

Dann noch Reha? Rehabilitation bei Herzschwäche

Interview mit Dr. med. Rainer Schubmann, Chefarzt Kardiologie und Psychokardiologie,
Dr. Becker Klinik Möhnesee

Sie, Herr Dr. Schubmann, sind Chefarzt einer großen kardiologischen Rehabilitationsklinik. Die meisten Ihrer Patienten haben einen Herzinfarkt durchgemacht, viele kommen nach einer Bypass- oder Klappenoperation. Die Zahl der Patienten mit Herzschwäche ist gering, obwohl in Deutschland 2-3 Millionen Menschen unter Herzschwäche leiden und Herzschwäche mit mehr als 440 000 Fällen der wichtigste Grund für Krankenhausaufenthalte ist. Warum sind so wenig Herzschwächepatienten bei Ihnen und in den anderen Rehakliniken zu finden?

Nach Herzinfarkt wird jedem Patienten eine Reha angeboten. Das ist Routine. Bei Herzschwäche fehlt diese Routine. Wenn ein Patient das will und sein Arzt sich dafür einsetzt, wird die Reha in der Regel von den Krankenkassen bewilligt. Aber anders als beim Herzinfarkt ist das nicht selbstverständlich.

Wann braucht ein Herzschwächepatient eine Reha?

Lassen Sie mich das an einem typischen Fall zeigen:

Marcus Ruff*, 57, ist verheiratet, hat zwei erwachsene Kinder und arbeitet in einer Versicherung. Viel Zeit widmet er seinem großen Garten, der im Sommer der Lebensmittelpunkt der Familie ist.

Vor Jahren hatte er einen Herzinfarkt, aber danach ging es ihm so gut, dass er nach und nach die ihm verordneten Medikamente wegließ. Dass diese Medikamente ihn vor der Spätfolge des Herzinfarkts, einer Herzschwäche, schützen sollten, war ihm nicht klar.

So entwickelte sich allmählich ein schwaches Herz. Wenn Marcus Ruff mit seiner Frau durch die Stadt ging, konnte er mit ihr kaum Schritt halten. Wenn er sich bei der Gartenarbeit bückte, wurde die Luft rasch knapp. Schubkarre schieben war fast nicht mehr möglich. Immer öfter musste er Pausen einlegen. Auf Drängen seiner Frau ging er endlich zum Hausarzt. Der bemerkte die geschwollenen Unterschenkel und überwies ihn umgehend ins Krankenhaus. Dort wurde er mit Betablocker, ACE-Hemmer und einem Diuretikum eingestellt. Dadurch besserte sich sein Zustand. Da er Kontrollen für überflüssig hielt, ging er nur selten zum Arzt. Plötzlich, im September 2016, wurde er von quälender Atemnot überfallen, sein Blutdruck war alarmierend hoch: Die Herzschwäche war entgleist. Seine Frau rief über die 112 den Notarzt, der ihn ins Krankenhaus bringen ließ. Nach fünf Tagen, davon ein Tag auf der Intensivstation, wurde er als „stabilisiert“ entlassen.

Warum braucht dieser Patient eine Reha?

Ohne Reha wird die Herzschwäche sehr wahrscheinlich wieder und wieder entgleisen. Jede Entgleisung verschlechtert den Gesundheitszustand. Es geht immer weiter bergab, bis der Patient in seiner Leistungsfähigkeit und Mobilität so eingeschränkt ist, dass ihm das Leben zur Last wird. Das wollen wir verhindern.

Unser Ziel ist nicht allein, ihm durch eine optimale Therapie in einen möglichst guten Gesundheitszustand zu bringen. Dauerhafter Erfolg ist nur möglich, wenn der Patient bei uns lernt, selbst aktiv zu werden und bei der Behandlung mitzuwirken.



In welchem Zustand kommt der typische Patient zu Ihnen?

Meistens ist der Patient, wie wir sagen, „alltagstauglich“. Er ist nicht bettlägerig, versorgt sich selbst, kann kleinere Strecken gehen, auch Treppen steigen. Aber sein Zustand ist unbefriedigend. Das lässt sich ändern, wenn wir – um nur das Wichtigste zu nennen – die

medikamentöse Therapie optimieren, ihn zur Bewegung bewegen und ihn seelisch unterstützen.

Warum muss die Therapie mit Medikamenten optimiert werden, obwohl diese Patienten gerade im Krankenhaus kompetent behandelt wurden?

* Name von der Redaktion geändert.

Wenn im Krankenhaus ein Medikament neu eingesetzt wird, muss mit einer niedrigen Dosis begonnen werden, weil sonst zu starke Nebenwirkungen auftreten, z.B. Schwindelanfälle bei ACE-Hemmern. In der Reha können wir kontinuierlich beobachten, wie ein Patient auf die Medikamente reagiert und dementsprechend die Therapie schrittweise anpassen.

80 Prozent der Patienten, die zu uns kommen, haben nicht annähernd die Medikamentendosierungen erreicht, die nach heutigen Erkenntnissen empfohlen werden. Ohne Reha bleiben viele in der Anfangsdosis stecken, weil sie zu Hause beim Kardiologen nur schwer einen Termin bekommen und der Hausarzt sich nicht zuständig fühlt. In der Reha können wir schrittweise die Dosierung erhöhen – unter Kontrolle der Kalium- und Nierenwerte –, was generell bei der Behandlung mit Herzschwächemedikamenten wichtig ist, um z.B. gefährliche Herzrhythmusstörungen zu vermeiden. Wenn nach der Entlassung aus der Reha eine weitere Erhöhung der Dosis angesagt ist, ermutigen wir den Patienten, sie von seinem Arzt einzufordern, damit er optimal therapiert wird.

Ist das nicht zu viel verlangt?

Die Patienten schaffen das im Gespräch mit ihrem Arzt, wenn sie ihre Krankheit und die Therapie verstehen. Das zu vermitteln, ist unsere Aufgabe. Häufig wissen die Patienten nicht, was die Ursache ihrer Herzschwäche ist. In der Mehrzahl der Fälle ist das die koronare Herzkrankheit oder der Bluthochdruck. Aber auch Herzklappenerkrankungen, eine Herzmuskelentzündung oder andere seltene Herzerkrankungen können Herzschwäche verursachen. Die konsequente Behandlung der Ursachen bietet eine große Chance: Wenn es möglich ist, die Ursachen zu behandeln, kann die Herzschwäche gebessert oder sogar geheilt werden. Viele Patienten haben keine Vorstellung davon, warum und wie sie bestimmte Medikamente einnehmen sollen. Bei uns lernen sie die Wirkungen und Nebenwirkungen der Me-



dikamente kennen (s.S. 17ff.). So informiert werden sie, wenn Nebenwirkungen auftreten, eher der Versuchung widerstehen, die Medikamente eigenmächtig abzusetzen. Zum Beispiel: Wenn bei ACE-Hemmern Husten auftritt, kann der Arzt ihnen stattdessen ein Sartan verordnen. Wenn sie einen Betablocker nicht vertragen, wird der Arzt dieses Medikament unter Umständen durch Ivabradin ersetzen.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Reha ist, die Patienten, wie Sie es ausdrücken, „zur Bewegung zu bewegen“.

So ist es. Man sagt, Bewegung ist die Therapie des 21. Jahrhunderts. Das gilt für Herzschwäche ganz besonders. Früher hat man diesen Patienten Schonung empfohlen. Das hat sich grundlegend geändert. Heute ist nachgewiesen: Durch regelmäßige körperliche Aktivität kann man den Verlauf der Erkrankung günstig beeinflussen, die Beschwerden verringern, körperliche Leistungsfähigkeit erhöhen, Lebensqualität und Lebensfreude steigern. Deshalb ist deutlich über die Hälfte des gesamten Therapieangebots einer kardiologischen Rehabilitationsklinik der Bewegung gewidmet. Gelegentlich haben wir Patienten, die sich nur wenig bewegen können. Sie erhalten Einzelkrankengymnastik. Sie müssen Treppen steigen üben, über den Flur laufen. Die nächsthöhere Stufe wäre dann der geführte Spaziergang,



z.B. dreimal die Woche etwa 500 Meter Wegstrecke in Begleitung. Die geführten Spaziergänge können je nach Leistungsfähigkeit länger werden – bis zu 4 Kilometern. Außerdem trainieren die Patienten auf dem Ergometer unter Monitorkontrolle. In der niedrigsten Stufe sind es 20 Watt. Manche Patienten bringen es im Lauf der Reha auf 30 Minuten mit 90 oder 100 Watt. Bewährt hat sich, das Ausdauertraining durch dosiertes Krafttraining zu ergänzen. Regelmäßige körperliche Aktivität führt relativ schnell zu deutlichen Erfolgen. Wenn ein Patient feststellt, dass er nach einigem Training ohne Atemnot die Treppe hinaufgehen kann, wenn das Bewegungsprogramm in der dritten Woche deutlich anspruchsvoller ist als in der ersten, erlebt er unmittelbar, dass körperliche Aktivität sich lohnt.

Schwieriger ist es, eine gesunde Ernährung den Patienten beizubringen. Besonders beliebt ist das Gegenteil von gesund: Fertiggerichte, viel Fleisch, viel Wurst, Süßkram und Knabberzeug.



Um davon loszukommen, braucht es eine attraktive Alternative. Die gibt es: Mittelmeerküche. Dabei kommt es in der Hauptsache darauf an, viel Gemüse auf den Tisch zu bringen, auch Salat und Obst, ergänzt durch Vollkorn- und Milchprodukte, wenig Fleisch, möglichst zweimal die Woche Fisch, Olivenöl. Von Mittelmeerküche spricht man, weil sie sich jahrhundertlang in den Ländern rund ums Mittelmeer bewährt hat. Inzwischen haben viele wissenschaftliche Studien der letzten Jahre und Jahrzehnte gezeigt, dass Mittelmeerküche Herzkrankheiten günstig beeinflusst. Wer wenig Zeit hat, Gemüse zu putzen, kann Tiefkühlgemüse verwenden, das ebenso vitaminhaltig ist wie frisches. Zur Mittelmeerküche gibt es bei uns nicht nur eine allgemeine Schulung, sondern auch Einzelberatung. Die Einzelberatung knüpft an die Essgewohnheiten des Patienten an und erleichtert ihm dadurch den Übergang zu gesundem Essen, in das heimische Gemüse wie Wirsing, Bohnen, Karotten, Lauch, auch Kartoffeln gut hineinpassen. In der Lehrküche kann man das Gelernte ausprobieren. Mancher Mann, der bisher nur Tee gekocht hat, steht da am Herd. Wir versuchen, die Angehörigen einzubinden, weil man in einer Familie als Einzelgänger nicht gesund essen kann.

Wenn von Ernährung die Rede ist, kommt man auf Gewicht zu sprechen.

Abnehmen ist nur bei Patienten mit leichter Herzschwäche günstig. Bei sehr fortgeschrittener Herzschwäche kommt Abnehmen nicht

infrage, weil diese Patienten oft ungewollt sehr an Gewicht verlieren können.

Wenn Abnehmen angesagt ist, sind wir grundsätzlich der Meinung, dass eine strenge Diät, die überflüssige Kilo schnell abbaut, das gewünschte Langzeitergebnis eher verhindert, weil das Gewicht dann oft schnell wieder nach oben klettert. Wir vertreten die Linie der kleinen Erfolge: Durch bescheidene Verringerung der täglich aufgenommenen Kalorien in sechs Monaten etwa 3–5 Kilo abzunehmen, ist der bessere Weg.

Aus einem ganz anderen Grund wird empfohlen, bei Herzschwäche sich täglich zu wiegen, nämlich, um Entgleisungen der Krankheit rechtzeitig zu erkennen. Dafür bietet die Herzstiftung ein Herztagebuch an, in dem plötzliche Gewichtsschwankungen dokumentiert werden können: Wenn in 2 Tagen das Gewicht um 3 Kilo steigt, sind das Wassereinlagerungen, die auf eine bevorstehende Entgleisung hinweisen. Dann sollte der Patient umgehend Kontakt zu seinem Arzt aufnehmen.

So starke Gewichtssprünge sind eine Warnung, die man ernst nehmen sollte. Allerdings brauchen nicht alle Patienten dann ärztliche Hilfe. Viele lernen bei uns, die Dosis der Entwässerungsmedikamente (Diuretika) kurzfristig selbst zu erhöhen, sodass sie das im Körper eingelagerte Wasser wieder loswerden, z.B. durch eine halbe Tablette Furosemid (40 mg) oder Torasemid (5 mg).

Kommen wir zu einem weiteren Schwerpunkt der Rehabilitation: Unterstützung der angeschlagenen Psyche.

Mehr als ein Drittel der Patienten mit Herzschwäche leidet an Depression, auch an Angststörungen und manchmal an Panikattacken. Auch bei Marcus Ruff hatte die Herzschwäche das gesamte Leben durcheinandergebracht. Seine Grundstimmung war depressiv, manchmal hatte er Angstanfälle. Das ist verständlich,

denn durch die Erkrankung war sein Leben arm geworden: Einige Freunde hatten sich zurückgezogen, seine Ehe hatte sich sehr verändert, Sexualität war zu einer „geschlossenen Baustelle“ geworden, wie Marcus Ruff sich ausdrückte. Reisen konnte er kaum noch unternehmen.

In der Reha hat man in der begleitenden Psychotherapie die Gelegenheit, über seine Probleme zu sprechen. In manchen Rehabilitationskliniken gibt es darüber hinaus auch spezielle Gruppentherapie. Marcus Ruff hatte Glück: Zusätzlich zu den psychotherapeutischen Einzelgesprächen konnte er zweimal die Woche an einer Gruppensitzung teilnehmen und sich unter Anleitung eines Psychotherapeuten, der auch Kardiologe ist, mit anderen Betroffenen austauschen. Natürlich können in 3–4 Wochen seelische Probleme nicht ausreichend bearbeitet werden, aber der Patient kann beraten werden, ob er sich zu Hause zu einer Psychotherapie entschließen sollte. Bei Bedarf versuchen wir, einen Termin in einer psychokardiologischen Praxis am Heimatort zu vermitteln.



Sind für diese Patienten Entspannungstechniken hilfreich?

Das sind sie. Deswegen bieten wir autogenes Training, progressive Muskelentspannung nach Jacobson und Achtsamkeitstraining an, MBSR genannt, das auf der Praxis der Zenmeditation beruht. Es gibt z.B. Gehmeditation, Sitzmeditation und den sogenannten Body-Scan, d.h. Körperwahrnehmungsübungen im Liegen. Nicht jede Entspannungstechnik ist für jeden geeignet. Wer Meditation für Quatsch hält, dem bieten wir eher die progressive Muskelentspannung an. Für andere ist Meditation ein guter Weg. Fragwürdig sind bei Herzschwäche Antidepressiva, Medikamente gegen Depression, wie neuere Studien gezeigt haben. Dagegen bringt regelmäßige körperliche Bewegung nicht nur Entspannung, sondern sie hat auch auf Depression einen guten Einfluss.**

** Siehe Helfen Antidepressiva?, in: Das schwache Herz (2017), S. 121

Was geben Sie Patienten, die nach Hause zurückkehren, für den Alltag mit?

Die Zeit nach der Rehabilitation ist die schwierigste Zeit, sage ich immer. Die Patienten haben bei uns viel gelernt, nicht nur zu den Schwerpunkten, über die ich berichtet habe, sondern z.B. auch zu Arbeit und Alltag, Reisen und Freizeit, Sexualität, Rauchen und Alkohol. Jetzt sind sie voller guter Vorsätze. Aber dann holen der Alltag und die alten Gewohnheiten sie wieder ein. Wissen und gute Vorsätze gehen allmählich verloren. Damit sie die notwendige Änderung ihres Lebensstils auf Dauer schaffen, brauchen sie die Unterstützung ihrer Familien und Freunde. Eine große Hilfe ist es, an einer der fast 6000 ambulanten Herzgruppen in Deutschland teilzunehmen. Im Austausch mit anderen Patienten und Ärzten können

Wissen und gute Vorsätze lebendig bleiben. Vereinzelt haben sich auch schon Herzinsuffizienz-Selbsthilfegruppen gebildet. Für Patienten mit einer schweren Herzschwäche ist die Betreuung durch eine Herzinsuffizienzambulanz dringend zu empfehlen. Es gibt sie an vielen größeren Kliniken und Herzzentren. Sicher wollen Sie wissen, was aus Marcus Ruff geworden ist. Nach vier Wochen Reha fährt unser Patient mit vielen neuen Ideen und Erkenntnissen sichtlich erleichtert nach Hause. Er hat einen Rucksack voll mit guten Vorsätzen und praktischen Alltagstipps bekommen und schon eine ganze Menge ausprobiert. Sein Zustand hat sich so gebessert, dass er wieder mit seiner Frau Schritt halten kann. Zu Hause wird er in seinem geliebten Garten arbeiten können. Er ist entschlossen, das, was er gelernt hat, im Alltag umzusetzen – und zwar auf Dauer. Wird ihm das gelingen?

Interview: Irene Oswalt