

HERZINSUFFIZIENZ

INFORMATIONEN ZUR DIAGNOSE UND THERAPIE

Herausgegeben von

IKK classic
Tannenstraße 4b
01099 Dresden

Impressum

Diese Informationsbroschüre ist eine Zusammenfassung des bei Drucklegung geltenden Rechts. Maßgeblich sind stets Gesetz und Satzung der IKK classic.

Ausführliche Informationen zu einzelnen Themen erhalten Sie in Ihrem IKK Servicecenter oder unter ikk-classic.de

Druck und Verlag:

Wende Verlag Moderne Medien, Zur Mühle 2-4, 50226 Frechen

Hinweis:

Aus Gründen der Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in dieser Broschüre die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Best.-Nr. 4028 (08.25) – Wende Verlag, Frechen – Stand: 10.2024

Inhaltsverzeichnis

Wenn das Herz „schwächelt“	Seite 4	Medikamentöse Therapie	Seite 13
Das Krankheitsbild	Seite 5	Korrekte Einnahme ausschlaggebend	
Das Herz – die zentrale „Pumpstation“		für den Therapieerfolg	Seite 13
des Körpers	Seite 5	Medikamente mit nachgewiesener	
Herzinsuffizienz – was ist das?	Seite 5	Wirksamkeit	Seite 14
Die verschiedenen Formen der Herzinsuffizienz ...	Seite 6	Medikamentöse Empfehlungen	Seite 14
Linksseitig – rechtsseitig	Seite 6	Die Basistherapie	Seite 14
Systolisch – diastolisch	Seite 6	Nicht medikamentöses Einschreiten	Seite 16
Akut – chronisch	Seite 6	Berücksichtigung von Begleiterkrankungen	Seite 17
Im Fokus: chronisch, links und systolisch	Seite 6	Verlauf und Krankheitsmanagement	Seite 18
Beschwerden und Stadien	Seite 7	Regelmäßige Kontrollen	Seite 18
Entstehung und Feststellung	Seite 8	Telemonitoring	Seite 19
Die „Hauptübeltäter“ bei der Entstehung:		Was, wenn es ernst wird?	Seite 19
KHK und Bluthochdruck	Seite 8	Wer betreut Sie mit Ihrer	
Weitere Ursachen	Seite 9	Herzinsuffizienz?	Seite 20
Wie kann eine Herzinsuffizienz		IKK Promed	Seite 22
festgestellt werden?	Seite 10	Selbsthilfegruppen und	
Stufenweise Abklärung im Vorfeld	Seite 10	weitere Informationen	Seite 23
Behandlung und Begleiterkrankungen	Seite 11		
Allgemeine Maßnahmen	Seite 11		
Steigerung der körperlichen Aktivität	Seite 12		
Mäßigung beim Trinken und Verzicht			
aufs Rauchen	Seite 12		
Schutzimpfungen	Seite 13		

WENN DAS HERZ „SCHWÄCHELT“

Peter K. wohnt im zweiten Stock. Seit einigen Monaten muss er beim Treppensteigen alle paar Stufen eine Pause einlegen, weil er vollkommen außer „Puste“ ist. Auch ohne Anstrengung fühlt er sich in letzter Zeit häufig matt und ausgelaugt. Ist ja auch kein Wunder, muss er neuerdings nachts so oft auf Toilette Wasser lassen, dass er nicht mehr richtig durchschläft.

Zunächst hat Peter K. es auf sein fortgeschrittenes Alter geschoben. Immerhin hat er vor kurzem seinen 73. Geburtstag gefeiert. Seit er aber nun auch bemerkt, dass ihm selbst im Bett das Atmen schwerfällt, hat er Angst und macht sich große Sorgen. Mit dem Atmen im Bett ist es zwar besser geworden, seit er mit erhöhtem Kopfteil schläft. Dennoch fühlt er sich in seiner alltäglichen Leistungsfähigkeit und Lebensfreude zunehmend beeinträchtigt. Als Peter K. schließlich seinen Hausarzt aufsucht, erhält er nach einer Reihe von Untersuchungen endlich die Erklärung für seine Beschwerden: Bei Peter K. wurde eine chronische „Herzinsuffizienz“ festgestellt.

Als Herzinsuffizienz bezeichnen Mediziner eine geschwächte Pumpleistung des Herzens. In der Umgangssprache hat sich daher auch die Bezeichnung „Herzschwäche“ eingebürgert. Die Folge ist: Es gelangt nicht mehr genug Blut und insbesondere auch zu wenig Sauerstoff in den Körper und damit auch in die Lunge und die Muskulatur. Spürbare Zeichen für den Patienten sind daher vor allem Luftnot und schnelle Ermüdbarkeit, zunächst nur unter körperlicher Belastung, später auch in Ruhe. Ein weiteres typisches Krankheitszeichen bei Verminderung der Pumpleistung des Herzens sind Wasseransammlungen im Körper, die meist zunächst in den Füßen und Unterschenkeln auffallen (Ödeme). Die Wassereinlagerung macht sich auch durch eine Zunahme des Körpergewichts bemerkbar. Die vermehrte Flüssigkeitsansammlung in der Lunge, führt zur Kurzlufthigkeit, insbesondere bei Belastung, aber auch nachts im Liegen, weshalb das Schlafen mit etwas erhöhtem Kopfende die Atmung erleichtert. Während der Nachtruhe im Liegen pumpt das Herz etwas besser und die Niere scheidet mehr Urin aus, sodass nächtlicher Harndrang bestehen kann.

In Deutschland teilen rund zwei bis drei Millionen Menschen mit Peter K. die Diagnose „Herzinsuffizienz“. Betroffene Patientinnen und Patienten sind meist älter und leiden in hohem Maße unter mehreren Krankheiten. Wie Peter K. werden sie daher von Ängsten und Sorgen

geplagt und sich zum Beispiel folgende Fragen stellen: Wie verläuft die Krankheit, wie ist meine persönliche Prognose? Kann sie wirkungsvoll behandelt werden, und wenn ja, wie? Wie kann ich mit der Krankheit so umgehen, dass sich meine Lebensqualität wieder verbessert oder zumindest nicht weiter verschlechtert?

Mit diesen drängenden Fragen lässt die IKK ihre von einer Herzschwäche betroffenen Versicherten nicht allein. Denn mit IKK Promed gibt es strukturierte Programme zur besonderen Betreuung von Menschen mit bestimmten chronischen Erkrankungen (Disease Management Programm, kurz DMP). Hierzu zählt auch die chronische Herzinsuffizienz. Wenn diese bei Ihnen festgestellt worden ist und Sie daraufhin (erstmalig) ins entsprechende DMP-Programm eingeschrieben worden sind, informieren wir Sie mit dieser Broschüre zum Beispiel über die:

- Ursachen der Krankheit,
- typischen mit ihr verbundenen Beschwerden,
- Risikofaktoren, die die Entstehung und den Verlauf ungünstig beeinflussen,
- häufigen Begleit- und Folgeerkrankungen,
- Behandlungsmöglichkeiten und den Verlauf.

Damit wollen wir vor allem eins erreichen: dass Sie Ihre Krankheit besser verstehen und durch einen optimierten Umgang zu einem Mehr an Lebensqualität gelangen.



DAS KRANKHEITSBILD

Das Herz – die zentrale „Pumpstation“ des Körpers

Was passiert bei einer Herzinsuffizienz? Um das zu verstehen, muss man sich zunächst den Aufbau und die Funktion des menschlichen Herzens kurz vor Augen führen. Das Herz ist die zentrale Pumpstation des Körpers und hält – laienhaft ausgedrückt – den Blutkreislauf in Schwung. Dies ist absolut lebenswichtig. Denn nur so gelangt Blut zu den anderen Organen. Das Blut erfüllt dabei die Funktion eines Transportmediums – ähnlich wie bei einem Heizungskreislauf Wasser oder Öl als Transport- bzw. Leitmittel für die Wärme. Blut befördert zwar auch Wärme. Wichtiger ist aber seine andere „Fracht“: Sauerstoff und andere lebensnotwendige Stoffe, wie Energieträger (Fette und Kohlenhydrate) oder Botenstoffe (z. B. Hormone). Alle Organe im Körper brauchen dies. Denn nur so können sie einwandfrei ihre Aufgaben im Körper erfüllen.

Das Herz kann seine Aufgabe als Pumpstation wahrnehmen, weil es aus einem für seine Aufgaben spezialisierten Muskelgewebe besteht. Dieses zieht sich zusammen (Kontraktion) und presst beziehungsweise pumpt das Blut in den Kreislauf, und zwar in die Arterien. Der Mediziner bezeichnet diesen Vorgang als Systole. Der „Gegenspieler“ zur Systole ist die Diastole: Im Gegensatz zur Kontraktion und in stetigem Wechsel erschlafft der Herzmuskel und saugt beziehungsweise nimmt damit wieder Blut aus dem Kreislauf auf, diesmal aus den Venen. Beim Blutdruckmessen entspricht die Systole dem oberen Wert, die Diastole dem unteren Wert der Messung.

Beim Herzen nehmen wir den Vorgang des Pressens und Lockerlassens beziehungsweise des Zusammenziehens und Erschlaffens – im Normalfall – als regelmäßigen, rhythmischen Herzschlag bzw. Puls wahr. Pro Minute schlägt das Herz in dieser Form 60- bis 80-mal und befördert so bis zu 10.000 Liter pro Tag durch den Körper.

Herzinsuffizienz – was ist das?

Damit das Herz diese beeindruckende Pumpleistung erbringen kann, ist es ebenso auf eine ausreichende Versorgung mit Sauerstoff angewiesen. Wird diese stark eingeschränkt oder unterbrochen, geht Muskel-

gewebe des Herzens „kaputt“. Dies kann zum Beispiel bei einer Verengung der Herzkranzgefäße durch „Verkalkung“ im Zuge der koronaren Herzkrankheit geschehen oder einem Verschluss eines dieser Gefäße durch einen „Blutpfropf“ (Thrombus) bei einem Herzinfarkt. Man kann sich nun leicht vorstellen: Durch das Absterben und/oder Vernarben von Muskelgewebe im Zuge dieser Prozesse wird das Herz in seiner Funktion geschwächt. Dies ist bei einem Schwamm nicht anders: Verliert er durch Verschleiß Stücke seines Gewebes, kann man so viel drücken und loslassen wie man will, die Menge des beförderten Wassers werden nie mehr so hoch sein wie bei einem vollständig intakten Schwamm. Eine Schwächung des Herzmuskels kann aber auch bei einem lange bestehenden Bluthochdruck auftreten. Dies kann man sich so erklären, dass das Herz das Blut dauerhaft in ein zu enges Gefäßsystem pumpt, das einen größeren Widerstand erzeugt und so zu einer Erschöpfung des Herzmuskels führt. Seltener Ursachen einer Herzinsuffizienz sind Herzklappenfehler und Herzmuskelentzündungen (Myokarditis).

Wenn ein Organ nicht mehr richtig funktioniert, spricht der Mediziner von einer „Insuffizienz“. Eine Herzinsuffizienz bezeichnet demnach ein in seiner Leistungs- bzw. Funktionsfähigkeit eingeschränktes Herz. Es ist folglich nicht mehr in der Lage, den Organismus mit genügend Blut und Sauerstoff zu versorgen. Der Stoffwechsel ist damit unter Belastungsbedingungen und – bei höherem Schweregrad der Erkrankung – auch unter Ruhebedingungen nicht mehr ausreichend gewährleistet.

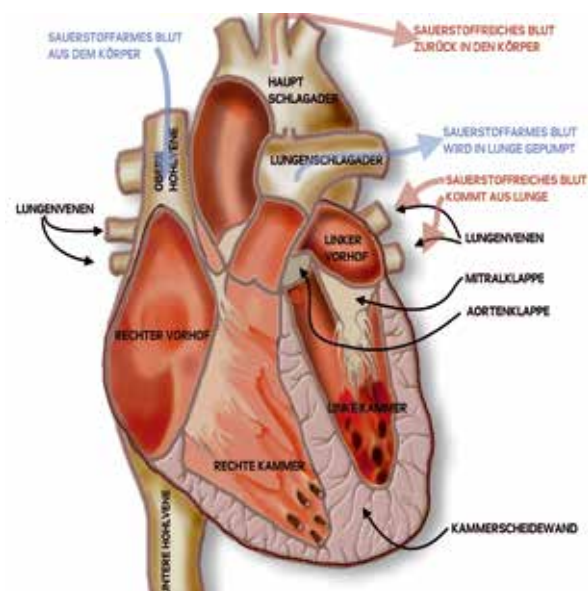


Abb. 1: Das menschliche Herz in vereinfachter Darstellung

Die verschiedenen Formen der Herzinsuffizienz

Linksseitig – rechtsseitig

Beim Aufbau des Herzens (Anatomie) unterscheidet man zwischen einer linken und rechten Hälfte. Diese Unterscheidung ist wichtig, da beide Seiten eine andere Funktion ausüben. Die **rechte Hälfte** bedient den sogenannten kleinen Blutkreislauf. Über ihn wird sauerstoffarmes Blut (siehe Abb. 1: blau) aus den oberen und unteren Körperregionen beim Erschlaffen des Herzmuskels über die Hohlvenen aufgenommen. Beim Zusammenziehen (Kontraktion) wird dieses Blut über die Lungenarterien zur Lunge gepresst und dort mit Sauerstoff angereichert. Die **linke und weitaus kräftigere Hälfte** versorgt den großen Blutkreislauf. Sie nimmt das mit Sauerstoff angereicherte Blut beim Erschlaffen des Herzmuskels über die Lungenvenen auf und pumpt es bei jeder Kontraktion über die Aorta in die Arterien des oberen und unteren Körpers.

Je nachdem, welche Herzseite betroffen ist, unterscheidet man zwischen einer **Linksherzinsuffizienz** und einer **Rechtsherzinsuffizienz**. Bei der Linksherzinsuffizienz wird das Blut bis in die Lungengefäße zurückgestaut. Dadurch kommt es zu Husten, Atemnot oder gar einer Wassereinlagerung in der Lunge (Lungenödem). Bei der Rechtsherzinsuffizienz staut sich das Blut zurück in die Körpervenen. Durch den erhöhten Venendruck können sich Wasseransammlungen (Ödeme) zum Beispiel in den Beinen oder im Bauchraum bilden. Wenn beide Seiten in ihrer Funktion eingeschränkt sind, spricht man von einer **globalen Herzinsuffizienz**. Entsprechend zeigen sich Symptome der Links- und Rechtsherzinsuffizienz.

Systolisch – diastolisch

Wesentlich ist auch, in welchem zeitlichen Anteil seiner Muskelbewegung das Herz gestört ist. Liegt eine krankhaft verminderte Pumpfunktion vor, wird beim Zusammenziehen des Herzmuskels zu wenig Blut aus der Herzkammer ausgeworfen und in den Kreislauf gebracht. Dies bezeichnet man als **systolische Herzinsuffizienz**. Kann das Herz hingegen im Erschlaffungsprozess seines Muskels nicht genug Füllvolumen an Blut in seiner Kammer aufnehmen, spricht man von einer **diastolischen Herzinsuffizienz** (bei erhaltener systolischer Funktion). Diese beiden Formen erfordern ein unterschiedliches Vorgehen sowohl bei der Feststellung als auch bei der Behandlung der Herzschwäche.

Akut – chronisch

Schließlich ist auch der Entstehungsprozess ein Unterscheidungskriterium. Tritt die Herzschwäche durch ein plötzlich eintretendes Ereignis wie bei einem Herzinfarkt oder einer Herzrhythmusstörung auf, spricht man von einer **akuten Herzinsuffizienz**. Entwickelt sich die verminderte Herzleistung hingegen über einen längeren Zeitraum, handelt es sich um eine **chronische Herzinsuffizienz**.

Im Fokus: chronisch, links und systolisch

Das vielfältige Erscheinungsbild einer Herzinsuffizienz kann den Laien schnell verwirren und zusätzlich verunsichern. Sicher ist es daher in dieser Hinsicht von Vorteil für Sie, dass sich die vorliegende Broschüre im weiteren Verlauf auf die chronische Herzinsuffizienz in ihrer linksseitigen und systolischen Ausprägung beschränkt.

Das bedeutet nicht, dass die anderen Formen der Herzschwäche keinen Stellenwert für uns hätten. Die Therapie von Patienten mit (ausschließlicher) Rechtsherzinsuffizienz erfordert aber ein anderes Vorgehen. Dies liegt auch daran, dass ihre Entwicklung meist Folge einer chronischen Erkrankung der Bronchien und/oder Lunge ist. Eine akute Herzinsuffizienz wird hingegen im Rahmen der Behandlung der jeweils ursächlichen Grunderkrankungen, zum Beispiel einem Herzinfarkt, versorgt.

Etwas schwieriger stellt es sich bei einer diastolischen Herzinsuffizienz (bei erhaltener systolischer Funktion) dar. Obwohl nahezu die Hälfte der Patienten an dieser Form leidet, liegen für ihre Betreuung im Rahmen des DMP-Programms „Herzinsuffizienz“ bislang zu wenig gesicherte Daten, Ergebnisse und Erkenntnisse vor.

Bei der chronischen Herzinsuffizienz in ihrer linksseitigen und systolischen Ausprägung ist das anders. Der Nutzen ihrer Behandlung im Rahmen des entsprechenden DMP-Programms ist zuverlässig erprobt und erwiesen. Deshalb konzentrieren wir uns hier auf die systolische Linksherzschwäche.

Wichtig: Im Rahmen von IKK Promed legen wir selbstverständlich großen Wert darauf, dass Sie auf dem neusten Stand der medizinischen Wissenschaft betreut werden. Der Nutzen der einzelnen Behandlungsmaßnahmen muss dabei aber zuverlässig erprobt und erwiesen sein – zu Ihrer Sicherheit!

Beschwerden und Stadien

Die Beschwerden bei einer chronischen Herzinsuffizienz beginnen recht unspezifisch, das heißt, sie sind mehrdeutig. Sie entwickeln sich schleichend und werden anfangs kaum bis gar nicht wahrgenommen. Im Vordergrund steht zunächst eine nachlassende körperliche Fitness. Dies äußert sich in zunehmender Atemlosigkeit schon bei normalen Alltagsbelastungen, wie eben Treppensteigen im eingangs dieser Broschüre geschilderten Beispiel. Hinzu kommen eine schnelle Ermüdbarkeit und allgemeine Mattigkeit. Später können die bereits beschriebenen Wassereinlagerungen (Ödeme) zum Beispiel in den unteren Gliedmaßen (Füße, Knöchel, Beine)

auftreten. Typisches Anzeichen hierfür ist, wenn Socken am oberen Rand „einschneiden“ und dabei oberhalb des Knöchels sichtbare Abdrücke hinterlassen.

Auch trockener Husten und verstärkter Harndrang vor allem nachts, ein beschleunigter Puls, Herzrhythmusstörungen und Schwindelanfälle bis hin zu einer nachlassenden geistigen Fitness können sich einstellen. Schließlich kann später selbst in Ruhe Kurzatmigkeit auftreten.

Anhand der mit diesen Beschwerden einhergehenden Leistungseinbußen kann man die chronische Herzinsuffizienz in folgende Stadien einteilen:

Die Stadien der chronischen Herzinsuffizienz nach der New York Heart Association (NYHA)

NYHA I (ohne Symptome)	Herzerkrankung ohne körperliche Einschränkung; alltägliche körperliche Belastung verursacht keine unangemessene Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Schmerzen im Brustraum (Angina Pectoris).
NYHA II (leicht)	Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit; keine Beschwerden in Ruhe und bei geringer Anstrengung. Stärkere körperliche Belastung (z. B. Bergaufgehen oder Treppensteigen) verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Schmerzen im Brustraum (Angina Pectoris).
NYHA III (mittelschwer)	Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit; keine Beschwerden in Ruhe; geringe körperliche Belastung (z. B. Gehen in der Ebene) verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Schmerzen im Brustraum (Angina Pectoris).
NYHA IV (schwer)	Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe, Bettlägerigkeit.

Es gibt noch eine andere Unterteilung, die das Fortschreiten der Erkrankung und die Risiken, diese Erkrankung zu entwickeln, berücksichtigt (ACC/AHA-Klassifikation). Die NYHA-Stadien werden zurzeit aber noch am häufigsten zur Statusbeschreibung einer Herzschwäche herangezogen. Auch sind sie für den medizinischen Laien leichter nachvollziehbar. Auf jeden Fall zeigt die NYHA-Einteilung, dass eine fortschreitende Herzschwäche mit einem erheblichen Verlust an Lebensqualität verbunden ist.

Eine chronische Herzinsuffizienz ist darüber hinaus einer der häufigsten Gründe für eine Krankenhauseinlieferung. Schließlich hat eine fortgeschrittene Herzinsuffizienz in vielen Fällen eine schlechtere Prognose bei der Überlebenszeit als ein nicht mehr heilbares Tumorleiden. Das gilt besonders, wenn sie unzureichend behandelt wird.

Umso wichtiger ist es: Über die Entstehung und Möglichkeiten zur Feststellung sollten Sie Bescheid wissen. Denn dies offenbart die Chance, frühzeitig in das Krankheitsgeschehen der chronischen Herzschwäche einzugreifen und Schlimmeres zu verhindern.



ENTSTEHUNG UND FESTSTELLUNG

Was genau bei der Entstehung einer chronischen Herzinsuffizienz passiert, ist in der wissenschaftlichen Medizin noch nicht allgemeingültig geklärt. Klar ist aber, dass jede nachhaltige Schädigung des Herzmuskels zum Beispiel durch Druck- beziehungsweise Volumenbelastung oder Gewebeverlust eine „Steilvorlage“ für die Entstehung einer chronischen Herzschwäche ist.

Der Organismus versucht zunächst, die daraus resultierende Funktionsstörung des Herzens auszugleichen und entsprechend gegenzusteuern. Dies geschieht zum Beispiel durch eine vermehrte Ausschüttung von Hormonen wie Adrenalin und Noradrenalin. Infolge schlägt das Herz schneller.

Auch verengen sich die Blutgefäße und der Blutdruck sowie das Blutvolumen steigen an. Außerdem reagiert das Herz mit Umbaumaßnahmen, wie einer Verdickung und Dehnung der Herzmuskelfasern sowie einer Vergrößerung der Herzkammern (siehe Abb. 1: „Das menschliche Herz in vereinfachter Darstellung“ auf Seite 5). Der Mediziner bezeichnet diese Phase als **komensierte Herzinsuffizienz**.

Dadurch wird das Pumpvolumen des Herzens zwar kurzfristig verbessert. Langfristig führt das aber durch Abnutzungsvorgänge zu einer weiteren Zellschädigung, sodass sich die Herzschwäche weiter verschlechtert. Außerdem bewirkt der körpereigene Reparaturmechanismus häufig, dass die bereits eingetretene Herzschwäche zunächst keine oder kaum Beschwerden verursacht. Dies wiederum steht unter Umständen einer frühzeitigen Diagnosestellung entgegen.

Umso wichtiger ist es, die wesentlichen Auslöser und Risikofaktoren für die Entstehung dieser Erkrankung zu kennen. Sie werden im Folgenden beschrieben.

Die „Hauptübeltäter“ bei der Entstehung: KHK und Bluthochdruck

In den allermeisten Fällen geht der Entstehung einer chronischen Herzschwäche eine Vorerkrankung des Herzkreislaufsystems voraus. In rund 70 Prozent bis sogar 90 Prozent der Fälle sind die koronare Herzkrankheit (KHK) oder Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) oder beides zusammen die „Hauptübeltäter“. Das heißt, ihr Vorliegen ist die Hauptursache für die Entstehung der chronischen Herzschwäche.

Bei der koronaren Herzkrankheit (KHK) sind die Herzkranzgefäße durch eine Verkalkung – die so genannte Arteriosklerose – verengt. Als Folge wird das Herz schlechter durchblutet und mit Sauerstoff sowie Nährstoffen versorgt. Die Auswirkungen sind ganz ähnlich wie bei einer chronischen Herzschwäche: Die körperliche Belastbarkeit sinkt und es kommt bei Anstrengung zu Herzschmerzen, Engegefühl in der Brust und Atemnot. Je nach Dauer und Schwere einer koronaren Herzkrankheit kann es zu massiven Vorschäden am Herzen kommen. Dies kann neben dem Untergang von Muskelgewebe zum Beispiel infolge eines Herzinfarkts auch eine krankhafte Herzkammer-Erweiterung sein.

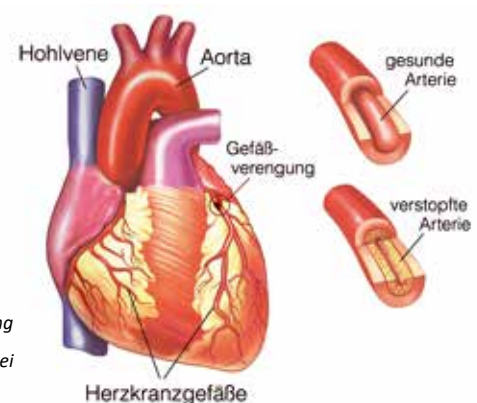


Abb. 2: Gefäßverengung der Herzkranzgefäße bei der KHK

Beim Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) ist der Blutdruck im arteriellen Gefäßsystem dauerhaft erhöht. Von einer Erhöhung in diesem Sinn spricht man, wenn:

- der obere Wert, also der systolische Blutdruck, bei wiederholter Messung (mindesten 2-mal an 2 verschiedenen Tagen) 140 mmHg (Millimeter Quecksilbersäule) und mehr erreicht

und/oder

- der untere Wert, also der diastolische Blutdruck, ebenfalls mehrfach (mindesten 2-mal an 2 verschiedenen Tagen) mit 90 mmHg (Millimeter Quecksilbersäule) und mehr gemessen wird.

Das Herz ist dadurch – unter Umständen über Jahre hinweg – beim Pumpen einer erhöhten Belastung ausgesetzt. Infolgedessen verdickt sich der Herzmuskel und kann ebenfalls nicht mehr richtig durchblutet werden (Hypertensive Herzkrankheit). Auch dies führt zu einer Schädigung, aus der sich schließlich eine bleibende Herzschwäche entwickelt.

Wichtig zu wissen: Lebensstil-bedingte Faktoren können die Ausprägung einer koronaren Herzkrankheit oder eines chronischen Bluthochdrucks begünstigen. Hierzu zählen: Übergewicht bis hin zur Fettsucht (Adipositas), erhöhte Blutfette (Fettstoffwechselstörung), Rauchen, Bewegungsmangel und Stress. Sie werden auch im Zusammenhang mit der Entstehung einer chronischen Herzinsuffizienz als bedeutsame Risikofaktoren eingestuft.

Eigentlich muss in diesem Zusammenhang noch die Zuckerkrankheit in ihrer Ausprägung als Diabetes mellitus Typ 2 genannt werden. Denn zum einen ist auch ihre Entstehung in nicht unerheblichem Maß Lebensstil-bedingt. Zum anderen bildet sie gemeinsam mit der Fettsucht, den erhöhten Blutfetten und Bluthochdruck das sogenannte **metabolische Syndrom**. Dieses wird auch als tödliches Quartett bezeichnet, weil es das Risiko zum Beispiel für die Entstehung einer KHK sowie auch einer chronischen Herzinsuffizienz vervielfacht.

Weitere Ursachen

Neben der KHK und dem Bluthochdruck gibt es ein ganzes Bündel weiterer Ursachen, die aber einen deutlich geringeren Anteil an Fällen von chronischer Herzschwäche verantworten. Auch hierunter finden sich Auslöser, die ebenfalls in gewissem Maß beeinflussbar sind, wie zum Beispiel der Missbrauch von

- Alkohol und
- Kokain.

Andere Faktoren als Ursachen der Herzinsuffizienz hingegen lassen sich kaum beeinflussen. Hierzu zählen

- **Herzvergrößerungen**, die z. B. erblich bedingt oder erworben sind z. B. durch eine Autoimmunerkrankung, seltene Nierenerkrankungen oder eine Schwangerschaft;
- **Herzrhythmusstörungen**, wie Vorhofflimmern, Herzasen (Tachykardie), (stark) verlangsamter Herzschlag (Bradykardie);
- **angeborene oder erworbene Herzfehler**, wie eine defekte Herzklappe oder ein Loch in der Herzscheidewand;
- **Herzmuskelentzündungen** (sog. Myokarditis, meist durch Virusinfekte);
- **eine Erkrankung des Herzbeutels** (z. B. Panzerherz);
- ein **krankhaft erhöhter Durchblutungsbedarf** der Organe, der nicht mehr gedeckt werden kann (High-output-failure), z. B. infolge von Blutarmut (Anämie) oder einer Schilddrüsenüberfunktion.

Eine Sonderrolle nehmen bestimmte Medikamente ein, die eine herzscheidende Nebenwirkung haben können. Hierunter fallen zum Beispiel Arzneimittel, die zur Behandlung von Tumorerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Fettsucht, Migräne, psychischen und neurologischen Erkrankungen sowie Pilzinfektionen eingesetzt werden. Hier obliegt es dem verordnenden Arzt, eine sorgfältige Risiko-Nutzen-Abwägung vorzunehmen.

Wie kann eine Herzinsuffizienz festgestellt werden?

Der Maßstab zur Beurteilung der Frage, ob eine krankhaft eingeschränkte Pumpfunktion der linken Herzkammer vorliegt, ist die **Auswurffraktion**. Der Mediziner spricht von der „Ejektionsfraktion“. Das bedeutet: Die am Ende der Kontraktions- beziehungsweise Auswurfphase (Systole) ausgepumpte Blutmenge wird ins Verhältnis gesetzt zu der Blutmenge, die sich am Ende der Erschlaffungs- beziehungsweise Füllungsphase noch in der Herzkammer befindet. Beim gesunden Herzen liegt die Auswurfleistung bei über 50 Prozent.

Vielleicht wundern Sie sich, dass der Auswurf auch beim gesunden Herz nicht 100 Prozent beträgt. Dies hat natürlich einen Grund: Es verbleibt in der linken Herzkammer immer eine **Restblutmenge** als Reserve. Liegt diese Reserve aber bei 60 Prozent und mehr, stimmt etwas mit der Pumpfunktion des Herzens nicht. Oder anders ausgedrückt: Wenn die **Auswurf-fraktion 40 Prozent und weniger** beträgt, ist die Diagnose „Chronische Herzinsuffizienz“ mit Pumpschwäche der linken Kammer (systolische Dysfunktion bei Einschränkung der linksventrikulären Ejektionsfraktion, kurz LVEF) gesichert.

Die Auswurffraktion kann in so genannten „**bildgebenden Verfahren**“ bestimmt werden. Es gibt mittlerweile recht viele bildgebende Verfahren, die für die

Herzdiagnostik infrage kommen. IKK Promed spricht hierzu keine Empfehlung aus. Damit Sie aber eine Vorstellung haben, was damit gemeint ist, seien hier beispielhaft die häufigste Methode, die Echokardiografie (Ultraschall-Untersuchung des Herzens), die meistens eingesetzt wird, oder die kardiale Kernspintomografie (Abbildung des Herzens mittels Magnetfeldes und Radiofrequenzwellen) genannt. Letztlich sind hier das Expertenwissen und die Erfahrung des Arztes gefragt, der die Untersuchung veranlasst. Dies kann Ihr Hausarzt, Ihr Kardiologe (Facharzt für Innere Medizin mit Spezialisierung auf Herzkrankheiten) oder beide zusammen in gemeinsamer Absprache sein.

Stufenweise Abklärung im Vorfeld

Nun könnte man den Eindruck gewinnen: Bei allem erforderlichen Expertenwissen ist das ein recht unmittelbarer Weg zur Diagnose. Ganz so einfach ist es aber leider nicht. Das hat vor allem damit zu tun, dass die Krankheitszeichen einer linksseitigen Herzpumpschwäche – wie bereits erwähnt – recht unbestimmt sind. Kurzatmigkeit, Müdigkeit und Wasseransammlungen im Körper sind alles Beschwerden, die genauso gut auf andere Erkrankungen (z. B. Erkrankungen der Lunge oder der Nieren) hindeuten können. Auch können sie – zum Beispiel aufgrund der medikamentösen Behandlung einer bereits vorliegenden koronaren Herzkrankheit – „unterdrückt“ oder verfälscht sein.



Bevor man den Patienten einem aufwendigen Feststellungsverfahren zuführt, muss schon ein begründeter Verdacht vorliegen. Deshalb wird Ihr Arzt – unter Umständen unter Hinzuziehung eines Kardiologen – zunächst im Vorfeld eine eingehende und abgestufte Abklärung durchführen:

- Befragung zur „Krankengeschichte“ (Anamnese): Beschwerden, Vorerkrankungen (z. B. Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit), Herzerkrankungen in der Verwandtschaft, Medikamentenplan, Lebensgewohnheiten (z. B. Rauchen, Alkohol) etc.
- Körperliche Untersuchung: Puls und Blutdruck messen, auf eventuelle Herz- und Atemgeräusche abhören, Sichten und Abtasten von Ödemen (sofern möglich) etc.
- Laboruntersuchung: Blut, Urin etc.
- EKG (Aufzeichnung der Herzströme) und eventuell auch Echokardiografie (Ultraschall des Herzens).

Je nachdem, welche Beschwerden, Risikofaktoren und Vorerkrankungen im Einzelfall bestehen oder welche Ursachen für eine eventuell vorliegende Herzschwäche vermutet werden, können weitere Untersuchungen notwendig sein. Ihr Arzt wird dies aber mit Ihnen – unter Berücksichtigung der bereits erhobenen Befunde – ausführlich besprechen.



BEHANDLUNG UND BEGLEITERKRANKUNGEN

Im Rahmen von IKK Promed verfolgt die Behandlung der Herzinsuffizienz fünf Ziele. An erster Stelle steht die Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Dem ordnen sich alle anderen Ziele unter. Erreicht werden soll dies durch eine

- Steigerung oder zumindest Erhaltung der körperlichen Belastungsfähigkeit, damit ein selbstbestimmtes Leben weitestgehend möglich bleibt;
- Verringerung der Herzpumpschwäche oder zumindest eine Stabilisierung der aktuellen Herzleistung, damit diese nicht weiter oder zumindest deutlich langsamer abnimmt;
- Abmilderung von Krankheitsfolgen, die sich verkürzend auf die Lebenszeit auswirken;
- weitestgehende Verringerung des Risikos für eine Krankenhauseinweisung;
- angemessene Behandlung aller Begleit- und Folgeerkrankungen.

Vielleicht empfinden Sie diese Ziele als sehr hochgesteckt – vor allem wenn Ihre Herzschwäche Sie bereits in besonderem Maß einschränkt. Es kommt aber – wie so oft im Leben – auf den Blickwinkel an. Denn genauso

gut kann man sie als Ermutigung wahrnehmen. Dies ist auf jeden Fall noch immer besser, als sich aufzugeben („Da kann man nichts mehr machen!“). Die Formulierung dieser Ziele zeigt nämlich, und das ist durchaus realistisch: So einschneidend diese Erkrankung unter Umständen ist – man kann etwas dagegen tun. Und zwar erwiesenermaßen, denn sonst würde ein besonderes Behandlungsprogramm zur „Herzinsuffizienz“ keinen Sinn machen. Was man tun kann und welche Maßnahmen hierfür im Einzelnen infrage kommen, wird im Folgenden beschrieben.

Allgemeine Maßnahmen

Es gibt viele Krankheiten, bei denen ist es völlig klar und allgemein akzeptiert, dass man zur Genesung selbst beitragen muss. Wenn Sie zum Beispiel mit Husten, Schnupfen, Heiserkeit sowie Glieder- und Kopfschmerzen unter den Krankheitszeichen eines grippalen Infekts leiden, werden die meisten von Ihnen sich schonen und ins Bett legen. Und jeder, der dies vernachlässigt, wird durch entsprechende Verschlimmerungen schnell eines Besseren belehrt.

Vom Prinzip her gilt für eine Herzinsuffizienz Ähnliches: Sie können den Verlauf dieser Erkrankung nämlich durchaus auch selbst beeinflussen – zum Schlechten, aber eben auch zum Guten. Die allgemeinen Maßnahmen bei der Behandlung einer Herzschwäche setzen daher zunächst genau hier an. Ihr Arzt wird Ihnen somit einige Empfehlungen für „neue“ Lebensgewohnheiten im wahrsten Sinn des Wortes ans Herz legen.

Die Vorstellung, anders leben zu müssen, kann Ängste und Sorgen, vielleicht sogar Schuldgefühle auslösen. Und selbst, wenn dies nicht der Fall ist, wird man unter Umständen die Erfahrung machen: „Alles leichter gesagt als getan!“ Das wissen wir, Ihre IKK, natürlich auch. Deshalb möchten wir Ihnen im Anschluss einige hilfreiche Informationen und Tipps geben.

Steigerung der körperlichen Aktivität

Alle Patienten mit stabiler Herzinsuffizienz (NYHA I-III s. Seite 7) wird empfohlen, sich für körperliche Aktivitäten zu entscheiden, die dauerhaft in den Alltag integriert werden können. Körperliche Aktivität umfasst sowohl die Bewegung im Alltag (z. B. Spaziergehen, Treppensteigen, Gartenarbeit) als auch körperliches Training in Form von Sport am besten unter Anleitung in Gruppen (z. B. Rehabilitationssport in Herzgruppen oder ggf. in Herzinsuffizienzgruppen). Basis des körperlichen Trainings ist Ausdauertraining.

Dynamisches Krafttraining kann, wenn möglich, ergänzt werden. Dabei ist die Intensität der körperlichen Aktivität selbstverständlich an die individuelle Belastbarkeit anzupassen. Denn mit übertriebenem Ehrgeiz erreicht man bei einer Herzschwäche eher das Gegenteil. Am besten lassen Sie sich von Ihrem Arzt beraten, welches Ausmaß an Bewegung Ihnen guttut und welchen Puls Sie beim Bewegen erreichen sollten.



Unter Umständen wird er Sie zunächst zur Sicherheit einem Belastungstest unterziehen und prüfen, ob etwas gegen die angestrebte körperliche Aktivität spricht und welcher Belastungsbereich für Sie der Richtige ist. Auch gibt es heute Hilfsmittel, wie Apps, Fitness-, Tracking- und Pulsuhren. Sie sind kein Muss und daher auch nicht erstattungsfähig. Sie können aber durchaus sinnvoll sein, um das richtige Maß an Dauer und Intensität bei der Bewegung zu finden. Wichtig ist jedoch, dass diese Hilfsmittel zuverlässige Werte liefern und Standards an Datensicherheit einhalten.

Wichtig: Setzen Sie sich Ziele, die Sie erreichen können. Empfohlen werden für wenig trainierte Patienten 2mal wöchentlich 5 bis 10 Minuten leichtes Ausdauertraining. Wenn Sie es dann schaffen, Ihr Pensum langsam zu steigern und an drei bis vier Tagen sich 20 bis 30 Minuten zu bewegen, wäre das schon ein toller Erfolg. Doch auch hier ist Maßhalten angesagt. Ihr Arzt wird daher regelmäßig überprüfen, ob und inwieweit Sie von einer Steigerung der körperlichen Aktivität profitieren

Mäßigung beim Trinken und Verzicht aufs Rauchen

Der Genuss von Alkohol und Nikotin ist bei einer Herzinsuffizienz keine gute Idee. Aus rein medizinischer Sicht muss man das leider so klar sagen. Dies gilt besonders fürs Rauchen. Allerdings ist es nicht leicht, eine solche Gewohnheit, die vielleicht sogar schon zur Sucht geworden ist, aufzugeben.

Ihre behandelnde Ärztin oder Ihr behandelnder Arzt informiert Sie über die besonderen Risiken, die durch Rauchen, den Konsum von E-Zigaretten und das Passivrauchen entstehen. Dabei wird dringend empfohlen, das Rauchen aufzugeben.

Die Aufklärung wird mit folgenden spezifischen Beratungsstrategien verbunden:

1. **Regelmäßige Überprüfung des Raucherstatus:** Bei jeder Patientin und jedem Patienten sollte regelmäßig abgefragt werden, ob sie rauchen.
2. **Motivation zum Rauchstopp:** Raucherinnen und Raucher sollen klar, eindringlich und persönlich dazu ermutigt werden, mit dem Rauchen aufzuhören.

3. Ermittlung der Bereitschaft zum Rauchstopp:

Es soll festgestellt werden, ob die Raucherinnen und Raucher aktuell bereit sind, einen Versuch zu starten, um mit dem Rauchen aufzuhören.

4. Unterstützung beim Rauchstopp: Patientinnen und Patienten, die bereit sind, mit dem Rauchen aufzuhören, sollen wirksame Hilfen angeboten werden. Dazu gehören:

- **Nicht-medikamentöse Maßnahmen:** Insbesondere verhaltensändernde Maßnahmen im Rahmen eines strukturierten Programms zur Tabakentwöhnung.
- **Medikamentöse Unterstützung:** Geeignete Medikamente, auch wenn die Kosten dafür von den Patientinnen und Patienten selbst getragen werden müssen.

Ziel ist es, die Patientinnen und Patienten bestmöglich zu unterstützen, um das Rauchen dauerhaft aufzugeben und so die Risiken für ihre Gesundheit zu verringern.

Beim Konsum von Alkohol ist zumindest eine Mäßigung anzustreben. Maßvoller Genuss heißt bei Alkohol: Die tägliche Menge sollte 15 g reinen Alkohol bei Frauen und 30 g bei Männern nicht überschreiten. Zur Orientierung: Ein Glas Wein von 200 ml enthält etwa 20 g, ein halber Liter Bier etwa 25 g reinen Alkohol. Ratsam ist darüber hinaus das wöchentliche Einlegen alkoholfreier Tage. Geht Ihre Herzschwäche ursächlich allerdings auf einen missbräuchlichen Konsum von Alkohol zurück, ist ähnlich wie beim Rauchen unbedingt ein kompletter Verzicht angeraten. Hier kann es ebenfalls sinnvoll sein, Hilfe von außen in Anspruch zu nehmen – zum Beispiel in Form eines qualifizierten Entzugs.

Auch bei nicht alkoholischen Getränken sollte man die Flüssigkeitsaufnahme nicht ausufern lassen oder zumindest im Auge behalten. Die Nierenfunktion und das Ausmaß von eventuellen Wasseransammlungen im Zuge einer bereits fortgeschrittenen Herzschwäche oder das Vorliegen eines Natriummangels (Hypervolämie) spielen eine Rolle. In diesen Fällen wird Ihnen Ihr Arzt unter Umständen eine Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme auf 1,5 bis 2 Liter pro Tag nahelegen.

Schutzimpfungen

Patienten mit Herzinsuffizienz werden Schutzimpfungen nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses empfohlen (SI-RL). Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt weiß über den aktuellen Stand dieser Richtlinie Bescheid und wird sie entsprechend informieren, welche Impfungen für Sie angeraten sind.

Medikamentöse Therapie

Korrekte Einnahme ausschlaggebend für den Therapieerfolg

Die Behandlung mit Medikamenten ist bei einer chronischen Herzinsuffizienz in der Regel ein unverzichtbarer Bestandteil der Therapie. Auch in diesem Bereich geht es allerdings nicht ohne Ihre tätige Mitarbeit. Ihr Part ist es, die verordneten Arzneimittel auch tatsächlich, regelmäßig und streng nach ärztlicher Anweisung einzunehmen. Nur dann können sie ihre (volle) Wirkung entfalten.

Vielleicht wundern Sie sich, dass wir an dieser Stelle so nachdrücklich auf die disziplinierte Einnahme von Medikamenten pochen. Dies geschieht aus gutem Grund: Es gibt Untersuchungen zu Dauertherapien, die haben eine Einnahmerate von nur um die 50 Prozent! erbracht. Gerade im Hinblick auf die koronare Herzkrankheit und die Herzinsuffizienz gibt es Hinweise, dass hierin ein nicht unerheblicher Grund für eigentlich vermeidbare Krankenhauseinweisungen zu sehen ist.

Wichtig: Die langfristige, regelmäßige und korrekte Einnahme von Arzneimitteln ist bei chronischer Herzinsuffizienz eine wesentliche Voraussetzung für den Therapieerfolg.



Medikamente mit nachgewiesener Wirksamkeit

Nun gibt es Patienten, die haben Angst vor Nebenwirkungen. Das Lesen von Beipackzetteln schürt diese Ängste zusätzlich, auch wenn eine solche Information grundsätzlich natürlich wichtig und daher auch gesetzlich vorgeschrieben ist. Wir können solche Bedenken durchaus verstehen. Bitte halten Sie sich aber folgendes vor Augen:

Wichtig: Im Rahmen von IKK Promed werden für die Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz sorgfältig geprüfte Medikamente empfohlen. Vorrang haben vor allem die Arzneimittel, deren positive Wirkung und Sicherheit in sogenannten randomisierten, kontrollierten Studien nachgewiesen wurden. Wirkung und Sicherheit bemessen sich dabei an der Erreichung der auf Seite 11 dieser Broschüre genannten Therapieziele (z.B. Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität).

Vereinfacht beschrieben funktioniert dieser Studien-nachweis wie folgt: Die Studienteilnehmer werden in zwei Gruppen eingeteilt. Die eine Gruppe erhält das Medikament, dessen Wirksamkeit untersucht werden soll. Die andere Gruppe erhält zum Beispiel ein Scheinmedikament (Placebo). Keiner der Teilnehmer weiß, welcher Gruppe er zugeteilt wurde. Diese Form von Untersuchungen gilt in der klinischen Forschung als „Goldstandard“ für den Beleg von Wirksamkeit und Sicherheit einer neuen Therapie.

Außerdem wird jedes neu einzunehmende Medikament von Ihrem Arzt zunächst mit aller Vorsicht, das heißt „einschleichend“ (in langsamer Steigerung), dosiert. Die Wirksamkeit wird – inklusive Verträglichkeit – regelmäßig kontrolliert. Gleiches gilt für jede weitere Dosisanpassung – sei es eine Steigerung oder Verringerung.



Sollten dennoch nicht alle Ihre Bedenken zerstreut sein oder sich starke Unverträglichkeiten bzw. Nebenwirkungen bei der Einnahme von verordneten Medikamenten einstellen, nehmen Sie bitte mit Ihrem Arzt Rücksprache. Auf keinen Fall sollten Sie ein Medikament eigenmächtig absetzen oder seine Einnahmedosis abändern.

Medikamentöse Empfehlungen

Die medikamentöse Therapie wird in prognoseverbessernde, symptomverbessernde und weitere medikamentöse Therapie unterteilt.

Zu den prognoseverbessernden Substanzgruppen zählen die Inhibitoren des Renin-Angiotensin-System (**RASi**) wie Angiotensin Converting Enzyme -Hemmer (**ACE-Hemmer**), Angiotensinrezeptorblocker (**ARB**) und Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitoren (**ARNI**), ebenso wie Mineralokortikoidrezeptorantagonisten (**MRA**) und SGLT2-I Sodium dependent glucose cotransporter 2 Inhibitoren (**SGLT2-Inhibitoren**).

Diuretika werden der symptomverbessernden, **Ivabradin**, **Herzglykoside** und **orale Antikoagulations-therapie** der weiteren medikamentösen Therapie zugeordnet.

Die Dosierung soll bis zur entsprechenden Zieldosis bzw. maximal durch die Patientin oder den Patienten tolerierten Dosis erfolgen. Nach sechs bis maximal 12 Wochen soll bei Patientinnen und Patienten ohne eine Verbesserung, die aber noch nicht alle prognoseverbessernden Wirkstoffe erhalten haben unter Berücksichtigung der individuellen Therapieziele, Begleiterkrankungen und Verträglichkeit eine Therapieintensivierung durch die Gabe einer weiteren Substanz erfolgen.

Die Basistherapie

Für die Basistherapie einer chronischen Herzschwäche werden ACE-Hemmer und Betablocker empfohlen. Beide sind gut untersuchte sowie bewährte Blutdrucksenker und Herzmittel.

ACE-Hemmer vermindern die Bildung von Angiotensin II. Dieses Hormon ist Bestandteil des so genannte Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS). Das RAAS wirkt regulierend auf den Salz- und Wasserhaushalt sowie den Blutdruck. Zu Beginn einer Herzinsuffizienz versucht der Körper zunächst mithilfe dieses Systems gegenzusteuern und die ausreichende Versorgung mit Blut aufrechtzuerhalten. Dies geschieht unter anderem

dadurch, dass die Ausscheidung von Salz und Wasser über die Nieren verhindert und der Puls erhöht wird, während die Blutgefäße enger gestellt werden. Blutvolumen und Blutdruck steigen daraufhin an, sodass trotz geschwächtem Herzen genug Blut durch den Körper gepumpt wird. Langfristig belastet und schädigt das den ohnehin geschwächten Herzmuskel aber zusätzlich. ACE-Hemmer unterbinden daher über die Hemmung des Angiotensins diesen Ausgleichsmechanismus. In der Folge sinkt der Blutdruck wieder und das Herz wird durch Nachlassen des Pumpwiderstandes entlastet.

Es gibt Patienten, die unter der Einnahme von ACE-Hemmern unerwünschte Nebenwirkungen, wie zum Beispiel den so genannten ACE-Husten entwickeln. In diesen Fällen kann alternativ auf so genannte **ARB** (Angiotensin-1-Rezeptor-Antagonisten) umgestellt werden. Sie unterbinden ebenfalls – wenn auch auf andere Art – die Bildung von Angiotensin II. Eine Kombination von ACE-Hemmern und ARB wird nicht empfohlen.

Beta-Blocker hingegen halten die Stresshormone Adrenalin und Noradrenalin in Schach. Stresshormone sorgen dafür, dass der Mensch zum Beispiel in Gefahrensituationen leistungsbereit ist, indem sie den Blutdruck durch eine Engerstellung der Gefäße sowie den Puls und die Atemfrequenz erhöhen. Eine solche Wirkung stellt für das Herz eine zusätzliche Belastung dar. Was für das gesunde Herz kein Problem ist, gilt es allerdings beim geschädigten Herzen einzudämmen. Betablocker setzen genau hier an und blockieren so genannte Beta-Rezeptoren. Ohne diese Rezeptoren können aber Adrenalin und Noradrenalin nicht ihre Wirkung im Körper entfalten. Beta-Blocker verhindern so eine Engerstellung der Gefäße und senken dadurch den Blutdruck. Außerdem verlangsamen sie den Puls. Dadurch wird ein geschwächter Herzmuskel ebenfalls entlastet und sein Sauerstoffverbrauch reduziert.

Eine zusätzliche Möglichkeit stellt die Verabreichung von **MRA** (Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten) dar. Sie blockieren die Wirkung des Hormons Aldosteron. Es spielt in dem bereits oben genannten RAAS-System zur Regulierung des Salz- und Wasserhaushalts und des Blutdrucks (Renin-Angiotensin-Aldosteron-System) eine Rolle.

Führen ACE-Hemmer oder ARB, Betablocker und MRA nicht zum gewünschten Erfolg, können ACE-Hemmer oder ARB durch **ARN-Inhibitoren** (Angiotensin Rezeptor Neprilysin Inhibitoren) ersetzt werden.

Bei diesen Medikamenten kommt zur Angiotensin-Hemmung eine weitere Wirkstoffkomponente hinzu. Und zwar blockiert diese das Enzym Neprilysin. Dies verhindert den Abbau von Hormonen – die gewissermaßen als natürlicher Gegenspieler zum RAAS-System – einen gefäßerweiternden und entwässernden Effekt verzeichnen.

SGLT2-Hemmer (Natrium-Glukose-Cotransporter-2-Hemmer) haben sich in den letzten Jahren als weitere wichtige Therapieoption erwiesen – unabhängig vom Vorliegen eines Diabetes mellitus, für die sie ursprünglich entwickelt wurden.

Alternativ oder ergänzend kann bei einer Unverträglichkeit oder unzureichenden Wirkung von Betablockern **Ivabradin** verordnet werden. Ivabradin „entschleunigt“ wie ein Beta-Blocker die Herzfrequenz, wirkt dabei aber nicht Blutdruck senkend.

Patienten, bei denen im Verlauf einer chronischen Herzinsuffizienz Wasseransammlungen (Ödeme) auftreten, können zudem mit **Diuretika** behandelt werden. Im Volksmund sind sie auch unter der Bezeichnung Entwässerungstabletten geläufig. Denn sie kurbeln die Harnproduktion der Nieren an und fördern so die Ausschwemmung von überschüssiger Körperflüssigkeit.



Zu den möglichen Folgeerscheinungen und Komplikationen bei einer Herzmuskelschwäche zählen Herzrhythmusstörungen zum Beispiel in Form von Vorhofflimmern. Denn durch die Schädigung von Herzwertzen können auch Reizleitungen gestört werden, die den Herzschlag steuern. Beim Vorhofflimmern ziehen sich die Herzvorhöfe (siehe Abb. 1: „Das menschliche Herz in vereinfachter Darstellung“ auf Seite 5) aufgrund fehlerhafter Signale zu schnell und unregelmäßig zusammen. Diese zusätzliche Herzbelastung kann mit **Digitalis-Präparaten** (Herzglykoside) behandelt werden. Sie sorgen dafür, dass sich das Herz wieder beruhigt und in der Systole kräftiger zusammenzieht. Da bei dieser Art von Herzrhythmusstörungen zudem ein besonderes Risiko für die Bildung von Blutgerinnseln besteht, ist in diesen Fällen außerdem die Behandlung mit „**Blutverdünnern**“ (Antikoagulationstherapie) angeraten.

Wichtig: Der medizinische Laie ist angesichts dieser Vielzahl an medikamentösen Möglichkeiten leicht überfordert und verwirrt. Bedenken Sie aber bitte: Diese Behandlungsmöglichkeiten richtig zu handhaben, ist die Aufgabe der Sie behandelnden Ärzte. Ihnen soll damit lediglich eins aufgezeigt werden: Das Auftreten einer chronischen Herzwertze ist nicht zwangsläufig aussichtslos. Im Gegenteil, es gibt heutzutage eine ganze Reihe von erprobten Ansatzpunkten für die Behandlung dieser Erkrankung und ihrer Begleiterscheinungen.

Nicht medikamentöses Einschreiten

Ergänzend zu den allgemeinen und medikamentösen Maßnahmen stehen auch Behandlungsansätze der „Apparatemedizin“ zur Verfügung. Sie machen allerdings ein operatives Eingreifen notwendig, da diese „Apparate“ eingepflanzt (implantiert) werden müssen.

Es handelt sich vor allem um die so genannte Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) sowie die Einpflanzung von Kardioverter-Defibrillatoren (ICD).

Im Rahmen der **Kardialen Resynchronisationstherapie** wird ein CRT-Gerät „eingebaut“ und mit dem Herzen verbunden. CRT-Geräte nennt man umgangssprachlich auch Herzschrittmacher oder – wiederum fachlich – Dreikammer-Schrittmacher, weil sie über drei Elektroden verfügen: Je eine liegt in jeder Herzkammer, eine dritte Elektrode befindet sich im rechten Vorhof.

Voraussetzung für die Implantation ist, dass

- die Herzinsuffizienz trotz optimaler medikamentöser Therapie weiterhin Beschwerden bereitet.
- die Auswurfleistung der linken Herzkammer auf 35 Prozent und weniger abgesunken ist (zur Auswurfleistung siehe auch „Wie kann eine Herzinsuffizienz festgestellt werden?“ auf Seite 10).
- sich im EKG Hinweise auf ein nicht mehr aufeinander abgestimmtes Schlagen der linken und rechten Herzkammer ergeben.

Ein CRT-Gerät sorgt nun dafür, dass die linke und rechte Herzkammer wieder zeitgleich, das heißt synchron, aktiv sein können. Dadurch verbessert sich die Pumpleistung des Herzens, was sich wiederum positiv auf die körperliche Belastbarkeit und die Lebensqualität auswirkt.

Im Zuge einer chronischen Herzwertze können die Reizleitungen auch so gestört sein, dass sich sogar akut lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen einstellen. Wenn Sie eine solche Situation schon erlebt haben oder bei Ihnen ein besonderes Risiko dafür besteht, können Sie unter Umständen von der Einpflanzung eines **Kardioverter-Defibrillators (ICD)** profitieren.

Ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator ist ähnlich wie ein CRT-Gerät über Elektroden mit dem Vorhof und der Kammer des Herzens verbunden. Es überwacht den Herzschlag kontinuierlich und erkennt, wenn sich lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen anbahnen. Durch die Abgabe eines elektrischen Impulses (Defibrillation, Überstimulation) überführt es den Herzmuskel dann wieder in den Ausgangsrhythmus. Der Krankheitsfortschritt der Herzinsuffizienz bleibt jedoch trotz Implantation eines ICD davon unbeeinflusst.

Wichtig: Es versteht sich von selbst, dass solche Eingriffe von Ihrem Arzt nur nach strenger Indikation und sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung vorgeschlagen und ausführlich mit Ihnen erörtert werden. Das letzte und entscheidende Wort bleibt Ihnen vorbehalten – hier wie bei allen anderen Therapieentscheidungen selbstverständlich auch.

Berücksichtigung von Begleiterkrankungen

Im Abschnitt zur Entstehung einer chronischen Herzmuskelschwäche wurde bereits auf eine Reihe häufiger Begleiterkrankungen hingewiesen. Sie stehen oft in einem direkten ursächlichen Zusammenhang mit der Entstehung einer Herzinsuffizienz oder sind zumindest bedeutsame Risikofaktoren hierfür. Besonders von Belang sind zum Beispiel:

- koronare Herzkrankheit: siehe ‚Die „Hauptübeltäter“ bei der Entstehung: KHK und Bluthochdruck‘ auf Seite 8;
- Bluthochdruck: siehe ‚Die „Hauptübeltäter“ bei der Entstehung: KHK und Bluthochdruck‘ auf Seite 8;
- Adipositas: Fettsucht mit einem BMI-Wert (Body Mass Index) ab 30 kg/m² aufwärts und einem Bauchumfang von 102 cm und mehr bei Männern und von 88 cm und mehr bei Frauen;
- Feststoffwechselstörung: krankhaft erhöhte Blutfette (z. B. Triglyzeride, Cholesterin);
- Diabetes mellitus Typ 2: chronische Störung des Kohlenhydratstoffwechsels durch Unempfindlichkeit gegenüber Insulin (Insulinresistenz) mit krankhaft erhöhten Konzentrationen des Blutzuckers, daher auch als „Zuckerkrankheit“ geläufig;
- Niereninsuffizienz: Unterfunktion der Nieren, die mit einer krankhaft erhöhten Konzentration von über den Harn ausgeschiedenen Stoffen einhergeht, wie z. B. Kreatinin, Harnstoff oder Harnsäure;
- chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD): chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege (fast immer durch Rauchen verursacht!), bei der vor allem die Ausatmung erschwert ist und auf längere Sicht ebenfalls eine Unterversorgung des Organismus mit Sauerstoff entsteht;
- Depression: psychische Erkrankung, die von einer dauerhaft gedrückten (depressiven) Stimmung, Antriebslosigkeit, schneller Ermüdbarkeit, Interessensverlust und Freudlosigkeit gekennzeichnet ist sowie auch von körperlichen Beschwerden begleitet werden kann, wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Schwindel, Luftnot etc.;
- schlafbezogene Atmungsstörungen treten häufig gemeinsam mit der Herzinsuffizienz auf und sollten besonders behandelt werden;
- missbräuchlicher Konsum von Alkohol, Kokain und Tabak als Ausprägung einer Suchterkrankung.

Diese Erkrankungen nehmen nicht nur einen ausgesprochen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf einer chronischen Herzinsuffizienz und müssen daher ebenfalls konsequent behandelt werden.

Sondern sie wirken sich auch auf die Therapie der Herzmuskelschwäche aus. Ihr Arzt steht in diesem Fall vor einer besonderen Herausforderung: Bei der Verordnung von Medikamenten muss er auf Gegenanzeigen, Anwendungsbeschränkungen und Wechselwirkungen achten, die sich aus der Situation der Mehrfacherkrankung ergeben. Insbesondere Wirkstoffe, die Ihre Herzinsuffizienz verschlechtern können, sollen möglichst vermieden werden oder nur nach sorgfältiger Nutzen-Schaden-Abwägung eingesetzt werden. Dies erfordert unter Umständen Dosisanpassungen, Umstellungen auf andere Arzneimittel, Pausierungen bestimmter Medikamentengaben oder sogar einen Ausschluss bestimmter Arzneimittel. Ebenfalls macht dies eine noch strengere und speziellere Kontrolle zum Beispiel von bestimmten Laborwerten notwendig.

Schließlich muss er gemeinsam mit Ihnen die unter Umständen schwierige Entscheidung treffen, welcher Krankheit und damit verbunden welcher Behandlung der Vorrang zu geben ist. Diese Frage muss zum Beispiel beim gleichzeitigen Vorliegen einer Herzinsuffizienz und einer KHK-Erkrankung auch noch aus einem anderen Grund beantwortet werden. Denn für diese Erkrankungen gibt es im Rahmen von IKK Promed jeweils ein eigenes DMP-Programm.

Wichtig: Die Richtlinien bei einer chronischen Herzinsuffizienz und einer chronischen koronaren Herzkrankheit (KHK) geben uns vor, dass eine gleichzeitige Einschreibung bzw. Teilnahme am DMP-Programm Herzinsuffizienz und am DMP-Programm KHK nicht möglich ist. Vorrang hat in diesem Fall das DMP-Programm, von dem Sie nach Einschätzung Ihres behandelnden Arztes am meisten profitieren. Auch diese Entscheidung wird er aber selbstverständlich eng mit Ihnen abstimmen.



VERLAUF UND KRANKHEITSMANAGEMENT

Eine chronische Erkrankung birgt meistens – auch bei optimaler Behandlung – das Risiko des Fortschreitens und der Verschlechterung. Der Verlauf einer chronischen Herzinsuffizienz bildet hierbei keine Ausnahme. Von daher erklärt es sich von selbst: Eine solche Erkrankung bedarf einer regelmäßigen ärztlichen Überprüfung. Dies gilt auch für den Fall, dass Sie zum Zeitpunkt von Kontrollterminen beschwerdefrei sind. Denn das Fortschreiten einer Krankheit wie der Herzmuskelschwäche muss sich nicht immer direkt in Beschwerden äußern. Dies gilt vor allem dann, wenn die Beschwerden durch eine symptomatische Behandlung mit Medikamenten „unterdrückt“ werden.

Wichtig: Bitte nehmen Sie im eigenen Interesse alle Kontroll- und Vorstellungstermine bei Ihrem Arzt gewissenhaft wahr. Nur so hat Ihr Arzt die Chance, frühzeitig in ein sich veränderndes Krankheitsgeschehen einzugreifen.

Regelmäßige Kontrollen

Im Rahmen der regelmäßigen Kontrollen wird Ihr Arzt folgendes erfragen, überprüfen, untersuchen und erheben:

- Ihr körperliches und psychisches Befinden;
- Ihr Zurechtkommen und Ihre Belastbarkeit in Alltagssituationen;
- Umfang und Qualität Ihrer sozialen Beziehungen z. B. in Familie und Freundeskreis;
- Messung von Herzfrequenz und Herzrhythmus sowie von Blutdruck im Liegen und Stehen;
- Abhören von Herz und Lunge mit dem Stethoskop zur Erfassung von Tönen und Geräuschen, die Rückschlüsse zum Beispiel auf Puls, Herzrhythmus und/oder Wasseransammlungen in der Lunge zulassen;
- Ernährungszustand und Gewichtskontrolle als Hinweis auf den Volumenstatus. Wassereinlagerungen im Körper sind oft unbemerkt und zeigen sich häufig nur in Gewichtszunahme und bei stärkerer Ausschwemmung als Gewichtsabnahme;
- Untersuchung auf sichtbare Wasseransammlungen (Ödeme) an den äußeren Gliedmaßen (Füße, Knöchel, Unterschenkel, Arme) oder Rücken;
- mindestens halbjährlich, bei einer Therapieänderung auch häufiger: Laborwerte zur Überprüfung z. B. der Nierenfunktion (Natrium, Kalium, Kreatinin im Serum etc. sowie die glomeruläre Filtrationsrate);
- tatsächlich eingenommene Arzneimittel (einschließlich der Selbstmedikation) und Auftreten möglicher Nebenwirkungen – Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt wird Sie auch über Ihren Anspruch auf Erstellung und Aus-händi-gung eines Medikationsplans informieren.
- Ihr Arzt wird Ihnen darüber hinaus – bei entsprechenden Krankheitszeichen (Symptomen) und Beschwerden – nahelegen, das Gewicht zuhause täglich selbst zu kontrollieren und in einem „Tagebuch“ zu vermerken. Dies sollte immer zur gleichen Zeit am Tage und nach Entleerung der Blase, z. B. morgens nach dem Aufstehen, erfolgen. Stellen Sie hierbei einen deutlichen, kurzfristigen Gewichtsanstieg (z. B. mehr als 1 kg in 24 Stunden oder mehr als 2,5 kg pro Woche) fest, sollten Sie baldmöglichst Ihren behandelnden Arzt aufsuchen. Gegebenenfalls wird Ihnen Ihr Arzt in diesem Zusammenhang vorschlagen, auf der Grundlage des Gewichtsprotokolls selbstständige Anpassungen Ihrer Dosis an Entwässerungstabletten (Diuretika, insbesondere hochwirksame sogenannte „Schleifendiuretika“) vorzunehmen.





Telemonitoring

Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt prüft, ob Sie vom Telemonitoring bei Herzinsuffizienz profitieren. Dies geschieht in der Regel, wenn eine Herzinsuffizienz nach NYHA II oder III (s. Seite 7) vorliegt und ein CRT oder ICD transplantiert wurde oder wenn im zurückliegenden Jahr eine stationäre Behandlung wegen kardialer Dekompensation erfolgt ist. Beim Telemonitoring Herzinsuffizienz handelt es sich um ein datengestütztes, zeitnahes Management, das grundsätzlich in Zusammenarbeit zwischen der behandelnden Ärztin bzw. Arzt und einem ärztlichen telemedizinischen Zentrum (TMZ) erfolgt.

Mittels des Telemonitorings werden Vitalparameter, die sich krankheitsbedingt verändern und Informationen zum allgemeinen Gesundheitszustand datengestützt zeitnah erhoben. Diese werden durch ein ärztliches telemedizinisches Zentrum gesichtet. Durch die Beobachtung der Werte kann im Falle einer Verschlechterung eine schnelle Reaktion erfolgen.

Was, wenn es ernst wird?

Wenn Sie die vorliegende Broschüre bis zu diesem Abschnitt durchgelesen und somit einen Überblick über das Krankheitsbild, seine Entstehung, Behandlung und Kontrollmöglichkeiten gewonnen haben, wissen Sie bereits: Die chronische Herzmuskelschwäche ist eine ernstzunehmende Erkrankung. Denn ihr Verlauf kann im Zuge des Fortschreitens – auch bei optimaler Ausschöpfung aller Behandlungsmöglichkeiten – das Risiko für akut lebensbedrohliche Krisen und Verschlechterungen bergen. Man nennt dies in der medizinischen Fachsprache **kardiale Dekompensation**.

Das heißt: Der Organismus kann die durch die Erkrankung bestehenden Fehl- und Unterfunktionen nicht mehr **kompensieren** (siehe Seite 7: Die Stadien der chronischen Herzinsuffizienz nach der New York Heart Association).

Dies ist ein häufiger Grund für eine Krankhauseinweisung bei einer bestehenden chronischen Herzmuskelschwäche. Vielleicht wissen Sie das auch bereits aus eigener Erfahrung, weil Sie eine solche Krisensituation schon – unter Umständen sogar wiederholt – am eigenen Leib erfahren haben. Und wahrscheinlich können nur Sie selbst als Betroffener und Ihre engsten Angehörigen ermessen, was dies an täglicher Belastung, Angst und Verunsicherung bedeutet. Fragen stehen im Raum, denen man sich freiwillig und ohne besonderen Grund nicht gerne widmet:

- Welche häuslichen Unterstützungsangebote gibt es?
- Wann macht eine palliative, das heißt die Beschwerden nur noch lindernde, Betreuung Sinn?
- Ist der Zeitpunkt für eine Patientenverfügung und / oder Vorsorgevollmacht gekommen?
- Sind Wiederbelebensmaßnahmen gewollt, und wenn ja, in welchem Maß?
- Unter welchen Bedingungen soll mein Herzschrittmacher / Defibrillator abgeschaltet werden?

Auch hierfür ist der Arzt Ihres Vertrauens, der Sie in der Hauptsache betreut, ein erster Ansprechpartner. In der Regel wird er von sich aus die Initiative ergreifen und Sie möglichst frühzeitig auf die oben genannten Fragen ansprechen und beraten – auf Wunsch sicher auch unter Einbeziehung Ihrer engsten Angehörigen.

Wichtig: Selbstverständlich wird nichts über Ihren Kopf hinweg entschieden. Denn die hier zu beantwortenden Fragen gehen so sehr ins Persönliche, dass Sie immer die letzte Entscheidungsgewalt behalten – und auch für sich bei Bedarf beanspruchen sollten.

WER BETREUT SIE MIT IHRER HERZINSUFFIZIENZ?

Der Hausarzt ist der Dreh- und Angelpunkt im IKK Promed-Programm zur chronischen Herzinsuffizienz und für Sie der erste Ansprechpartner. Er führt die Untersuchungen zur Programmeinschreibung durch, dokumentiert wichtige Befunde und koordiniert das weitere Vorgehen. Das bedeutet, dass er für die Behandlung und Betreuung zuständig ist. Wer als Hausarzt praktizieren darf, ist vom Gesetzgeber festgelegt. Zu dieser Gruppe gehören Allgemeinärzte sowie Internisten ohne weitere Spezialisierung. Nimmt Ihr behandelnder Arzt selbst nicht am IKK Promed-Programm teil, nennt Ihnen Ihre IKK gerne für das Programm zugelassene Ärzte in Ihrer Nähe.



In Ausnahmefällen können die Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der Maßnahmen auch ein für das Programm zugelassener oder ermächtigter qualifizierter Facharzt übernehmen. Alternativ kann dies auch eine entsprechend qualifizierte Einrichtung sein. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie bereits vor der Einschreibung in IKK Promed von diesem Arzt oder dieser Einrichtung betreut worden sind. Auch ein Erfordernis aus medizinischen Gründen begründet einen solchen Ausnahmefall.

Ihr behandelnder Arzt bespricht mit Ihnen die notwendigen Untersuchungen und Behandlungen und plant gemeinsam mit Ihnen Ihre Therapie. Er wird prüfen, ob er Sie für bestimmte Behandlungen und Untersuchungen an qualifizierte Fachärzte oder Einrichtungen überweist. Dies ist immer dann der Fall, wenn besondere Untersuchungen oder Behandlungen erforderlich sind. Das Behandlungsprogramm IKK Promed liefert dazu genaue Vorgaben. Anlässe für solche besonderen Untersuchungen und Behandlungen sind insbesondere dann gegeben, wenn:

- die Herzinsuffizienz trotz individuell angepasster Therapie fortschreitet;
- die Erreichung einer optimalen medikamentösen Therapie erforderlich ist;
- sich Ihre Herzschwäche verschlechtert und daher eine Kontrolle durch eine Ultraschalluntersuchung nötig ist;
- abgeklärt werden muss, ob Sie von einem Herzschrittmacher oder einem eingepflanzten Defibrillator profitieren;
- eine Transplantation abgeklärt werden muss.

Darüber hinaus wird der Arzt aber auch nach eigenem pflichtgemäßem Ermessen entscheiden, ob noch weitere Ärzte hinzugezogen werden müssen.



Eine **Überweisung in ein geeignetes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung** kann der Hausarzt erwägen

- bei Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV, siehe Seite 7: Die Stadien der chronischen Herzinsuffizienz nach der New York Heart Association) oder
- bei Patienten, die deshalb in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal vollstationär im Krankenhaus behandelt worden sind.

Einweisungen in ein Krankenhaus werden vor allem dann erforderlich, wenn es zu einer akuten oder ambulant nicht mehr zu beherrschenden chronischen Verschlechterung der Herzschwäche kommt oder bestimmte Begleiterkrankungen neu auftreten. Aber auch geplante Operationen wie der „Einbau“ eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators können eine Einweisung ins Krankenhaus begründen.

Unter Berücksichtigung des Schweregrads Ihrer Herzschwäche, Begleiterkrankungen und psychosozialen Belastungen prüft Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt individuell und frühzeitig die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung. Sie erfolgt, um die aus Ihrer Krankheit resultierenden Beeinträchtigungen zu vermeiden oder entgegenzuwirken.



Rehabilitation bedeutet Wiederherstellung. Maßnahmen zur Rehabilitation sind individuell auf Sie und Ihre Erkrankung zugeschnitten. Ziel dieser Maßnahmen ist es, Ihnen (wieder) zur bestmöglichen seelischen und körperlichen Gesundheit sowie beruflichen Leistungsfähigkeit zu verhelfen und eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder zu vermindern. Dies verbindet sich mit dem Anspruch der Nachhaltigkeit.

Denn der in diesem Rahmen erreichte Behandlungserfolg bei Gesundheit und Leistungsfähigkeit soll – in Ihrem eigenen Interesse – von längerer Dauer sein. Ein Behandlungsteam, das Spezialisten aus verschiedenen Fachrichtungen vereint, wird Sie dabei unterstützen. Hierbei geht es nicht zuletzt auch darum, Ihnen die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

IKK PROMED

Das Behandlungsprogramm IKK Promed bietet durch

- regelmäßige Vorstellungstermine,
- die Zusammenarbeit des behandelnden Arztes mit weiteren Spezialisten und Einrichtungen
- sowie medizinische Behandlungsempfehlungen

einen festen Halt für den Patienten und einen Wegweiser für das Krankheits-Management.

Im Rahmen von IKK Promed ist genau festgelegt, wie oft Sie zum Arzt gehen sollten. Durch diese regelmäßigen Termine kann der Arzt frühzeitig eingreifen, wenn sich der Behandlungserfolg nicht wie erwartet einstellt. Oder er vergewissert sich, dass sich alles auf dem richtigen Weg befindet.

Nehmen Sie bitte deshalb diese fest vereinbarten Termine unbedingt wahr – gleich, ob Sie Beschwerden haben oder nicht. Die Behandlung kann nur optimal auf den Betroffenen abgestimmt werden, wenn der Arzt regelmäßig sieht, wie und ob die Therapie anschlägt. Auch wenn die vereinbarten Ziele nicht erreicht wurden, muss der Arzt diese Rückmeldung erhalten. Er wird mit Ihnen dann besprechen,

- wo die Ursachen dafür liegen könnten,
- ob die Ziele geändert werden müssen oder
- welche weiteren Möglichkeiten noch zur Verfügung stehen.

Damit Sie sich als Partner des Behandlungsteams gut einbringen können, sind spezielle Schulungen ein wichtiger Bestandteil des Behandlungsprogramms. Jeder Patient mit chronischer Herzschwäche soll die Möglichkeit erhalten, an einer angemessenen Schulung teilzunehmen. Welche Schulung für den Einzelnen die Beste ist, hängt unter anderem vom vorhandenen Vorwissen, aber auch von möglichen Begleiterkrankungen ab.

Die regelmäßigen Termine und die Schulung sind wesentliche Bestandteile des IKK Promed-Programms. Wenn diese Angebote nicht wahrgenommen werden, stellt sich natürlich die Frage, ob eine weitere Teilnahme an IKK Promed sinnvoll ist. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn im Verlauf des Programms

- zwei aufeinander folgende Dokumentationen fehlen oder
- nicht innerhalb einer bestimmten Frist vom Arzt an die Datenannahmestelle gesendet wurden – weil Sie beispielsweise den Arzt nicht regelmäßig aufgesucht haben
- oder innerhalb von zwölf Monaten zwei mit Ihrem Arzt vereinbarte Schulungen nicht von Ihnen wahrgenommen wurden.

Die Teilnahme an IKK Promed wird dann beendet. Dies gilt natürlich nicht, wenn plausible Gründe die Teilnahme an Schulungen verhindern (z. B. ein Krankenhaus-aufenthalt). In jedem Fall wird Ihre Krankenkasse Sie und Ihren Arzt über die notwendige Beendigung Ihrer Programmteilnahme informieren.



SELBSTHILFEGRUPPEN UND WEITERE INFORMATIONEN

Selbstmanagement bedeutet, dass Sie als Patient möglichst unabhängig und dabei doch sicher Ihre Herzschwäche „managen“. Es bedeutet nicht, dass Sie auf sich allein gestellt bleiben. In vielen Regionen gibt es Interessengemeinschaften, Verbände oder Selbsthilfegruppen. Von solchen Gruppen können Sie in vielerlei Hinsicht profitieren, sei es durch gemeinsame Unternehmungen, sportliche Betätigung oder auch den gemeinsamen Austausch bei Problemen und Schwierigkeiten.

Informationen finden sich im Internet neben vielen anderen beispielsweise unter:

Deutsche Herzstiftung e. V., Frankfurt a. M.
herzstiftung.de

Selbsthilfe Herzschwäche, Nürnberg
herzschwaechen.org

Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz, Würzburg
ukw.de/behandlungszentren/dzhi



IHRE FRAGEN. UNSERE ANTWORTEN.

Sie haben Fragen oder möchten zur IKK classic wechseln?

Wir sind immer für Sie da. Sie erreichen uns telefonisch rund um die Uhr:

Kostenlose IKK Servicehotline
0800 455 1111



IKK classic-App



Facebook



Instagram



YouTube



TikTok