere-

non und Spironolacton) verhindern eine weitere Verschlechterung der Herzinsuffizienz und können in vielen Fällen zu einer Verbesserung der Herzauswurf-



leistung und der Symptome beitragen. Für sie konnte bei ausgeprägter Herzschwäche ein lebensverlängernder Effekt nachgewiesen werden. Ferner senken diese Medikamente den Blutdruck. Je höher die Dosis dieser Tabletten ist, desto stärker ist deren herzschtützende Wirkung.

Wassertreibende Medikamente (Diuretika, z. B. Torasemid, Furosemid, Xipamid, Hydrochlorothiazid) kommen zum Einsatz bei Patienten, die aufgrund der Herzschwäche nicht genügend Flüssigkeit und Salze ausscheiden können und folglich an Atemnot und geschwollenen Beinen leiden. Diuretika können helfen, diese Symptome zu lindern. Außerdem gibt es weitere Medikamente, die bei speziellen Patientengruppen Anwendung finden, wie z. B. Digitalispräparate (Digoxin und Digitoxin), Ivabradin und Angiotensinrezeptorantagonisten (z. B. Valsartan, Olmesartan, Candesartan, Irbesartan). Digitalispräparate können die Auswurfleistung des Herzens verbessern, ohne dass für sie ein lebensverlängernder Effekt nachgewiesen wurde, und sie können die Herzfrequenz bei Vorhofflimmern verlangsamen. Ivabradin kann die Herzfrequenz bei normalem Herzrhythmus (Sinusrhythmus) verlangsamen; wenn nämlich das geschwächte Herz mit einer Frequenz von weniger als 70 Schlägen pro Minute pumpt, wird „Herzarbeit gespart“. Angiotensinrezeptorantagonisten kommen bei Unverträglichkeit von ACE-

Hemmern zum Einsatz.

Die Kombination der einzelnen Herzinsuffizienzmedikamente und die Dosierung müssen mit dem behandelnden Arzt besprochen werden. Die Findung der richtigen Dosierungen und der richtigen Kombination kann einige Monate dauern und macht meist wiederholte Arztbesuche notwendig. Viele Herzinsuffizienzmedikamente senken den Blutdruck. Deshalb ist es hilfreich für den Arzt, wenn während der medikamentösen Einstellung der Herzinsuffizienztherapie ein Blutdrucktagebuch geführt wird. Außerdem ist es wichtig, dass mögliche Nebenwirkungen der Therapie wie z. B. Reizhusten, Schwindel und Schwarzwerden vor den Augen dem Arzt mitgeteilt werden. Grundsätzlich gilt für die Einleitung einer medikamentösen Herzschwächetherapie der englische Grundsatz „start low and go slow“: Mit einer niedrigen Dosierung beginnen und langsam steigern. Um Nebenwirkungen zu reduzieren, werden einige der Herzschwächemedikamente über Wochen bis Monate von einer niedrigen auf die höchstmögliche Dosierung gesteigert. Das hilft dem Körper, sich auf die Medikamente langsam einzustellen, und reduziert Nebenwirkungen. Bei den das „Herz beschützenden“ Medikamenten (Betablocker und ACE-Hemmer) ist das Ziel die höchstmögliche Dosierung, die ein Patient verträgt, ohne dass es zu Nebenwirkungen bzw. einer zu starken Absenkung des Blut-

drucks kommt. Bei Wassertabletten, die symptomlindernd wirken, ist die niedrigstmögliche Dosis, mit der Symptome reduziert werden, das Ziel.

Da die Herzschwäche oft mit anderen Erkrankungen wie z. B. Eisenmangelanämie, COPD, Depression, Diabetes, Gicht, Schlafapnoe, erektiler Dysfunktion und Nierenschwäche verbunden ist, müssen häufig zusätzlich zu den Herzschwäche-medikamenten weitere Medikamente eingenommen werden. Um Neben- und Wechselwirkungen zu vermeiden, sollten alle Medikamente eng mit einem Arzt abgesprochen werden. Ferner gibt es bei Herzschwäche auch einige Medi-

kamente, die man nicht einnehmen sollte, da sie zu einer Verschlechterung der Erkrankung, zu weiterer Wasser- und Kochsalzüberladung des Körpers und zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion führen können. Hierzu gehören vor allem die Schmerzmittel Diclofenac und Ibuprofen, die häufig aufgrund einer Arthritis (= Gelenkentzündung) oder Schmerzen an anderen Stellen eingenommen werden. Vor der Einnahme neuer, nicht verschreibungspflichtiger Medikamente sowie von Vitaminpräparaten und pflanzlichen Heilmitteln sollte man immer mit dem behandelnden Arzt sprechen.

Nebenwirkungen wichtiger Herzinsuffizienzmedikamente:

Medikament:	Wichtige mögliche Nebenwirkungen:
ACE-Hemmer	Reizhusten, Angioödem (Schwellung der Zunge oder der Lippen), zu starke Blutdrucksenkung, hohes Kalium Vorsicht: Kaliumkontrollen notwendig nach Therapiebeginn und nach Erhöhung der Dosis
Betablocker	Bradykardie (zu langsamer Herzschlag), zu starke Blutdrucksenkung, Müdigkeit, Leistungsmin- derung
Aldosteronantagonisten	Hohes Kalium, Gynäkomastie (Vergrößerung der Brustdrüse beim Mann) Vorsicht: Kaliumkontrollen notwendig nach Therapiebeginn und Dosissteigerung

Diuretika (Wassertabletten)	Exsikkose („Austrocknung“ bzw. Flüssigkeitsmangel) mit Schwindel, Kreislaufbeschwerden, Verlust von Elektrolyten: Natrium, Kalium, Magnesium Vorsicht: Elektrolytkontrollen notwendig nach Therapiebeginn und Dosissteigerung
Digitalis (Digitoxin und Digoxin)	Bradykardie (zu langsamer Herzschlag), Magen- und Darmbeschwerden
Ivabradin	Bradykardie (zu langsamer Herzschlag), Sehstörungen (helle Flecken im Gesichtsfeld)

Interner Defibrillator (ICD) und Schrittmacher zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT)

Der zweite wichtige Baustein der Herzinsuffizienztherapie neben der medikamentösen Behandlung ist die Therapie mit implantierbaren Defibrillatoren und Schrittmachern.

Herzinsuffizienzpatienten haben ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko, am plötzlichen Herztod zu sterben. Häufig ist die Ursache eine Herzrhythmusstörung, die durch einen

Elektroschock oder eine so genannte Überstimulation ohne den schmerzhaften Elektroschock beendet werden könnte. Deshalb kann bei Patienten, bei denen das Risiko eines plötzlichen Herztodes als besonders hoch eingestuft wird, mit einer kleinen Operation ein interner Defibrillator ins Fettgewebe unter dem Schlüsselbein eingesetzt werden, welcher über eine Sonde mit



dem Herzen verbunden ist und den Herzrhythmus überwacht. Beim Herzstillstand durch Kammerflimmern/Kammerflattern wird dieses entweder durch eine schmerzlose Überstimulation oder einen Elektroschock beendet. In vielen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass sich bei ausgewählten Menschen mit Herzschwäche die Lebenserwartung durch die Implantation eines ICDs steigern lässt. Patienten, deren Herzauswurfleistung sich trotz medikamentöser Therapie nicht auf einen Wert über 35% steigern lässt, haben das höchste Risiko für einen plötzlichen Herztod und sollten bezüglich einer ICD-Implantation beurteilt werden.

Bei Menschen mit Herzschwäche kann die unzureichende Herzleistung dadurch verschlechtert werden, dass die rechte und die linke Kammer des Her-

zens nicht synchron (also gleichzeitig), sondern nacheinander schlagen. Es ist möglich, diese Asynchronie des Herzens durch einen speziellen Herzschrittmacher, ein sogenanntes CRT-Gerät (cardiac resynchronisation therapy), zu beseitigen. Dadurch kann es zu einer Zunahme der Auswurfleistung des Herzens und zu deutlich verringerten Symptomen der Atemnot sowie zu einer Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit kommen. Meist wird ein CRT-Gerät zusammen mit einem internen Defibrillator eingepflanzt (CRT-D), es kann aber auch als eigenständiges Gerät ohne Defibrillator implantiert werden (CRT-P). Alle im Klinikum Ingolstadt implantierten Geräte können mit einem Heimmonitor verbunden werden, durch den der Herzrhythmus kontinuierlich per Telemetrie (Messung aus der Ferne) überwacht wird. Dadurch wird gewährleistet, dass Probleme wie Herz-



rhythmusstörungen, auch wenn sie vom Patienten nicht bemerkt werden, ohne große Zeitverzögerung diagnostiziert werden können. Außerdem kann man bei Symptomen wie Herzrasen, Schwindel oder Schwarzwerden vor den Augen selbstständig von zu Hause aus eine

Übertragung der Daten, die durch den Schrittmacher/Defibrillator aufgezeichnet werden, vornehmen. Diese werden im Anschluss telefonisch mit dem Arzt besprochen und geklärt, so dass in vielen Fällen ein Arztbesuch nicht mehr notwendig ist.

Die Herztransplantation

Menschen, die trotz optimaler Therapie keine Besserung der Beschwerden erfahren und sich im Endstadium der Erkrankung befinden, kommen mögli-

cherweise für eine Herztransplantation in Frage. Diese Option sollte im gegebenen Fall mit dem behandelnden Spezialisten besprochen werden.

Was man selbst zur Therapie beitragen kann

Neben der Therapie durch den Arzt gibt es einige Dinge, die der Patient selbst in die Hand nehmen kann, um seine

Lebenserwartung zu verbessern, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und Komplikationen zu vermeiden.

Vermeidung einer akuten Verschlechterung der Herzschwäche (kardiale Dekompensation)

Ein großes Problem bei der Therapie der Herzinsuffizienz sind häufige Krankenhausaufenthalte aufgrund von Was-

seransammlungen im Körper, die zu mitunter schwerer Atemnot und reduzierter Leistungsfähigkeit führen (die

so genannte kardiale Dekompensation oder akute Herzinsuffizienz). Der natürliche Krankheitsverlauf der Herzinsuffizienz macht es fast unmöglich, solche Krankenhausaufenthalte komplett zu verhindern. Man kann aber vieles unternehmen, um einer akuten Verschlechterung der Herzschwäche vorzubeugen oder zumindest so früh darauf zu reagieren, dass ein Krankenhausaufenthalt und schlimmstenfalls eine künstliche Beatmung nicht notwendig werden. Jede kardiale Dekompensation ist auch mit einer gewissen Mortalität (Sterblichkeit) verbunden. Leider warten viele Menschen bei Symptomen zu lange, bis sie in Kontakt mit dem Gesundheitssystem treten, so dass aus den zu Beginn leichten Beschwerden nicht selten eine lebensbedrohliche Situation entsteht. Deshalb ist eine genaue Selbstbeobachtung bei Menschen mit Herzschwäche besonders wichtig. Atemnot bei Belastung, eine Schwellung der Unterschenkel mit wegdrückbaren Wasseransammlungen vor dem Schienbein und eine Gewichtszunahme können Hinweise auf eine beginnende Verschlechterung der Erkrankung sein. Deshalb sollten sich Herzinsuffizienzpatienten regelmäßig selbst untersuchen und täglich wiegen. Bei eingeschränkter Belastbarkeit und ungewollter Gewichtszunahme (z. B. > 1 kg über Nacht oder > 2,5 kg in einer Woche) bzw. Beinschwellungen sollte frühzeitig ein Arzt kontaktiert werden. Häufig reicht in so

einem Fall eine Erhöhung der Wassermedikamente, um die Flüssigkeit aus dem Körper zu entfernen und eine weitere Verschlechterung zu verhindern. Patienten, die viel Erfahrung mit ihrer Erkrankung gesammelt haben, können bei leichten Symptomen evtl. auch selbstständig die Wassermedikamente erhöhen.

Ein sehr häufiger Grund für eine akute Verschlechterung einer Herzschwäche ist eine übermäßige Trinkmenge, da ein geschwächtes Herz diese nicht wieder adäquat aus dem Körper entfernen kann. Deshalb sollten Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz ihre Trinkmenge auf 1,5-2 Liter pro Tag beschränken. Auch zu besonderen Anlässen sollten nicht einmalig große Mengen Flüssigkeit getrunken werden. Weil eine Trinkmengenbeschränkung nur bei Patienten mit ausgeprägter Herzschwäche notwendig ist, sollte diese immer individuell mit dem Arzt besprochen werden.

Warnsymptome bei Herzinsuffizienz:

Kontakt mit dem Hausarzt notwendig:

- Gewichtszunahme von ca. 1kg über Nacht oder 2,5 kg innerhalb von einer Woche
- zunehmendes Anschwellen von Fußknöcheln, Unterschenkeln, Bauch, Händen
- Abnahme der Urinmenge
- zunehmende Atemprobleme, wie z.B. Kurzatmigkeit bei Belastung, Unvermögen nachts flach zu liegen, oder es werden mehr Kopfkissen als gewöhnlich benötigt
- dauerhaft zu hoher Puls oder unregelmäßiger Puls
- dauerhaft zu hoher oder niedriger Blutdruck
- zunehmende Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit/Übelkeit

Wichtig:

Notarzt (112) anrufen:

- Schwere und anhaltende Atemnot
- Röchelndes oder brodelndes Atemgeräusch
- Heftiger und anhaltender Brustschmerz bzw. Engegefühl in der Brust
- Ohnmachtsanfall

Ernährung

Grundsätzlich ist, wie auch bei Gesunden, eine ausgewogene Mischkost zu empfehlen. Patienten mit Herzinsuffizienz sollten auf große Mengen stark gesalzener Speisen (z. B. Fertiggerichte, Salami, roher Schinken, Pökelfleisch, Kartoffelchips, Salzgebäck, stark salzhaltige Fertigungsgewürzmischungen, Fast Food) verzichten. Der Salzkonsum bei

Herzinsuffizienz sollte nicht viel mehr als 2g pro Tag betragen, denn übermäßiger Salzkonsum kann Wasser im Körper binden und zu einer erhöhten Belastung des Herzens sowie möglicherweise zu einem erhöhten Blutdruck führen.



Mitwirkung bei der medikamentösen Therapie

Eine erfolgreiche Therapie der Herzinsuffizienz erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Team aus Hausarzt, Kardiologen und Krankenhaus. Das wichtigste Teammitglied ist jedoch der Patient selbst. Nur wenn er die Empfehlungen der behandelnden Ärzte umsetzt, kann die Herzschwäche mit Erfolg therapiert werden. Neben den anderen in diesem Kapitel erwähnten Maßnahmen ist eine zuverlässige Medikamenteneinnahme von großer Bedeutung. Die Auswahl der Medikamente und die Verschreibung der richtigen Dosis ist Aufgabe des Arztes. Hierfür ist er allerdings auf genaue Angaben und die Mithilfe des Patienten angewiesen.

Checkliste als Vorbereitung eines Arztbesuches – Fragen, die ein Patient seinem Arzt beantworten können sollte:

- Was sind die aktuellen Symptome? Was waren die Symptome zu Beginn der Therapie? Wie haben sich diese im Laufe der Behandlung verändert?
- Wie ausgeprägt ist die Atemnot bei Belastung? Tritt sie nur bei großen Belastungen auf oder schon bei leichten Anstrengungen?
- Gab es neue Symptome oder Beschwerden nach Beginn der Einnahme eines neuen Medikaments?
- Wie verhielten sich Blutdruck und Puls nach Beginn der Einnahme eines Medikaments bzw. nach einer Dosissteigerung oder -verringernug?
- Kommt es zu Schwindel, Schwäche oder Schwarzwerden vor den Augen beim Aufstehen?

Wichtig:

- Außerdem sollte beim Arztbesuch immer eine aktuelle Medikamentenliste inklusive der Dosierungen und des Einnahmeschemas mitgebracht werden.
- Für Notfälle sollte man immer eine aktuelle Medikamentenliste im Geldbeutel haben.

Regelmäßige und zuverlässige Medikamenteneinnahme

Dass die regelmäßige Einnahme mehrerer Medikamente am Tag keine leichte Aufgabe ist und dass hierbei Einnahmen nicht selten vergessen werden, ist allgemein bekannt. Um aber optimal wirken zu können, müssen die Herzinsuffizienzmedikamente täglich ohne Ausnahme eingenommen werden. Ins-

besondere zu Beginn der Herzschwächetherapie kann es zu Nebenwirkungen kommen, vor allem zu Kreislaufbeschwerden, Schwindel, Schwäche und Müdigkeitsgefühl. In dieser Phase ist es wichtig, sich nicht durch die Symptome entmutigen zu lassen, sondern die Tabletten trotzdem weiter einzunehmen. Meistens gewöhnt sich der Körper an die Medikamente und die Nebenwirkungen verschwinden. Medikamente sollten nur nach Rücksprache mit einem Arzt abgesetzt werden.

Während der Therapie gibt es viele Maßnahmen, die helfen, dass man keine Medikamenteneinnahme vergisst:

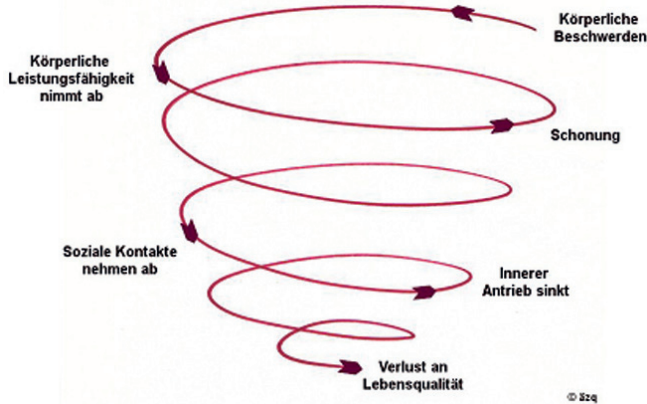
Tipps: Zuverlässige Medikamenteneinnahme

- Einsortieren der Medikamente in eine Medikamentenbox, entweder für den nächsten Tag oder für eine Woche
- Besorgen und Einlösen eines neuen Rezeptes mindestens eine Woche, bevor das entsprechende Medikament ausgeht
- Besorgung von Rezepten für einen längeren Zeitraum, um zu häufige Arztbesuche für die Verschreibung von Medikamenten zu vermeiden
- Integrieren der Medikamenteneinnahme als Alltagsritual in den Tagesablauf (z.B. zu den Mahlzeiten)
- Hinzuziehen von Vertrauenspersonen (z. B. Ehepartner, Kinder), welche den Patienten an die Einnahme der Medikamente erinnern, ihn beim Befüllen des Medikamentendispensers unterstützen und die hergerichteten Medikamente überprüfen

Herzinsuffizienz und Lebensqualität

Eine Herzschwäche kann sich aufgrund der mit ihr verbundenen Symptome negativ auf die Lebensqualität auswirken. Führen eine durch die Erkrankung bedingte verminderte Belastbarkeit und Atemnot bei Belastung dazu, dass der Patient sich schont, seine Freizeitaktivitäten reduziert und aus Angst möglicherweise anstrengende Tätigkeiten meidet, kann dies zu einer „Abwärtsspirale“ (siehe Abbildung) führen, bei der soziale Aktivitäten und Hobbys stark eingeschränkt werden. Außerdem besteht bei vielen Menschen die unbegründete Meinung, dass man ein „krankes“ Herz schonen müsse, um eine Verschlechterung der Herzerkrankung zu vermeiden, doch das Gegenteil ist der Fall: Moderate Bewegung und Sport führen zu einer Ver-

besserung der Symptome und sind grundsätzlich nicht nur erlaubt, sondern wünschenswert. Es gibt keinen Grund, aus Ängstlichkeit auf körperliche Aktivität, Reisen und das Pflegen sozialer Kontakte zu verzichten.



Mögliche Auswirkungen der Herzinsuffizienz auf die Lebensqualität und die Psyche

Herzinsuffizienz und Sport

Mehrere Studien haben gezeigt, dass körperliche Aktivität bei Herzinsuffizienzpatienten eine positive Wirkung hat. Sie führt zu einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität, die Symptome der Herzschwäche werden geringer und sogar die Lebenserwartung kann verbessert werden.

Moderater Ausdauersport hat sehr viele Vorteile. Er erhöht die Belastbarkeit und verringert die Atemnot bei Belastung. Zudem kann Sport das Selbstvertrauen steigern, Angstbewältigung ermöglichen und soziale Beziehungen fördern.



Menschen mit Herzschwäche sollten versuchen, mindestens 2-3 Mal pro Woche für ca. 30 bis 45 Minuten Ausdauersport zu machen. Sie können sich auch einer örtlichen Herzsportgruppe anschließen, wo unter kontrollierten

Bedingungen Sport getrieben wird. Mit dem behandelnden Arzt können die Möglichkeiten und Grenzen der sportlichen Aktivität besprochen werden (ggf. obere Wattzahl oder Pulsfrequenz).

In Ingolstadt wird die Herzsportgruppe von zwei Ärzten der Medizinischen Klinik I mitbetreut. Für die Teilnahme

kann man sich an Frau Klothilde Schmöller (Geschäftsführerin des MTV Ingolstadt, Telefon: 0841/34633, Geschäftszeiten: Dienstag-Freitag 15-18 Uhr) wenden. Die Herzsportgruppe kommt einmal pro Woche am Freitagnachmittag in der Turnhalle des Klinikums Ingolstadt zusammen.



Herzinsuffizienz und Alkohol

Es gibt bislang keine Untersuchungen, die gezeigt haben, dass der Genuss von geringen Mengen Alkohol bei Herzschwäche schädlich ist (eine Ausnahme ist die alkoholinduzierte Herzinsuffizienz).

Für Patienten mit Herzinsuffizienz gelten folglich dieselben Richtlinien wie für alle Menschen. Männer sollten nicht mehr als 20 ml Alkohol pro Tag zu sich nehmen (ca. 500 ml Bier oder 200 ml Wein oder 4 cl Schnaps). Frauen sollten nicht mehr als 10 ml Alkohol trinken. Jeder sollte mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche einlegen. Patienten, die eine alkoholinduzierte Herzschwäche (also eine Herzschwäche aufgrund von übermäßigem Alkoholgenuss in der Vergangenheit) haben, sollten unbedingt auf Alkohol komplett verzichten. Das kann nicht nur eine weitere Verschlechterung verhindern, sondern eventuell sogar zu einer Verbesserung der Herzschwäche führen.

Tipps: Was kann der Patient selbst zur Therapie seiner Herzinsuffizienz beitragen?

- Anpassung der Lebensgewohnheiten: ausreichend Bewegung, Gewichtsabnahme bei Übergewicht, Verzicht auf Nikotinkonsum und übermäßigen Alkoholkonsum
- Aneignung eines umfassenden Wissens über die Herzinsuffizienz: Was sind die Symptome? Was sind die Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente? Wie oft sind Routineterminale beim Arzt notwendig? Wer sollte bei Beschwerden kontaktiert werden? Kenntnis der Notfallnummer 112.
- Einhaltung der vom Arzt verordneten Trinkmenge
- Anpassung der Essensgewohnheiten an die Erkrankung (z. B. salzarme Kost)
- regelmäßige und zuverlässige Einnahme der verschriebenen Medikamente
- Einbindung in ein ambulantes und stationäres Therapieteam: regelmäßige Besuche beim Hausarzt und einem Kardiologen
- regelmäßige Selbstuntersuchungen, frühe Reaktion auf Symptome (Atemnot, Beinschwellungen, Gewichtszunahme, Minderung der Leistungsfähigkeit) und Kenntnis der zuständigen Ansprechpartner (Hausarzt, Notarzt, Kardiologe, Klinik)
- tägliche Gewichtskontrollen (vor dem Frühstück, am besten mit einer digitalen Waage)
- tägliche Blutdruck- und Pulskontrollen
- eventuell selbstständige Anpassung der Wassermedikamente
- schriftliche Dokumentation der gemessenen Puls- und Blutdruckwerte, des Gewichts, der Trinkmenge, und der Herzinsuffizienzsymptome in einem Protokoll

Herzinsuffizienzprotokolle sind auf den Stationen der Medizinischen Klinik I erhältlich.



Patientenprotokoll Trinkmenge

Name: _____ Vorname _____ Geb. Dat. _____

Therapeutische Trinkmenge: _____

Datum	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Uhrzeit + Menge in ml							
Gesamt: ml/24 h							

Mengenangaben: (Für Anleitungen bitte die aufgeführten Gefäße mit an das Patientenbett nehmen)
 1 Trinkglas: ca. 200 ml; 1 Kaffeetasse: ca. 150 ml; 1 Kaffeekännchen: ca. 300 ml; 1 Suppentasse: ca. 300 ml
 Tragen Sie bitte die Uhrzeit mit ein



Patientenprotokoll
 Name:

Angestrebtes Körpergewicht:
 Therapeutische Trinkmenge:

Datum	Gewicht ¹	Blutdruck ²	Puls ³	Medikamente eingenommen	Trink- menge ⁴	Flüssigkeits- Einlagerungen ⁵	Veränderungen (Belastbarkeit/ Kurzatmigkeit/ Müdigkeit/ Allgemeinbefinden schlechter/ Übelkeit)
Mo							
Di							
Mi							
Do							
Fr							
Sa							
So							

1. Immer morgens vor dem Frühstück und vor dem Ankleiden wiegen
2. Blutdruck - Zielwert bitte mit Ihrem Arzt abstimmen
3. Ruhepuls: Zielwerte bitte Ihrem Arzt festlegen (Schläge/min); regelmäßig/unregelmäßig
4. in Verbindung mit Einfuhrprotokoll
5. Angaben wo: Bauchumfang, Knöchel, Unterschenkel, Lunge (Atmung)

Impfungen

Häufig treten bei Patienten mit Herzinsuffizienz ernsthafte Probleme in Kombination mit Infekten der Atemwege auf. Deshalb sind eine jährliche Gripeschutzimpfung und eine Pneumokokkenimpfung alle sechs Jahre notwendig, sofern es keine medizinischen Gründe gibt, die dagegen sprechen (Kontraindikationen).



Hier finden Sie weitere Informationen, Rat und Unterstützung

- Patientenleitlinie „Herzschwäche“
Internet: <http://www.patienten-information.de/patientenleitlinien>
- Deutsche Herzstiftung e.V., Internet: www.herzstiftung.de
Praktische Informationen für Patienten, Angehörige und Pflegepersonal, entwickelt von der Heart Failure Association, eine Organisation der European Society of Cardiology, Internet: www.heartfailurematters.org
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), Internet: www.nakos.de
- Deutscher Behindertensportverband e.V., Internet: www.dbs-npc.de

Diese Informationsbroschüre dient in keinem Fall als Ersatz des Arzt-Patienten-Gesprächs, sondern nur als Ergänzung und als Information, die Patienten zu Hause nachlesen können. Falls noch Fragen bestehen, sollte man nicht zögern, den zuständigen Arzt anzusprechen.

* Die Begriffe Herzinsuffizienz und Herzschwäche werden in dieser Broschüre synonym benutzt.

Quellen

Bundesärztekammer (BÄK)/ Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)/ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2011): PatientenLeitlinie Herzschwäche (zur Nationalen VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz). Barrierefreie Internetversion. Version 1.0 vom 09. Mai 2011.

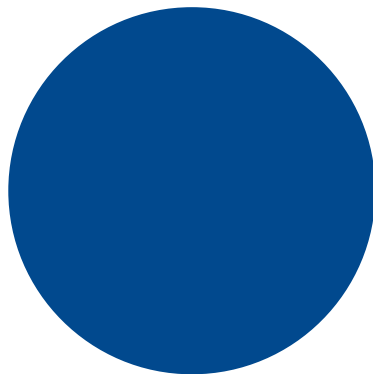
Herunterladbar als pdf-Datei unter: <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/herzinsuffizienz> (Stand: 18.05.2014).

www.heartfailurematters.org (Stand: 18.05.2014)

Verfasser:

Team der Medizinischen Klinik I

Fallmanagement am Klinikum Ingolstadt



KLINIKUM INGOLSTADT GmbH

Krumenauerstraße 25 • 85049 Ingolstadt

Postfach 21 06 62 • 85021 Ingolstadt

Tel.: (08 41) 8 80-0 • Fax: (08 41) 8 80-10 80

E-Mail: info@klinikum-ingolstadt.de

Internet: www.klinikum-ingolstadt.de