

Therapie der chronischen Herzinsuffizienz

nicht medikamentös:

Schulung zu Schlüsselthemen:

- Pathophysiologie/Verlauf/Therapieoptionen
- Impfungen
- Komorbiditäten
- Sozialpsychiatrische Bedeutung
- Fahrtauglichkeit/Reisen
- Sexualität

Schulung zu Selbsthilfekompetenz:

- Ernährung/Flüssigkeitsaufnahme (3L max)/Salzkonsum (nicht < 6 g)
- Rauchverzicht/Alkoholreduktion,-verzicht
- Blutdruck/Pulskontrolle individuell
- Gewichtskontrolle (> 1 kg über Nacht oder Zunahme von > 2 kg innerhalb von drei Tagen oder Zunahme von > 2,5 kg in einer Woche)
- Medikamenteneinnahme BMP/Selbstmedikation
- Symptomkontrolle (Tagebuch)
- selbstständige Diuretikaanpassung (Gewicht)

Steigerung körperliche Aktivität:

- Trainingsplan (z.B. Karvonenformel)/Kraft
- Herzsportgruppe

Versorgungsangebote:

- präventiv/rehabilitativ/palliativ
- Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht
- spezialärztliche Versorgung/Telemonitoring
- DMP

medikamentöse Therapie: HFrEF (indiziert ab NYHA II)

ACE-I oder ARNI (Sacubitril-Valsartan)

- indiziert schon bei NYHA I
- Steigerung alle 14 Tage bis max Dosis bzw. Toleranzdosis
- ARNI: rel. KI bei eGFR < 30 ml/Min (NVL)
- bei Intoleranz ARB (Candesartan, Losartan, Valsartan)

Betablocker

- Steigerung alle 14 Tage bis max. Dosis bzw. Toleranzdosis (HF: ca. 55-60/Min bzw. Symptomkontrolle)
- Kontraindikationen beachten

MRA

- Schaden/Nutzenabwägung (CKD/Diabetes/Kalium)
- Zulassungsstatus beachten
- engmaschige Überwachung (NW, Kalium)

SGLT2-Inh. (Dapagliflozin/Empagliflozin)

- laut NVL bei persistierender Symptomatik

Diuretika

- bei Staungszeichen / Stauungssymptomen
- indiziert ab NYHA III

Ivabradin

- LVEF ≤ 35%, SR, Ruhe HF > 75 bpm trotz max. β Blocker Dosis und ACE-I/ARNI und MRA
- LVEF ≤ 35%, SR, Ruhe HF > 75 bpm und βBlocker Intoleranz oder KI

Digoxin

- Digoxin bei nicht behershbaren VHF
- symptomatische HI trotz ACE-I/ARNI, β-Blocker und MRA im SR (niedriger Zielerumspiegel)

Therapie HFmrEF und HFpEF:

- HFmrEF: vergleichbar HFrEF, Diuretika
- HFpEF: + SGLT2-Inh Empagliflozin, Dapagliflozin

Therapieziele:

- Sterblichkeit verringern
- Rate an Krankenhauseinweisungen verringern
- Progression der Erkrankung hemmen
- Symptome mildern und Lebensqualität und soziale Teilhabe verbessern bzw. erhalten
- körperliche Belastungsfähigkeit verbessern
- nachteilige Effekte auf die Entstehung bzw. den Verlauf von Komorbiditäten vermeiden oder verringern
- Priorisierung der Therapie bei Multimorbidität.

spezielle Therapien/Umstände:

- biventriculärer SM oder CRT-ICD
- Umrüstung von SM/ICD auf CRT
- Aggregatwechsel mit Indikationsprüfung
- ggf. Abschalten in Palliativsituation
- externe Defis zeitlich begrenzt
- PCI / ACVB bei KHK und red LVEF (SOP)
- Ablationsbehandlung bei VHF (SOP)
- Kunstherz (VAT) Kardiochirurgie
- Klappenvitien primär, sekundär TAVI, OP (SOP)
- Herztransplantation: Zentrum
- Vericiguat nach KH Aufenthalt wegen Dekompensation und iv-Diuretika
- sonstige cardiochirurgische Maßnahmen
- Kooperation mit anderen Fachabteilungen bzgl. Komorbiditäten

Herzrythmusbehandlung bei red. LVEF

implantierbarer Kardioverter-Defibrillator:

- ischämisch: LVEF < 35%, QRS < 130 ms, NYHA II-IV, trotz > 3 Monate OMT, Lebenserwartung > 1Jahr
- nicht ischämisch: idem

cardiale Resynchronisationstherapie (CRT):

symptomatische HF, SR, LVEF ≤ 35%, OMT

- QRS ≥ 130 ms, LSB,
- QRS ≥ 150 ms, Nicht-LSB
- QRS 130 -149 ms, Nicht-LSB