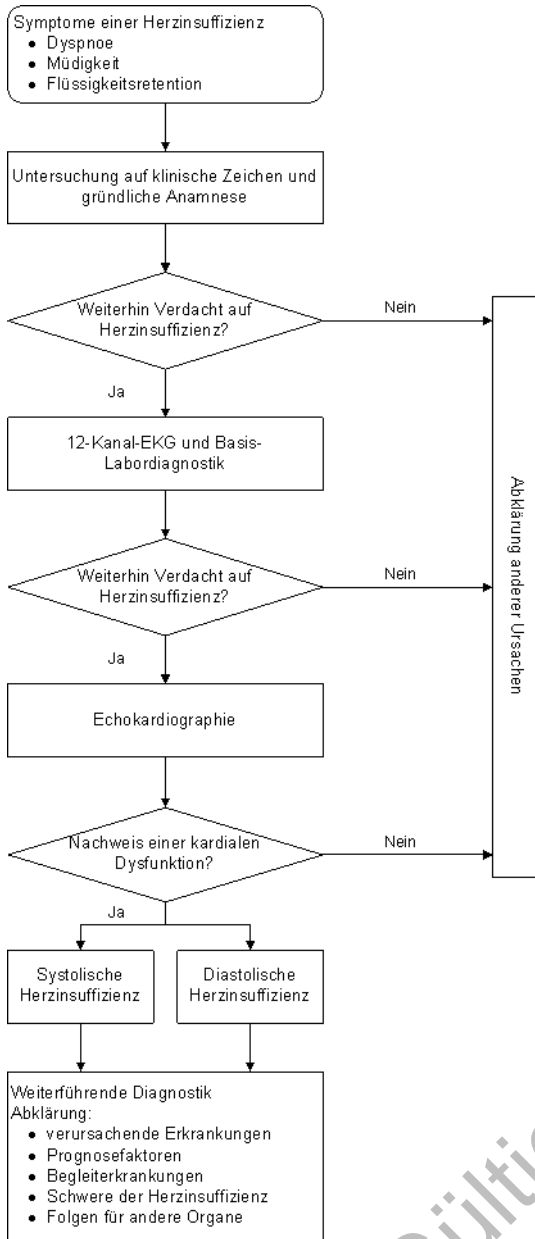




## Diagnostik



- ▶ Basislabordiagnostik besteht aus: Blutbild, Serumelektrolyte (Na, K), Serumkreatinin, Nüchternblutzucker, Leberenzymen, Urinstatus
- ▶ BNP/ NT-proBNP im akutstationären Bereich bei unklarer Dyspnoe zum Ausschluss einer Herzinsuffizienz

## Kausale Therapie

Myokardrevaskularisation bei Herzinsuffizienz und KHK nach Ischämienachweis

### Allgemeine therapeutische Maßnahmen

- ▶ Prognostische Faktoren positiv beeinflussen (siehe NVL Langfassung)
- ▶ Tägliche Gewichtskontrolle
- ▶ Moderates körperliches Training
- ▶ Rauchentwöhnung
- ▶ Bei alkoholtoxischer Kardiomyopathie Alkoholabstinenz
- ▶ Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme (nach klinischem Zustand)
- ▶ Gripeschutzimpfung
- ▶ Strategien im Umgang mit Veränderungen und emotionalen Auswirkungen im familiären, beruflichen und sozialen Umfeld anbieten

### Medikamentöse Therapie

Arzneimittel	NYHA-Klassen			
	NYHA I (Asymptomatische LV-Dysfunktion)	NYHA II	NYHA III	NYHA IV (Verordnung nur in enger Kooperation mit einem Facharzt für Kardiologie)
ACE-Hemmer	Indiziert	Indiziert	Indiziert	Indiziert
Beta-Rezeptorenblocker	• nach Myokardinfarkt** • bei Hypertonie**	Indiziert	Indiziert*	Indiziert*
Diuretika	Schleifendiuretika Thiazide bei Hypertonie	bei Flüssigkeitsretention bei Flüssigkeitsretention	Indiziert	Indiziert
Aldosteron-Antagonisten		nach Myokardinfarkt	Indiziert (bei zersetzender Symptomatik)	Indiziert (bei zersetzender Symptomatik)
AT1-Rezeptorblocker	bei ACE-Hemmer-intoleranz	bei ACE-Hemmer-intoleranz	bei ACE-Hemmer-intoleranz	bei ACE-Hemmer-intoleranz
Herzglykoside	• bei chronischem, tachyarrhythmischem Vorhofflimmern • bei Sinusrhythmus nur als Reservemittel****			
Antikoagulantien	• bei Vorhofflimmern oder spezifischen Bedingungen****			
Amlodipin und Felodipin	bei therapieresistenter arterieller Hypertonie oder Angina pectoris			

\* nur bei stabilen Patienten, langsam einschleichend unter engmaschiger Kontrolle; Kontraindikationen nur bei dekompensierter Herzinsuffizienz.  
 \*\* bei Leitlinien zu Hypertonie und KHK  
 \*\*\* zur Potenzierung der Schleifendiuretikawirkung  
 \*\*\*\* mit niedrigem Zielserumspiegel  
 \*\*\*\*\* siehe Statement 6-15 zur antikoagulativen Therapie

- ▶ Komplementärmedizinische Therapie vermeiden

### Apparative Therapie

Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT):  
bei NYHA III-IV und EF < 35 % und linksventrikulärer Dilatation und Sinusrhythmus und QRS-Komplex > 120 ms

Implantierbare Kardioverter-Defibrillatoren (ICD):  
nach überlebtem plötzlichem Herztod und anhaltenden, hämodynamisch wirksamen Kammer tachykardien und Lebenserwartung über 1 Jahr

## Verlaufskontrolle

- ▶ Gewichtskontrolle durch den Patienten, wenn möglich inkl. selbständiger Anpassung der Diuretikadosis
- ▶ **Regelmäßig:**
  - ▶ funktionale Kapazität (NYHA-Klasse)
  - ▶ psychosozialer Status und Lebensqualität
  - ▶ Volumenstatus (Gewichtsverlauf, klinische Untersuchung, Blutdruckmessung)
  - ▶ Herzrhythmus und -frequenz (Pulsmessung, ggf. EKG und Langzeit-EKG)
  - ▶ eingenommene Medikation (Erfassung – Kontrolle – ggf. Anpassung, UAW)
  - ▶ Laborkontrolle (Natrium, Kalium, Kreatinin bzw. geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR))
- ▶ Bei klinisch stabilen Patienten mit unveränderter Medikation: Halbjährliche Kontrolle der Serumelektrolyte (Natrium, Kalium) und Nierenfunktion
- ▶ In Abhängigkeit von klinischem Status, Begleiterkrankungen und bei Änderungen der Medikation engmaschiger beobachten und ggf. weitere Parameter kontrollieren

### Komorbidität/Multimorbidität

- ▶ Niereninsuffizienz:
  - ▶ Bei erheblichem Anstieg des Serumkreatinin (GFR-Abfall) Untersuchung auf reversible Ursachen (z. B. Begleitmedikation, Hypovolämie, Hypotension, Harnwegsverengung oder -infektion)
  - ▶ Digoxin reduzieren bzw. auf Digitoxin umstellen, bei fortschreitender Verschlechterung Digoxin aussetzen
- ▶ Diabetes mellitus: Metformin und Insulinsensitizer (Glitazone) bei NYHA III-IV kontraindiziert
- ▶ COPD: Beta-Rezeptorenblocker auch bei begleitender COPD
- ▶ Multimedikation

Unbedingt vermeiden	Möglichst vermeiden
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ selektive COX-2-Hemmer</li> <li>▪ negativ inotrope Kalziumkanalblocker (Diltiazem, Verapamil) bei chronischer systolischer Herzinsuffizienz;</li> <li>▪ Antiarrhythmika Klasse I und III (Ausnahme Amiodaron);</li> <li>▪ Trizyklika;</li> <li>▪ Amphetamine;</li> <li>▪ Minoxidil;</li> <li>▪ Metformin und Insulinsensitizer (Glitazone) bei NYHA III-IV;</li> <li>▪ Mutterkornalkaloide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)</li> <li>▪ Phosphodiesterasehemmer (z. B. Sildenafil, Cilostazol);</li> <li>▪ Carbamazepin;</li> <li>▪ Itraconazol;</li> <li>▪ Corticosteroide;</li> <li>▪ Alfablocker</li> <li>▪ Phytopharmaka</li> </ul>