



Informationen zum Thema „Herzinsuffizienz“

Herzinsuffizienz (Herzschwäche) ist eine sehr ernste Erkrankung - und eine der meist verbreiteten in Österreich. Damit einhergehend sind lange Krankenhausaufenthalte und häufige Folgeaufenthalte. Immer mehr Menschen werden in den kommenden Jahren mit der Diagnose konfrontiert sein, einerseits durch die steigende Lebenserwartung, und andererseits durch die verbesserten kardiologischen Therapiemöglichkeiten.

Als Herzinsuffizienz wird das Unvermögen des Herzens bezeichnet, die vom Körper benötigte Blutmenge bedarfsgerecht zu befördern. Die gebräuchliche deutsche Übersetzung lautet „Herzschwäche“. Herzinsuffizienz bedeutet aber nicht nur eine krankhaft verminderte Pumpfunktion (systolische Herzinsuffizienz oder Herzmuskelschwäche), sondern auch eine gestörte Füllung des Herzens (diastolische Herzinsuffizienz bei normaler oder gar gesteigerter Pumpfunktion), die zur Herzinsuffizienz führen kann.

Die Herzinsuffizienz ist laut WHO als “verminderte körperliche Belastbarkeit aufgrund einer ventrikulären Funktionsstörung“ definiert. Die Ursache einer chronischen Herzinsuffizienz liegt in ca. 50 Prozent der Fälle in einer arteriellen Hypertonie oder koronaren Herzerkrankung begründet. Weitere Ursachen können eine nicht ischämische Kardiomyopathie, Arrhythmien, erworbene, angeborene valvuläre und andere angeborene Herzerkrankungen, Perikarderkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen sein.

Die chronische Herzinsuffizienz wird entsprechend den Empfehlungen der New York Heart Association (NYHA) in vier Stadien, die sogenannten NYHA – Stadien, eingeteilt. Es handelt sich hierbei um eine Klassifikation nach Leistungsfähigkeit. Die Beschreibung ist in unten stehender Tabelle aufgeführt.

Stadien der chronischen Herzinsuffizienz – die NYHA-Klassifikation

NYHA I (asymptomatisch)	Herzerkrankung ohne körperliche Limitation. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörung, Luftnot oder Angina Pectoris
NYHA II (leicht)	Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe und bei geringer Anstrengung. Stärkere körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina Pectoris (z.B. Bergaufgehen oder Treppensteigen)
NYHA III (mittelschwer)	Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina Pectoris (z.B. Gehen in der Ebene)
NYHA IV (schwer)	Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe bzw. bei Bettlägerigkeit

Die Verdachtsdiagnose einer Herzinsuffizienz wird in der Regel aufgrund der Symptome gestellt, die die PatientInnen angeben: Allgemeine Erschöpfung, Dyspnoe, Müdigkeit, Flüssigkeitsretention. Im Anschluss an die klinische Untersuchung und Anamnese wird entsprechend den Leitlinien ein EKG angefertigt und eine Basislabordiagnostik durchgeführt.



Bei weiterhin bestehendem Verdacht auf eine Herzinsuffizienz erfolgt durch den Kardiologen eine Echokardiographie sowie bei Bestätigung der Verdachtsdiagnose die Veranlassung einer weiterführenden Diagnostik. Diese versucht die verursachenden Erkrankungen zu definieren und die Schwere der Herzinsuffizienz zu bestimmen. Nach Abschluss der

Diagnostik werden die therapeutischen Maßnahmen in die Wege geleitet. In der Regel steht bei der chronischen Herzinsuffizienz die medikamentöse Therapie im Vordergrund.

Bei Medikation mit Medikamenten aus den Gruppen der ACE-Hemmer bzw. AT-II-Antagonisten und der Betarezeptorenblocker ist eine deutliche Prognoseverbesserung für die PatientInnen belegt. Weitere Medikamente werden in Abhängigkeit von der konkreten Ausprägung der Erkrankung von den behandelnden ÄrztInnen verordnet.

Bezogen auf den Lebensstil wird bei stabiler Herzinsuffizienz eine leichte körperliche Aktivität empfohlen – ebenso wie eine weitgehende Reduktion des Alkoholkonsums sowie ein Rauchstopp.