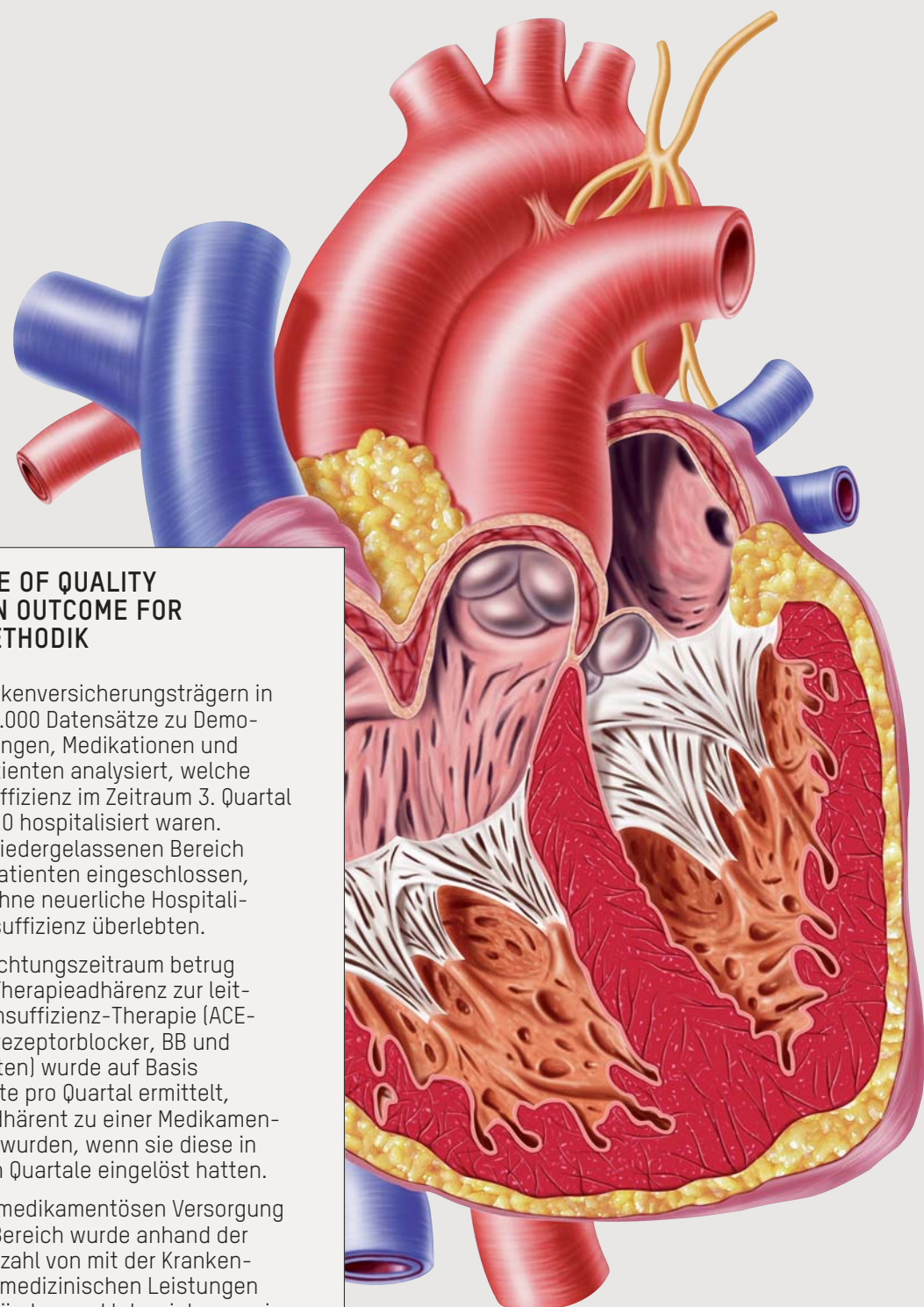




**HERZ
GESUND**
Gut leben mit
Herzschwäche



PROJEKT „INFLUENCE OF QUALITY OF PRIMARY CARE ON OUTCOME FOR HEART FAILURE“: METHODIK

- Es wurden von 13 Krankenversicherungsträgern in Österreich mehr als 35.000 Datensätze zu Demographie, Hospitalisierungen, Medikationen und Arztleistungen von Patienten analysiert, welche aufgrund von Herzinsuffizienz im Zeitraum 3. Quartal 2006 bis 4. Quartal 2010 hospitalisiert waren. Um die Betreuung im niedergelassenen Bereich zu erfassen, wurden Patienten eingeschlossen, die mehr als 90 Tage ohne neuerliche Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz überlebten.
- Der individuelle Beobachtungszeitraum betrug 91 bis 1530 Tage. Die Therapieadhärenz zur leitlinienkonformen Herzinsuffizienz-Therapie (ACE-Hemmer/ Angiotensinrezeptorblocker, BB und Aldosteron-Antagonisten) wurde auf Basis der eingelösten Rezepte pro Quartal ermittelt, wobei Patienten als adhärenz zu einer Medikamentenklasse identifiziert wurden, wenn sie diese in 80% der beobachteten Quartale eingelöst hatten.
- Die Qualität der nicht-medikamentösen Versorgung im niedergelassenen Bereich wurde anhand der quartalsbezogenen Anzahl von mit der Krankenkasse abgerechneten medizinischen Leistungen (Arztbesuche bei Hausärzten und Internisten sowie Laborleistungen) erhoben.
- Die Assoziation von Therapieadhärenz und nicht-medikamentöser medizinischer Versorgung mit dem Überleben wurde mittels Kaplan-Meier-Überlebensanalyse ermittelt.

TÄGLICHE INITIAL- UND ZIELDOSIERUNGEN
von in der Therapie der Herzinsuffizienz zugelassenen und klinisch in Studien geprüften, prognoseverbessernden Arzneimitteln*

	Initialdosierung (mg)	Zieldosierung (mg)
ACEI		
Captopril	6,25 (3 x tgl.)	50 (3 x tgl.)
Enalapril	2,5 (2 x tgl.)	10 - 20 (2 x tgl.)
Lisinopril	2,5 - 5,0	20 - 35
Ramipril	2,5	5 (2 x tgl.)
BB		
Bisoprolol	1,25	10
Carvedilol	3,125 (2 x tgl.)	25 - 50 (2 x tgl.)
Metoprolol-Succinat (retardiert)	12,5/25	200
Nebivolol	1,25	10
ARB		
Candesartan	4 oder 8	32
Valsartan	40 (2 x tgl.)	160 (2 x tgl.)
Losartan	50	150
MRA		
Spiroinolacton	25	25 - 50
Eplerenon	25	50

MOTIVATIONSKAMPAGNE FÜR PATIENTINNEN & PATIENTEN

- 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 stehen 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“!



**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





PROJEKT HERZINSUFFIZIENZ

HERZINSUFFIZIENZ IST EINE DER HÄUFIGSTEN KRANKHEITEN BEI ÄLTEREN MENSCHEN.

Europäische und amerikanische Daten weisen auf eine Prävalenz von etwa 1-3% der Allgemeinbevölkerung hin. Unter Hochbetagten liegt die Prävalenz möglicherweise bei etwa 10%. Herzinsuffizienz gilt als Erkrankung mit schlechter Prognose.

Dank verbesserter Therapiemethoden sind die 5-Jahres-Überlebensraten allerdings deutlich angestiegen. Voraussetzung dafür ist die Einhaltung der medizinisch verordneten Therapie.

- Die österreichische Sozialversicherung hat im Rahmen eines Versorgungsforschungsprojekts Details über den Einfluss der Behandlungsqualität auf Hospitalisierungsrate und Mortalität bei Herzinsuffizienzpatienten auch in Österreich erhoben (Marzluf, B. et al.: „Influence of primary care on heart failure outcome in Austria“. Publikation in Vorbereitung).

GEMEINSAM VERBESSERUNGEN ERREICHEN

- Die Therapieadhärenz bei den verordneten Medikamenten (ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten, BB, Aldosteronantagonisten) betrug im statistischen Mittel unter 50%. Das heißt, dass nur rund die Hälfte der Patienten ihre Medikamente regelmäßig einnahm. Bei Diuretika war die Rate mit 53,3% nur leicht besser.
- Signifikant war aber der Zusammenhang zwischen Therapieadhärenz und Mortalität: Verstorbene Patienten zeigten auch bei vergleichbarer Behandlungsdauer eine signifikant schlechtere Therapieadhärenz.
- Zentrale Schlussfolgerung: Für die Gruppen mit guter Adhärenz gibt es einen signifikanten Überlebensvorteil von im Mittel 3,21 Jahren. Das bedeutet, dass Patienten, die ihre Medikamente kontinuierlich und in adäquater Dosierung einnehmen, eine höhere Lebenserwartung haben.



SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Die Therapieadhärenz zur leitlinienkonformen medikamentösen Herzinsuffizienztherapie ist mit unter 50% niedrig. Therapieadhärenz war mit einem besseren Überleben assoziiert, ein angesichts der bekannten prognoseverbessernden Effekte der entsprechenden Medikamentengruppen zu erwartendes Ergebnis.
- Es ist wesentlich, die Therapietreue der Patienten zu steigern, um betroffenen Patienten ein längeres Leben bei besserer Lebensqualität zu ermöglichen. Sämtliche Untersuchungen zum Thema Therapietreue / Compliance / Adhärenz zeigen, dass das Problem vielschichtig ist. Eine zentrale Position nehmen sozio-demographische Faktoren wie Alter, Bildung, sozioökonomischer Status ein. Der Schweregrad der Erkrankung spielt eine Rolle, die Frage der Komorbiditäten und die damit verbundene Polypharmazie. Auch individuelle Faktoren wie Ängste oder Vergesslichkeit sind gerade bei älteren Menschen nicht unbedeutend. Als klares Ergebnis aller Studien zeigt sich aber, dass die Arzt-Patienten-Beziehung für die Therapietreue entscheidend ist. Der zentrale Bezugspunkt für den Patienten ist der Arzt.
- Eine Schlussfolgerung aus dem vorgestellten österreichischen Versorgungsforschungsprojekt ist, dass Maßnahmen gesetzt werden müssen, um in der betroffenen Patientengruppe die Therapietreue zu verbessern. Wir als Krankenversicherung möchten unsere Vertragsärzte und Wahlärzte dabei unterstützen.

Abkürzungsverzeichnis:

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

BEHANDLUNGSSTANDARDS

- 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.

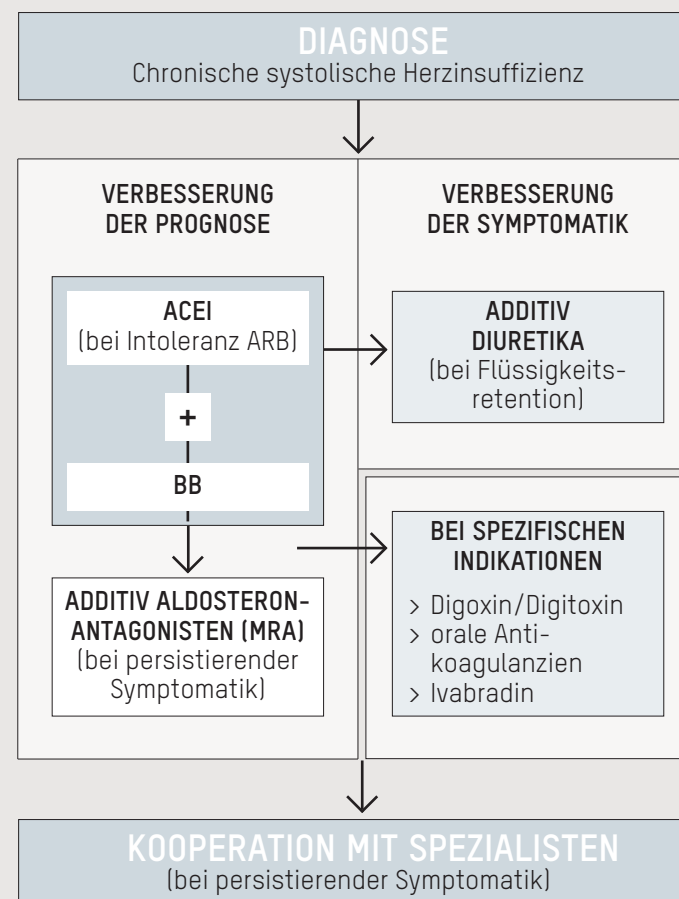
- Die chronische Herzinsuffizienz wird entsprechend den Empfehlungen der New York Heart Association (NYHA) in 4 Stadien, die sogenannten NYHA-Stadien, eingeteilt. Es handelt sich hierbei um eine Klassifikation nach der Leistungsfähigkeit.

- 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 Basislabor diagnostik – Blutbild, Serumelektrolyte (K, Na), Kreatinin, Nüchternblutzucker, Leberenzyme (z.B. SGPT, GGT), TSH, Urinstatus und je nach Verfügbarkeit und Fragestellung BNP (brain-natriuretic-peptide) – durchgeführt.

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 klappen-chirurgischen 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 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.

- 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 (nach Guidelines der European Society of Cardiology – ESC)

NYHA Klassen	NYHA I (asymptomatisch)	NYHA II (leicht)	NYHA III (mittelschwer)	NYHA IV (schwer)
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	Für Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz II-IV mit persistierenden Symptomen und Ruheherzfrequenz von ≥ 70/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.			

* nur bei stabilen Patienten, langsam einschleichend unter engmaschiger Kontrolle bis zur individuellen Zieldosis.
 ** gemäß Leitlinien zur Hypertonie und KHK-Therapie.

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

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.