



Herzinsuffizienz (Herzschwäche)

Wegweiser für Betroffene und Angehörige

Stand: Jänner 2025

www.pv.at



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Pensionsversicherungsanstalt (PVA)
Friedrich-Hillegeist-Straße 1, 1020 Wien
Telefon: +43 (0)5 03 03
Website: www.pv.at
E-Mail: pva@pv.at

Verlags- und Herstellungsort: PVA, Wien

Druck: PVA, Wien

Stand: Jänner 2025, 1. Auflage

Titelbild: © istockphoto.com/utach778

Haftungsausschluss: Die bereitgestellten Inhalte dienen der allgemeinen Information. Eine Gewähr für Richtigkeit oder Vollständigkeit wird nicht übernommen. Jegliche Haftung ist ausgeschlossen. Die Expert*innen der Pensionsversicherung können individuelle Fälle beurteilen und auf Fragen eingehen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Teil 1: Unser Herz	4
Teil 2: Herzinsuffizienz – Ursachen & Symptome.....	6
Wie äußert sich Herzinsuffizienz?	6
Welche Ursachen gibt es für die Herzinsuffizienz?	7
Welche Formen der Herzinsuffizienz gibt es?.....	8
Herzinsuffizienz mit reduzierter EF	8
Herzinsuffizienz mit erhaltener EF	8
Wie wird der Schweregrad einer Herzinsuffizienz beurteilt?	8
Der Verlauf bei Herzinsuffizienz	9
Teil 3: Herzinsuffizienz –Diagnose	10
Basisuntersuchungen	10
EKG (Elektrokardiogramm).....	10
Laboruntersuchungen	10
Herzultraschalluntersuchung (Echokardiographie)....	10
Weiterführende Untersuchungen.....	11
Herzkatheteruntersuchung (Koronarangiographie) ..	11
Herzmuskelbiopsie	11
Magnetresonanztomographie des Herzens (MRI)	11
Bestimmung der Leistungsfähigkeit	11
Ergometrie	11
6-Minuten-Gehtest.....	11
Spiroergometrie.....	11
Teil 4: Herzinsuffizienz –Behandlung	12
Behandlung der Herzinsuffizienz mit reduzierter Pumpfunktion (HFrEF)	13
Die fantastischen vier – die Basismedikamente zur Behandlung der Herzinsuffizienz mit reduzierter EF	16
Weitere Medikamente.....	17
Technische Unterstützungssysteme	18
Behandlung der Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion (HFpEF)	19
Training	19
Gewichtsreduktion	19
Behandlung der Herzinsuffizienz mit reduzierter Pumpfunktion (HFrEF) & Behandlung der Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion (HFpEF)	20
Behandlung von Wassereinlagerungen – Diuretika... ..	20
SGLT-2-Hemmer (Sodium glucose linked transporter 2 inhibitor)	20
Ungünstige Medikamente bei allen Formen von Herzinsuffizienz.....	21
Teil 5: Wie kann ich die Behandlung unterstützen	22
Trainingstherapie	22
Diuretika-Selbstmanagement.....	23
Körpergewicht & Körpergewichtskontrollen	23
Blutdruckmessung.....	23
Puls	24
Impfungen	24
Tabak- & Alkoholkonsum.....	24
Lebensgestaltung mit Herzschwäche: Reisen, Fahrtauglichkeit etc.	24
Reisen.....	25
Fahrtauglichkeit	25
Literaturverzeichnis.....	26



Vorwort

Sehr geehrte Patient*innen!

Rehabilitation soll dazu beitragen, möglichst rasch wieder ein eigenständiges Leben zu führen. Neben der ganzheitlichen medizinischen Betreuung und der Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände ist es aber auch wichtig, sich intensiv mit der eigenen Krankheit auseinanderzusetzen, um die Eigenkompetenz zur Bewältigung der zugrundeliegenden Erkrankung zu stärken. Schwerpunkte dabei sind die Bewegungstherapie sowie das Selbstmanagement der Herzschwäche.

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen die Erkrankung Herzinsuffizienz, ihre Behandlungsmöglichkeiten sowie die Wirksamkeit von Medikamenten und bestimmten Therapien näherbringen. Zudem finden Sie nützliche Tipps für Ihren Alltag und Antworten auf Fragen rund um das Thema Herzschwäche. Auf diese Weise möchten wir Sie bestmöglich bei der Erreichung ihrer Rehabilitationsziele unterstützen.

Ihr Reha-Team

Teil 1: Unser Herz

Das Herz ist für unser Leben unverzichtbar, es hält den Kreislauf des Blutes im Körper aufrecht, verteilt lebensnotwendige Nährstoffe und Sauerstoff (O_2) im Körper und sorgt für den Abtransport von Abbauprodukten des Stoffwechsels wie Kohlendioxid (CO_2).



Das Herz arbeitet wie eine Pumpe. Man unterscheidet 4 Herzkammern, den rechten Vorhof und die rechte Kammer sowie den linken Vorhof und die linke Kammer. Der rechte Herzabschnitt, auch rechtes Herz genannt, nimmt sauerstoffarmes Blut (in blau gezeichnet) aus den Venen im rechten Vorhof auf und pumpt dieses von der rechten Kammer aus in die Lunge, wo es mit Sauerstoff angereichert wird. Der linke Abschnitt, auch linkes Herz genannt, befördert das sauerstoffreiche Blut (in Rot gezeichnet) aus der Lunge in die Schlagadern (= Arterien).

Den Schlag des linken Herzens können Sie als Puls am Handgelenk fühlen, der Druck in den Schlagadern wird als Blutdruck gemessen.

Die Herzklappen funktionieren als Ventile und ge-

währleisten, dass das Blut nur in die richtige Richtung gepumpt wird. Im linken Teil des Herzens befinden sich die Mitralklappe (zwischen Vorhof und linker Herzkammer) und die Aortenklappe (zwischen linker Kammer und Aorta = Hauptschlagader), im rechten Herzen die Trikuspidalklappe (zwischen Vorhof und Herzkammer) und die Pulmonalklappe (zwischen rechter Kammer und ausführender Lungenarterie).

Herz in Zahlen

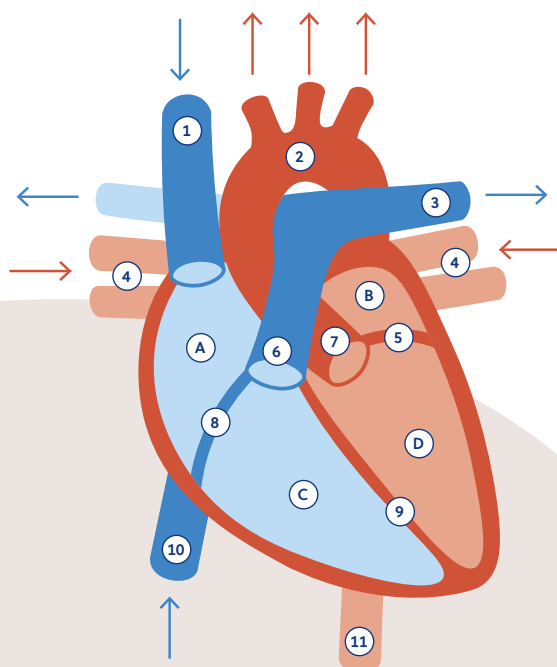
Pumpleistung: in Ruhe etwa 5 Liter Blut pro Minute, bei Belastung bis zu 25 Liter

Ruhepuls: ca. 60–80 pro Minute

Blutdruck in Ruhe: unter 135/85 mmHg

Die Schlagkraft des Herzens wird Ejektionsfraktion (EF) oder Auswurfsfraktion genannt.

Diese beträgt normalerweise 55 % oder mehr.



- Ⓐ Rechter Vorhof
- Ⓑ Linker Vorhof
- Ⓒ Rechte Kammer
- Ⓓ Linke Kammer
- ① Obere Hohlvene
- ② Aorta
- ③ Lungenschlagader
- ④ Lungenvenen
- ⑤ Mitralklappe
- ⑥ Pulmonalklappe
- ⑦ Aortenklappe
- ⑧ Trikuspidalklappe
- ⑨ Septum (Scheidewand)
- ⑩ Untere Hohlvene
- ⑪ Aorta

Teil 2: Herzinsuffizienz – Ursachen & Symptome

Umgangssprachlich auch als Herzschwäche bezeichnet, ist bei einer Herzinsuffizienz das Herz nicht mehr in der Lage, ausreichend Blut durch den Körper zu pumpen. Dadurch kommt es zu einer Unterversorgung mit Blut und zu einer Mangelversorgung der Organe.

Wie äußert sich Herzinsuffizienz?

Herzinsuffizienz äußert sich zuerst bei Belastung, weil dabei der Sauerstoffbedarf zunimmt. In Folge der mangelnden Blutversorgung kommt es zu einem Anstieg der Herzfrequenz und des Blutdrucks, während die Harnausscheidung zurückgeht. Diese Beschwerden können sich langsam entwickeln oder plötzlich, z. B. bei einem Herzinfarkt. Eine leichte bis mäßige Pumpschwäche wird oft relativ lange kompensiert und führt zu Leistungsschwäche. Bei ausgeprägter Herzschwäche und Überforderung des Herzens verschlechtern sich die Beschwerden, es kommt zu einer sogenannten Dekompensation. In diesem Fall wird zunehmend Wasser im Körper eingelagert bis hin zu einer Stauung.

Bemerkbar sind Wassereinlagerungen am leichtesten an den Knöcheln und den Unterschenkeln. Im Bereich des Bauches werden diese oft als Völlegefühl, Appetitlosigkeit oder in Form von Oberbauchschmerzen wahrgenommen.

Im Bereich der Lunge führen Wassereinlagerungen zu Atemnot, diese verschlechtert sich typischerweise im Liegen. Patient*innen leiden oftmals auch unter nächtlicher Atemnot und fühlen sich wohler wenn sie mit erhöhtem Oberkörper schlafen.

Starke Atemnot und rasselnde Atmung stellen einen absoluten Notfall dar. Rufen Sie umgehend Rettung (144) oder Notarzt (Notruf 112).

Herzinsuffizienz in Zahlen

Geschätzte 300.000 Österreicherinnen und Österreicher leiden derzeit an Herzinsuffizienz, Tendenz steigend.

Die Häufigkeit steigt mit dem Lebensalter.

Weitere Infos unter:

www.heartfailurematters.org

Wassereinlagerungen führen zu einer Gewichtszunahme und können durch Wiegen frühzeitig erkannt werden.



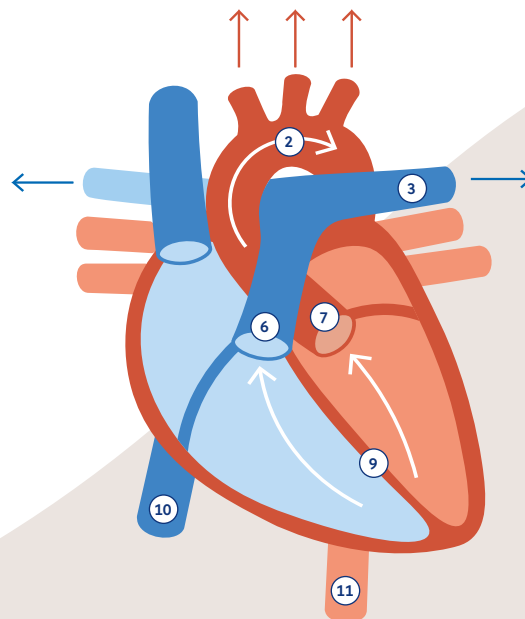
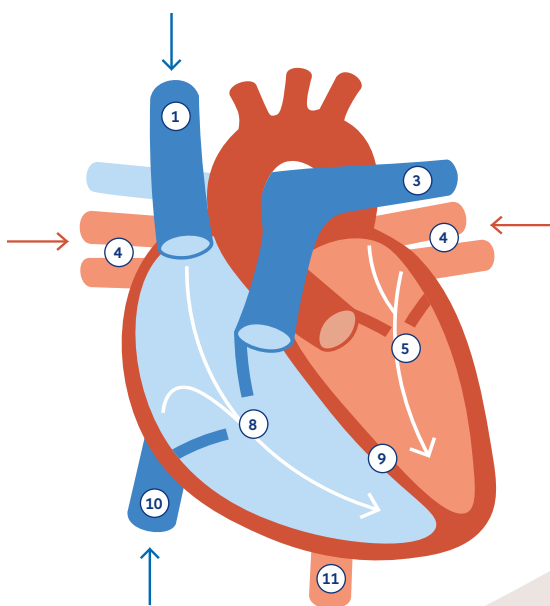
© istockphoto.com / pornchai soda

Welche Ursachen gibt es für die Herzinsuffizienz?

Jede Erkrankung, die das Herz schädigt, kann zu einer Herzinsuffizienz führen. Es gilt daher Risikofaktoren, die zu einer Herzschiidigung fiihren kiihnen, zu minimieren. Dazu ziihlen u. a. minderwertige/einseitige Erniihrung, zu wenig Bewegung, Tabakkonsum, schlechte Stresskompensation, iibergewicht oder hohe Cholesterinwerte (hohe Cholesterinwerte kiihnen auch genetisch bedingt sein).

Die hiiufigsten Ursachen fiiur Herzschwiiuche sind:

- » Durchblutungsstiihörungen des Herzens durch GefiiuBverengung – Fachausdruck: koronare Herzerkrankung (KHK)
- » Unzureichend behandelter Bluthochdruck
- » Herzrhythmusstiihörungen
- » Herzklappenerkrankungen
- » Herzmuskelerkrankungen (Entziiindung, Amyloidose, genetisch bedingt)
- » Alkoholismus
- » Chemotherapie
- » Diabetes mellitus
- » Nierenerkrankungen



- ① Obere Hohlvene
- ② Aorta
- ③ Lungenschlagader
- ④ Lungenvenen

- ⑤ Mitralklappe
- ⑥ Pulmonalklappe
- ⑦ Aortenklappe
- ⑧ Trikuspidalklappe

- ⑨ Septum (Scheidewand)
- ⑩ Untere Hohlvene
- ⑪ Aorta

Welche Formen der Herzinsuffizienz gibt es?

Die unterschiedlichen Formen von Herzinsuffizienz werden nach der Pumpfunktion des Herzmuskels abgeleitet. Bei der Kontraktion eines gesunden Herzens wird 55 % oder mehr Blut aus der linken Herzkammer ausgeworfen. Die Pumpfunktion wird als Ejektionsfraktion (EF) angegeben. Man unterscheidet eine Herzinsuffizienz mit reduzierter Pumpfunktion (EF kleiner gleich 40 %) und Herzinsuffizienz mit mild reduzierter oder erhaltener Pumpfunktion.

Einteilung für die Herzinsuffizienz (mit den deutschen Bezeichnungen für die Abkürzungen)

- » EF 50 % und darüber = HFpEF
(Herzinsuffizienz mit erhaltener EF)
- » EF 41–49 % = HFmrEF (Herzinsuffizienz
mit mild reduzierter EF)
- » EF kleiner gleich 40 % = HFrEF
(Herzinsuffizienz mit reduzierter EF)

Während die Beschwerden ähnlich sind, ist die jeweilige Behandlung ganz unterschiedlich.

Herzinsuffizienz mit reduzierter EF

Bei dieser Form liegt eine reduzierte Pumpfunktion des Herzens zugrunde. Die linke Herzkammer kann sich nicht mehr normal zusammenziehen. Dadurch wird weniger Blut im Verhältnis zur Herzgröße ausgeworfen, das Herz ist oft vergrößert. Dadurch kommt es zu Herzinsuffizienzsymptomen, die häufig bei Männern nach einem Herzinfarkt auftreten.

Herzinsuffizienz mit erhaltener EF

Ursache ist eine Versteifung des Herzens. Die Pumpfunktion des Herzens ist zwar erhalten, aber die Elastizität des Herzmuskels ist stark eingeschränkt. Dadurch wird die Füllung des Herzens behindert, der Füllungsdruck ist zu hoch. Das Herz ist zwar nicht vergrößert, der Herzmuskel jedoch in vielen Fällen verdickt (hypertrophiert). Die Folge sind ebenfalls Herzinsuffizienzsymptome, wobei diese Form häufiger bei Frauen, Übergewicht oder Diabetes mellitus auftritt.

Wie wird der Schweregrad einer Herzinsuffizienz beurteilt?

Für eine gute Lebensqualität ist vor allem die körperliche Leistungsfähigkeit von Bedeutung. Die Schwere einer Herzinsuffizienz wird daher nach dem Grad der Leistungseinschränkung bemessen. Diese Einteilung wurde von der New York Herz Assoziation (NYHA) übernommen und wird als NYHA-Klassifikation bezeichnet.

Schweregrade der Herzinsuffizienz nach der NYHA-Klassifikation:

- » NYHA I: Keine Leistungseinschränkung bei bereits bestehender Herzerkrankung. Übliche körperliche Belastungen werden ohne Atemnot bewältigt.
- » NYHA II: Atemnot bei stärkerer Belastung, Beschwerdefreiheit in Ruhe.
- » NYHA III: Atemnot bei leichteren, alltäglichen Verrichtungen, Belastungen sind kaum möglich.
- » NYHA IV: Atemnot bei Ruhe und auch im Liegen.

Der Verlauf bei Herzinsuffizienz

Am Beginn der Erkrankung steht oft eine akute Herzinsuffizienz, so bezeichnet man eine Phase der Verschlechterung mit starken Beschwerden, z. B. mit einem Lungenödem oder einem Kreislaufschock. Nach Abklingen kommt es meist zu einer unvollständigen Erholung der Herzleistung, die Folge ist eine chronische Herzinsuffizienz mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Ohne Behandlung treten immer wieder Verschlechterungen auf, sogenannte akute Dekompensationen.

Auslöser dafür können eine unzureichende oder fehlende Behandlung, das Absetzen wichtiger

Medikamente oder die Einnahme ungünstiger Medikamente (siehe „Tabelle 3: Ungünstige Schmerzmittel“ → Seite 21), körperliche Überanstrengung, Blutdruckkrisen, erhöhte Kochsalz- und Flüssigkeitszufuhr oder übermäßiger Alkoholgenuß sein. Hinzu kommen eventuell medizinisch behandelbare Symptome wie Herzrhythmusstörungen, Durchblutungsstörungen, Herzmuskelentzündungen oder eine Verschlechterung einer Herzklappenerkrankung.

Entscheidend ist in jedem Fall eine optimale Behandlung, um weitere Verschlechterungen zu vermeiden.

Achten Sie daher aktiv auf Ihren Zustand. Eine rasche Verschlechterung der Leistungsfähigkeit, Zunahme von Atemnot, ein Anstieg des Körpergewichts (z. B. plötzliche Gewichtszunahme von 2 kg in 3 Tagen) sowie geschwollene Beine (Ödeme) sind Alarmzeichen. Selten treten auch ganz akute Verschlechterungen des Zustandsbildes mit starker Luftnot und Druckgefühl im Herzbereich oder im Oberbauch auf.

Eine akute Verschlechterung ist jedenfalls ein medizinischer Notfall – nehmen Sie umgehend ärztliche Hilfe in Anspruch.

Teil 3: Herzinsuffizienz – Diagnose

Basisuntersuchungen

Für das Erstellen einer exakten Diagnose ist es essentiell, sämtliche Beschwerden, Vorerkrankungen und Risikofaktoren miteinzubeziehen. Ergänzend werden verschiedene Untersuchungen durchgeführt, wie u. a. die Erfassung von Blutdruck, Körpergewicht und Körpergröße, das Abhören von Herz und Lunge sowie die Feststellung eventueller Wasseransammlungen im Gewebe, sogenannter Ödeme.

EKG (Elektrokardiogramm)

Das EKG (Elektrokardiogramm) dient der Rhythmusdiagnostik, also der Abgrenzung des „normalen“ Sinusrhythmus von verschiedenen Herzrhythmusstörungen wie Vorhofflimmern oder Extrasystolen. Weiters kann es Hinweise auf Durchblutungsstörungen, abgelaufene Herzinfarkte oder sogenannte Dyssynchronien liefern.



EKG (Elektrokardiogramm)



Laboruntersuchungen

Die Bestimmung der Laborwerte proBNP oder BNP tragen zur Abschätzung des Schweregrades und zur Verlaufskontrolle bei. Zur Sicherheit müssen begleitend zur medikamentösen Behandlung wiederholt auch Nierenwerte und Elektrolyte (= Blutsalze) bestimmt werden.

Herzultraschalluntersuchung (Echokardiographie)

Mittels einer Herzultraschalluntersuchung kann die Diagnose gesichert und zwischen Herzinsuffizienz mit reduzierter EF und Herzinsuffizienz mit erhaltener EF unterschieden werden sowie die Herzklappen beurteilt werden.

Weiterführende Untersuchungen

Herzkatheteruntersuchung (Koronarangiographie)

Nach einem Herzinfarkt oder bei Verdacht auf eine Durchblutungsstörung des Herzmuskels (Angina-pectoris-Symptomatik, positive Fahrradergometrie) können die Herzkranzgefäße mit einem Röntgen-Kontrastmittel dargestellt werden.

Herzmuskelbiopsie

Bei Speichererkrankungen des Herzens oder einer Herzmuskelentzündung (Myokarditis) kann die Entnahme einer Gewebeprobe des Herzmuskels erforderlich sein.

Magnetresonanztomographie des Herzens (MRT, MRI)

Zur weiteren Abklärung über bestimmte Strukturen im Herzen, die mittels Ultraschall nicht möglich ist, wird das Herz bei einem Magnetresonanztomogramm mittels aufgebauter Magnetfelder untersucht. Es kommt keine Röntgenstrahlung zum Einsatz, in der Regel ist aber die Injektion eines eigenen MRI-Kontrastmittels erforderlich. Dadurch können Herzmuskelaufbau, -dicke, -struktur, Klappenapparat bzw. Herzmuskelentzündungen festgestellt werden.

Bestimmung der Leistungsfähigkeit

Ergometrie

Das Belastungs-EKG am Standfahrrad dient der Kontrolle von Blutdruck, EKG und Puls unter ansteigender Belastung. Die Ärztin*der Arzt erhält damit Informationen über die Belastbarkeit sowie mögliche Durchblutungsstörungen des Herzmuskels. Das Ergebnis der Ergometrie ist die Grundlage für die Trainingsplanung während des Rehabilitationsaufenthalts.

6-Minuten-Gehtest

Dieser Test wird bei fortgeschrittener Herzschwäche eingesetzt, wenn eine Ergometrie auf Grund des Gesundheitszustandes nicht möglich ist. Dabei wird jene Gehstrecke ermittelt, die in 6 Minuten zurückgelegt werden kann, dabei werden Blutdruck, Herzfrequenz und Beschwerden dokumentiert.

Spiroergometrie

In der Spiroergometrie wird zusätzlich zu EKG, Blutdruck und Leistungsfähigkeit, der Gasaustausch von Sauerstoff und Kohlendioxid in der Lunge gemessen. Die Ergebnisse geben Aufschluss über die Leistungsfähigkeit und fließen in die Trainingsplanung ein.

Informationen zu weiteren Untersuchungen und Tests zum Nachweis einer Herzinsuffizienz finden Sie unter:

www.heartfailurematters.org

Teil 4: Herzinsuffizienz – Behandlung

Grundsätzlich ist die Behandlung von Herzinsuffizienz mit reduzierter (HFrEF) und erhaltener Pumpfunktion (HFpEF) zu unterscheiden.



Wie bei allen Krankheiten gilt es, zunächst die zugrundeliegenden Ursachen zu definieren, um diese richtig behandeln zu können. Im Falle einer Herzinsuffizienz kann das z. B. die Minderdurchblutung des Herzmuskels durch Verengungen der Herzkranzgefäße sein. Diese kann mit einer Gefäßdehnung im Herzkatheterlabor und einer eventuellen Stentimplantation oder mittels einer Bypassoperation behoben werden. Auch ein Herzklappenfehler sollte operativ korrigiert werden. Weitere Ursachen können Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen und Herzmuskelentzündungen sein, die behandelt werden müssen.

Behandlung der Herzinsuffizienz mit reduzierter Pumpfunktion (HFrEF)

In den letzten Jahrzehnten hat die Medizin bei der medikamentösen Behandlung dieser Form der Herzinsuffizienz große Fortschritte erzielt. Zum Einsatz kommen insbesondere Medikamente aus den Gruppen der ARNI / ACE-Hemmer in Kombination mit Betablockern, SGLT-2-Hemmern und Mineral-kortikoid-Antagonisten. Diese werden oft auch als die fantastischen Vier bezeichnet. Die Medikamenteneinnahme wird mit einer niedrigen Dosis begonnen und je nach Verträglichkeit gesteigert siehe „Tabelle 2: Anfangs- und Zieldosierungen“ → Seite 15.

Wichtig ist, dass Sie die Behandlung auch dann fortsetzen, wenn es Ihnen bereits wieder besser geht, da ein Absetzen zu Verschlechterungen führen kann. In den meisten Fällen ist eine lebenslange Therapie erforderlich.



Die Ultraschalluntersuchung des Herzens ermöglicht die Berechnung der Pumpfunktion (EF)

Tabelle 1: Übersicht Medikamente

Wichtige Medikamentengruppen, enthaltene Wirkstoffe und Medikamentenbezeichnungen im Handel (Stand: 2024)

Gruppe	Wirkstoff	Handelsnamen:
Betablocker	Bisoprolol	Concor®, Bisacor®, Bisoprolol Generika
Betablocker	Metoprolol succinat	Seloken®, Metohexal®, Metoprolol Generika
Betablocker	Carvedilol	Dilatrend®, Carvedilol Generika
Betablocker	Nebivolol	Nomexor®, Nebilan®, Nebivolol Generika
ARNI	Sacubitril/Valsartan	Entresto®
ACE-Hemmer	Lisinopril	Acemin®, Lisihexal®, Lisinostad®, Lisinopril Generika
ACE-Hemmer	Ramipril	Hypren®, Lannapril®, Ramipril Generika
ACE-Hemmer	Enalapril	Renitec®, Enac®, Enalapril Generika
MRA	Spironolacton	Spirobene®, Spirono®, Spironolakton Generika
MRA	Eplerenon	Inspira®, Eplerenon Generika
SGLT-2-Hemmer	Empagliflozin	Jardiance®
SGLT-2-Hemmer	Dapagliflozin	Forxiga®
Andere Wirkstoffe		
ARB	Candesartan	Blopress®, Atacand®, Candesartan Generika
ARB	Valsartan	Diovan®, Valsax®, Valsartan Generika
ARB	Losartan	Cosaar®, Losartan Generika
If-Kanalblocker	Ivabradine	Ivarcolan®, Ivabradin®, Procoralan®
Digitalis	Digoxin	Lanitop®
sGC-Stimulator	Vericiguat	Verquvo®
Wassertreibende Medikamente		
Thiazid	HCT	Co-..., ... - plus, .../HCT, ...comp
Schleifendiuretika	Furosemid	Lasix®, Furon®, Furostad®, Furohexal®, Furosemid Generika
	Torasemid	Torem®, Torasemid Generika

ARB: Angiotensin-Rezeptorblocker, HCT: Hydrochlorothazid, MRA: Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten.

ARNI: Angiotensin-Rezeptorblocker/Neprilysin-Inhibitor

Tabelle 2: Anfangs- und Zieldosierungen

Gruppe	Wirkstoff	Anfangsdosis	Zieldosis
ACE-Hemmer	Enalapril	2,5 mg 2 × täglich	10–20 mg 2 × täglich
ACE Hemmer	Lisinopril	2,5–5 mg 1 × täglich	20–35 mg 1 × täglich
ACE Hemmer	Ramipril	2,5 mg 1 × täglich	5 mg 2 × täglich
ARNI	Sacubitril/Valsartan	24/26mg	97/103 mg 2 × täglich
Betablocker	Bisoprolol	1,25 mg 1 × täglich	10 mg 1 × täglich
Betablocker	Carvedilol	3,125 mg 2 × täglich	25–50 mg 2 × täglich
Betablocker	Metoprolol succinat	12,5 mg 1 × täglich	200 mg 1 × täglich
Betablocker	Nebivolol	1,25 mg 1 × täglich	10 mg 1 × täglich
MRA	Spironolacton	25 mg 1 × täglich	25mg–50mg 1 × täglich
MRA	Eplerenon	25 mg 1 × täglich	50 mg 1 × täglich
SGLT-2 Hemmer	Forxiga	10 mg 1 × täglich	10 mg 1 × täglich
SGLT-2-Hemmer	Jardiance	10 mg 1 × täglich	10 mg 1 × täglich
ARB	Candesartan	4–8 mg 1 × täglich	32 mg 1 × täglich
ARB	Valsartan	40 mg 2 × täglich	160 mg 2 × täglich
ARB	Losartan	50 mg 1 × täglich	150 mg 1 × täglich

Legende:

ACE: Angiotension Converting Enzyme

ARB: Angiotensin-Rezeptorblocker

MRA: Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten

sGC: lösliche Guanylatcyclase

ARNI: Angiotensin-Rezeptorblocker/Neprilysin-Inhibitor

Nach den Leitlinien der europäischen Gesellschaft für Kardiologie zur Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz 2021



Die fantastischen Vier – die Basismedikamente zur Behandlung der Herzinsuffizienz mit reduzierter EF

1. Betablocker

Wirkung

Betablocker wirken ungünstigen Stresshormonen wie z. B. Adrenalin entgegen, senken sowohl die Herzfrequenz und auch den Blutdruck. Damit werden die Herzleistung und Lebensqualität verbessert, die Sterblichkeit sinkt. Allerdings treten Verbesserungen erst nach einer längeren Behandlungsdauer (3 bis 6 Monate) ein.

Unerwünschte Wirkungen

Manche Patient*innen haben bereits vor der Therapie einen relativ niedrigen Puls oder leiden unter niedrigem Blutdruck. In solchen Fällen stellt die blutdrucksenkende Wirkung einen unerwünschten Nebeneffekt dar. Durch die geringe Anfangsdosis bzw. die schrittweise Dosissteigerung wird dies von den meisten Patient*innen gut toleriert. Angestrebt wird eine bestimmte Zieldosierung, oder wenn diese Zieldosierung nicht zu erreichen ist, die höchstmögliche Dosis. Zudem können sich Asthma bronchiale und Schuppenflechte verschlechtern, in seltenen Fällen auch die erektile Funktion bei Männern.

Sollten Sie Beschwerden haben, setzen Sie die Betablockertherapie trotzdem nicht plötzlich ab, sondern halten Sie unbedingt Rücksprache mit Ihrer*Ihrem behandelnden Ärztin*Arzt, da es ansonsten zu einer akuten Verschlechterung kommen kann. Achten Sie darauf, dass Sie auf Urlaubsreisen immer genügend Medikamente mitnehmen.

2. ARNI (Angiotensio-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitoren) und ACE-Hemmer (Angiotension-Converting-Enzyme-Hemmer)

Wirkung

ARNI und ACE-Hemmer wirken gegen ungünstige Hormone, die Blutdruckerhöhungen, Wassereinlagerungen, Belastungen für das Herz oder andere Verschlechterungen der Herzinsuffizienz verursachen können. In den letzten Jahren wurden die ACE-Hemmer durch die noch besser wirksamen ARNI weitgehend abgelöst. Die Medikamente bedingen eine Verbesserung der Herzfunktion und der Lebensqualität, eine Reduktion von Hospitalisierungen sowie eine Verbesserung der Lebenserwartung.

Es ist entscheidend, diese Wirkstoffe in der Zieldosis oder der höchst verträglichen Dosierung zu verabreichen.

Unerwünschte Wirkungen

Bei zu niedrigen Blutdruckwerten mit Kreislaufbeschwerden muss die Behandlung mit einer sehr niedrigen Dosis begonnen werden. Sehr selten kann sich die Nierenfunktion verschlechtern und ein Anstieg von Kaliumsalz auftreten, das Risiko besteht vor allem bei vorgeschädigten Nieren, starker Entwässerung oder im Rahmen akuter Magen-Darminfektionen. Um eine sichere Therapie garantieren zu können, halten Sie unbedingt routinemäßige Laborkontrollen von Kaliumspiegel und Nierenfunktionsparametern ein.



© istockphoto.com/DragonImages

ACE-Hemmer können manchmal Reizhusten auslösen. Sehr selten kann es zu rasch auftretenden, schmerzlosen Schwellungen und Rötungen kommen. Sollten diese im Gesichts- oder Rachenbereich auftreten, suchen Sie umgehend ein Krankenhaus auf, da die Gefahr besteht, dass die Atemwege verlegt werden. Sollten ACE-Hemmer und ARNI nicht eingesetzt werden können, stellen ARB (Angiotensin-Rezeptorblocker) eine Alternative dar.

3. Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten (MRA) (Aldosteron-Antagonisten)

Wirkung

Durch den Einsatz von Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten (MRA) werden Herz und Nieren vor ungünstig erhöhtem Aldosteron geschützt. MRA-Präparate führen zu einer Verbesserung der Herzleistung, die Effekte treten allerdings verzögert, innerhalb von Wochen bis wenigen Monaten ein. Zudem verbessern sich die Lebenserwartung und die Lebensqualität. Bitte beachten Sie, dass es durch die Einnahme zu einer erhöhten Entwässerung kommt.

Unerwünschte Wirkungen

Manche Patient*innen zeigen eine Verschlechterung der Nierenfunktion und einen Anstieg vom Blutsalz Kalium. Bei stark erhöhten oder erniedrigten Kaliumwerten drohen Herzrhythmusstörungen. Um eine sichere Therapie garantieren zu können, sind routinemäßige Laborkontrollen von Kaliumspiegel und Nierenfunktionsparametern erforderlich.

4. SGLT-2-Hemmer (Sodium glucose linked transporter 2 inhibitor)

Die Wirkstoffe Dapagliflozin und Empagliflozin komplettieren die Basistherapie der Herzinsuffizienz mit reduzierter EF, werden aber auch für Patient*innen mit erhaltener EF empfohlen.

Wirkung

SGLT-2-Hemmer bewirken eine Verbesserung der Lebenserwartung und insbesondere eine Reduktion der Krankenhausaufnahmen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität.

Unerwünschte Wirkungen

SGLT-2-Hemmer führen zu erhöhter Urinausscheidung, insbesondere in Kombination mit Diuretika und mit ARNI. Bei manchen Patient*innen kommt es zu einem leichten Anstieg der Nierenwerte. Die relevanteste Nebenwirkung sind mögliche Infektionen im Uro-Genitalbereich. Daher gelten Personen mit gehäuften Infekten als Risikopersonen. Eine seltene, aber gefürchtete Nebenwirkung ist die sog. euglykämische Ketazidose.

Vorsichtsmaßnahmen

SGLT-2-Hemmer sollten vor größeren Operationen oder bei akuten Erkrankungen (z. B. bei fieberhaften Infekten) nicht zum Einsatz kommen. SGLT-2-Hemmer dürfen bei Menschen mit Typ-1-Diabetes nicht eingesetzt werden.



Harnanalyse im Labor

Weitere Medikamente

Ivabradin (Procoralan®)

Ivabradin wird eingesetzt, wenn trotz optimaler Beta-Blocker-Dosierung im Sinusrhythmus ein Ruhepuls mit mehr als 70 Schlägen pro Minute vorherrscht. Das führt zu einer besseren Lebensqualität und weniger Krankenhausaufenthalten. Zu den Nebenwirkungen zählen Sehstörungen, die ein Absetzen erforderlich machen können.

Digitalis (Lanitop®)

Digitalispräparate führen zu einer Verlangsamung des Pulses, einer Zunahme der Kontraktionskraft am Herzmuskel und damit zu einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit. Allerdings dürfen Medikamente dieser Art nur in bestimmten Situationen eingesetzt werden und müssen ganz genau dosiert und verordnet werden. Zu hohe Dosierungen können Übelkeit, Sehstörungen und Herzrhythmusstörungen hervorrufen.

Technische Unterstützungssysteme

In besonderen Situationen ist es erforderlich, das Herz mittels technischer Unterstützung in seiner Leistungsfähigkeit zu stärken.

Herzschrittmacher

Bei langsamem Puls oder längeren Pausen im Herzschlag kommt eine Schrittmachertherapie zum Einsatz. Dabei handelt es sich um ein batteriebetriebenes Aggregat mit dünnen Elektroden, die im Rahmen eines chirurgischen Eingriffs über eine Vene ins Herz geführt werden.

Resynchronisationstherapie (CRT)

Im Falle einer Störung der Erregungsausbreitung der elektrischen Impulse des Herzens (erkennbar im EKG) schlagen die linke und die rechte Herzkammer nicht ganz zeitgleich. Diese sogenannte Asynchronie hat negative Auswirkungen auf die Herzmechanik und die Herzleistung. Etwa 30 % aller Patient*innen mit Herzinsuffizienz mit reduzierter EF sind davon betroffen. Die Resynchronisationstherapie (CRT) als besondere Form der Schrittmachertherapie ermöglicht die zeitgleiche elektrische Erregung beider Herzkammern und gleicht dadurch die Asynchronie aus. Dadurch verbessert sich die Funktion des Herzens, die körperliche Leistungsfähigkeit und die Lebenserwartung.

Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (ICD)

Im Falle einer ausgeprägten Pumpschwäche kann es sein, dass die Implantation eines Defibrillators (ICD) notwendig ist. Dieser überwacht den Herzrhythmus und kann mittels der Abgabe einer stärkeren elektrischen Ladung (Schock) schwerwiegende und lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen verhindern. Häufig werden ICD und CRT in einem Gerät kombiniert.

Bitte beachten Sie, dass

technische Unterstützungssysteme nur

gemeinsam mit einer optimalen

medikamentösen Therapie funktionieren.

Behandlung der Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion (HFpEF)

Bei der Herzinsuffizienz mit erhaltender EF, also bei erhaltener Kontraktionskraft des Herzens, steht insbesondere die Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankungen im Mittelpunkt. Dazu gehört im Falle von Bluthochdruck die optimale Blutdruckkontrolle und im Falle von Diabetes mellitus die optimale Blutzuckereinstellung. Bei Wassereinlagerung kommen wassertreibende Medikamente, sogenannte Diuretika, zur Anwendung, besonders empfohlen wird auch die Behandlung mit SGLT-2-Hemmern.

Training

Leistungsfähigkeit und Lebensqualität können ganz besonders bei dieser Form der Herzinsuffizienz durch wohldosiertes Training verbessert werden, zudem wirkt sich die Zunahme der Muskelkraft günstig auf die Versteifung des Herzmuskels aus. Für den Beginn einer solchen Therapie bietet die stationäre Rehabilitation ideale Voraussetzungen. Es ist aber wichtig, das Training zuhause fortzuführen.

Gewichtsreduktion

Übergewicht beeinträchtigt die Atmung und führt zu einer weiteren Versteifung des Herzens. Eine Gewichtsreduktion führt daher zu einer deutlichen Verbesserung der Leistungsfähigkeit. Weitere Informationen finden Sie in „Körpergewicht & Körpergewichtskontrollen“ → Seite 23.



Nordic Walking



Behandlung der Herzinsuffizienz mit reduzierter Pumpfunktion (HFrEF) & Behandlung der Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion (HFpEF)

Behandlung von Wassereinlagerungen – Diuretika

Bei einer Herzinsuffizienz werden viele Beschwerden durch Wassereinlagerungen ausgelöst. Wassertreibende Medikamente, sogenannte Diuretika, sorgen dafür, dass mehr Flüssigkeit ausgeschieden wird, das Gewicht reduziert und dadurch eine Verbesserung eintritt.

Bei zu hoher Dosierung droht eine „Austrocknung“ (Exsikkose) oder ein Mangel an Blutsalzen, vor allem mit zu niedrigen Kaliumwerten (Hypokaliämie) oder zu niedrigen Kochsalzwerten (Hyponatriämie). Als Folge können Verschlechterungen der Nierenfunktion, Schwäche, Muskelkrämpfe oder gefährliche Herzrhythmusstörungen auftreten. Diuretika sollten daher in möglichst niedriger Dosis eingenommen und Nierenwerte sowie Blutsalze regelmäßig kontrolliert werden. Zusätzlich kann ein Anstieg der Harnsäure zu einem Gichtanfall führen.

Achten Sie daher unterstützend darauf, die Kochsalzeinnahme mit der Nahrung zu beschränken und sich regelmäßig zu wiegen, um eine Wassereinlagerung frühzeitig zu erkennen.

SGLT-2-Hemmer (Sodium glucose linked transporter 2 inhibitor)

SGLT-2 Hemmer bewirken eine Verbesserung der Lebenserwartung und insbesondere eine Reduktion der Krankenhausaufenthalte.

Mögliche Nebenwirkungen sind eine erhöhte Urinausscheidung, insbesondere in Kombination mit Diuretika und ARNI. Bei manchen Patient*innen kommt es zu einem leichten Anstieg der Nierenwerte. Eine weitere Folge können Infektionen im Uro-Genitalbereich sein, Personen mit gehäuften Infekten gelten daher als Risikopersonen.

Besondere Vorsicht ist daher vor größeren Operationen oder bei akuten Erkrankungen (z. B. bei fieberhaften Infekten, Erbrechen oder Durchfallserkrankungen) geboten. SGLT-2-Hemmer dürfen zudem nicht bei Menschen mit Typ-1-Diabetes eingesetzt werden.

Ungünstige Medikamente bei allen Formen von Herzinsuffizienz

Viele Schmerzmittel werden mitunter rezeptfrei abgegeben, unkritisch eingenommen und sind wegen ihrer stark schmerzmildernden Wirkung beliebt. Es gibt allerdings verschiedene Medikamente, die bei Herzinsuffizienz nach Möglichkeit zu meiden bzw. wenn unbedingt erforderlich, nur kurzfristig oder unter engmaschigen ärztlichen Kontrollen einzunehmen sind. Sogenannte Nicht-steroidale Antirheumatika haben z. B. ein problematisches Nebenwirkungsspektrum und sollten bei Herzschwäche, Gefäßerkrankung und Nieren schwäche nicht eingesetzt werden. Weitere häufige Nebenwirkungen stellen Magengeschwüre, Magenblutungen und Entzündungen im Dickdarmbereich dar.

Einige Schmerzmedikamente können besser verträglich sein wie z. B. Paracetamol, Metamizol oder Tramadol. Wenn keine ausreichende Schmerzlinderung eintritt, kann eventuell auf eine Kombination zurückgegriffen werden. Gegen Schmerzen können auch Physiotherapie und Heilgymnastik wirken.

Bitte beachten Sie, dass Änderungen der Medikation grundsätzlich immer nur in Rücksprache mit Ihrer/Ihrem Ärztin/Arzt erfolgen, weil individuelle Aspekte (Krankengeschichte, Begleiterkrankungen, Blutbild, Leberwerte, Nierenfunktion) eine große Rolle spielen.

Tabelle 3: Ungünstige Schmerzmittel

Wirkstoff	Handelsnamen
Diclofenac	Voltaren®, Dedolor®, Dolpasse®, Diclobene®, Deflamat®, Diclostad®
Ibuprofen	Brufen®, Grefen®, Ibuprofen XY
Naproxen	Apranax®, Proxen®, Naproxen XY
Naproxen	Felden®, Piroxicam XY
Mefenamin	Parkemed®, Mefenabene®
Dexibuprofen	Seractil®
Celecoxib	Celebrex®
Valecoxib	Bextra®

Unerwünschte Nebenwirkungen:
Wassereinlagerung, Magenentzündung,
Nierenverschlechterung, Blutungsgefahr,
Herzinfarktrisiko, Schlaganfallrisiko

Teil 5: Wie kann ich die Behandlung unterstützen

Durch eine unterstützende Lebensführung kann die Behandlung der Herzschwäche wesentlich unterstützt werden.

Dazu zählen das Einhalten der Behandlungsempfehlungen, Trainingstherapie bei stabiler Situation, regelmäßige Gewichtskontrolle bzw. Gewichtsnormalisierung bei Übergewicht, Reduktion von Risikofaktoren, Reduktion von Alkohol, Tabakentwöhnung, Pharmaka vermeiden, die die Herzinsuffizienz negativ beeinflussen, Impfungen laut Impfplan durchführen lassen.

Grundsätzlich gilt jedoch, dass nur mit der Kombination aus Medikamenten und unterstützendem Lebensstil die bestmögliche Behandlung erzielt werden kann.

Trainingstherapie

Wesentlich dabei ist die richtige Dosierung. So können z. B. auch Tätigkeiten im Alltag wie Schneeschaukeln oder Möbelschleppen für Personen mit Herzschwäche ungeeignet sein und zu einer Überlastung führen. Es ist daher unbedingt erforderlich, dass Sie Tätigkeiten oder sportliche Aktivitäten mit Ihrer/Ihrem Ärztin*Arzt besprechen, gemeinsam einen für Sie passenden Trainingsplan erstellen und sich an die Trainingsempfehlungen halten:



Fahrradergometer-Training

- » Kommt für mich derzeit ein Trainingsprogramm in Frage – Ist der Zustand meines Herzens stabil?
- » Welche Vorgaben muss ich einhalten (Pulswerte, empfundene Anstrengung usw.)?
- » Welche Arten von Bewegung (Krafttraining, Intervalltraining, Gehen, Heimtrainer, Turnen in einer Herzgruppe usw.) ist für mich ideal?
- » Wer hilft mir bei der Umsetzung (Therapeut*innen in Rehabilitationszentren, Selbsthilfegruppen usw.)?
- » Wann soll ich lieber auf das Training verzichten (auffallende Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Luftnot, rasche Gewichtszunahme gegenüber dem Vortag usw.)?
- » Bei welchen Beschwerden (Druck in der Brust, ausgeprägte Kurzatmigkeit usw.) sollte ich das Training abbrechen bzw. meine*n Ärztin*Arzt aufsuchen?
- » Was ist noch zu beachten? (Mobiltelefon mitnehmen, Trainingspartner, ungünstige Wettereinflüsse, Trinken usw.)

Diuretika-Selbstmanagement

Grundsätzlich ist es möglich, die Einnahme von Diuretika individuell mit Ihrer*Ihrem Ärztin*Arzt zu vereinbaren. Dafür ist es allerdings erforderlich, dass Sie mit der Medikation, regelmäßigen Messungen von Blutdruck, Puls und Körpergewicht sowie der Dokumentation dieser Werte im Blutdruckpass vertraut sind. Weiters gilt es mit Ihrer*Ihrem Ärztin*Arzt festzulegen, ab welcher Gewichtszunahme das Diuretikum eingenommen werden soll.

Körpergewicht & Körpergewichtskontrollen

Überschüssiges Gewicht belastet Herz, Gelenke und den Stoffwechsel. Bei deutlichem Übergewicht ist daher eine Gewichtsabnahme sinnvoll. Um eine gesunde und nachhaltige Abnahme sicherzustellen, empfehlen wir Ihnen eine diätologische oder ernährungsmedizinische Beratung in Anspruch zu nehmen.

Auch Untergewicht wirkt sich bei Herzschwäche ungünstig aus. Wenn Sie an Appetitlosigkeit leiden, ungewollt abnehmen, zunehmend bei geringer Anstrengung Probleme mit Atemnot haben, kontaktieren Sie umgehend Ihre*n Ärztin*Arzt.

Es ist daher wichtig, täglich das Gewicht zu kontrollieren. Führen Sie die Gewichtskontrolle am besten immer morgens vor dem Frühstück durch. Dadurch merken Sie, wenn es zu einer Flüssigkeitsansammlung kommt, die ein Zeichen für eine Verschlechterung der Herzschwäche sein kann, noch bevor es zu geschwollenen Beinen und/oder einer Verschlimmerung der Atemnot kommt. Wenn Sie eine Gewichtszunahme feststellen, sollten Sie sich als erste Gegenmaßnahme einen Tag schonen.

Beobachten Sie allerdings eine starke Gewichtszunahme von mehr als 2 kg in 3 Tagen und tritt Atemnot auf, suchen Sie unverzüglich Ihre*n Ärztin*Arzt auf.

Blutdruckmessung

Um das Herz zu entlasten, ist eine gute Blutdruckeinstellung bei Herzinsuffizienz unverzichtbar. Als obere Blutdruckgrenzwerte gelten 135/85 mmHg, die nicht überschritten werden sollten. Bei Herzschwäche werden allerdings manchmal deutlich niedrigere Blutdruckwerte in Kauf genommen, um eine möglichst gute Behandlung zu erzielen. Dabei kann es vorkommen, dass der Blutdruck zu niedrig wird. Achten Sie daher darauf, ob Kreislaufbeschwerden wie Schwindel oder Schwächeanfällen auftreten und kontaktieren Sie in einem solchen Fall umgehend ein*e Ärztin*Arzt.



© istockphoto.com / stockvisual

Puls

Ein hoher Ruhepuls von deutlich über 70/min gilt als ungünstig und muss eventuell mit Medikamenten behandelt werden. Gleichzeitig gilt es, eine zu starke Pulssenkung zu vermeiden.

Messen Sie daher regelmäßig Ihren Puls am besten zusammen mit Ihrem Blutdruck und protokollieren Sie beides in einem Blutdruckpass. Damit ermöglichen Sie Ihrer*Ihrem Ärztin*Arzt, Ihren Gesundheitszustand noch besser einzuschätzen.

Impfungen

Wir empfehlen Ihnen, sich an den normalen Impfplan zu halten, dieser sieht u. a. eine jährliche Influenzaimpfung und COVID-19-Impfung vor, weiters wird eine Pneumokokkenimpfung empfohlen.

Tabak- & Alkoholkonsum

Tabakkonsum führt zu einer verminderten Sauerstoffaufnahme im Blut, zu einer Verengung der Atemwege sowie zur Zerstörung von Lungengewebe und Schädigung aller Gefäße, einschließlich der Herzkranzgefäße. Wer bereits an Herzschwäche leidet, sollte der Tabakkonsum daher unbedingt einstellen. Wir empfehlen Ihnen, für einen langfristigen Erfolg sowie eine vollständige Entwöhnung eine Tabakfreiberatung in Anspruch zu nehmen.

Alkohol kann eine Ursache für Herzinsuffizienz sein. Wer in Folge von schädlichem Alkoholkonsum an einer Herzschwäche erkrankt, sollte auf Alkohol vollständig verzichten. Ansonsten gilt es, beim Alkoholkonsum genau Maß zu halten. Frauen sollten nicht mehr als 10g Alkohol pro Tag konsumieren, für Männer liegt die Grenze bei 20g. Faustregel: Nicht mehr als ein Seiterl Bier oder ein Achterl Wein am Tag.

Lebensgestaltung mit Herzschwäche: Reisen, Fahrtauglichkeit etc.

Durch gute Planung, Organisation, die Beobachtung Ihrer Erkrankung, die Vermeidung möglicher Auslöser von Verschlechterungen und von Überlastungen, planmäßiges Training, konsequente Medikamenteneinnahme, frühzeitiges Erkennen und richtiges Reagieren auf Verschlechterungen ermöglichen Ihnen ein aktives, selbstbestimmtes und sicheres Leben mit Herzinsuffizienz zu führen.

Achten Sie daher im Tagesablauf auf Erholungsphasen, einen regelmäßigen Tag/Nachtrhythmus, bauen Sie Selbstmonitoring als festes Ritual ein, planen Sie Ihre täglichen Bewegungseinheiten sowie die Medikamenteneinnahme, vermeiden Sie Stress bzw. führen Sie Entspannungsübungen wie z. B. Autogenes Training oder progressive Muskelentspannung durch.

Reisen

Reisen ist mit Herzschwäche grundsätzlich möglich. Sie sollten jedoch darauf achten, dass es zu keiner Überforderung kommt und eine ausreichende Gesundheitsinfrastruktur im Urlaubsland gegeben ist. Längere Flugreisen können durch den Unterdruck im Flieger für manche Patient*innen hohe Belastung darstellen. Klären Sie dies im Vorfeld mit einer*m Ärztin*Arzt ab, ebenso ob die Kontrolle von Nierenwerten und Kalium oder Blutgerinnung vor Abreise oder am Reiseziel erforderlich ist. Achten Sie zudem auf einen ausreichenden Versicherungsschutz wie z. B. Kranken- bzw. Rückholversicherung, nehmen Sie ausreichend Medikamente für die Reise mit und vergewissern Sie sich, ob es diesbezüglich Einfuhrbestimmungen im Ziel-land gibt. Informieren Sie sich über einen erforderlichen Impfschutz, klimatische Belastungen (z. B. Höhengaufenthalte).

Fahrtauglichkeit

Insbesondere starke Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, Herzrhythmusstörungen, Schwindel, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Merkschwäche schränken die Fahrtauglichkeit erheblich ein. Unter diesen Umständen muss auf das Lenken eines Fahrzeuges jedenfalls verzichtet werden! Klären Sie auch mit Ihrer*m Ärztin*Arzt, ob von einer Einschränkung der Fahrtauglichkeit auszugehen ist.

Berufsfahrer*innen mit Herzinsuffizienz müssen sich Ihre Fahrtauglichkeit jedenfalls im Rahmen von Fahrtauglichkeitsuntersuchungen regelmäßig attestieren lassen. Hier kann eine kardiologische Begutachtung für die Verlängerung des Führerscheines erforderlich sein.

Für Patient*innen mit Herzschwäche
ist es wichtig, regelmäßig den Puls
und Blutdruck zu messen.



© istockphoto.com/MixMedia

Literaturverzeichnis

Heart Failure Association of the European Society of Cardiology (HFA of the ESC).

Heart Failure Matters. Practical Information for patients, families and caregivers.

www.heartfailurematters.org (14. November 2024)

Meine Notizen

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Blutdruckpass

[illegible]

Dieser Wegweiser bietet Betroffenen und Angehörigen alles, was sie wissen müssen, um den Umgang mit Herzinsuffizienz zu meistern. Neben verständlichen Informationen zu Ursachen, Symptomen und Behandlungsansätzen erhalten Sie praktische Ratschläge, um aktiv an Ihrer Genesung mitzuwirken – sowohl während der Reha als auch im Alltag danach.