

# Herzschwäche

Die Herzinsuffizienz, ein Zustand, bei dem das Herz nicht in der Lage ist, den Sauerstoffbedarf des Organismus zu decken, ist nicht nur mit hohem Leidensdruck sondern auch mit einer hohen Sterberate der Betroffenen assoziiert. Insbesondere bei unzureichender Behandlung sind nach 5 Jahren 50-80% der Patienten verstorben. Umgekehrt hat die Herzinsuffizienz wiederum den Vorteil, dass sehr gute Behandlungsmöglichkeiten existieren, die aus Medikamenten, eingebauten Geräten und chirurgischen Maßnahmen bestehen: Mit einer adäquaten Therapie kann man die Lebenserwartung der Herzinsuffizienzpatienten verdreifachen.

Die Herzinsuffizienz wird landläufig oft als Herzschwäche bezeichnet, auch wenn das Herz nicht immer „schwach“ pumpt. In zirka der Hälfte der Fälle haben die Herzen eine durchaus kräftige Auswurfphase des Blutes, jedoch ist die Füllung des Herzens mit Blut eingeschränkt, sodass dadurch ebenfalls nicht genug Blut durch den Organismus befördert werden kann. Man unterscheidet deshalb eine Herzinsuffizienz mit reduzierter von einer mit erhaltener Auswurffraktion, je nachdem ob das Problem hauptsächlich in der Auswurfphase des Herzens (Systole) oder in der Füllungsphase des Herzens (Diastole) besteht. Das klinische Bild, d. h. die Beschwerden des Patienten, sind bei diesen Formen jedoch kaum zu unterscheiden.

Klinisch definiert sich die Herzinsuffizienz durch typische Symptome (z.B. Atemnot, v.a. bei Belastung, oft

Selbsttest		
Symptome / Beschwerden	Patienten/-innen mit Herzinsuffizienz erleben diese so	ja nein
Kurzatmigkeit Atemnot	• bei Belastung (am häufigsten) • beim flachen Liegen oder während des Schlafes • Linderung bei hochgestelltem Kopfende des Bettes oder mehreren Polstern	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Hustenanfälle Aufwachen mit Atemnot	• Anfälle treten besonders im Liegen auf • Husten mit weißem oder rosa gefärbtem Auswurf	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Flüssigkeitsablagerungen im Körper rasche Gewichtszunahme	• Anschwellen von Knöcheln, Füßen, Beinen oder Bauch, meist verbunden mit rascher Gewichtszunahme • Schuhe werden zu eng • Gewichtszunahme von mehr als 2 kg in 3 Tagen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Zunehmende Müdigkeit/Abgeschlagenheit	• alltägliche Aktivitäten wie Stiegen steigen, Einkaufen, bergauf gehen sind nicht mehr wie früher möglich	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Gedächtnisschwierigkeiten Ohnmachts- oder Schwindelanfälle	• vermindertes Denkvermögen • Verwirrtheit • Gefühl der Desorientiertheit • Schwindelanfälle bis zur Ohnmacht, zum Beispiel bei schnellem Aufstehen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Zunahme der Herzfrequenz	• Herzstolpern oder Herzasen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Appetitlosigkeit Völlegefühl	• Völlegefühl und Magenbeschwerden	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

© Arbeitsgruppe Herzinfarkt der Österreichischen Herzologischen Gesellschaft

Bei derartigen Symptomen, die üblicherweise kombiniert auftreten, sollten Sie einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen und Ihre Beschwerden im Hinblick auf eine mögliche Herzschwäche abklären lassen.

auch in Ruhe, geschwollene Knöchel, eingeschränkte Leistungsfähigkeit, Müdigkeit), und ev. Zeichen (Wasseransammlungen in Körperhöhlen wie Bauch oder Brustkorb, gestaute Halsvenen, etc.). Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit wird mittels NYHA-Klasse eingeteilt (siehe Tabelle). Im Herzultraschall kann man üblicherweise feststellen, ob diese Beschwerden tatsächlich durch das Herz erklärbar sind, und – wenn ja – auch gleich die Auswurffraktion bestimmen (Anteil Blut in Prozent, das bei jedem Herzschlag ausgeworfen wird). Weitere typische Untersuchungen sind Laborparameter (hier ist v. a. ein natriuretisches Peptid wie BNP oder NT-proBNP wichtig), EKG und Lungenröntgen.

Die Unterscheidung zwischen Herzinsuffizienz mit reduzierter und mit erhaltener Auswurffraktion ist v.a. für die Behandlung wichtig: Während wir bei Patienten mit reduzierter Auswurffraktion sehr gut wissen, wie wir die Patienten behandeln sollen und damit auch sehr erfolgreich sind, kennen wir

bei der Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurffraktion noch keine wirklich guten Behandlungsoptionen.

Die Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurffraktion wird zunächst mit den Medikamenten ACE-Hemmer, Betablocker und Mineralokortikoidrezeptorantagonist behandelt. Wenn der Patient dann immer noch Beschwerden hat und die Auswurffraktion reduziert ist, kann der ACE-Hemmer durch Sacubitril/Valsartan ersetzt werden. All diese Medikamente wirken sich positiv auf Beschwerden und Lebensqualität aus und verhindern den vorzeitigen Tod. Weitere enorm wirksame Therapien sind eingebaute Geräte: Die kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) und der implantierte Defibrillator (ICD). Ca 20-30% der Patienten haben ein nicht-synchrones Pumpverhalten, das mit einem CRT korrigiert (synchronisiert) werden kann. Dadurch erhöht sich nicht nur die Leistungsfähigkeit, sondern auch die Lebenserwartung der Patienten. Der ICD ändert hingegen nichts an der Herzinsuffizienz selbst, kann jedoch



eine bösartige Herzrhythmusstörung erkennen und unterbrechen und somit den plötzlichen Herztod verhindern. Falls diese Therapien keinen ausreichenden Erfolg bringen, sind in ausgewählten Fällen ein dauerhaftes mechanisches Unterstützungssystem (Ventricular Assist Device, VAD, „Kunstherz“) oder eine Herztransplantation etablierte Optionen.

### Wissenswertes für den Herzinsuffizienzpatienten

#### Medikamente:

- Die positiven Wirkungen der Herzinsuffizienzmedikamente sind dosisabhängig. Es sollte deshalb alles unternommen werden, die empfohlenen Zieldosierungen zu erreichen.
- Die spürbare Wirkung zeigt sich oft erst nach einiger Zeit, der Patient kann sich vorübergehend sogar etwas schlechter fühlen, bevor sich der Therapieerfolg einstellt.
- Es gibt auch Medikamente, die eine Herzinsuffizienz verschlechtern können und deshalb vermieden werden sollten. Dazu gehören u.a. bestimmte Schmerzmedikamente, systemisches Kortison, manche Kalziumantagonisten.
- Selbst wenn es zu einer deutlichen Besserung gekommen ist, müssen die Medikamente weitergenommen werden. Ein Absetzen kann zu neuerlicher Verschlechterung führen.

#### Geräte:

Nicht jedes CRT- oder ICD-Gerät ist gleich. Zu den letzten relevanten Entwicklungen gehören:

- Die MR-Tauglichkeit: Möglichkeit eine Magnetresonanztomographie durchzuführen ist nicht mit jedem Gerät möglich.
- Telemonitoring: Sowohl die einwandfreie Funktion des Gerätes als auch der Zustand des Patienten kann immer besser mittels Fernübertragung beurteilt werden. Besonders bezüglich Verschlechterung der Herzinsuffizienz können immer ausgefeiltere Algorithmen Verschlechterungen der Herzinsuffizienz frühzeitig erkennen.
- Funktionsdauer: Die Funktionsdauer der Geräte kann je nach Typ so unterschiedlich sein, dass z.B. in Großbritannien explizit Empfehlungen für

bestimmte Hersteller ausgesprochen wurden, um frühzeitige Gerätewechsel zu vermeiden.

- Subkutaner ICD: Im Gegensatz zu den sogenannten transvenösen Systemen werden beim subkutanen ICD keine Elektroden ins Herz platziert. Das gesamte System liegt unter der Haut. Somit wird die Gefahr von Elektrodeninfektionen oder -defekten verschwindend gering.

#### Fazit

Die Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfraction hat mittlerweile sehr gute Behandlungsmöglichkeiten, v.a. durch Medikamente und eingebaute Geräte. Da die meisten Patienten jedoch keine optimierte medikamentöse Therapie haben und die verfügbaren

Geräte bzgl. Funktion und Lebensdauer sehr unterschiedlich sein können, erscheint eine Vorstellung beim Herzinsuffizienzspezialisten sinnvoll.

#### Text:

Priv.-Doz. Dr. Deddo Mörtl  
 Klinische Abteilung  
 für Innere Medizin 3  
 Universitätsklinikum St. Pölten  
 Karl Landsteiner Privatuniversität für  
 Gesundheitswissenschaften  
 Propst Führer-Straße 4,  
 3100 St. Pölten

NYHA Klassifizierung	Symptome
I	Ich habe keine Einschränkung hinsichtlich meiner körperlichen Leistungsfähigkeit. Gewöhnliche körperliche Belastungen führen zu keiner unangemessenen Kurzatmigkeit, Erschöpfung oder Herzklopfen.
II	Ich bin leicht eingeschränkt in Bezug auf meine Leistungsfähigkeit. Ich bin in Ruhe beschwerdefrei, gewöhnliche körperliche Belastungen führen jedoch zu übermäßiger Kurzatmigkeit, Erschöpfung oder Herzklopfen.*
III	Ich bin deutlich eingeschränkt in meiner Leistungsfähigkeit. Ich bin in Ruhe beschwerdefrei, jedoch bereits geringe Belastungen führen zu übermäßiger Kurzatmigkeit, Erschöpfung oder Herzklopfen.Δ
IV	Ich kann gar keine körperliche Aktivität ausführen, ohne dass Beschwerden auftreten oder habe bereits in Ruhe Beschwerden, die bei Aktivität schlimmer werden. Dazu gehört auch, wenn man wegen Atemnot nicht mehr flach liegen kann, oder wenn man bereits beim Sprechen kurzatmig wird.Δ

\* Zum Beispiel noch möglich: Laufen und Radfahren in der Ebene, Foxtrott tanzen, Gartenarbeit  
 Zum Beispiel nicht mehr problemlos möglich: schnelles Treppensteigen, bergauf laufen, Laufen und Treppensteigen nach dem Essen, in der Kälte, im Wind oder unter psychischem Stress  
 Δ Zum Beispiel noch möglich: Duschen, An- und Ausziehen, Betten machen, Staubsaugen, langsames Gehen in der Ebene  
 Zum Beispiel nicht mehr problemlos möglich: mehr als ein Stockwerk Treppensteigen ohne Unterbrechung, schnelles Gehen in der Ebene