

✓ **LEISTUNGEN**

Diagnose Chronische Herzinsuffizienz

Das hkk-Behandlungsprogramm
Chronische Herzinsuffizienz



Impressum

Herausgeber:

hkk Krankenkasse

Verlag:

inside partner

Verlag und Agentur GmbH

www.inside-partner.de

Stand:

August 2025

Bildnachweise:

Titelseite:	© Oliver Rossi/gettyimages
Seite 2 und 3:	© puckillustrations - stock.adobe.com
Seite 4, 5, 8 und 16:	© spectrumK
Seite 5:	© innervisionpro - stock.adobe.com
Seite 6, 9 und 19:	© RFBSIP - stock.adobe.com
Seite 7:	© Nattakorn - stock.adobe.com
Seite 10:	© Seventyfour - stock.adobe.com
Seite 13:	© zinkevych - stock.adobe.com
Seite 17:	© Monkey Business - stock.adobe.com
Seite 20:	© auremar - stock.adobe.com

Hinweis: Alle Informationen in dieser Broschüre wurden mit großer Sorgfalt zusammengetragen. Eine Haftung können Verlag und Redaktion jedoch nicht übernehmen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung weitestgehend verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.



Inhalt

Chronische Herzinsuffizienz	4
Ursachen	5
Vom Symptom zur Diagnose	7
Untersuchungen	9
Behandlung	10
Medikamentöse Therapie	12
Interventionelle Verfahren	17
Behandlungsziele	18
Das hkk-Behandlungsprogramm	20
Hilfreiche Adressen und Links	22



Chronische Herzinsuffizienz

Definition

„Chronische Herzinsuffizienz“ ist der medizinische Fachbegriff für eine andauernde Herzschwäche. Bei Patienten mit Herzschwäche ist die Pumpleistung des Herzens vermindert. Dies führt dazu, dass zu wenig frisches, sauerstoffhaltiges Blut in die Organe und Muskeln gepumpt wird, um sie ausreichend zu versorgen. Die Patienten spüren, dass sie körperlich nicht mehr so leistungsfähig sind wie früher. Außerdem kann die gestörte Pumpfunktion dazu führen, dass sich Blut vor dem Herzen aufstaut. Bei den betroffenen Patienten macht sich dies als Kurzatmigkeit oder durch Wassereinlagerung in den Beinen bemerkbar.

Eine Herzschwäche kann unterschiedliche Ursachen haben. Zu den häufigsten gehören die koronare Herzkrankheit (Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße) und der Bluthochdruck.

Wie viele sind betroffen?

Die chronische Herzinsuffizienz ist eine Erkrankung des höheren Lebensalters. Im Alter zwischen 65 und 74 Jahren leiden etwa drei von 100 Personen an einer chronischen Herzinsuffizienz. Zwischen 75 und 84 Jahren sind etwa sechs von 100 Personen und über 85 Jahren sind acht von 100 Männern und etwa 16 von 100 Frauen betroffen ¹.

Vor allem bei den älteren Patienten ist die Herzinsuffizienz meistens nicht die einzige chronische Erkrankung. Zu den Erkrankungen, die häufig gemeinsam mit einer Herzschwäche vorkommen, gehören Nierenerkrankungen (chronische Niereninsuffizienz), Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), chronische Lungenerkrankungen (COPD), Depressionen und schlafbezogene Atmungsstörungen.

Hinweis

Es ist wichtig, dass Ihr Arzt über alle ggf. bestehenden Neben- und Folgeerkrankungen informiert ist, damit diese bei der weiteren Behandlung mit berücksichtigt werden können und Ihr Arzt die für Sie richtige medikamentöse Therapie auswählen kann.

¹ Bundesärztekammer – BÄK, Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – AWMF. Nationale Versorgungs-Leitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 2. Auflage. Version 3. 2017. DOI: 10.6101/AZQ/000405. www.herzinsuffizienz.versorgungsleitlinien.de

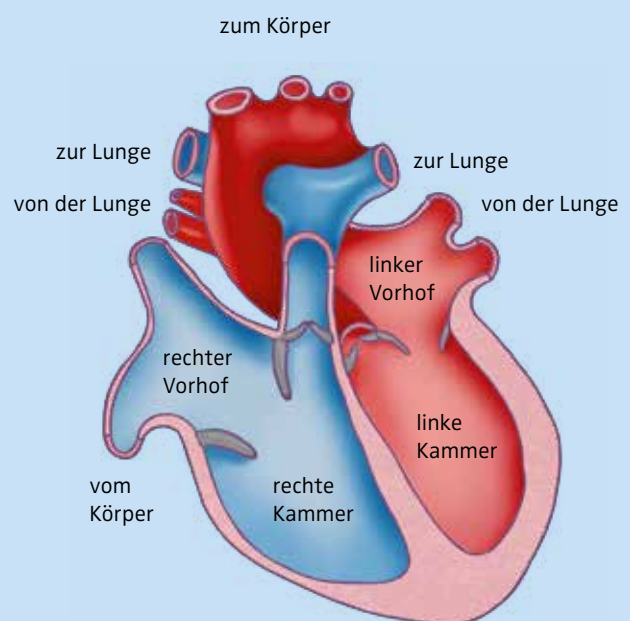
Aufbau und Funktion des Herzens

Das menschliche Herz besteht aus zwei Herzkammern, einer linken und einer rechten, mit ihren Vorhöfen. Die linke Herzhälfte erhält frisches, sauerstoffbeladenes Blut aus der Lunge und pumpt es in den Körperkreislauf. Die rechte Herzhälfte erhält verbrauchtes, sauerstoffarmes Blut aus dem Körperkreislauf und pumpt es in die Lunge, damit es wieder frisch mit Sauerstoff aufgeladen werden kann.

Ein Pumpvorgang des Herzens besteht aus zwei Phasen: In der Füllungsphase (= Diastole) erschlafft die Herzmuskulatur, Blut kann einströmen und das Herz auffüllen.

In der Anspannungs- und Auswurfphase (= Systole) zieht sich die Herzmuskulatur zusammen, das Blut wird aus den Herzkammern in den Körper- bzw. Lungenkreislauf gepumpt. Die dabei entstehende Druckwelle ist als Puls z. B. am Handgelenk tastbar.

Die linke und die rechte Herzhälfte arbeiten synchron, das heißt Auffüllen und Auspumpen findet in beiden Herzhälften gleichzeitig statt.





Ursachen

Bei etwa acht von zehn Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz wird die Erkrankung durch eine koronare Herzkrankheit (= Durchblutungsstörung der Herzmuskulatur) oder durch einen zu hohen Blutdruck verursacht. Beide Erkrankungen führen zu Schädigungen der Herzmuskulatur, die dann ihre Pumpfunktion nicht mehr ordnungsgemäß ausführen kann.

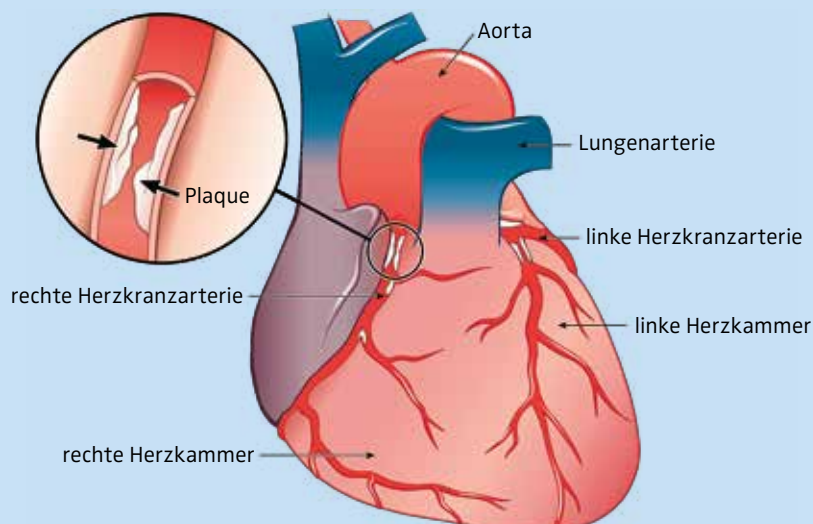
Deutlich seltener ist eine chronische Herzinsuffizienz auf Herzrhythmusstörungen (wie Vorhofflimmern), angeborene oder erworbene Herzfehler oder Herzmuskelschädigungen durch Entzündungen, Giftstoffe (insbesondere Alkohol) oder Medikamente zurückzuführen.

Koronare Herzkrankung

Bei Patienten mit einer „koronaren Herzkrankung“ sind die Herzkranzgefäße verengt, sodass der Herzmuskel nicht mehr ausreichend mit sauerstoffhaltigem Blut und Nährstoffen versorgt wird. Die Verengung kommt durch kalkhaltige Ablagerungen (= Plaques) in den Adern zustande. Diese Erkrankung wird auch Arteriosklerose genannt.

Die Entstehung einer Arteriosklerose wird durch Bluthochdruck, Zuckerkrankheit (= Diabetes mellitus), Rauchen, hohe Blutfettwerte und Bewegungsmangel begünstigt.

Vorderansicht eines Herzens mit verengten Herzkranzgefäßen



Das wichtigste Kennzeichen der koronaren Herzkrankheit ist ein Engegefühl in der Brust (= Angina pectoris), das auch mit Angst und Atemnot verbunden sein kann. Die Angina pectoris tritt vor allem bei körperlicher Belastung, seelischem Stress, plötzlicher Kälte oder auch nach einer reichhaltigen Mahlzeit auf. Die am meisten gefürchtete Komplikation der koronaren Herzerkrankung ist der Herzinfarkt. Bei einem Herzinfarkt ist ein Herzkranzgefäß komplett verschlossen und der Teil der Herzmuskulatur, der von diesem Gefäß versorgt wird, stirbt ab und vernarbt.

Die koronare Herzkrankheit kann somit auf zwei Wegen zu einer Schwächung der Herzmuskulatur und damit zur Herzinsuffizienz führen: durch eine langandauernde Unterversorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen bei Angina pectoris oder durch den Ersatz von Muskelgewebe durch Narbengewebe nach einem Herzinfarkt.

Bluthochdruck

Blutdruck wird gebraucht, um das Blut in den Adern am Fließen zu halten und den Körper mit sauerstoff- und nährstoffhaltigem Blut zu versorgen. Der Blutdruck wird durch die Pumpleistung des Herzens erzeugt. In der Pumpphase des Herzens (= Systole) ist der Blutdruck höher als in der Füllungsphase (= Diastole).

Eine Blutdruckmessung ergibt daher immer zwei Werte: einen höheren systolischen Wert und einen niedrigeren diastolischen Wert. Blutdruckwerte werden in Millimetern Quecksilbersäule angegeben (mmHg). Blutdruckwerte unter 140 mmHg systolisch und unter 90 mmHg diastolisch gelten als normal. In Situationen, in denen der Körper mehr sauerstoff- und nährstoffhaltiges Blut benötigt – z. B. beim Sport –, können die Messwerte auch weit darüber

liegen. Auch bei Stress oder Angst sind die Werte erhöht. Jedoch sinken sie bei gesunden Menschen wieder auf Werte unter 140/90 mmHg ab, wenn die Anstrengung oder die Aufregung beendet ist.

Bei Patienten mit krankhaftem Bluthochdruck sind die Werte dauerhaft über 140 mmHg systolisch und/oder 90 mmHg diastolisch. Hoher Blutdruck ist sehr häufig. In Deutschland hat ungefähr ein Drittel der 18- bis 79-jährigen Bevölkerung einen erhöhten Blutdruck. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen. Die Häufigkeit des Bluthochdrucks steigt im höheren Lebensalter an. Im Alter zwischen 70 und 79 Jahren haben etwa 70 von 100 Menschen einen erhöhten Blutdruck ².

In der Regel spüren die Patienten den erhöhten Blutdruck nicht. Ein dauerhaft erhöhter Blutdruck schädigt aber vor allem die kleinen Blutgefäße und kann zu Augen- und Nierenerkrankungen führen. Auch die Arteriosklerose wird durch einen zu hohen Blutdruck begünstigt.

Hoher Blutdruck kann auf zwei Wegen zur Entstehung einer Herzschwäche beitragen: einerseits überfordert die andauernd hohe Pumpleistung die Herzmuskulatur und andererseits trägt die Arteriosklerose zu einer koronaren Herzkrankheit mit Schädigung der Herzmuskulatur bei.

Bei neun von zehn Betroffenen wird trotz gründlicher ärztlicher Untersuchung keine eindeutige Ursache für den Bluthochdruck gefunden, der Bluthochdruck wird dann als „primär“ oder „essenziell“ bezeichnet. Es gibt jedoch Risikofaktoren, die die Entstehung von Bluthochdruck begünstigen. Hierzu gehören Übergewicht, erhöhter Alkoholkonsum, Stress, Rauchen und Bewegungsmangel ³.

Vorhofflimmern

Vorhofflimmern ist eine Herzrhythmusstörung, die erst einmal nicht lebensgefährlich ist. Bei einem Vorhofflimmern schlägt das Herz nicht im normalen Takt. Die Herzvorhöfe schlagen unregelmäßig und zu schnell. Dadurch werden die Herzkammern nur noch unvollständig mit Blut gefüllt. Sie pumpen dann auch weniger Blut in den Körper als normalerweise. Bei betroffenen Patienten kann sich dies als Herzschwäche bemerkbar machen; die körperliche Leistungsfähigkeit nimmt ab. Ein weiteres Problem ist das erhöhte Schlaganfallrisiko bei Patienten mit Vorhofflimmern. In den flimmernden Vorhöfen können sich Blutgerinnsel bilden, die dann mit dem Blutstrom in das Gehirn transportiert werden und dort ein Blutgefäß verstopfen. Dieses Geschehen wird auch als ischämischer Schlaganfall bezeichnet.

² Neuhauser H., Thamm M., Ellert U.: Blutdruck in Deutschland 2008–2011: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – DEGS1. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Mai 2013; 56 (5–6): 795–801.

³ Herold G. (Hg.): Innere Medizin 2017: Eine vorlesungsorientierte Darstellung unter Berücksichtigung des Gegenstandskataloges für die Ärztliche Prüfung; mit ICD 10-Schlüssel im Text und Stichwortverzeichnis. Köln: Gerd Herold; 2017. 997 S.





Vom Symptom zur Diagnose

Krankheitszeichen

Die Krankheitszeichen der Herzschwäche entwickeln sich bei der chronischen Herzinsuffizienz langsam, in der Regel über Wochen und Monate. Die meisten Patienten bemerken, dass sich die körperliche Leistungsfähigkeit verschlechtert. Dies macht sich z. B. durch Kurzatmigkeit und Luftnot bei körperlichen Anstrengungen bemerkbar oder auch als allgemeines Schwächegefühl und Abgeschlagenheit. Ein anderes häufig auftretendes Krankheitszeichen sind Wassereinlagerungen (= Ödeme) an Füßen, Knöcheln oder Beinen. Seltener werden von den Patienten Symptome wie trockener Husten, häufiges nächtliches Wasserlassen, Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, Bauchbeschwerden oder Gedächtnisstörungen und Verwirrheitszustände berichtet ⁴.

Alle Krankheitszeichen können aber auch bei anderen Erkrankungen auftreten, sodass weitere Untersuchungen durchgeführt werden müssen, um die Diagnose „Chronische Herzinsuffizienz“ abzusichern.

Woher kommen die Symptome?

Bei den meisten Patienten beginnt die Herzinsuffizienz mit einer Pumpschwäche der linken Herzkammer. Dadurch staut sich einerseits das Blut zurück in den Lungenkreislauf und andererseits wird nicht genug sauerstoffreiches Blut in den Körperkreislauf gepumpt. Die Betroffenen leiden unter Atemnot bei körperlicher Belastung, nächtlichem Erwachen mit Atemnot und Hustenreiz. Eventuell sind auch Rasselgeräusche beim Atmen zu hören. Weiterhin macht sich die ungenügende Versorgung des Körperkreislaufs mit sauerstoffreichem Blut als Müdigkeit, Schwächegefühl oder Schwindel bemerkbar.

Schreitet die Erkrankung fort, wird auch die rechte Herzhälfte in Mitleidenschaft gezogen. Weil das sauerstoffarme Blut nicht mehr in die gefüllte Lunge gepumpt werden kann, staut sich das Blut zurück in den Körperkreislauf. Die Betroffenen bemerken geschwollene Füße, Knöchel oder Beine, die durch Wassereinlagerungen zustande kommen. Drückt man mit dem Finger in das geschwollene Gewebe, bleibt eine Delle bestehen. Im Liegen, z. B. nachts im Bett, bilden sich die Wassereinlagerungen zurück – die Betroffenen verspüren einen nächtlichen Harndrang.

⁴ NVL Herzinsuffizienzen

Schweregrade

Anhand der Beschwerden, die ein Patient verspürt, wird die Herzinsuffizienz in vier Schweregrade eingeteilt. Die Einteilung wurde von der amerikanischen New York Heart Association (= NYHA) zusammengestellt, man spricht daher auch von NYHA-Stadien (s. Tabelle).

Anhand der NYHA-Stadien wird entschieden, welche Behandlung ein Patient mit Herzinsuffizienz benötigt. Je nachdem, wie gut eine Behandlung greift, kann sich die Zuordnung eines Patienten zu einem NYHA-Stadium im Lauf der Zeit ändern.

Eine plötzliche, innerhalb von wenigen Tagen auftretende deutliche Verschlechterung der Symptome wird „Dekompensation“ genannt. Sie macht sich durch eine rapide abnehmende körperliche Belastbarkeit und eventuell Gewichtszunahme durch vermehrte Wassereinlagerungen bemerkbar.

Verlauf

Eine chronische Herzinsuffizienz, die durch Schädigungen der Herzmuskulatur verursacht wird, ist nicht heilbar. Die Symptome lassen sich in der Regel aber durch geeignete Behandlungsmaßnahmen über lange Zeit gut kontrollieren. Unabhängig vom Schweregrad der Herzinsuffizienz hängt die Wirksamkeit der zumeist komplexen Behandlung von der Akzeptanz und aktiven Mitwirkung der Patienten und ihrer Bezugspersonen ab. Wie ein individueller Krankheitsverlauf sein wird, lässt sich nicht pauschal vorhersagen – er wird vor allem von der auslösenden Grunderkrankung und den Begleiterkrankungen geprägt, die bei dem betreffenden Patienten vorliegen. Am besten kann der Arzt den Verlauf abschätzen, der einen Überblick über alle Erkrankungen und Behandlungen eines Patienten hat. In der Regel wird dies der Hausarzt sein.

	NYHA-Stadium	Beschwerden
	I asymptomatisch	Herzerkrankung ohne Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit.
	II leicht	Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Anstrengungen wie Bergaufgehen oder Treppensteigen verursachen Beschwerden wie Erschöpfung, Herzrhythmusstörungen, Luftnot oder Angina Pectoris (= Engegefühl der Brust)
	III mittelschwer	Herzerkrankung mit stärkerer Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Geringe Belastungen wie z. B. Gehen in der Ebene verursachen Beschwerden wie Erschöpfung, Herzrhythmusstörungen, Luftnot oder Angina Pectoris (= Engegefühl der Brust). In Ruhe bestehen keine Beschwerden.
	IV schwer	Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe.

Untersuchungen

Laboruntersuchungen

Ein Basisprogramm an Laboruntersuchungen von Blut und Urin wird bei Patienten mit Verdacht auf Herzinsuffizienz durchgeführt, um andere Ursachen für die Krankheitszeichen auszuschließen und um mögliche Begleiterkrankungen zu erkennen.



Basisprogramm Laboruntersuchungen

Die Laboruntersuchungen des Basisprogramms können dem behandelnden Arzt Hinweise auf Erkrankungen geben, die entweder Ursache der beobachteten Krankheitszeichen sind oder die bei der Behandlung berücksichtigt werden müssen. Folgende Untersuchungen gehören zum Basisprogramm:

Blutbild	Die Anzahl weißer und roter Blutkörperchen wird gezählt, die Menge des roten Blutfarbstoffs wird bestimmt. Das Blutbild kann Hinweise auf eine Blutarmut (Anämie) und Entzündungen im Körper geben.
Serumelektrolyte	Der Gehalt des Blutes an Natrium und Kalium wird bestimmt. Die Werte geben Auskunft über den Wasserhaushalt des Körpers und die Funktion der Nieren. Zu hohe oder zu niedrige Werte können auch Herzrhythmusstörungen auslösen.
Serumkreatinin	Der Wert gibt Auskunft über die Nierenfunktion.
Leberenzyme	Die Werte geben Auskunft über die Leberfunktion.
Nüchternblutzucker	Ein zu hoher Wert weist auf das Vorliegen einer Zuckerkrankheit (= Diabetes) hin.
Urinstatus	Kann Hinweise auf Erkrankungen der Harnwege, Niere, Leber und des Stoffwechsels geben.

Elektrokardiogramm (EKG)

Als nächste Untersuchung wird ein Elektrokardiogramm (EKG) durchgeführt. Beim EKG werden die Herzströme aufgezeichnet. Bei komplett unauffälligem EKG ist eine Herzinsuffizienz unwahrscheinlich. Ein EKG kann in Ruhe, am liegenden Patienten, oder unter Belastung, z. B. auf einem Fahrradergometer, aufgezeichnet werden. Auffällige EKG-Befunde sichern zwar nicht die Diagnose Herzinsuffizienz, können jedoch Hinweise auf mögliche Ursachen geben. Im EKG kann der Arzt u. a. Herzrhythmusstörungen erkennen und Hinweise auf Schädigungen des Herzmuskels erhalten. So hinterlassen beispielsweise ein überstandener Herzinfarkt oder eine aufgrund von Muskelschwäche ausgeweitete Herzkammer deutliche Zeichen im EKG. Das Belastungs-EKG gibt Aufschluss über die Veränderung der Herzaktivität unter dieser zunehmenden Belastung. Der Arzt kann mithilfe dieser Untersuchung auch eine ungefähre Aussage zur Belastbarkeit des Patienten machen; dies kann z. B. bei der Planung eines Sportprogramms hilfreich sein.

Herz-Ultraschall (Echokardiografie)

Die wichtigste Untersuchung zur Erkennung einer Herzinsuffizienz ist eine Ultraschalluntersuchung des Herzens, die Echokardiografie. Bei dieser Untersuchung kann der Arzt das Herz in Aktion beobachten. Er kann direkt sehen, wie beweglich und kräftig die Herzmuskulatur ist, ob sich die Herzkammern ordnungsgemäß füllen und wieder

entleeren und ob sich die Herzklappen reibungslos öffnen und schließen. Außerdem kann mit dem Herz-Ultraschall gemessen werden, wie viel Blut das Herz mit jedem Herzschlag in den Kreislauf pumpt.

Für die Echokardiographie wird der Ultraschallkopf auf die Brust des Patienten aufgesetzt, es entsteht keine Strahlenbelastung. Auch diese Untersuchung kann sowohl in Ruhe als auch unter Belastung durchgeführt werden.

Aus den Bildern der Echokardiographie wird die Ejektionsfraktion vom Computer berechnet.

Ejektionsfraktion (EF)

Die Ejektionsfraktion (abgekürzt EF) – auch Auswurf fraktion genannt – ist ein Wert, der Auskunft über die Pumpleistung des Herzens gibt. Mit jedem Herzschlag wird ein Teil des Blutes, das sich in der gefüllten Herzkammer befindet, in den Körper ausgepumpt. Dieser Anteil an der gesamten Blutmenge, die sich im Herzen befindet, wird als Ejektionsfraktion bezeichnet und in Prozent angegeben. Auch bei herzgesunden Menschen wird nie die gesamte Herzkammer leergepumpt, sondern nur etwa zwei Drittel der Blutmenge (67 %) werden abgegeben. Etwa ein Drittel bleibt als Reserve zurück. Wird pro Herzschlag weniger als die Hälfte des in der Herzkammer vorhandenen Blutes ausgepumpt (Ejektionsfraktion kleiner 50 %), ist dies ein Zeichen für eine Herzschwäche. Als gesichert und behandlungsbedürftig gilt die Herzinsuffizienz, wenn die Auswurfleistung unter 40 % liegt.



Behandlung

Bei der Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz geht es hauptsächlich um eine Verbesserung der Symptomatik und der Lebensqualität sowie um eine Verlangsamung des Krankheitsfortschritts. Die Behandlung setzt sich aus einer konservativen nicht-medikamentösen und einer begleitenden medikamentösen Therapie zusammen. Für Patienten mit bestimmten Herzrhythmusstörungen stehen in Einzelfällen operative Verfahren zur Verfügung. Wichtig ist jedoch, dass immer die Grunderkrankung, also die Ursache für die Herzinsuffizienz, erkannt und auch behandelt wird.

Grundvoraussetzung für eine wirksame Behandlung ist immer die aktive Mitwirkung des Betroffenen und gegebenenfalls seiner Bezugspersonen an der Therapie.

Allgemeine Empfehlungen als Basis für eine erfolgreiche Therapie:

- tägliche körperliche Bewegung im Alltag,
- Teilnahme an speziellen Sportprogrammen,
- Mäßigung des Alkoholkonsums,
- ein völliger Verzicht auf das Rauchen,
- Schutzimpfungen und
- im fortgeschrittenen Stadium Anpassung der Flüssigkeitsaufnahme.

Körperliche Aktivität im Alltag

Infolge der Herzinsuffizienz sind die Betroffenen im Alltagsleben meist nicht mehr so belastbar. Dies äußert sich z. B. durch Kurzatmigkeit oder Erschöpfung und Herzschmerzen nach körperlichen Anstrengungen. Es hat sich aber gezeigt, dass Betroffene, die regelmäßig körperliche Aktivitäten in ihr tägliches Leben einbauen, davon profitieren. Bewegung wirkt sich positiv auf das Herz-Kreislauf-System, einen erhöhten Blutdruck und den Stoffwechsel aus.

Empfehlenswert sind hier besonders Sportarten, bei denen viel Bewegung unter geringem Kraftaufwand möglich ist. Dazu zählen unter anderem:

- Spaziergehen oder Wandern,
- Nordic Walking,
- Radfahren (ohne zu viele Steigungen) und
- bei Patienten in körperlich guter Verfassung auch Skilanglauf.

Auch das tägliche Treppensteigen oder die Gartenarbeit sind gute Möglichkeiten den Alltag aktiver zu gestalten. Sprechen Sie aber vorher unbedingt mit Ihrem Arzt, um Ihre aktuelle Belastungsgrenze festzulegen. Ihr Arzt wird regelmäßig prüfen, ob Sie von einer Steigerung der körperlichen Aktivität gesundheitlich profitieren.

Gezieltes körperliches Training

Neben einer aktiven Lebensweise ist die Teilnahme an speziellen Trainingsprogrammen für Betroffene mit Herzinsuffizienz empfehlenswert. Diese Sportgruppen werden von geschultem Personal geleitet und die Trainingseinheiten auf den jeweiligen Gesundheitszustand des einzelnen Teilnehmers abgestimmt. In Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich die generelle Belastbarkeit der Teilnehmer erhöht und die Lebensqualität der Betroffenen zunimmt.

Vor Beginn eines speziellen Trainingsprogramms steht jedoch immer die Prüfung von Gegenanzeigen, wie z. B. Herzmuskelentzündung, frischer Herzinfarkt oder auch Herzrhythmusstörungen.

Mithilfe eines Belastungstests wird Ihre aktuelle Belastbarkeit erfasst. Sie dient als Grundlage für die Erstellung Ihres individuellen Trainingsprogramms. Wenig trainierte Personen beginnen vorsichtig, mit einem täglichen leichten Ausdauertraining von 5-10 Minuten. Im Verlauf wird angestrebt, das Training auf ein moderates Ausdauertraining von 20-30 Minuten drei bis viermal pro Woche zu steigern. Dies kann durch ein dynamisches Krafttraining zwei Mal die Woche ergänzt werden. Dabei muss die Intensität des Trainings an die individuelle Belastbarkeit des Patienten angepasst werden. Ihr Arzt überprüft regelmäßig, ob Sie von der Steigerung der körperlichen Aktivität profitieren.

Nicht empfehlenswert sind Sportarten, bei denen der Brustkorb stark zusammengepresst wird, wie z. B. Liegestützen, Kniebeugen oder schweres Hanteltraining. Wenn Sie diese Sportarten dennoch ausüben wollen, lassen Sie sich unbedingt gezielte Atemtechniken zeigen, die eine Pressatmung verhindern.

Auch Ihre hkk kann Sie mit gezielten Angeboten unterstützen.

Alkoholkonsum

Alkoholische Getränke stehen im Verdacht, die Herzmuskulatur zu schädigen und Herzrhythmusstörungen zu begünstigen. Zudem kann Alkohol den Blutdruck erhöhen und eine Schlafapnoe (Atempausen im Schlaf) fördern. Auch geringe Mengen können zur Verursachung von körperlichen Erkrankungen beitragen. Daher wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit eine Reduzierung des Alkoholkonsums unabhängig davon, wie hoch die Trinkmenge ist, empfohlen.

Sollte die Herzinsuffizienz jedoch auf einen chronischen Alkoholkonsum zurückzuführen sein, sollte unbedingt eine Alkoholabstinenz eingehalten werden. Wenn Ihr Arzt mit Ihnen über Ihren Alkoholkonsum spricht, seien Sie bitte ehrlich.

Rauchen aufgeben

Menschen mit einer chronischen Herzinsuffizienz sollten nach Möglichkeit mit dem Rauchen aufhören. Das in dem Zigarettenrauch enthaltene Kohlenmonoxid wird in den roten Blutzellen gespeichert und behindert dadurch die Aufnahme von Sauerstoff. Die Folge ist, dass der ganze Körper unzureichend mit Sauerstoff versorgt wird. Weniger Sauerstoff bedeutet weniger Energie und eine Verschlechterung der Symptome. Auch wirkt sich Rauchen negativ auf den Blutdruck aus und verschlimmert die Symptome einer koronaren Herzkrankheit. Dies schließt auch den Konsum von E-Zigaretten und alternativer Tabakprodukte, wie z. B. Wasserpfeifen (Shishas) oder Tabakerhitzer, ein. Der Rauchverzicht sollte auch das Meiden einer durch andere Menschen verrauchten Umgebung einschließen.

Wenn Sie Unterstützung zur Rauchentwöhnung benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt oder an die hkk.

Schutzimpfungen

Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz sollten nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission geimpft werden. Besonderer Wert sollte auf eine Auffrisch- bzw. Nachholimpfung z. B. gegen Pneumokokken und eine jährliche Gripeschutzimpfung gelegt werden. Beide Erkrankungen stellen eine erhebliche Belastung für das Herz-Kreislauf-System dar.

Wenn Sie sich impfen lassen wollen oder unsicher über Ihren aktuellen Impfstatus sind, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt – möglichst unter Vorlage Ihres Impfpasses.

Flüssigkeitsaufnahme

Patienten mit Herzinsuffizienz sollten darauf achten, wie viel Flüssigkeit sie pro Tag zu sich nehmen. So muss das Herz mehr Pumpleistung erbringen, wenn zu viel getrunken wird – und es besteht die Gefahr, dass sich Wassereinlagerungen in der Lunge und in den Beinen bilden.

Die Flüssigkeitsmenge, die ein Patient mit Herzinsuffizienz täglich aufnehmen sollte, richtet sich nach dem aktuellen Gesundheitszustand und der Nierenfunktion. Allgemein wird eine tägliche Zufuhr von 1,5 bis 2 Litern als unproblematisch angesehen. Eine hohe Flüssigkeitsaufnahme von mehr als 3 Litern täglich sollte vermieden werden. Bei Betroffenen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium III-IV) kann eine weitere Reduzierung der Trinkmenge notwendig werden.

Ob bei Ihnen eine Begrenzung der Trinkmenge erforderlich ist, wird Ihr Arzt mit Ihnen besprechen.

Medikamentöse Therapie

Zur Behandlung der Herzinsuffizienz stehen in Deutschland verschiedene Medikamentengruppen zur Verfügung. Im Rahmen des hkk-Behandlungsprogramms werden vorrangig solche Medikamente verwendet, die sich in Langzeitstudien als wirksam und sicher erwiesen haben. Welche dieser Medikamente für Sie in Ihrer Situation die richtigen sind, wird Ihr Arzt mit Ihnen besprechen.

Das oberste Ziel der medikamentösen Therapie ist die Verbesserung des Verlaufs und der Symptomatik der Erkrankung.

Prognoseverbessernde Medikamente

ACE-Hemmer

ACE-Hemmer bewirken eine Weitstellung von Blutgefäßen, sodass das Herz nicht so viel Kraft aufwenden muss, um das Blut durch den Körper zu pumpen. Gleichzeitig wird auch der Blutdruck gesenkt. ACE-Hemmer werden grundsätzlich für alle Patienten mit Herzinsuffizienz empfohlen, unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung.

Medizinische Info

ACE steht für „Angiotensin Converting Enzyme“. Die Medikamente hemmen bzw. verhindern, dass das körpereigene Angiotensin I in Angiotensin II umgewandelt wird. Angiotensin II sorgt dafür, dass sich die Blutgefäße im Körper zusammenziehen. Dadurch muss das Herz mehr Kraft aufwenden und stärker pumpen, um das Blut im Körper zu verteilen.

Es wird bei der Behandlung mit ACE-Hemmern darauf geachtet, dass mit einer sehr niedrigen Dosierung begonnen und die Dosis dann je nach Verträglichkeit gesteigert wird.

Wie alle Medikamente haben auch ACE-Hemmer unerwünschte Wirkungen. Bei etwa 5 bis 10 von 100 Behandelten tritt ein trockener Reizhusten auf, der so lästig sein kann, dass das Medikament abgesetzt werden muss. Weitere Nebenwirkungen sind:

- Schwindel,
- Schlafstörungen,
- Übelkeit und Erbrechen,
- Hautausschläge.

Auch muss die Nierenfunktion regelmäßig (alle drei bis sechs Monate) durch Ihren behandelnden Arzt überprüft werden.

Angiotensin-1-Rezeptor-Antagonisten (ARB) oder Angiotensinrezeptorblocker

Angiotensin-1-Rezeptor-Antagonisten (ARB) bewirken (wie die ACE-Hemmer) eine Weitstellung von Blutgefäßen, sodass das Herz nicht so viel Kraft aufwenden muss, um das Blut durch den Körper zu pumpen. Gleichzeitig wird der Blutdruck gesenkt.

Das Medikament stellt eine Alternative zu ACE-Hemmern dar, wenn deren unerwünschte Wirkungen, z. B. der trockene Husten, eine zu große Belastung für die Patienten darstellt.

Medizinische Info

ARB blockieren die Andockstellen (Rezeptoren) für das Angiotensin-1. Dadurch kann das Angiotensin 1 seine zusammenziehende Wirkung auf die Gefäße nicht mehr entfalten.

Auch unter der Einnahme von ARB können unerwünschte Wirkungen auftreten. Dazu gehören:

- Schwindel/Drehschwindel,
- Schwäche und Müdigkeit,
- Ateminfektionen,
- Niedriger Blutdruck.

Außerdem kann es zur Verschlechterung der Nierenfunktion und zur Erhöhung der Kaliumkonzentration im Blut kommen. Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktion sind daher wichtig.

Angiotensin-Neprilysin-Inhibitor (ARNI)

Der Angiotensin-Neprilysin-Inhibitor (ARNI) bewirkt als Kombinationsmedikament eine Senkung des Blutdrucks und fördert die Wasserausscheidung. Das Medikament wird für Patienten empfohlen, die unter der Behandlung mit ACE-Hemmern/ARB, Beta-Rezeptorenblockern und MRAs weiterhin Symptome haben. Bei diesen Patienten kann der ACE-Hemmer/ARB gegen das ARNI ausgetauscht werden.

Medizinische Info

ARNI ist ein relativ neues Kombinationsmedikament, welches sich aus den Wirkstoffen Sacubitril und Valsartan zusammensetzt. Valsartan ist ein Angiotensin-1-Rezeptor-Antagonist und sorgt somit für die Weitstellung der Gefäße. Sacubitril ist ein Neprilysin-Inhibitor und blockiert das Enzym Neprilysin. Das Enzym baut Hormone ab, die Einfluss auf den Blutdruck und den Wasserhaushalt haben. Infolgedessen kommt es zu einer Senkung des Blutdrucks und der vermehrten Ausscheidung von Wasser über die Nieren.



An sehr häufigen Nebenwirkungen wurden bisher beobachtet:

- starkes Absinken des Blutdrucks,
- Nierenfunktionsstörungen,
- Anstieg der Kaliumwerte im Blut.

Langzeitergebnisse zur Verträglichkeit liegen zu diesem Medikament bisher nicht vor.

Eine schwerwiegende Nebenwirkung, die gelegentlich auftritt (1 von 100 Behandelten betreffen), ist das Angioödem. Wenn Sie Anzeichen bei sich bemerken, brechen Sie die Einnahme bitte ab und begeben Sie sich umgehend in medizinische Behandlung.

Medizinische Info

Unter Angioödem versteht man das plötzliche Anschwellen der Haut und/oder der Schleimhäute. Diese Schwellungen können überall am Körper auftreten, jedoch sind besonders häufig Augenlider, Lippen oder Zunge betroffen. Schwellungen im Mundbereich können lebensbedrohlich werden.

Beta-Rezeptorenblocker (Betablocker)

Beta-Rezeptorenblocker bewirken eine Verlangsamung des Herzschlages und eine Senkung des Blutdrucks. Dadurch kann das Herz effektiver arbeiten und wird entlastet. Beta-Rezeptorenblocker werden allen Betroffenen empfohlen, die Symptome einer Herzinsuffizienz aufweisen und deren Krankheitsverlauf keinen starken Schwankungen unterliegt.

Medizinische Info

Bei körperlichen und geistigen Belastungen (=Stress) werden vom Körper Stresshormone (Adrenalin und Noradrenalin) freigesetzt. Diese binden an spezielle Andockstellen (=Rezeptoren) und bewirken eine Beschleunigung des Herzschlages und eine Erhöhung des Blutdrucks. Durch die Blockade von Stresshormonrezeptoren, den Beta-Rezeptoren, wird die Wirkung der körpereigenen Stresshormone abgeschwächt – Blutdruck und Puls sinken.

Bei der Behandlung ist darauf zu achten, dass mit einer sehr niedrigen Dosierung begonnen und die Dosis dann je nach Verträglichkeit gesteigert wird. Ein plötzliches Absetzen sollte auf jeden Fall vermieden werden, da es sonst zu übermäßigen Blutdruckanstiegen, Herzasen und Herzrhythmusstörungen kommen kann. Diese können die Symptome der Herzinsuffizienz verstärken.

Bekannte unerwünschte Wirkungen der Beta-Rezeptorenblocker sind:

- Schwindel und Erschöpfungszustände,
- starke Blutdruckabsenkungen,
- Verringerung der Herzfrequenz,
- Atemnot bei Belastung.

Wichtig

Bitte sprechen Sie immer mit Ihrem Arzt, falls unerwünschte oder unerwartete Wirkungen auftreten. Setzen Sie Beta-Rezeptorenblocker niemals eigenmächtig ab, da dies zu einer Gegenregulation des Kreislaufs mit übermäßigem Blutdruckanstieg, Angina pectoris-Anfällen und sogar Herzinfarkt führen kann. Diese Gegenregulation ist umso ausgeprägter, je länger Sie vorher den Beta-Rezeptorenblocker eingenommen haben. Sprechen Sie Ihren Arzt auf die Nebenwirkungen an, damit er die Dosis ändern oder Ihnen eventuell ein anderes Präparat geben kann.

Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (auch: Aldosteron-Antagonisten genannt)

Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (MRAs) schützen das Herzgewebe vor Umbauprozessen und wirken in höherer Dosierung harntreibend. Dadurch wird die Herzmuskelkraft unterstützt und Wassereinlagerungen im Körper werden ausgeschwemmt.

MRAs werden oft in Kombination mit ACE-Hemmern, ggf. Angiotensin-1-Rezeptor-Antagonisten (ARB) und Beta-Rezeptorenblockern verordnet. Sie werden für alle Betroffenen mit einer Ejektionsfraktion der linken Herzhauptkammer (Linksventrikuläre Ejektionsfraktion = LVEF) von weniger als 30 % empfohlen, die trotz optimaler Therapie Symptome einer Herzinsuffizienz aufweisen.

Medizinische Info

Mineralokortikoide (wie Aldosteron) sind körpereigene Hormone, welche unter anderem den narbigen Umbau von Herzgewebe fördern. Außerdem bewirken sie das Zurückhalten von Wasser im Körper. Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten verhindern, dass die Mineralokortikoide ihre Wirkung entfalten können.

Auch hier wird bei der Behandlung darauf geachtet, dass mit einer sehr niedrigen Dosierung begonnen und die Dosis dann je nach Verträglichkeit gesteigert wird.

Zu Beginn einer Behandlung mit MRAs kann es zur Erhöhung der Kaliumwerte im Blut kommen. Dies kann das Auftreten von Herzrhythmusstörungen bewirken. Daher müssen in der Einstellungsphase vierwöchentlich die Kaliumwerte im Blut kontrolliert werden, danach regelmäßig alle vier Monate.

Weitere unerwünschte Wirkungen sind:

- Nierenfunktionsstörungen,
- Schwindel und Bewusstseinsverlust,
- Husten,
- Verstopfung oder Durchfall,
- Hautausschläge,
- Muskelkrämpfe und Muskelschmerzen.

SGLT2-Inhibitoren (SGLT2-Hemmer/ Glifozine)

SGLT-2-Inhibitoren hemmen ein Protein in der Niere, wodurch der Körper vermehrt Glukose (Traubenzucker) ausscheidet. Damit nimmt der langfristige Glukosespiegel ab. Weiterhin wird der Blutdruck leicht gesenkt und das Körpergewicht reduziert (bis ca. zwei Kilogramm). Daher werden SGLT-2-Inhibitoren hauptsächlich zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 eingesetzt, können aber auch den Krankheitsverlauf einer chronischen Herzinsuffizienz positiv beeinflussen. SGLT-2-Inhibitoren werden für Patienten empfohlen, die unter der Behandlung mit ACE-Hemmern, Angiotensin-1-Rezeptor-Antagonisten (ARB), Beta-Rezeptorenblockern und ggf. MRAs weiterhin Symptome haben. Patienten, die bereits neben der chronischen Herzinsuffizienz an einem Diabetes mellitus Typ 2 oder einer chronischen Niereninsuffizienz leiden, können SGLT-2-Inhibitoren auch bereits zu Beginn der Therapie erhalten.

Bekannte unerwünschte Wirkungen der SGLT2-Inhibitoren sind:

- Harnwegsinfektionen,
- Infektionen im Intimbereich,
- erhöhte Urinausscheidung,
- Dehydration (zu wenig Flüssigkeit im Körper),
- Ketoazidose (Stoffwechselstörung durch Insulinmangel).

Symptomverbessernde medikamentöse Therapie und weitere Medikamente

Ivabradin

Ivabradin bewirkt eine Verlangsamung der Herzschlagfolge. Das Herz kann effizienter arbeiten und wird dadurch entlastet.

Medizinische Info

Das regelmäßige Schlagen des Herzens wird auch als Sinusrhythmus bezeichnet. Bei Erwachsenen schlägt das Herz in Ruhe etwa 60- bis 80-mal pro Minute in gleichbleibenden Abständen.

Im Vergleich zu den Beta-Rezeptorenblockern hat Ivabradin jedoch keine blutdrucksenkende Wirkung. Daher wird es nur für Patienten empfohlen, die trotz Behandlung mit ACE-Hemmern, Beta-Rezeptorenblockern und MRAs eine Ejektionsfraktion der linken Herzhauptkammer (Linksventrikuläre Ejektionsfraktion = LVEF) von weniger als 35 % und andauernde Symptome einer Herzinsuffizienz aufweisen. Auch Patienten, die keine Beta-Rezeptorenblocker vertragen, können stattdessen mit Ivabradin behandelt werden. Voraussetzung für die Behandlung mit Ivabradin ist ein stabiler Sinusrhythmus und eine Herzfrequenz in Ruhe von mehr als 75 Schlägen pro Minute.

Medizinische Info

Ivabradin wirkt direkt auf den körpereigenen Herzschrittmacher (= Sinusknoten), der den Takt für die Herzschlagfolge angibt. Die elektrischen Impulse des Sinusknotens werden an die Herzkammern weitergeleitet und bewirken dadurch das regelmäßige Schlagen des Herzens. Ivabradin hemmt die elektrische Erregung im Sinusknoten und reduziert dadurch die Schlagfrequenz des Herzens.

Bekannte unerwünschte Wirkungen von Ivabradin sind:

- die Wahrnehmung von visuellen Lichtphänomenen (z. B. Lichtblitze, Lichtkränze oder ein plötzlicher Wechsel der Lichtstärke),
- Kopfschmerzen,
- Schwindel,
- eine Verlangsamung der Herzfrequenz,
- Unkontrollierter Blutdruck.

Diuretika

Diuretika werden zur Ausschwemmung von Wasser dem Körper eingesetzt. Das Wasser wird über die Nieren ausgeschieden. Dadurch wird das Herz entlastet. Wenn bereits eine Atemnot durch Rückstau von Wasser in die Lunge besteht, wird diese durch die Einnahme von Diuretika gebessert.

Diuretika sollten bei allen Betroffenen eingesetzt werden, die Stauungszeichen aufweisen z. B. bei Wasseransammlungen an Fußrücken und Knöcheln, aber auch im Bauch oder in der Lunge.

Durch die vermehrte Ausscheidung von Körperflüssigkeiten kann es zu Veränderungen in der Zusammensetzung der Blutsalze (insbesondere Kalium und Magnesium) kommen. Daher ist auch hier eine regelmäßige Kontrolle der Blutwerte wichtig.

Bekannte weitere unerwünschte Wirkungen sind:

- Erhöhte Blutfettwerte,
- Juckender Hautausschlag,
- Verminderter Appetit oder Übelkeit und Erbrechen,
- Schwindel und Ohnmachtsanfälle,
- Potenzprobleme.

Herzglykoside (Digitalis)

Herzglykoside gehören zu den ältesten Mitteln gegen die Herzschwäche. Sie verlangsamen den Herzschlag und stärken die Herzkraft. Hierdurch kann das Herz effizienter arbeiten.

Heutzutage werden Herzglykoside nur noch als Reserve-medikamente bei schwer kranken Patienten eingesetzt, da ihre Wirksamkeit im Vergleich zu den modernen Medikamenten deutlich schwächer ist, die unerwünschten Wirkungen dagegen häufig.

Eine Ausnahme bilden Patienten mit Vorhofflimmern, die trotz einer Behandlung mit Beta-Rezeptorenblockern noch eine sehr schnelle und unregelmäßige Herzschlagfolge haben.

Herzglykoside können bei Überdosierung zu Vergiftungserscheinungen (Verwirrtheit, Sehstörungen, Übelkeit) führen.

Weiter können folgende Nebenwirkungen auftreten:

- Übelkeit,
- Schwindel,
- Kopfschmerzen,
- Magen-Darm-Verstimmungen,
- Herzrhythmusstörungen.

Orale Antikoagulationstherapie

Diese Behandlung kommt nur für Patienten infrage, die unter einer speziellen Form von Herzrhythmusstörungen, dem so genannten Vorhofflimmern, leiden. Patienten mit Vorhofflimmern haben ein besonders hohes Risiko, dass sich in den flimmernden Herzvorhöfen Blutgerinnsel bilden, die dann mit dem Blutstrom in das Gehirn transportiert werden und einen Schlaganfall auslösen.

Unter oraler Antikoagulationstherapie wird eine Behandlung mit Medikamenten verstanden, die die Blutgerinnung beeinflussen. Mit oralen Antikoagulanzen kann das Schlaganfallrisiko gesenkt werden.

Zurzeit werden zwei Medikamentengruppen eingesetzt: die Vitamin-K-Antagonisten, die die Bildung von Blutgerinnungsfaktoren in der Leber unterbinden, und die direkten Antikoagulanzen, die die Wirkung der Blutgerinnungsfaktoren blockieren.

Ob Sie Blutgerinnungshemmer brauchen und welche Medikamente für Sie infrage kommen, wird Ihr Arzt mit Ihnen besprechen.

Alle Medikamente auf einen Blick

Patienten, die an einer Herzinsuffizienz leiden, müssen oft eine Vielzahl von Medikamenten einnehmen. Leiden sie dann zusätzlich noch an weiteren Krankheiten, kommen schnell fünf oder mehr unterschiedliche Medikamente zusammen, die täglich eingenommen werden müssen. Damit alle Medikamente ihre optimale Wirkung entfalten können und sich nicht gegenseitig behindern, muss Ihr behandelnder Arzt diese kennen. Sobald Sie fünf oder mehr Präparate dauerhaft einnehmen, steht Ihnen im Rahmen des hkk-Behandlungsprogramms ein Medikamentenplan zu. Dieser wird mindestens einmal jährlich auf seine Aktualität geprüft. Der Plan hilft Ihnen und Ihrem Arzt, sich einen besseren Überblick über die Medikamente, ihre Wirkungen und mögliche Wechsel- oder unerwünschte Wirkungen zu verschaffen.

Daher ist es wichtig, dass Sie Ihren Arzt auch über Medikamente informieren, die Sie von anderen Ärzten verschrieben bekommen oder die Sie sich selbst kaufen. Gemeinsam besprechen Sie, wie Sie die Medikamente vertragen, ob alles so bleiben kann oder Änderungen der Verordnung notwendig sind. Dies kann beispielsweise bei Einschränkungen der Nierenfunktion erforderlich sein. Spezielle Fragestellungen klärt Ihr Arzt gegebenenfalls mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Ärzten. Wenn Sie es wünschen, erhalten Sie ein Exemplar der Medikamentenliste für Ihre Unterlagen.

Wichtig

Bitte informieren Sie Ihren Arzt über alle von Ihnen eingenommenen Medikamente, auch über solche, die Sie aufgrund ggf. anderer vorliegender Erkrankungen einnehmen.

Interventionelle Verfahren

Medizinische Info

Als „interventionelle Verfahren“ werden Behandlungsmethoden bezeichnet, die Eingriffe (= Interventionen) an erkrankten Körperteilen vornehmen. Hierzu gehören z. B. Operationen oder das Einlegen von Sonden über einen Herzkatheter.

Bei einigen Patienten, bei denen Herzrhythmusstörungen eine wesentliche Ursache für die Herzinsuffizienz sind, können die Symptome der Herzinsuffizienz mit speziellen Herzschrittmachern oder einem einpflanzbaren (= implantierbaren) Defibrillator gebessert werden.

Kardiale Resynchronisationstherapie

Normalerweise wird das Pumpen des Herzens von einem körpereigenen Herzschrittmacher (= Sinusknoten) reguliert, der elektrische Impulse abgibt. Vom Sinusknoten breitet sich der elektrische Impuls über spezielle Leitungsfasern bis in die Muskulatur der Herzkammern aus. Diese Ausbreitung ist bei einigen Patienten mit Herzinsuffizienz gestört. Wenn die linke Herzhälfte betroffen ist, spricht man auch von einem „Linksschenkelblock“. Die einseitige

Blockade der Reizausbreitung kann dazu führen, dass die linke und die rechte Herzkammer nicht synchron, sondern zeitlich versetzt pumpen. Darunter leidet die Herzleistung.

Bei Patienten mit einem Linksschenkelblock kann mit einem speziellen Herzschrittmacher die synchrone Pumpfunktion wiederhergestellt werden. Der spezielle Schrittmacher stimuliert die linke und die rechte Herzkammer gleichzeitig, manchmal auch noch den Vorhof. Der Herzschrittmacher wird in örtlicher Betäubung eingesetzt. Die Sonden zur Stimulation liegen im Herzen, die Batterie wird unter die Haut platziert. Die Funktion des Gerätes muss alle drei Monate kontrolliert werden.

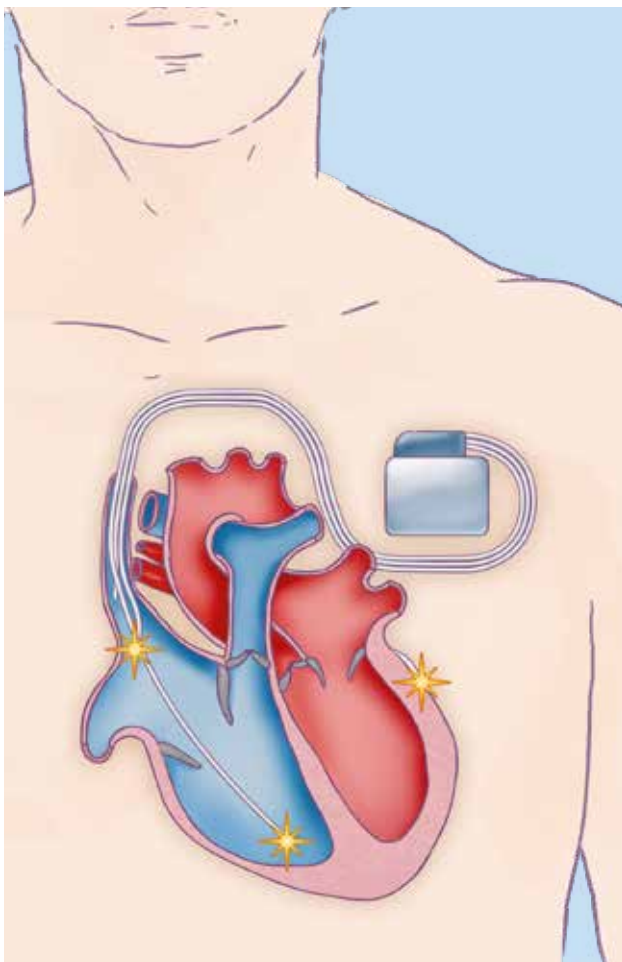
Eine solche Operation kommt für Patienten mit ausgeprägten Symptomen infrage, die einen ausgeprägten Linksschenkelblock haben und bei denen die Pumpleistung des Herzens stark eingeschränkt ist.

Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator

Bei manchen Patienten mit stark geschädigter Herzmuskulatur entwickeln sich lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen. Diese zeigen sich entweder als unkontrollierbares Herzrasen, welches ein effektives Pumpen des Herzens verhindert, oder sogar als Herzstillstand. In solchen Fällen kann ein Stromstoß in die Herzmuskulatur den Rhythmus wiederherstellen (Elektrische Kardioversion).

Geräte, die so einen Stromstoß abgeben, heißen Defibrillator. Moderne Defibrillatoren sind inzwischen so klein, dass sie wie ein Herzschrittmacher eingepflanzt (= implantiert) werden können. Die implantierbaren Defibrillatoren können aber nicht nur Stromstöße abgeben, sondern auch die elektrische Reizausbreitung im Herzen überwachen. So kann das Gerät feststellen, wann eine lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung beginnt, und dann gezielt einen Stromstoß abgeben, der den normalen Rhythmus wiederherstellt.

Ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator kommt für Patienten infrage, die schon einmal eine lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung hatten, außerdem für Patienten mit ausgeprägten Durchblutungsstörungen der Herzmuskulatur und schlechter Herzleistung, die sich trotz Medikamenteneinnahme nicht bessert. Im Aussehen unterscheidet sich das Kardioverter-Defibrillator-System nicht von einem Herzschrittmacher.





Telemonitoring

Bei Patienten, bei denen eine Herzinsuffizienz mit leichten oder stärkeren Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit (NYHA-Stadium II oder III) vorliegt und die entweder bereits Träger eines implantierten Herzschrittmachers oder Kardioverter-Defibrillators sind oder aufgrund einer kurzfristigen Verschlechterung der Symptome der Herzinsuffizienz im Krankenhaus behandelt werden mussten, kann der Arzt prüfen, ob der Einsatz eines Telemonitorings infrage kommt.

Beim Telemonitoring werden medizinische Daten (z. B. Blutdruck, Körpergewicht, Herzrhythmus) mittels externer Messgeräte erhoben und drahtlos an ein telemedizinisches Zentrum übermittelt. Zu den externen Messgeräten gehören z. B. Blutdruckmessgeräte, Waagen, EKG-Geräte oder implantierbare Geräte wie z. B. Herzschrittmacher oder Kardioverter-Defibrillatoren. Die Daten werden von medizinischem Fachpersonal ausgewertet. Dabei kann bei Veränderung des Gesundheitszustandes zeitnah reagiert und eine Verschlechterung vermieden werden.

Behandlungsziele

Das Hauptziel des hkk-Behandlungsprogramms ist die Erhaltung bzw. Steigerung Ihrer Lebensqualität. Weiter sollen die körperlichen Einschränkungen, die mit dem Fortschreiten der chronischen Herzinsuffizienz einhergehen, abgemildert und hinausgezögert werden.

Alle bisher beschriebenen Behandlungen, ob nicht-medikamentös, medikamentös oder interventionell, verfolgen bestimmte Ziele:

- die Vermeidung bzw. Verlangsamung des Fortschreitens der Herzinsuffizienz,
- die körperliche Belastungsfähigkeit zu fördern, um eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität steigern,
- vielen Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz eine möglichst hohe Lebenserwartung zu ermöglichen,
- die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und
- die angemessene Behandlung von Begleiterkrankungen.

Das hkk-Behandlungsprogramm wird Sie beim Erreichen der Ziele begleiten und unterstützen.

Mit einer Herzschwäche leben – Leitlinien für Patienten

Der Patient als Manager seiner Gesundheit

Durch Ihr aktives Mitwirken beim Umgang mit Ihrer Erkrankung können Sie das hkk-Behandlungsprogramm entscheidend unterstützen.

Ziel des hkk-Behandlungsprogramms zur chronischen Herzinsuffizienz ist Ihre optimale medizinische Versorgung. Damit dies gelingt, ist Ihre aktive Mitarbeit unabdinglich. Sie selbst können durch Ihr Handeln entscheidenden Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen. Dazu sollten Sie sich mit Ihrem Körper und Ihrer Krankheit vertraut machen und Ihre behandelnden Ärzte unterstützen, Anzeichen von Komplikationen leichter zu erkennen und Folgeschäden zu verringern.

Warum Schulung so wichtig ist

Den Verlauf und die dadurch resultierenden Belastungen durch eine chronische Herzinsuffizienz können Sie durch Ihre eigene Initiative beeinflussen.

Spezielle Schulungen können Ihnen helfen, Ihren Alltag mit einer Herzinsuffizienz besser zu bewältigen. Darüber hinaus erwerben Sie dort das nötige Hintergrundwissen, um gemeinsam mit Ihrem Arzt die für Sie optimale Entscheidung für eine Behandlung zu treffen. Ihr Arzt wird feststellen, ob Sie von derartigen Schulungsmaßnahmen profitieren können.

Die Schulungen behandeln zumeist einen bestimmten Aspekt Ihrer Erkrankung. So wird in Schulungen beispielsweise über Körperwarnsignale informiert und Ihnen vermittelt, wie Sie angemessen darauf reagieren und wann Sie sich unverzüglich mit Ihrem Arzt in Verbindung setzen sollten. Andere Themen sind zum Beispiel die ordnungsgemäße Einnahme von Medikamenten oder wichtige Begleiterkrankungen.

Behalten Sie Ihr Gewicht im Auge

Bei Patienten mit Herzinsuffizienz kann sich die Herzleistung auch mal kurzfristig verschlechtern – der Arzt spricht dann von einer „Dekompensation“. Beim Patienten macht sich dies durch eine Verschlechterung der körperlichen Leistungsfähigkeit oder durch vermehrte Wassereinlagerung bemerkbar. Die Verschlechterung der Leistungsfähigkeit erkennen Sie daran, dass Sie bei Anstrengungen deutlich schneller „aus der Puste kommen“ als normalerweise. Vermehrte Wassereinlagerungen zeigen sich durch Schwellungen der Füße und Beine oder durch einen Anstieg des Körpergewichtes. Normalerweise sollte Ihr Gewicht einigermaßen stabil sein, d. h. nicht stark schwanken. Bemerken Sie eine Gewichtszunahme von mehr als 2,5 kg in einer Woche, suchen Sie bitte Ihren Arzt auf. Mit einer Medikamentenumstellung lässt sich die Verschlechterung der Herzinsuffizienz in der Regel gut behandeln.

Bitte besprechen Sie auch mit Ihrem Arzt, ob es für Sie sinnvoll ist, ein Gewichtsprotokoll zu führen.

Körperlich aktiv – aber richtig

Zur Verbesserung Ihrer Lebensqualität und Ihrer individuellen Belastbarkeit ist es wichtig, dass Sie aktiv bleiben.

Sportarten wie

- Nordic Walking,
- Radfahren,
- aber auch Spaziergehen oder
- Wandern

sind für Patienten mit Herzinsuffizienz zu empfehlen. Außerdem gibt es spezielle Trainingsgruppen, in denen Sie unter Anleitung und unter Beachtung Ihrer Belastungsgrenze Ausdauer, aber auch Kraft trainieren.

Ihr Arzt wird Ihre aktuelle Belastungsgrenze ermitteln und gemeinsam mit Ihnen besprechen, welche Sportarten oder Trainingsprogramme aktuell für Sie geeignet sind.

Die hkk kann Sie unterstützen, geeignete Trainingsgruppen in Ihrer Umgebung zu finden.

Verzicht auf Rauchen

Möglicherweise haben Sie schon mehrfach versucht, sich das Rauchen abzugewöhnen. Mit dem Rauchen aufzuhören lohnt sich zu jedem Zeitpunkt! Der Verzicht auf Rauchen wird auf lange Sicht Ihre Lebensqualität verbessern und Sie werden deutlich belastbarer werden. Wer aufhören möchte, kann mit seinem Arzt über individuell festzulegende Hilfestellungen sprechen.

Es mag Ihnen vielleicht wie eine peinliche Kontrolle vorkommen, wenn der Arzt Sie regelmäßig nach dem Rauchen fragt und Sie zugeben müssen, dass es mit dem völligen Verzicht noch nicht so recht funktioniert. Das sollte Ihnen jedoch keine Angst machen: Ihr Arzt weiß, dass es sich beim Rauchen um eine Abhängigkeit handelt, von der sich nicht jeder problemlos befreien kann. Er wird Ihnen Mut machen, Sie gezielt beraten und Ihnen wirksame Hilfen zur Verfügung stellen.

Diese Maßnahmen sollen Ihnen den Ausstieg erleichtern und Ihnen helfen, Ihr Verhalten zu ändern. In speziellen Tabakentwöhnungsprogrammen können Sie all das erlernen, was für den Rauchverzicht wichtig ist und wie Ihnen dieser am besten gelingt. Bei der Auswahl eines geeigneten Programms wird Ihre Krankenkasse Sie gern unterstützen.

Alkohol reduzieren

Patienten mit Herzinsuffizienz wird empfohlen, die Mengen eines risikoarmen Alkoholkonsums nicht zu überschreiten.

Risikoarm bedeutet

- für Frauen 12 Gramm reiner Alkohol pro Tag, dies entspricht 250 ml Bier oder 125 ml Wein,
- Für Männer 24 Gramm reiner Alkohol pro Tag, dies entspricht 500 ml Bier oder 250 ml Wein.

Sollte die Ursache Ihrer Herzinsuffizienz alkoholbedingt sein, ist eine vollständige Abstinenz dringend anzuraten.

Wenn Sie Unterstützung bei der Alkoholentwöhnung brauchen oder sich unsicher sind, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt.

Die Familie

Ihre Familie kann Ihnen Hilfe und Unterstützung geben. Daher sollten Sie unbedingt Ihren Partner bzw. Ihre Partnerin und Ihre nächsten Angehörigen mit einbeziehen, wenn Sie an einer chronischen Herzinsuffizienz leiden.

Die Herzinsuffizienz wird Auswirkungen auf Ihr Leben, Ihre Familie und das Zusammenleben haben. Aber Ihre Familie oder Ihre nächsten Angehörigen können Sie unterstützen:

- Aktiv werden macht mehr Spaß, wenn man dabei nicht alleine ist. Und von einem aktiveren Lebensstil werden auch Ihre Angehörigen profitieren.
- Das Rauchen aufgeben fällt deutlich leichter, wenn auch in der Lebensumgebung nicht geraucht wird. Also warum nicht gemeinsam mit dem Rauchen aufhören? Oder denken Sie an Ihre Angehörigen, die nicht rauchen. Auch sie würden von einem Rauchverzicht profitieren.

Lassen Sie Ihren Partner oder Ihre Angehörigen dabei sein, wenn Sie mit Ihrem Arzt über Ihre Erkrankung sprechen. Ihre Angehörigen erhalten einen besseren Einblick in Ihre

Erkrankung, können Fragen stellen und erfahren, was Ihnen zuzumuten ist, worauf sie Rücksicht nehmen sollten und wie Sie unterstützt werden können.

Der Notfall

Auch bei bester medizinischer Versorgung können bei Patienten mit Herzinsuffizienz, durch eine akute Verschlechterung der Herzleistung, Notfallsituationen (=Dekompensationen) entstehen, die dringend ärztlicher Behandlung bedürfen. Warnzeichen für eine Dekompensation der Herzinsuffizienz sind:

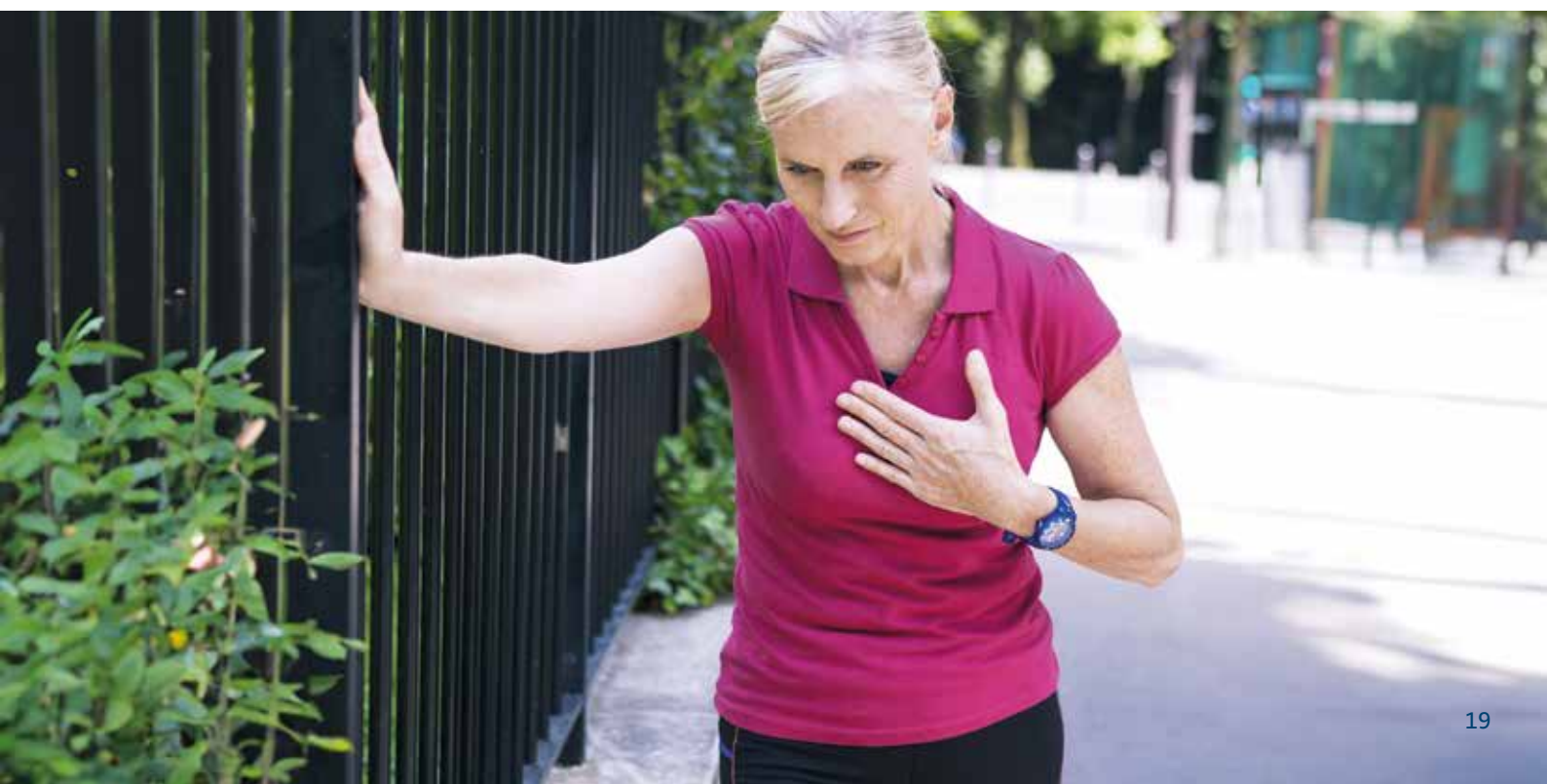
- Deutliche Verschlechterung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Diese macht sich bemerkbar durch zunehmende Luftnot bei Belastung oder sogar in Ruhe.
- Vermehrte Wassereinlagerungen am Körper, z. B. können Schwellungen (= Ödeme) an Knöcheln oder Unterschenkeln entstehen. Eine Wassereinlagerung kann sich auch als Gewichtszunahme um mehr als 2,5 kg pro Woche bzw. mehr als 1 kg in 24 Stunden bemerkbar machen.

Nehmen in diesen Fällen Kontakt mit Ihrem Hausarzt oder dem hausärztlichen Notdienst auf. Die Telefonnummer des hausärztlichen Notdienstes ist 116117.

Einen Notarzt, unter der Nummer 112, sollten Sie anrufen wenn Sie folgende Symptome bemerken:

- heftige Luftnot
- Röcheln oder brodelnde Atmung
- plötzlich einsetzende starke Schmerzen in der Brust

Weisen Sie auch Angehörige oder Bezugspersonen auf die Warnsymptome und die Telefonnummern hin.



Das hkk-Behandlungsprogramm

Ablauf

Die Einschreibung in das hkk-Behandlungsprogramm erfolgt nach gesicherter Diagnose einer chronischen Herzinsuffizienz.

Zu Beginn des Programms wird der Arzt verschiedene Untersuchungen durchführen, um die Schwere Ihrer Herzinsuffizienz zu diesem Zeitpunkt festzustellen. Er erfragt zudem Ihre Krankengeschichte und mögliche Risikofaktoren für die Herzinsuffizienz. Mit diesen Informationen legt der Arzt anschließend mit Ihnen gemeinsam Ihre persönlichen Behandlungsziele fest und erstellt einen Behandlungsplan. Diesen wird er Ihnen ausführlich erklären. Ein Ziel der Behandlung können beispielsweise günstigere Blutdruckwerte sein, um Ihr Herz zu entlasten. Ein weiteres Ziel kann sein, dass Sie im Alltag aktiver werden oder eine Herzsportgruppe besuchen.

Das hkk-Behandlungsprogramm gibt zudem Vorschläge für geeignete und wirksame Medikamente und Therapiemöglichkeiten. Ihr Arzt wird alles ausführlich mit Ihnen besprechen.

Regelmäßige Untersuchungen

Regelmäßige Untersuchungen sind wichtig, damit Ihr Arzt sich ein Bild davon machen kann, ob die eingesetzte Therapie hilfreich ist. Ob und welche Untersuchungen durchgeführt werden, hängt davon ab, welche Beschwerden bei Ihnen auftreten bzw. aufgetreten sind. Die Einschränkungen durch die Herzinsuffizienz sind bei jedem Patienten individuell verschieden.

In vorgesehenen Abständen (mindestens halbjährlich) untersucht Ihr Arzt, ob sich die Schwere Ihrer Herzinsuffizienz verändert oder ob sich Ihre individuelle Belastbarkeit verschoben hat.

Hierzu kontrolliert er den Blutdruck, achtet auf Zeichen von Wassereinlagerungen und überprüft den Ernährungszustand sowie Herzrhythmus und Herzfrequenz. Darüber hinaus werden verschiedene Laboruntersuchungen durchgeführt und die Nierenfunktion kontrolliert. Bei Bedarf leitet Ihr Arzt zusätzliche Behandlungsschritte ein.



Im Rahmen des hkk-Behandlungsprogramms ist genau festgelegt, wann Ihr behandelnder Arzt weitere Fachärzte hinzuziehen sollte und wann eine Krankenhauseinweisung erforderlich ist. Zudem werden Ratschläge für Möglichkeiten der Rehabilitation oder psychotherapeutischer Betreuung gegeben.

Abweichend von den vorgesehenen regelmäßigen Terminen können in bestimmten Fällen zusätzliche Arztbesuche notwendig werden, etwa wenn Sie:

- Warnsignale einer Verschlechterung, insbesondere starke Gewichtszunahme, vermehrte Wassereinlagerungen oder Atemnot, wahrnehmen. Ihr Arzt wird dann alle notwendigen Untersuchungen einleiten, gegebenenfalls Ihre Medikamente anpassen oder weitere Therapieoptionen in Betracht ziehen.
- neue Medikamente erhalten. Viele der Wirkstoffe machen es zu Therapiebeginn notwendig, engmaschigere Kontrollen durchzuführen. Ihr Arzt wird Sie bei Therapiebeginn hierüber aufklären.

Das hkk-Behandlungsprogramm – macht Arzt und Patient zu Partnern

Der bisherige Hausarzt Ihres Vertrauens wird Sie in der Regel auch im hkk-Behandlungsprogramm weiter betreuen, sofern er an dem Behandlungsprogramm teilnimmt. Er koordiniert die Durchführung der Untersuchungen und überweist Sie gegebenenfalls an qualifizierte Fachärzte oder Einrichtungen.

Er wird Sie sicher durch alle Maßnahmen der Behandlung entsprechend des hkk-Behandlungsprogramms „lotsen“. Gemeinsam mit ihm erarbeiten Sie Ihre persönlichen Behandlungsziele. Er informiert Sie über zusätzliche hilfreiche Angebote. Sie erhalten außerdem Hinweise, wie Sie zwischen den Praxisbesuchen auf Ihre Gesundheit achten können. Zudem stellt er für Sie den Kontakt zu Schuleinrichtungen her.

Kooperation mit Spezialisten und Krankenhäusern

Ihr Arzt sorgt dafür, dass regelmäßig wichtige Untersuchungen durchgeführt werden und überweist Sie bei bestimmten Fragestellungen gezielt an Spezialisten weiter. In bestimmten Fällen wird Ihr Arzt eine Einweisung in ein Krankenhaus veranlassen.

Rehabilitation

Unter Rehabilitation versteht man einen Prozess, der Patienten mit Herzinsuffizienz dabei unterstützen soll, die Erwerbsfähigkeit, die Selbstbestimmung, die gleichberechtigte Teilhabe oder das Leben in der Gesellschaft zu erhalten. Weiter sollen Benachteiligungen durch die Herzinsuffizienz und ihre Begleit- und Folgekrankheiten vermieden oder entgegengewirkt werden.

Im Rahmen des hkk-Behandlungsprogramms wird Ihr Arzt mit Ihnen besprechen, ob Sie von der Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren können. Die Behandlung findet dann in einer geeigneten Einrichtung möglichst in der Nähe Ihres Wohnortes statt.

Das hkk-Behandlungsprogramm – was meine Krankenkasse für mich tut

Die hkk koordiniert die Zusammenarbeit aller wichtigen Personen und Einrichtungen, die an der erfolgreichen Behandlung Ihrer chronischen Herzinsuffizienz beteiligt sind. Sie sorgt für den Aufbau des medizinischen Netzwerkes, in dem das Behandlungsprogramm erfolgreich ablaufen kann. Sie bringt alle für Ihre Gesundheit wichtigen Ärzte und Therapeuten zusammen und hält sie durch aktuelle Informationen ständig auf dem neuesten Stand des Wissens.

In einzelnen Fällen steht Ihnen auch ein persönlicher Berater der hkk zur Verfügung, der Ihnen Fragen zum Behandlungsablauf beantwortet, besondere Hilfen organisiert oder Tipps für den Alltag gibt.

Hilfreiche Adressen und Links

Wer?

Was?

Wo?

Gemeinsamer Bundesausschuss
(G-BA)

Information über die
DMP-Anforderungen-Richtlinie
(DMP-A-RL)

Postfach 120606
10596 Berlin
Tel.: 030 275838-0
E-Mail: info@g-ba.de
www.g-ba.de

Deutsche Herzstiftung e. V.

Beratung und Forschung rund um
Herzerkrankungen, Aufklärung,
Informationsmaterial, Vorträge
und Kurse

Bockenheimer Landstr. 94
60323 Frankfurt/Main
Tel.: 069 955128-0
E-Mail: info@herzstiftung.de
www.herzstiftung.de

**Deutsches Zentrum
für Herzinsuffizienz (DZHI)**

Informationsseite für Menschen
mit Herzschwäche

Universitätsklinikum Würzburg
Am Schwarzenberg 15
97078 Würzburg
Tel.: 0931 201-46303
E-Mail: dzhi@klinik.uni-wuerzburg.de
www.herzschwaeche-info.de

Kompetenznetz Herzinsuffizienz
(KNHI)

Bundesweite universitäre Allianz
zur Erforschung der Herzschwäche

Straubmühlweg 2a
97078 Würzburg
Tel.: 0931 201-46363
E-Mail: info@knhi.de
www.knhi.de

**Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL®
Deutsche Gesellschaft für Hypertonie
und Prävention**

Umfangreiche Patienteninformation
zum Thema Bluthochdruck

Berliner Str. 46
69120 Heidelberg
Tel.: 06221 58855-0
E-Mail: info@hochdruckliga.de
www.hochdruckliga.de

**Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V.**
(DGK)

Gemeinnützige wissenschaftlich
medizinische Fachgesellschaft mit dem
Ziel die Wissenschaft auf dem Gebiet
der kardiovaskulären Erkrankungen
zu fördern

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Tel.: 0211 600692-0
E-Mail: info@dgk.org
www.dgk.org

Deutscher Turner-Bund (DTB) e. V.

Adressen von Sportgruppen
speziell für Koronarsport im ganzen
Bundesgebiet unter „Pluspunkt
Gesundheit“

Otto-Fleck-Schneise 8
60528 Frankfurt/Main
Tel.: 069 67801-0
E-Mail: hotline@dtb.de
www.dtb.de

Wer?

**Deutsche Gesellschaft
für Ernährung e. V.**

Was?

Verbraucherinformation,
Ernährungsratgeber, Adressen
von ErnährungsberaterInnen,
Datenbank für ernährungsbezogene
Literatur

Wo?

Godesberger Allee 18
53175 Bonn
Tel.: 0228 3776600
E-Mail: webmaster@dge.de
www.dge.de

**Bundesinstitut für öffentliche
Gesundheit (BIÖG)**

Umfassende, auch persönliche
Beratung zur Raucherentwöhnung

Maarweg 149-161
50825 Köln
Tel.: 0221 8992-0
www.bioeg.de
Telefonberatung zur Raucherent-
wöhnung: 0800 8 313131

Immer in Ihrer Nähe!

Überall, rund um die Uhr: hkk online



Auf **hkk.de** finden Sie alles zum Gesundbleiben, Gesundwerden und zu Ihrer Krankenversicherung.

Zu diesen Themen informiert auch der **hkk.de/newsletter** regelmäßig.

Über die **hkk Service-App** können Sie Ihre Anliegen schnell, sicher und komfortabel erledigen.

Auch unter **hkk.de/kontaktformular** sind wir gerne für Sie da.

Persönliche Beratung: hkk-Geschäftsstellen



Adressen, Öffnungszeiten und Telefonnummern finden Sie unter **hkk.de/kontakt**

Schnell und kompetent am Telefon: die hkk-Kundenberatung



Unter **0421-36550** bekommen Sie eine individuelle Beratung.

Kritik, Anregungen und Ihre Ideen nehmen wir gerne unter **0800-1455 255** (gebührenfrei) entgegen.

Per Fax erreichen Sie uns unter **0421-3655 3700**.

hkk Krankenkasse – Gesundheit gut versichert.
28185 Bremen

hkk.de

Mit dieser Information möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Versicherungsleistungen geben. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Grundlage für den Versicherungsschutz der hkk sind die gültigen Satzungsbedingungen der Handelskrankenkasse (hkk) und der hkk Pflegekasse.

Stand: August 2025. Aktuelle Infos finden Sie auf **hkk.de**



hkk111151 (08/25)