

# Herzinsuffizienz „etablierte Strategien und offene Fragen“

DGKS Mirela Butkovic, BSc

1	<b>Häufigste Einweisungsdiagnose &gt;65 Jahren</b>
2	ca. 70. 000 bis 140. 000
3	Dunkelziffer höher
4	2% des Gesundheitsbudgets für HI
5	Lebensqualität beeinträchtigt
6	<b>Prognose schlecht</b>

Statistik Austria, 2018

I	Evidenz und/oder allgemeine Übereinkunft, dass eine Therapieform oder eine diagnostische Maßnahme effektiv, nützlich oder heilsam ist
II	Widersprüchliche Evidenz und/oder unterschiedliche Meinungen  II a Evidenzen/Meinungen favorisieren den Nutzen bzw. die Effektivität einer Maßnahme  II b Nutzen/Effektivität einer Maßnahme ist weniger gut durch Evidenzen/Meinungen belegt.
III	Evidenz und/oder allgemeine Übereinkunft, dass eine Therapieform oder eine diagnostische Maßnahme nicht effektiv, nicht nützlich oder nicht heilsam ist und im Einzelfall schädlich sein kann.

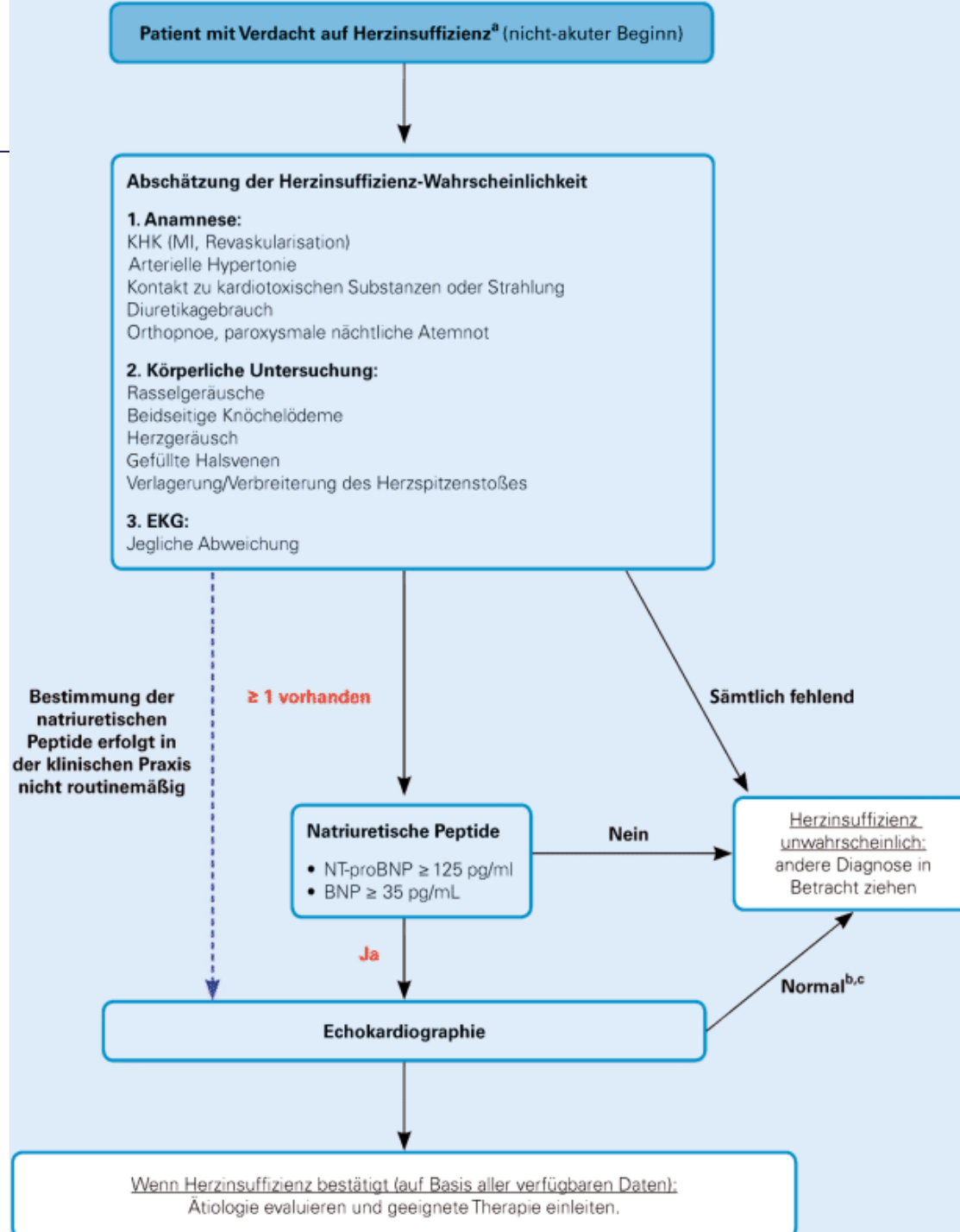
A	Daten aus mehreren, randomisierten klinischen Studien oder Meta-Analysen
B	Daten aus einer randomisierten Studie oder mehreren großen, nicht randomisierten Studien
C	Konsensusmeinung von Experten und/oder kleinen Studien, retrospektiven Studien oder Registern.

The Task Force for the Diagnosis and Treatment Acute and Chronic Heart Failure 2016 of the European Society of Cardiology

- Herzinsuffizienz ist ein klinisches Syndrom, das durch typische Symptome:
  - (z. B. Luftnot, Knöchel-Ödeme und Müdigkeit) gekennzeichnet ist,
  - die von bestimmten Zeichen
  - (z. B. erhöhter Jugularvenendruck, gestaute Halsvenen,
  - Rasselgeräusche über der Lunge oder periphere Ödeme)

<b>HFrEF</b>	<b>Heart Failure with reduced fraction</b>
	Auswurfraction <40%
	Gute Therapiemöglichkeit

<b>HFpEF</b>	<b>Heart Failure with preserved ejection fraction</b>
	Auswurfraction erhalten
	LVEF >50%



## 1. Anamnese:

- KHK (MI, Revaskularisation)
- arterielle Hypertonie
- Kontakt zu kardiotoxischen Substanzen oder Strahlung
- Diuretika-Gebrauch
- Orthopnoe, paroxysmale nächtliche Atemnot

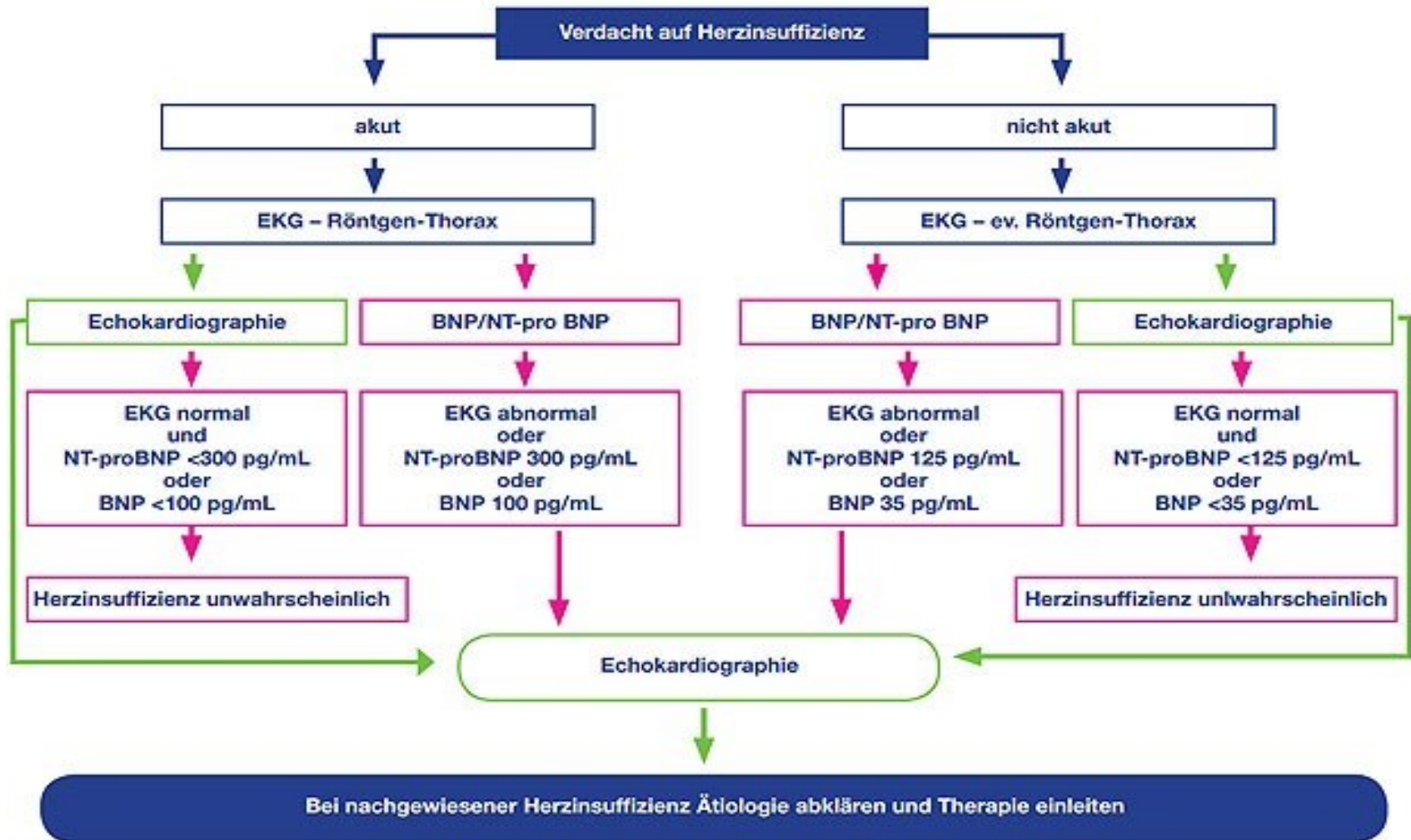


## 2. Körperliche Untersuchung:

- Rasselgeräusche
- beidseitige Knöchel-Ödeme
- Herzgeräusch
- gefüllte Halsvenen
- Verlagerung/Verbreiterung des Herzspitzenstoßes

## 3. EKG

- jegliche Abnormalität



- EKG
- Thorax- Rö
- NT-proBNP
- Echokardiografie

<b>(I,A)</b>	Behandlung der Hypertonie wird empfohlen, um das Auftreten einer Herzinsuffizienz zu verhindern oder zu verzögern und das Leben zu verlängern.
<b>(I,A)</b>	Statine bei Patienten, die eine KHK haben oder stark KHK-gefährdet sind, unabhängig von einer systolischen LV-Dysfunktion
<b>(I,C)</b>	Rauchstopp und Verringerung des Alkoholkonsums (Beratung und Therapie)
<b>(IIa,C)</b>	Therapie anderer HI-Risikofaktoren (z.B. Adipositas, Dyslipidämie)

Praxisleitfaden zur Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz

<b>(I,A)</b>	Empagliflozin für Patienten mit Typ 2-Diabetes
<b>(I,B)</b>	Betablocker bei Patienten mit asymptomatischer systolischer LV-Dysfunktion und MI in der Anamnese
<b>(I,B)</b>	Ein ICD wird empfohlen bei Patienten: a) mit ischämischer, asymptomatischer systolischer LV-Dysfunktion (LVEF $\leq$ 30%) (mind. 40 Tage nach akutem Myokardinfarkt). b) mit asymptomatischer nicht-ischämischer dilatativer Kardiomyopathie (LVEF $\leq$ 30%), und optimale medikamentöse Therapie

<b>(I,A)</b>	ACE-I wird empfohlen bei Patienten mit asymptomatischer systolischer LV-Dysfunktion und einem Myokardinfarkt in der Anamnese
<b>(I,B)</b>	Auch ohne MI in der Anamnese
<b>(I,B)</b>	Bei Patienten mit stabiler KHK ohne systolische LV-Dysfunktion

- Es besteht eine Notwendigkeit einer strukturierten Nachbetreuung , um die HI-Hospitalisierung sowie die Mortalität zu senken und die Lebensqualität zu verbessern

(I,A)

Er wird empfohlen, Patienten mit Herzinsuffizienz in ein multidisziplinäres Versorgungsprogramm einzuschließen, um das Risiko für Herzinsuffizienz-bedingte Hospitalisierung und die Mortalität zu senken.



- Regelmäßiges Ausdauertraining wird empfohlen

(I,A)	Es wird empfohlen, bei Patienten mit Herzinsuffizienz ein regelmäßiges aerobes Training zu fördern, um die Leistungsfähigkeit und Symptomatik zu verbessern.
(I,A)	Er wird empfohlen, bei stabilen Patienten mit HFrEF ein regelmäßiges aerobes Training zu fördern, um das Risiko für eine Herzinsuffizienz-bedingte Hospitalisierung zu senken.

- Sollte einen multidisziplinären Ansatz (Kardiologen, Hausärzte, Pflegepersonal, Apotheker, Physiotherapeuten, Ernährungsberater, Sozialarbeiter, Chirurgen, Psychologen, usw.) anwenden
- Sollte auf symptomatische Hochrisiko-Patienten zielen
- Die Entlassungsplanung sollte beginnen, sobald der Zustand des Patienten stabil ist
- Sollte kompetentes und professionell geschultes Personal einschließen

- Optimierte medikamentöse und Aggregat-Versorgung
- Adäquate Patientenaufklärung, mit besonderem Schwerpunkt auf
- Therapietreue und Selbstversorgung.
- Patient beteiligen an Symptom-Überwachung und flexiblem
- Diuretika-Gebrauch.
- Nachbetreuung nach Entlassung (durch reguläre ambulante
- Vorstellungen und/oder Hausbesuche; ggf. telefonische Unterstützung oder Telemonitoring).
- Besserer Zugang zu medizinischer Versorgung (durch persönliche Nachbetreuung)

- Erleichterter Zugang zur medizinischen Versorgung in Phasen einer kardialen Dekompensation.
- Beurteilung einer unerklärlichen Änderung des Gewichts, des Ernährungszustands, des funktionellen Status, der Lebensqualität oder der Laborwerte; Einleiten einer zielgerichteten Intervention.
- Zugang zu modernen Behandlungsmöglichkeiten.
- Bereitstellung von psychosozialer Unterstützung für Patienten und
- Familie und/oder Betreuer.



Foto: peshkova / Fotolia.com