

Wenn die Pumpe nicht mehr ausreichend arbeitet

Ursachen für eine Herzschwäche sind vielfältig. An der Unimedizin Greifswald ist die Palette der Therapiemöglichkeiten entsprechend breit.

Sie ist die Diagnose Nummer eins, die in Deutschland zu stationären Krankenhausaufnahmen führt: die Herzinsuffizienz. Sie wird manchmal als Herzschwäche bezeichnet und ist im eigentlichen Sinne keine Krankheit, sondern ein Syndrom. In Deutschland stellt Herzinsuffizienz die dritthäufigste Todesursache dar. Rund vier Millionen Deutsche leiden an Herzschwäche. Betroffen sind vor allem ältere Frauen und Männer ab siebzig Jahren. Doch auch junge Menschen können an einer Herzinsuffizienz erkranken.

In der Unimedizin Greifswald sprachen wir mit Prof. Dr. med. Marcus Dörr, kommissarischer Direktor der Inneren Medizin B und Facharzt für Kardiologie, über die Herzinsuffizienz.

Herr Dörr, welche Ursachen können hinter einer Herzinsuffizienz stecken?

Die häufigsten Auslöser sind Bluthochdruck, eine koronare Herzerkrankung, also eine Verengung der Herzkranzgefäße oder Herzmuskelerkrankungen. Daneben gibt es aber viele andere Ursachen wie zum Beispiel Herzklappenerkrankungen, Herzmuskelerkrankungen, Herzrhythmusstörungen oder angeborene Herzfehler. Auch Diabetes, langjähriger Alkohol- oder Drogenkonsum und bestimmte Medikamente wie Zytostatika können eine Rolle bei der Entstehung einer Herzinsuffizienz spielen.

Unabhängig von der Ursache und Form der Herzinsuffizienz sind die resultierenden Symptome sehr ähnlich. Bei einer Linksherzinsuffizienz kommt es zum Beispiel zu einem Rückstau des Blutes in die Lungengefäße. Deshalb haben Patienten dann Husten und Atemnot, Rasselgeräusche in der Lunge bis hin zum Lungenödem. Typischerweise kommt es auch zu einer verminderten Belastbarkeit. Bei einer Rechtsherzinsuffizienz hingegen staut sich das Blut zurück in die Körpervenolen. Durch den erhöhten Venendruck kann es zu Wassereinlagerungen zum Beispiel in den Beinen oder im Bauchraum kommen. Häufig sind aber auch linke und rechte Herzkammer gleichzeitig betroffen.

Das klingt, als würde man nach der Nadel im Heuhaufen suchen.

In der Tat ist es bei der Herzinsuffizienz wichtig, dass man differenzialdiagnostisch offenbleibt. Alternative Diagnosen



Prof. Dr. Marcus Dörr führt bei einem Patienten einen Herzultraschall durch.

Foto: UMG

als Erklärung für die Symptome sollten deshalb immer in Betracht gezogen werden. Leidet ein Patient zum Beispiel unter Luftnot, muss nicht zwangsläufig eine Herzinsuffizienz ursächlich dafür sein. Eine umfangreiche Anamnese ist daher von großer Bedeutung. Gibt es Vorerkrankungen oder Begleiterkrankungen? Liegt eine familiäre Disposition vor? Welche Medikamente nimmt der Patient ein? In welchen Situationen kommt es zu Atembeschwerden? Oftmals nimmt die Luftnot unter körperlicher Belastung zu und ist im Liegen schlimmer als im Sitzen. Solche Dinge werden zunächst mit dem Hausarzt abgeklärt.

Was passiert, wenn sich der Verdacht auf Herzinsuffizienz erhärtet?

Dann ist auch eine stationäre Abklärung notwendig. Dabei werden die beiden häufigsten Ursachen diagnostisch ausgeschlossen: der Bluthochdruck und eine koronare Herzerkrankung. Das heißt, es werden Blutuntersuchungen, Herzultraschall und Herzkatheteruntersuchungen unter anderem zur Darstellung der Herzkranzgefäße und zur Bestimmung der Herzfunktion durchgeführt. Wenn diese häufigsten Ursachen ausgeschlossen werden, geht man dem Verdacht auf Herzmuskelerkrankungen oder -entzündungen nach und führt entsprechend ein MRT durch.

Auch Gewebeentnahmen am Herzen sind möglich.

Inwiefern kann eine Herzinsuffizienz jüngere Menschen betreffen?

Gerade bei den soeben genannten Herzmuskelerkrankungen sind die Patienten nicht selten in einem jüngeren Alter. Klassischerweise hatten diese zuvor einen Infekt, zum Beispiel der Atemwege. Kürzlich hatten wir einen jungen Mann, Anfang dreißig, in Behandlung. Er hatte eine Grippeerkrankung nicht richtig arbeiten und trieb weiterhin Sport. In der Folge entwickelte er eine Herzmuskelerkrankung, die ihm beinahe das Leben kostete.

Weil sie zu spät entdeckt wurde?

Das ist tatsächlich das Tücki-

sche an einer Herzmuskelerkrankung: Sie kann lange unentdeckt bleiben, weil sie zunächst symptomlos oder -arm verläuft. Manchmal gehen Betroffene mit unspezifischen Symptomen wie Müdigkeit und Unwohlsein oder mit subjektiv wahrgenommenem Herzstolpern zum Arzt. Im Falle unseres Patienten wurden die Herzrhythmusstörungen festgestellt, die ihn damit auch zum Risikopatienten für einen plötzlichen Herztod machten. Natürlich wird ihm dann nicht gleich ein Defibrillator implantiert, weil ja die Chance auf eine Verbesserung seines Zustandes besteht. Zugleich war er medikamentös noch nicht optimal eingestellt. Deshalb hatten wir ihm eine Defibrillator-Weste gegeben. Sie wird Tag und Nacht direkt am Körper getragen und überwacht das

Herz. Subjektiv ging es unserem Patienten damals gut. Er hatte keine Beschwerden. Doch in der dritten Nacht bekam der Mann plötzlich Kammerflimmern. Hätte die Weste in dieser Situation keinen elektrischen Behandlungsschock abgegeben, wäre er gestorben.

Jetzt haben Sie bereits die ersten Therapiemaßnahmen angesprochen. Welche gibt es denn noch?

Die Implantation eines Defibrillators ist keine Entscheidung, die man direkt am Anfang trifft. Es ist zunächst einmal die Basismedikation wichtig. Hier hat sich mittlerweile extrem viel getan, weil wir ein großes Spektrum an gut wirksamen Medikamenten zur Verfügung haben. In vielen Fällen besteht dadurch schon die Chance auf eine Verbesserung der Pumpleistung. Auch für spezielle Herzmuskelerkrankungen, die wir in unserer Spezialprechstunde behandeln, sind inzwischen medikamentöse Therapien verfügbar. Dabei handelt es sich zum Beispiel um die Amyloidose des Herzens oder die hypertrophe Kardiomyopathie.

Unser Patient, dessen Leben durch die Defibrillator-Weste gerettet wurde, konnte durch die weitere medikamentöse Standardbehandlung seine Pumpleistung kontinuierlich wieder verbessern. Dann haben viele Patienten auch Fol-

geprobleme oder zugrunde liegende Probleme, die behandelt werden müssen. Funktionieren die Herzklappen nicht richtig, muss zum Beispiel mit Katheter-Technik oder operativ eine Herzklappen-Reparatur durchgeführt werden. Wurde eine koronare Herzkrankheit diagnostiziert, ist eine Stentversorgung oder Bypassoperation nötig. So bunt also der Blumenstrauß an Grunderkrankungen ist, so unterschiedlich fällt entsprechend auch die Behandlung aus. Im Groben unterscheidet man dabei zwischen medikamentöser, interventioneller und operativer sowie nicht-medikamentöser Therapie.

Was genau meinen Sie mit der nicht-medikamentösen Therapie?

Die spielt vor allem für die dauerhafte Behandlung der Patienten eine tragende Rolle, weil hierbei Risikofaktoren minimiert werden. Dazu gehören zum Beispiel eine Gewichtsnormalisierung und gesunde Ernährung sowie die Reduktion oder der komplette Verzicht auf Alkohol und Nikotin. Einige Patienten sollten bestimmte Höhenlagen und besonders feuchtes oder heißes Klima vermeiden. Vielfach hilft es auch Betroffenen, ein Herztagebuch zu führen. Darin werden täglich Gewicht, Blutdruck und Puls dokumentiert. Eine kurzfristige Gewichtszunahme kann beispielsweise auf Wassereinlagerungen im Körper hindeuten, die umgehend mit dem Arzt abgeklärt werden sollten. Der Patient sollte extra gut auf seinen eigenen Körper hören und zum Beispiel vereinzelt Luftknappheit ernst nehmen. Nicht zuletzt ist Bewegung ein ganz besonders wichtiger Baustein bei der Therapie einer Herzschwäche.

Patienten mit einer Herzschwäche sollten also Sport treiben?

Natürlich muss der Patient hierfür stabil sein, aber ja: Auch ein schlecht pumpendes Herz will trainiert werden. Körperliche Betätigung ist essenziell. Deshalb sind angepasste Bewegungs- und Sportprogramme feste Bestandteile unseres Behandlungsangebotes. Je nach Krankheitsgeschichte und Ist-Zustand entwickeln wir mit den Patienten ein individuelles Programm. Langfristig kommt es darauf an, Bewegung fest in den Alltag zu integrieren. Auch dabei unterstützen wir unsere Patienten so gut es geht.

Das Syndrom Herzinsuffizienz

Bei einer Herzinsuffizienz, auch Herzschwäche, ist das Herz nicht mehr in der Lage, die benötigte Menge Blut durch den Körper zu pumpen. In der Folge können die Organe nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff und Energieträgern versorgt werden. Dieser Zustand kann plötzlich eintreten. Patienten kommen dann zum Beispiel mit akuter Luftnot in die Notaufnahme. Eine chronische Herzschwäche entwickelt sich hingegen allmählich über einen längeren Zeitraum.

Häufige Symptome bei einer Herzinsuffizienz sind Leistungseinschränkungen, Müdigkeit, Luftnot und Kurzatmigkeit oder Wassereinlagerungen. Es können zudem Folgeerkrankungen auftreten, zum Beispiel Störungen der Nierenfunktion. Eine Herzinsuffizienz kann genetisch bedingt sein, die häufigsten Auslöser sind jedoch Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, Krankheiten des Herzmuskels, Herzklappenfehler oder Herzrhythmusstörungen.

Eine international anerkannte Expertise hat die Greifswalder Forschergruppe zu Herzmuskelerkrankungen (Kardiomyopathien), die durch Fehlreaktionen des körpereigenen Abwehrsystems (Autoimmunerkrankungen) verursacht sind. An der Universitätsmedizin Greifswald wird außerdem untersucht, wie man der Entstehung oder dem Fortschreiten von Herzschwäche durch Bewegung, Sport oder andere Maßnahmen vorbeugen kann.

Forschung an der Universitätsmedizin Greifswald

Die Universitätsmedizin Greifswald ist einer der sieben Standorte des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK). Ein Forschungsschwerpunkt ist die Herzinsuffizienz.

In beobachtenden Studien werden umfangreiche

Informationen zu verschiedenen Formen gesammelt. In den klinischen Studien werden neue Therapiemöglichkeiten untersucht. Dabei finden Herzinsuffizienzen mit und ohne Einschränkungen der Pumpfunktion Berücksichtigung.

Kontakt



Universitätsmedizin Greifswald
– Körperschaft des öffentlichen Rechts –
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin B / Kardiologie
Tel.: 03834/86-80500, E-Mail: innereb@med.uni-greifswald.de
Web: www.medizin.uni-greifswald.de/inn_b/leistungsspektrum/kardiologie/