



**HERZ
GESUND**
Gut leben mit
Herzschwäche

MOTIVATIONSKAMPAGNE FÜR PATIENTINNEN & PATIENTEN

■ Europäische und amerikanische Daten weisen auf eine Prävalenz bezüglich der Herzinsuffizienz je nach Alter von 1-10% hin. Dank verbesserter Therapiemethoden ist die 5 Jahres Überlebensrate bei Einhaltung der medizinisch verordneten Therapie deutlich angestiegen. Daten der österreichischen Sozialversicherungen ergaben, dass die Therapieadhärenz bei den verordneten Medikamenten im statistischen Mittel unter 50% betrug. Es müssen deshalb Maßnahmen erfolgen, um die Patientencompliance zu erhöhen. Wir als Krankenversicherung möchten unsere Vertrags- und Wahlärzte dabei unterstützen.

■ Für Ihre Patientinnen und Patienten haben wir Informationsfolder und „Motivationsrezepte“ erarbeitet. Wir möchten damit zu einem besseren Verständnis der Krankheit und erhöhter Compliance beitragen.

■ Die Patienteninformation weist auf Wesen und Ursachen einer Herzinsuffizienz, auf den Ernst der Diagnose, aber vor allem auf die Chancen für eine bessere Lebensqualität und Lebensprognose bei Einhaltung der ärztlich verordneten Therapie hin. Die Betonung der Notwendigkeit einer regelmäßigen ärztlichen Betreuung und einer konsequenten medikamentösen Therapie steht im Zentrum. Informiert wird auch über begleitende Maßnahmen einer Lebensstilveränderung und ihre positiven Auswirkungen.

■ Gemeinsam können wir für Ihre Patienten und Patientinnen – unsere Versicherten – eine Verbesserung der Versorgung erreichen!

BESTELLEN SIE DIESE UNTERLAGEN UND HOLEN SIE SICH WEITERE INFORMATIONEN ZUM PROJEKT „HERZINSUFFIZIENZ“!

OÖ GKK
FORUM GESUNDHEIT

www.oegkk.at/herzinsuffizienz

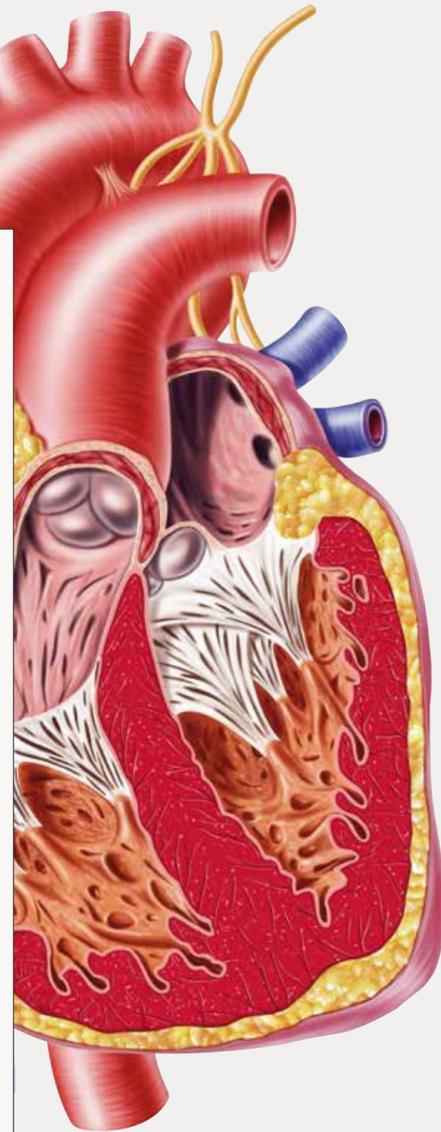


Tabelle der in der Therapie der Herzinsuffizienz zugelassenen und klinisch in Studien geprüften, prognoseverbessernden Arzneimittel

| Medikament | Initialdosierung (mg) | Ziel- oder Maximaldosierung (mg) |
|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| ACEI | | |
| Captopril ^a | 6,25 t.i.d. | 50 t.i.d. |
| Enalapril | 2,5 o.d. | 10 - 20 b.i.d. |
| Lisinopril ^b | 2,5 o.d. | 20 - 35 o.d. |
| Ramipril | 1,25 b.i.d. | 5 b.i.d. |
| BB | | |
| Bisoprolol | 1,25 o.d. | 10 o.d. |
| Carvedilol | 3,125 b.i.d. | 25 (- 50) b.i.d. |
| Metoprolol-Succinat (retardiert) | 11,875/23,75 o.d. | 190 o.d. |
| Nebivolol | 1,25 o.d. | 10 o.d. |
| ARB | | |
| Candesartan | 4 o.d. | 32 o.d. |
| Valsartan | 40 b.i.d. | 160 b.i.d. |
| Losartan ^{b,c} | 12,5 o.d. | 50 - 150 o.d. |
| MRA | | |
| Spiroglacton | 25 o.d. | 50 o.d. |
| Eplerenon | 25 o.d. | 50 o.d. |
| IF Kanalhemmer | | |
| Procoralan ^d | 5 b.i.d. | frequenzadaptiertes Vorgehen |

Index:

ACEI = ACE-Hemmer; BB = Betablocker; ARB = Angiotensin-Rezeptor-Blocker; MRA = Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist

t.i.d. = ter in die = 3x täglich; o.d. = omni die = 1x täglich; b.i.d. = bis in die = 2x täglich;

^a ACE-Hemmer in einer Zieldosierung, die von Post-Myokardinfarkt Studien entnommen ist.

^b Medikamente, bei denen eine höhere Dosis eine Reduktion der Mortalität gezeigt hat – die Mortalität wurde verglichen mit einer niedrigeren Dosierung desselben Medikaments, aber es gibt keine randomisierte placebokontrollierte Studie und die optimale Dosierung ist unklar (Losartan: HEAAL-Studie; Lisinopril: Daten der ATLAS Study Group).

^c Behandlung zeigte keine Reduktion der kardiovaskulären oder der Gesamtmortalität bei Patienten mit Herzinsuffizienz oder nach akutem Myokardinfarkt (bzw. zeigte sich nicht unterlegen gegenüber einer Behandlung, bei der eine Reduktion der Mortalität erreicht wird).

^d SHIFT-Studie

Quellen:

- 1) ESC Guidelines 2012
- 2) Regeltext der Fachinformation / Austria Codex
- 3) Packer M et al.: Comparative effects of low and high doses of the angiotensin-converting enzyme inhibitor, lisinopril, on morbidity and mortality in chronic heart failure. ATLAS Study Group; Circulation. 1999 Dec 7; 100(23):2312-8
- 4) Marvin A Konstam et al.: Effects on high-dose versus low-dose losartan on clinical outcomes in patients with heart failure (HEEAL study); the lancet 2009; Vol 374; 1840-1848
- 5) Swedberg K et al.: Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT); the lancet 2010; Vol 376; 875-885



**HERZ
GESUND**
Gut leben mit
Herzschwäche



Folder „Gut leben mit Herzschwäche“ mit wertvollen Informationen für Betroffene



Rezeptblock zur Steigerung der Compliance: Erinnerung für die PatientInnen

INFORMATION FÜR ÄRZTINNEN & ÄRZTE ZUM THEMA HERZINSUFFIZIENZ



OÖ GKK
FORUM GESUNDHEIT

BEHANDLUNGSSTANDARDS BEI HERZINSUFFIZIENZ

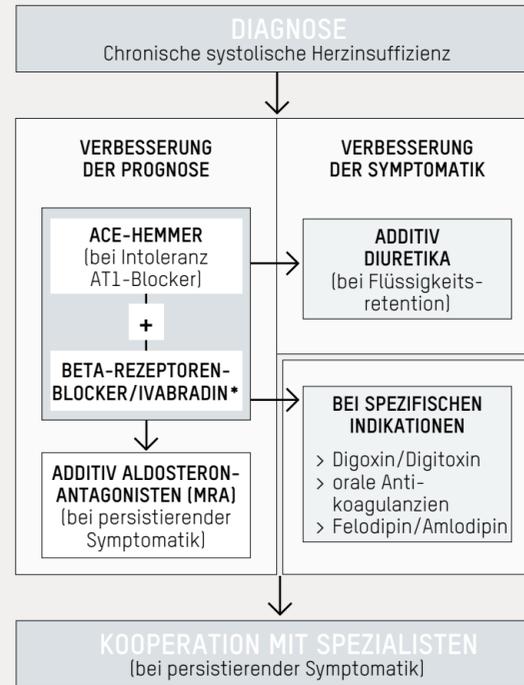
Die Herzinsuffizienz ist laut WHO als „**verminderte körperliche Belastbarkeit aufgrund einer ventrikulären Funktionsstörung**“ definiert. Die Herzinsuffizienz stellt ein klinisches Syndrom unterschiedlicher Ätiologie dar. Unterscheiden kann man eine systolische Ventrikelfunktionsstörung, eine diastolische Ventrikelfunktionsstörung oder eine Kombination aus beiden.

Die Ursache einer chronischen Herzinsuffizienz liegt in circa 50% der Fälle in einer arteriellen Hypertonie oder koronaren Herzerkrankung begründet. Weitere Ursachen können eine nicht ischämische Kardiomyopathie, Arrhythmien, erworbene, angeborene valvuläre und andere angeborene Herzerkrankungen, Perikarderkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen sein.

Die **chronische Herzinsuffizienz** wird entsprechend den Empfehlungen der New York Heart Association (NYHA) in 4 Stadien, die sogenannten NYHA-Stadien, eingeteilt. Es handelt sich hierbei um eine Klassifikation nach der Leistungsfähigkeit.

Die **Verdachtsdiagnose** einer Herzinsuffizienz wird in der Regel aufgrund der **Symptome** gestellt, die der Patient angibt: **Dyspnoe, Müdigkeit, verminderte körperliche Leistungsfähigkeit, Flüssigkeitsretention**. Im Anschluss an die klinische Untersuchung und Anamnese wird entsprechend den Leitlinien ein EKG angefertigt und eine Basislabordiagnostik – Blutbild, Serumelektrolyte (K, Na), Kreatinin, Nüchternblutzucker, Leberenzyme (z.B. SGPT, GGT), TSH, Urinstatus. Die BNP (brain natriuretic peptid) Bestimmung sollte unter Beachtung der Pro- und Kontra-Darstellung des ESC-Guidelines 2012 erfolgen. Bei weiterhin bestehendem Verdacht auf eine Herzinsuffizienz erfolgt durch den Kardiologen eine Echokardiographie; bei Bestätigung der Verdachtsdiagnose wird eine weiterführende Diagnostik veranlasst. Diese versucht die verursachenden Erkrankungen zu definieren und die Einschränkung der linksventrikulären Funktionseinschränkung zu quantifizieren.

Nach Abschluss der Diagnostik werden die **therapeutischen Maßnahmen in die Wege geleitet**. Bei Koronarstenosen kann die Indikation für ein Stenting oder eine Bypass-Operation vorliegen, bei einem Klappenfehler die Indikation für einen klappenchirurgischen Eingriff. In der Regel steht bei der chronischen Herzinsuffizienz die medikamentöse Therapie im Vordergrund. Eine Prognoseverbesserung hinsichtlich der Mortalität ist durch die Medikation mit ACEI/ARB, BB, Ivabradin und MRA belegt. ACEI/ARB sind in Kombination mit BB für alle Patienten (NYHA-Stadium II-IV) bei einer linksventrikulären Auswurfraction ≤ 40% als Basistherapie indiziert.



* Ivabradin unter Beachtung der Fachinformation. Quelle: Nationale Versorgungsleitlinien Version 1.5 März 2012; ESC-Leitlinie 2012; SHIFT Studie: Swedberg K et al.: Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT); theLancet 2010; Vol 376; 875-885

Die Medikation ist einschleichend und titrierend in Abhängigkeit von Blutdruck, Herzfrequenz, Nierenfunktion sowie individueller Verträglichkeit bis an die Zieldosen heranzuführen.

Die **Behandlung mit Diuretika ist primär symptomlindernd**. Empfohlen wird des Weiteren bei stabiler Herzinsuffizienz eine körperliche Aktivität, wobei diese im Rahmen eines Belastungsprogrammes soweit definiert werden sollte, dass die Symptome einer Herzinsuffizienz nicht auftreten. Empfohlen wird auch eine Modifikation des Lebensstils.

Der **Alkoholkonsum** sollte weitestgehend reduziert werden, beim Vorliegen einer alkoholtoxischen Kardiomyopathie ist auf Alkohol zu verzichten. Das Rauchen sollte eingestellt werden. Eine Normalisierung des Gewichts ist anzustreben.

BEHANDLUNGSSTANDARDS BEI SYSTOLISCHER HERZINSUFFIZIENZ

| NYHA Klassen | NYHA I (asymptomatisch) | NYHA II (leicht) | NYHA III (mittelschwer) | NYHA IV ¹ (schwer) |
|---------------------------------------|--|--|--|--|
| <i>Arzneimittel</i> | | | | |
| ACE-HEMMER (ACEI) | Indiziert | Indiziert | Indiziert | Indiziert |
| BETA-REZEPTOREN-BLOCKER (BB) | Nach Myokardinfarkt** Bei Hypertonie** | Indiziert* | Indiziert* | Indiziert* |
| ALDOSTERON-ANTAGONISTEN (MRA) | | Indiziert (bei persistierender Symptomatik) | Indiziert (bei persistierender Symptomatik) | Indiziert (bei persistierender Symptomatik) |
| DIURETIKA / SCHLEIFENDIURETIKA | | Bei Flüssigkeitsretention | Indiziert | Indiziert |
| DIURETIKA /THIAZIDE | Bei Hypertonie | Bei Flüssigkeitsretention | Indiziert*** | Indiziert*** |
| AT-II-REZEPTOR-BLOCKER (ARB) | Bei ACE-Hemmer-Intoleranz | Bei ACE-Hemmer-Intoleranz | Bei ACE-Hemmer-Intoleranz | Bei ACE-Hemmer-Intoleranz |
| IVABRADIN (PROCORALAN) | Für Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz II-IV mit persistierenden Symptomen und Ruheherzfrequenz von ≥ 70/Minute (EMA ≥ 75/Minute) trotz evidenzbasierter Dosierung von BB oder Kontraindikation zu BB unter Basis-Therapie mit ACEI oder ARB und MRA. | | | |
| HERZGLYKOSIDE | Bei chronisch tachyarrhythmischem Vorhofflimmern. Bei Sinusrhythmus nur als Reservemittel.**** | | | |
| ANTIKOAGULANZIEN | Bei Vorhofflimmern oder spezifischen Bedingungen.***** | | | |
| AMLODIPIN UND FELODIPIN | Bei therapiefraktärer arterieller Hypertonie oder Angina pectoris. | | | |

1) Verordnung nur in enger Kooperation nur mit einem Facharzt für Kardiologie / * nur bei stabilen Patienten, langsam einschleichend unter engmaschiger Kontrolle; Kontraindikation bei dekomponierter Herzinsuffizienz / ** gemäß Leitlinien zur Hypertonie und KHK / *** zur Potenzierung der Schleifendiuretikawirkung / **** mit niedrigem Zielserspiegel / ***** siehe Statement 6-15 zur antikoagulativen Therapie.

Quellen: Nationale Versorgungsleitlinien Version 1.5 März 2012; ESC-Leitlinie 2012

STADIEN DER CHRONISCHEN HERZINSUFFIZIENZ – DIE NYHA-KLASSIFIKATION

| | |
|-----------------------------------|--|
| NYHA I (asymptomatisch) | Herzerkrankung ohne körperliche Limitation. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot, Palpitationen oder Angina Pectoris. |
| NYHA II (leicht) | Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe und bei geringer Anstrengung. Stärkere körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot, Palpitationen oder Angina Pectoris (z.B. Bergaufgehen oder Treppensteigen). |
| NYHA III (mittelschwer) | Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot, Palpitationen oder Angina Pectoris (z.B. Gehen in der Ebene). |
| NYHA IV (schwer) | Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe bzw. bei Bettlägerigkeit. |

NICHT EMPFOHLENE MEDIKAMENTE BEI HERZINSUFFIZIENZ

> Statine als Routinemaßnahme > Glitazone für DM-Therapie > Kalziumantagonisten vom Verapamiltyp
> Zurückhaltung bei NSAR und Cox-II-Inhibitoren > Kombinationstherapie von ACEI und ARB

Öko-Eck: Vergleich der Heilmittelkosten zwischen Originalmedikament und dem günstigsten Generikum bezogen auf 30 Tage

| Medikament | Monatstherapiekosten in Euro | |
|-------------------------------------|------------------------------|-----------|
| | Originalmedikament | Generikum |
| ACEI | | |
| Enalapril 2,5mg o.d. | 2,06 | 1,35 |
| Lisinopril 2,5mg o.d. | 2,06 | 1,10 |
| Ramipril 1,25mg b.i.d. | 7,82 | 5,30 |
| Ramipril 5mg b.i.d. | 19,17 | 9,00 |
| BB | | |
| Bisoprolol 1,25mg o.d. | 2,77 | 1,35 |
| Carvedilol 6,25mg b.i.d. | 11,57 | 6,50 |
| Metoprolol Succinat ret 47,5mg o.d. | 2,70 | 1,50 |
| Nebivolol 5mg o.d. | 4,50 | 4,25 |
| ARB | | |
| Candesartan 4mg o.d. | 14,25 | 9,40 |
| Valsartan 40mg b.i.d. | 43,80 | 18,17 |
| Losartan 12,5mg | 5,19 | 3,75 |
| MRA | | |
| Spirolacton 50mg o.d. | 13,43 | 12,23 |
| Eplerenon 25mg o.d. | 44,55 | 34,05 |

Quelle ÖKO-Eck: Warenverzeichnis Februar 2013

ACEI = Angiotensin-Converting-Enzym-Inhibitoren
BB = Betablocker
ARB = Angiotensin-Rezeptor-Blocker / = Angiotensin-II-Antagonisten
MRA = Mineralcorticoid-Rezeptor-Antagonist = Aldosteronantagonist
EMA = European Medicines Agency

