

Herzinsuffizienzpatienten nach der Spitalentlassung

4 Medikamente statt 3 und alle gleichzeitig

Die aktuellen Guidelines empfehlen nach der Spitalentlassung für alle Herzinsuffizienzpatienten neu die gleichzeitige Gabe von 4 Substanzklassen, um die Mortalität zu reduzieren. Zusätzlich können regelmässige Kontrollen und Patientenempowerment helfen, das Erreichte zu konsolidieren und die Rehospitalisierungsrate reduzieren. Wie das geht, war am Jahreskongress der Schweizer Gesellschaft für Kardiologie (SSC/SSCS) in St. Gallen zu erfahren.

Bei der Behandlung einer dekompensierten Herzinsuffizienz ist die Dekongestion das Wichtigste. Danach folgt die Etablierung der Pharmakotherapie zur Reduktion des Mortalitätsrisikos. Gemäss den neuen Guidelines der European Society of Cardiology (1) hat für die Erstlinientherapie ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Bestand die Behandlung bis jetzt aus den 3 Substanzklassen ACE-Hemmer bzw. Sacubitril/Valsartan, Betablocker und Mineralokortikoidrezeptor-Antagonist (MRA), ist jetzt neu zusätzlich noch ein SGLT2-Hemmer empfohlen. Die 4 Therapien sollten ausserdem nicht mehr wie bis anhin sequenziell eingesetzt werden, sondern gleichzeitig, erklärte Dr. Matthias Paul, Leiter Herzinsuffizienz und stationäre Kardiologie, Herzzentrum Luzern, am SSC/SSCS-Kongress die Neuerung (*Tabelle*).

Grund dafür ist die Erkenntnis, dass die Dekongestion auch nach der Stabilisierung einer akuten Dekompensation wichtig ist. Denn die ersten paar Wochen nach Spitalentlassung seien heikel und die Mortalität in dieser vulnerablen Phase immer noch hoch, so Paul.

Die Guidelines empfehlen deshalb, dass nach der kompletten Dekongestion im Spital die orale Medikation noch vor der Entlassung optimiert und 1 bis 2 Wochen nach der Entlassung vom Hausarzt auftitriert werden soll. Dabei sei auch auf Zeichen von erneuter Kongestion und auf eventuelle Medikamentenunverträglichkeiten zu achten (1).

Zur Vorbereitung der Entlassung muss sichergestellt werden, dass der Patient ganz entstaubt ist, was sich anhand der klinischen Zeichen und des NT-proBNP-Werts ablesen lässt. Dieser sollte gemäss Paul halb so hoch sein wie vor der Spitalaufnahme. Das Zielgewicht sollte ausserdem unter oralen Diuretika 24 bis 48 Stunden stabil sein. Der Patient soll des Weiteren instruiert werden, das Gewicht zu kontrollieren, die Medika-

mente regelmässig einzunehmen, aktiv zu bleiben, die Flüssigkeitsrestriktion beizubehalten und bei Verschlechterung des Zustands entsprechend zu reagieren. Voraussetzung dafür ist allerdings ein Verständnis des Patienten für die Erkrankung und deren Anzeichen. Dieses erlangt er durch Patientenschulung.

Patientenschulung verbessert Lebensqualität

Ziel der Patientenschulung sei ein Empowerment, das heisst die Erhöhung der Autonomie und der Selbstbestimmung, im medizinischen Sinn auch die Förderung der Eigenständigkeit zum selbstbestimmten Handeln, mit anderen Worten Hilfe zur Selbsthilfe, wie Dr. Christoph Kaufmann, Chefarzt Klinik Le Noirmont, Hôpital du Jura, erklärte.

Es gilt also, die Anliegen des Behandlers (Gewicht, BNP, Adhärenz) und die Probleme des Patienten (z. B. Schwindel, trockener Mund) aufeinander abzustimmen. Ziel dabei ist es, den Patienten in die Lage zu bringen, seine Probleme selbst zu überwachen und zu korrigieren. Das Instrumentarium, das er dazu erlernt, kann dazu beitragen, dass es ihm besser geht und dadurch die Rehospitalisierungsrate sinkt. Dass dieser Ansatz nicht nur die Lebensqualität erhöht, sondern auch Kosten spart, zeigte eine 12-wöchige Studie aus Hongkong mit 236 durchschnittlich 70-jährigen Herzinsuffizienzpatienten der NYHA-Klassen II bis IV. Die Patienten wurden doppelblind in eine Empowerment- oder in eine Edukationsgruppe randomisiert. Die Teilnehmer von beiden Gruppen erhielten dieselbe didaktische Schulung, jene der Empowermentgruppe lernten, noch zusätzlich Symptome zu erkennen und darauf zu reagieren, Ziele selbst zu setzen und zu verändern, das Flüssigkeitsmanagement und Ernährungsmodifikationen sowie Gewohnheiten zielorientiert anzupassen. Die Veränderungen hinsichtlich Selbstversorgung, Management, Symptomerkennung und Selbstvertrauen wurden anhand des SCHFI-Scores (self-care heart failure index), eines Fragebogens mit 29 Items, ermittelt.

Die Empowermentgruppe erreichte eine klinisch relevante Verbesserung bei der Symptomerkennung und beim Symptommanagement sowie beim Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten im Vergleich zu jenen, die nur eine theoretische Schulung erhalten hatten. Zudem führte das Empowermentprogramm gegenüber der Edukation 9 Monate nach der Intervention zu signifikant weniger Rehospitalisierungen und damit auch zu tieferen Folgekosten (2).

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Die Basistherapie für alle Herzinsuffizienzpatienten besteht aus 4 Substanzklassen: ACE-Hemmer/ARNI, Betablocker, MRA, SGLT2-Hemmer gleichzeitig.
- ▶ In den ersten Wochen nach Spitalentlassung Stauungsproblematik im Auge behalten, ggf. NT-proBNP messen.
- ▶ Patientenschulung mit Empowerment zur Verbesserung der Lebensqualität aufgleisen.

Tabelle:
Behandlungsstrategie bei HFref

Mortalitätssenkung für alle Patienten

ACE-Hemmer/ARNI	Betablocker	MRA	SGLT2-Hemmer	
------------------------	--------------------	------------	---------------------	--

Reduktion der herzinsuffizienzbedingten Hospitalisierung/Mortalität – für ausgewählte Patienten
Volumenüberlastung: **Diuretika**

Sinusrhythmus mit Linksschenkelblock ≥ 150 ms: CRT-P/D		Sinusrhythmus mit Linksschenkelblock 130–149 ms oder nicht- Linksschenkelblock ≥ 150 ms: CRT-P/D		
ischämische Ätiologie: ICD		nicht-ischämische Ätiologie: ICD		
Vorhofflimmern: Gerinnungshemmung	Vorhofflimmern: Digoxin, PVI	koronare Herzkrankheit: CABG	Eisenmangel: Eisen-(III-)carboxymaltose	
Aortenstenose: SAVR/TAVI	Mitralklappeninsuffizienz: MK-TEER	Herzfrequenz SR > 70 bpm: lvabradin	schwarze Patienten: Hydralazin/ISDN	ACE-I/ARNI-Unverträglichkeit: ARB

Für ausgewählte Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz

Herztransplantation	MCS als BTT/BTC	Langfristige MCS als DT
---------------------	-----------------	-------------------------

Reduktion von HF-bedingten Spitalaufenthalten und Verbesserung der Lebensqualität – für alle Patienten

sportliche Rehabilitation

multidisziplinäres Versorgungsmanagement

Grün: Empfehlungsgrad I, violett: Empfehlungsgrad IIa
Abkürzungen: ACE: Angiotensin-Converting-Enzym, ARB: Angiotensin-Rezeptorblocker, ARNI: Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitor, bpm: Schläge pro Minute, BTC: Bridge-to-Candidacy-Indikation, BTT: Bridge-to-Transplantation-Indikation, CABG: koronarer Bypass, CRT-D: kardiale Resynchronisationstherapie mit Defibrillator, CRT-P: kardiale Resynchronisationstherapie mit Schrittmacher, DT: Zieltherapie, HF: Herzinsuffizienz, HFref: Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, ICD: implantierbarer Kardioverter-Defibrillator, ISDN: Isosorbiddinitrat, MCS: mechanische Kreislaufunterstützung, MK-TEER: Mitralklappentranskatheter-Edge-to-Edge-Rekonstruktion, MRA: Mineralokortikoidrezeptor-Antagonist, PVI: Pulmonalvenenisolation, SAVR: chirurgische Aortenklappenrekonstruktion, SGLT2: sodium glucose linked transporter 2, SR: Sinusrhythmus, TAVI: Transkatheteraortenklappenimplantation
Quelle: mod. nach (1)

Intrinsische Motivation fördern

Für ein effizientes Empowerment sollte jedoch bekannt sein, wo der Patient persönlich steht. Dazu ist das Konzept der Salutogenese, einer Balance von Risiko- und Schutzfaktoren, hilfreich. Es wurde nach dem Zweiten Weltkrieg vom Soziologen Aaron Antonovsky entwickelt, um herauszufinden, welche Schutzmechanismen Überlebenden von Konzentrationslagern geholfen haben, diese Zeit zu überstehen. Daraus entstand der Sense of Coherence (SOC), der die Kapazität


abbildet, die eigenen Ressourcen zu nutzen, um sich gesund zu halten. Der SOC besteht aus 3 Domänen (Verstehbarkeit der Ereignisse, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit), sie werden anhand eines Fragebogens ermittelt. Dass das Konzept auch in der Kardiologie anwendbar ist, zeigte die prospektive, 8 Jahre dauernde Helsinki-Heart-Studie mit über 4000 Männern zum Einfluss von Gesundheitsindikatoren auf die Gesamt mortalität. Neben Rauchen, Alkohol, Beruf wurde auch der SOC untersucht. Dabei zeigte sich, dass die gesundheitsfördernde Qualität des SOC einen relevanten Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit hat (3).

Um letztlich die kardiovaskuläre Gesundheit der Patienten zu verbessern, hat sich die Technik des Motivational Interviewing bewährt, einer Methode, um die intrinsische Motivation bei ambivalenten oder resistenten Patienten zu verbessern. Sie ist bei Suchterkrankungen und zum Rauchstopp breit etabliert, ist aber auch zur Verhaltensänderung zugunsten der kardiovaskulären Gesundheit nutzbringend, wie ein systematischer Review darlegen konnte (4). ▲

Valérie Herzog


Quelle: «Holistic post-discharge management of HF patients – What to think at discharge». SSC/SSCS Annual Meeting, 15. bis 16. Juni 2022 in St. Gallen.

Herzinsuffizienzcentren in der Schweiz



<https://www.rosenfluh.ch/qr/hfzenterenschweiz>

Pocketcard Diagnose und Management der chronischen Herzinsuffizienz 2022 (Arbeitsgruppe «Herzinsuffizienz der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie»)



<https://www.rosenfluh.ch/qr/sgkempfehlungenhf2022>

Referenzen:

1. McDonagh TA et al.: 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2021;42:3599-3726.
2. Yu DS et al.: Effectiveness and cost-effectiveness of an empowerment-based self-care education program on health outcomes among patients with heart failure: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* 2022;5(4):e225982.
3. Poppius E et al.: The sense of coherence, occupation and all-cause mortality in the Helsinki Heart Study. *Eur J Epidemiol* 2003;18(5):389-393.
4. Thompson DR et al.: Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? *J Clin Nurs* 2011;20(9-10):1236-1244.