

Anlage 7b
Leitlinie für Chronische Herzinsuffizienz - Tischversion

Tischversion

Epidemiologie/Relevanz/Versorgungsproblem

Prävalenz und Inzidenz sind altersabhängig:

45 - 55 Jahre: < 1% der Bev., 65 - 75 J.: 2-5%, > 80 J. fast 10%

Hausärztliche Schlüsselfragen

- ☒ Verlaufsbeobachtung und -beurteilung durch Dokumentation der Besserung der NYHA-Klassifikation
- ☒ Unterrichtung des Patienten zur Bedeutung des Selbstwiegens, zur Verlaufsbeobachtung und zur Schulung zur adäquaten Therapieanpassung bei Gewichtsänderungen
- ☒ Auch bei Stadium I (symptomlos) führt eine medikamentöse Therapie zu einer Besserung der Prognose
- ☒ Motivierung zu den allgemeinen Maßnahmen, insbesondere zur Gewichtsreduktion und Raucherentwöhnung
- ☒ Beachtung möglicher Unverträglichkeiten der Standardtherapie mit z. B. NSAR/ASS oder Verschlechterung der Symptomatik durch z. B. Alphablocker
- ☒ Differentialindikation bei den Diuretika zwischen Thiaziden und/oder Schleifendiuretika, Überwachung des Kaliumhaushalts, auch bei Spironolacton
- ☒ Der Prognoseverbessernde Einsatz der Betablocker verschlechtert zunächst die klinische Symptomatik und stellt hohe Anforderungen an die Compliance und die Aufklärung durch den Arzt

Maßnahmen, die der Arzneimitteltherapie vorangehen oder diese unterstützen

- ☒ Therapieplan erläutern, um die Compliance zu fördern {C}
- ☒ Gewichtsnormalisierung {C}
- ☒ Beseitigung kardiovaskulärer Risikofaktoren inkl. Alkohol {C} und Nikotin {B} (Alkoholkarenz bei alkoholischer Kardiomyopathie; sonst: Reduktion auf maximal 30g/Tag bei Männern und 20g/Tag bei Frauen)
- ☒ Salzarme Diät (2-3 g/Tag) {C}
- ☒ Flüssigkeitsrestriktion (1-2 L/Tag) {C}
- ☒ Regelmäßige, moderate körperliche Aktivität (Gehen, Radfahren) bei stabiler Herzinsuffizienz langsam beginnen (5 bis 45 min/Tag) {A}
- ☒ Pneumokokkenimpfung und Grippeimpfungen {B}
- ☒ Tägliche Gewichtskontrolle unter gleichen Bedingungen {C}
- ☒ Bei KHK oder Klappenfehlern frühzeitige Invasive oder chirurgische Intervention, Herztransplantation oder neuere chirurgische Verfahren {C}
- ☒ Modernere Elektrostimulationssysteme {C}

Chronische Herzinsuffizienz

Diagnosen/Verlaufskontrollen/Schnittstellen

Die Diagnose wird rein nach klinischen Parametern gestellt, ebenso reichen für die Verlaufsbeobachtung klinische Parameter aus. Diese Parameter führen zu einer Einteilung in 4 Stadien:

NYHA Stadium I: asymptomatisch; EF < 40%

NYHA Stadium II: Keine Beschwerden in Ruhe, wohl bei normaler körperlicher Belastung, z. B. beim Treppensteigen

NYHA Stadium III: Keine Beschwerden in Ruhe, wohl bei geringer körperlicher Belastung, z. B. gehen in der Ebene

NYHA Stadium IV: Beschwerden in Ruhe mit Zunahme bei jeglicher körperlichen Aktivität

Mögliche Kausale Therapieansätze:

- ☒ Arterielle Hypertonie: Antihypertensive Therapie
- ☒ KHK mit Myokardischämie: Myokardrevaskularisation
- ☒ Erworbene/kongenitale Vitien: Operation, Ballonvalvuloplastie
- ☒ Metabolisch bedingt (z. B. Hyperthyreose): Ausgleich metabolische Faktoren
- ☒ Tachykardie-induziert: Antiarrhythmika; evtl. Kardioversion, evtl. Kathetherablation
- ☒ Bradykardie: Schrittmacher
- ☒ Perikarderguss: Perikardpunktion

Arzneitherapie

Basistherapie (auch bei asymptomatischer Herzinsuffizienz):

- ☒ **ACE-Hemmer** {A}
- ☒ Bei Unverträglichkeit:
AT₁ Rezeptorblocker {A}

Bestehen unter dieser Monotherapie weiterhin Insuffizienzzeichen:

- ☒ **Diuretika** {A} und/oder
- ☒ **Betablocker** {A}

Kommt es unter dieser Dreiertherapie nicht zu einer Stabilisierung der klinischen Symptomatik:

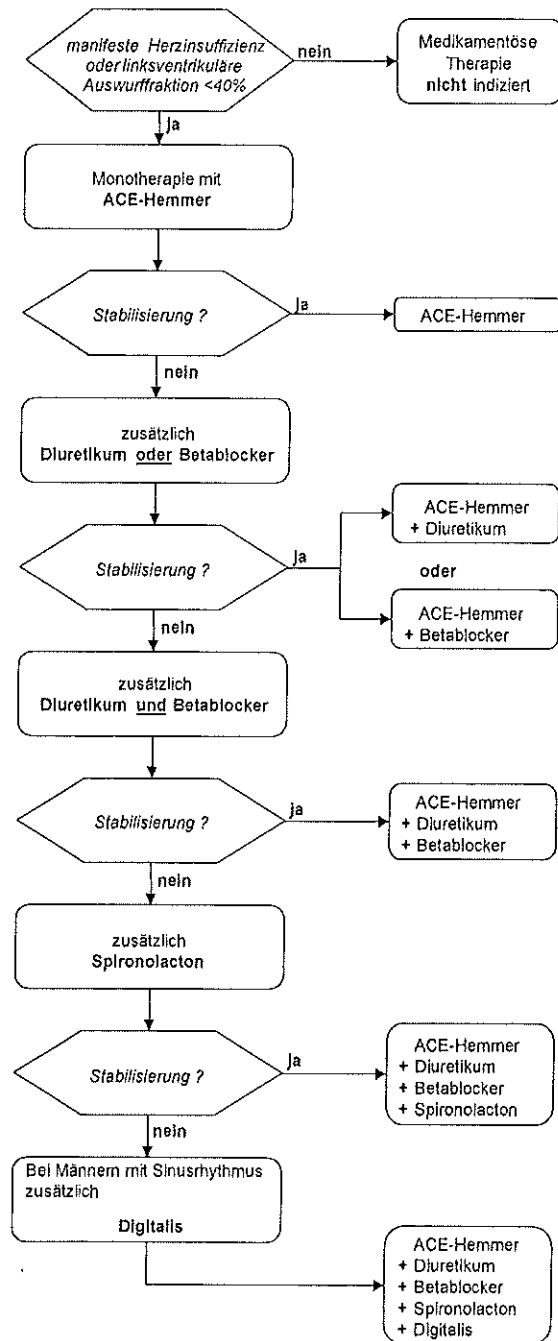
- ☒ **Spironolacton** {A} (unter engmaschigen Kaliumkontrollen!)

Sollte auch unter dieser Vierertherapie keine Stabilisierung gelingen:

- ☒ **Digitals** bei Männern mit Sinusrhythmus {A}

N. B.: ansonsten nur zur Frequenzsenkung bei Frauen und Männer mit Tachyarrhythmie indiziert.

Implementierungshilfen



	Erstdosis (mg/die)	Zieldosis (mg/die)
ACE-Hemmer		
Captopril	3 x 6,25	3 x 50
Enalapril	2 x 2,5	2 x 10-20
Ramipril	2 x 1,25	2 x 5
Lisinopril	1 x 2,5	1 x 10-35
Betablocker		
Meloprolol	2 x 10	2 x 100
Bisoprolol	1 x 1,25	1 x 10
Carvedilol	2 x 3,125	2 x 25-50
Diuretika		
Hydrochlorothiazid	12,5-25	Bei Krea > 1,8 mg Schleifendiuretika
Furosemid	20-40	Individuell: 40-250
Torasemid	5	Individuell: 5-20
Spironolacton	25	Individuell: 15-50
Cave: Kaliumspiegel		

	Gesamtdosis (mg)	Erhaltungsdosis	Wirkspiegel (ng/ml)
Digitalis			
	Langsame Sättigung in 2-5 Tg.	mg/die	
Digitoxin	1,0-1,5	0,05-0,1	10-25
Digoxin	1,0-1,5	0,125-0,25	0,7-1,5

Merke:

- Der Patient muss bei erstmaliger ACE-Hemmer Gabe über die Möglichkeit eines ausgeprägten Blutdruckabfalls bei der ersten Dosis aufgeklärt werden, nach der Einnahme sollte eine 1-stündige ärztliche Überwachung erfolgen.
- Sollte bei bestehender Diuretika-einnahme ein ACE-Hemmer neu angesetzt werden, so ist dies erst nach einer 2tägigen Auslassphase des Diuretikums möglich, da es sonst initial zu ausgeprägter Hypotonie kommen kann.
- Wenn das Serum-Kreatinin auf über 1,8 mg/dl steigt, sind Thiazide nicht mehr wirksam und kontraindiziert; dann muss auf ein Schleifendiuretikum umgestellt werden.
- Zur Früherkennung von Dekompensationen soll der Patient geschult werden, sich täglich unter den gleichen Bedingungen zu wiegen und bei Gewichtszunahme von mehr als 2 kg innerhalb von 1 bis 3 Tagen den Hausarzt aufzusuchen.