

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

**Aktuelles: Entlassungsmanagement
bei Patienten mit Herzinsuffizienz:**

Der optimale nächste Schritt

Wieser M

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2016; 23

(5-6), 162-163

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Aktuelles: Entlassungsmanagement bei Patienten mit Herzinsuffizienz: Der optimale nächste Schritt

M. Wieser

Aus der Karl-Landsteiner-Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Krems

■ Zusammenfassung

Hospitalisierungen bei Patienten mit Herzinsuffizienz sind häufig, sie stehen in Zusammenhang mit erhöhter Morbidität und Mortalität und verursachen hohe Kosten. Mit Hilfe von wenigen Parametern sollen mögliche Schritte aufgezeigt werden, wie die medikamentöse Therapie noch vor Spitalsentlassung optimiert werden kann, um Rehospitalisierungen möglichst zu vermeiden.

■ Einleitung

Viele Patienten mit Herzinsuffizienz haben im Verlauf ihrer Erkrankung akute Episoden, welche oftmals zur stationären (Wieder-) Aufnahme führen. Herzinsuffizienz stellt in den Industrienationen mittlerweile die häufigste Ursache einer stationären Aufnahme bei Patienten > 65 Jahre dar [1]. Die Kosten für die Therapie der Herzinsuffizienz sind enorm, wobei der Großteil durch (Re-) Hospitalisierungen verursacht wird [2].

In den vergangenen 2 Jahrzehnten konnten erhebliche Erfolge in der Therapie der HFREF (Heart Failure with Reduced Ejection Fraction) verzeichnet werden, wodurch die Mortalität der Erkrankung zunehmend gesenkt werden konnte [3]. Dennoch ist sie weiterhin hoch, so beträgt die Akutmortalität knapp 4 % im Rahmen des stationären Aufenthaltes, ca. 10 % innerhalb der ersten 30 Tage nach Ereignis, die 1-Jahres-Mortalität beträgt ca. 20 % [4–6].

■ Optimierte Entlassungsmanagement

Die im Folgenden vorgestellten Empfehlungen zielen nun insbesondere darauf ab, den Patientenoutcome in der „vulnerablen Phase“ [7], also den ersten 30 Tagen nach dem kardialen Ereignis, zu verbessern. Anhand weniger Parameter sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie man bei hospitalisierten

Tabelle 1: Zu beachtende Parameter vor Setzen des nächsten Schrittes.
© M. Wieser

Status präsens	Allgemeinzustand, NYHA-Stadium, Dekompensationszeichen
Messparameter	Blutdruck, Puls, Gewichtsverlauf
EKG	Rhythmus, Herzfrequenz
Laborparameter	BB, NT-pBNP, Crea, BUN, Na, K, Cl

Patienten mit HFREF guidelinekonform [8] den nächsten möglichen therapeutischen Schritt setzen kann. Zum Zeitpunkt dieser Maßnahmen soll der Patient bereits wieder rekompensiert bzw. so stabil sein, dass die Entlassung aus dem stationären Aufenthalt erstmals angedacht wird.

Es ist ebenfalls Ziel, dass diese Entscheidungen möglichst klar, einfach und rasch zu treffen sind. Eine solche Aufstellung ist niemals vollständig, es werden bewusst nur typische bzw. häufige Konstellationen dargestellt. Natürlich kann es sein, dass in speziellen Patientenfällen andere als die angeführten Entscheidungsmöglichkeiten geeignet bzw. günstiger sind. Weiters wird vorausgesetzt, dass den Patienten nach diesen Modifikationen nach Entlassung entsprechende kardiologische Kontrollen im niedergelassenen Bereich empfohlen werden.

In Tabelle 1 sind die zu beachtenden Parameter dargestellt. Aufgrund der aus diesen Parametern typischen Konstellationen wird immer auf den nächsten möglichen Schritt (von ev. noch mehreren notwendigen) hingewiesen.

Situation 1

Status präsens, Messparameter, EKG, Laborparameter sind stabil, die Herzinsuffizienzmedikation ist optimiert.

Belassen der Medikation bzw. kann bei wiederholt symptomatischen Patienten anstelle des ACE-Hemmers/ATII-Blockers ein Wechsel auf Sacubitril/Valsartan überlegt werden [9].

Situation 2

Status präsens, Messparameter, EKG, Laborparameter sind stabil, die HI-Medikation ist noch NICHT optimiert.

Hier soll der nächste guidelinekonforme Aufdosierungsschritt erfolgen [8].

Situation 3

Status präsens, Messparameter, EKG sind unauffällig bzw. in der Norm, die HI-Medikation ist noch NICHT optimiert, Abweichungen der Nierenretentionsparameter bzw. Elektrolyte.

a) Es liegen chronisch erhöhte Nierenretentionsparameter vor, die aktuellen Werte entsprechen dem chronischen Niveau vor der kardialen Dekompensation, die Elektrolyte sind im Normbereich: Hier kann die ACE-Hemmer- bzw. ATII-Dosis vorsichtig erhöht werden.

b) Es liegen passager erhöhte Nierenretentionsparameter vor, die Elektrolyte sind im Normbereich: Hier kann die Betablockerdosis gesteigert werden.

c) Hyperkaliämie: Reduktion bzw. Pausieren des ACE-Hemmers/ATII-Blockers bzw. Pausieren des Mineralrezeptorantagonisten. Es kann die Betablockerdosis gesteigert werden.

d) Hypokaliämie: Nach Möglichkeit Reduktion der diuretischen Therapie, eventuell Pausieren/Beenden von HCT. Ein Steigern des ACE-Hemmers/ATII-Blockers bzw. Beginn/Steigern des Mineralrezeptorantagonisten oder auch Steigern der Betablockerdosis ist möglich.

Situation 4

Status präsens, Laborparameter sind unauffällig bzw. in der Norm, die Herzinsuffizienzmedikation ist NICHT im Zielbereich, Abweichungen von einzelnen Messparameter und/oder des EKGs.

a) Zielgewicht (= „chronisches“ Gewicht vor der kardialen Dekompensation) ist noch nicht erreicht: Hier erfolgt primär ein Anpassen der oralen diuretischen Therapie.

b) Der Blutdruck ist erhöht: In diesem Fall soll der nächste guidelinekonforme Aufdosierungsschritt erfolgen.

c) Der Blutdruck ist erniedrigt, Patient symptomatisch: derzeit keine Aufdosierung.

d) Die Herzfrequenz ist erhöht ($> 75/\text{min}$), der Blutdruck ist erhöht, keine/kaum vorhandene Herzinsuffizienzmedikation: Beginn/Steigern von ACE-Hemmer/ATII-Blocker und Betablocker ist möglich.

e) Die Herzfrequenz ist erhöht ($> 75/\text{min}$), der Blutdruck ist erhöht: Gleichzeitige Steigerung des Betablockers und Beginn Ivabradin [10, 11].

f) Die Herzfrequenz ist erhöht ($> 75/\text{min}$, SR), der Blutdruck ist niedrig normal bzw. erniedrigt: Beginn/Steigerung Ivabradin ist möglich [12].

g) Die Herzfrequenz ist erhöht ($> 75/\text{min}$, SR), der Blutdruck ist normal, noch keine/kaum vorhandene Herzinsuffizienzmedikation: Gleichzeitig Beginn/Steigerung ACE-Hemmer/ATII-Blocker, Beginn Ivabradin.

h) Die Herzfrequenz ist erniedrigt ($< 45/\text{min}$), der Blutdruck erhöht oder normal: ACE-Hemmer/ATII-Blocker soll gesteigert, Betablocker/Ivabradin reduziert werden.

Schlussfolgerungen

Die oben angeführten Situationen sind häufig bei hospitalisierten Patienten mit HFREF vorzufinden. Ein entschlossenes Handeln vor Entlassung der Patienten kann mithelfen, Rehospitalisierungen zu vermeiden bzw. die Morbidität und Mortalität zu senken.

Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor ist als Referent für die Firma Servier Austria GmbH tätig.

Literatur:

- Rodriguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar-Castillon P. Epidemiology of heart failure. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57: 163–70.
- Neumann T, Biermann J, Erbel R, Neumann A, Wasem J, Ertel G, Dietz R. Heart failure: the commonest reason for hospital admission in Germany: medical and economic perspectives. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106: 269–75.
- Stevenson LW, Pande R. Witness to progress. *Circulation* 2011; 4: 390–2.

4. Maggioni AP, Gheorghiade M, Böhm M, Greene SJ, Fonarow GC, et al. Effect of aliskiren on postdischarge mortality and heart failure readmissions among patients hospitalized for heart failure. The ASTRONAUT Randomized Trial. *JAMA* 2013; 309: 1125–35.

5. Abrahamsson P, Swedberg K, Borer JS, Michael Böhm M, Kober L, et al. Risk following hospitalization in stable chronic systolic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2013; 15: 885–91.

6. Setoguchi S, Stevenson LW, Schneeweiss S. Repeated hospitalizations predict mortality in the community population with heart failure. *Am Heart J* 2007; 154: 26026.

7. Marti CN, Gregg C, Fonarow GC, Gheorghiade M, Butler J. Timing and duration of interventions in clinical trials for patients with hospitalized heart failure. *Circ Heart Fail* 2013; 6: 1095–101.

8. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker S, Auricchio A, Böhm M, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur Heart J* 2012; 33: 1787–847.

9. McMurray JJ, Packer M, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med* 2014; 371: 993–1004.

10. Habal MV, Liu PP, Austin PC, Ross HJ, Newton GE, et al. Association of heart rate at hospital discharge with mortality and hospitalizations in patients with heart failure. *Circ Heart Fail* 2014; 7: 12–20.

11. Böhm M, Borer J, Ford I, Gonzalez-Juanatey JR, Komajda M, et al. Heart rate at baseline influences the effect of ivabradine on cardiovascular outcomes in chronic heart failure: analysis from the SHIFT study. *Clin Res Cardiol* 2013; 102: 11–22.

12. Darabantiu D, Lala R, Pop-Moldovan A, Pilat L, Patrascanu D, et al. Early ivabradine initiation in patients hospitalized for decompensated chronic Heart Failure. *Eur J Heart Fail Abs (Suppl)* 2015; 17: 339.

Korrespondenzadresse:

Assoc. Prof. Dr. Manfred Wieser, MSc.
Karl Landsteiner Privatuniversität für
Gesundheitswissenschaften
A-3500 Krems
Dr. Karl-Dorrek-Straße 30
E-Mail: manfred.wieser@kl.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)