

Ausfüllanleitung

zum indikationsspezifischen Datensatz

für das strukturierte Behandlungsprogramm

chronische Herzinsuffizienz

Stand der letzten Bearbeitung: 11-10-2024
Version 2.0

Anamnese- und Befunddaten

Serum-Elektrolyte und eGFR in den letzten sechs Monaten

Eine Angabe ist erforderlich.

In halbjährlichen Abständen sollen die Serum-Elektrolyte (Natrium, Kalium) und die eGFR (auf Basis der Serum-Kreatinin-Bestimmung) bestimmt werden. Bitte geben Sie an, ob die Bestimmung erfolgt ist oder nicht.

Bitte geben Sie „Ja“ nur dann an, wenn Sie sowohl die Serum-Elektrolyte (Natrium, Kalium) als auch die eGFR bestimmt haben. Sofern Sie nur einen von beiden Labortwerten innerhalb der letzten 6 Monate bestimmt haben, geben Sie bitte „Nein“ an.

Symptomatik

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie hier die Symptomschwere der chronischen Herzinsuffizienz zum Dokumentationszeitpunkt gemäß NYHA-Klassifikation an:

NYHA-Klassifikation bei Herzinsuffizienz (nach Leistungsfähigkeit)

NYHA I (asymptomatisch)	Herzerkrankung ohne körperliche Limitation. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot 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 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 oder Angina pectoris, z. B. Gehen in der Ebene.
NYHA IV (schwer)	Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe, Bettlägerigkeit.

Aus: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungs-Leitlinie Chronische Herzinsuffizienz, Langfassung, Version 4, 2023

Relevante Ereignisse

Ungeplante stationäre Behandlung, wegen Herzinsuffizienz, seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend.

Geben Sie bitte die Anzahl (ohne Nachkommastelle) aller ungeplanten vollstationären Aufenthalte wegen Herzinsuffizienz seit der letzten Dokumentation an. Erfolgte seit der letzten Dokumentation kein ungeplanter stationärer Aufenthalt, geben Sie bitte eine „0“ an.

Medikamente

Bitte machen Sie zu jeder Wirkstoffgruppe eine Angabe. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen den Wirkstoff zurückzuführen ist. Diese Angaben sind für die Qualitätssicherung notwendig.

Unter Berücksichtigung der Kontraindikationen sollen vorrangig Medikamente zur Behandlung der Herzinsuffizienz verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Therapieziele des DMP in randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) nachgewiesen wurden und bei denen eine Wirksamkeit in Bezug auf patientenrelevante Endpunkte belegt ist.

Es wurde gezeigt, dass die gewünschte Reduktion der Mortalität für Herzinsuffizienz-Patienten nur im Rahmen einer adäquaten Dosierung erreicht werden konnte. Die jeweilige Zieldosis begründet sich aus den randomisierten kontrollierten Studien mit patientenrelevanten Endpunkten, die die Nutzenbelege erbracht haben.

Die jeweilige Zieldosis ist durch eine, sich an der Verträglichkeit orientierenden (bei MRA langsam), Steigerung der Dosierung unter engmaschiger Kontrolle der Vitalparameter und der laborchemischen Befunde anzustreben. Wenn die optimale Zieldosis nicht erreicht wird, erfolgt die Behandlung in der maximal von der Patientin bzw. vom Patienten tolerierten Dosis.

Bei der an der Symptomatik und Progression orientierten Stufentherapie soll die Titration in kleinen Schritten und mit der gebotenen Wartezeit zur Beobachtung der Wirkung erfolgen. Insbesondere bei bestehender Komorbidität sollten Blutdruck, Herzfrequenz, Herzrhythmus und der Elektrolythaushalt (Natrium und Kalium) sowie die Nierenfunktion kontrolliert werden.

Nach 6 bis maximal 12 Wochen soll bei Patientinnen und Patienten, die weiterhin symptomatisch sind und noch nicht alle prognoseverbessernden Substanzen erhalten, unter Berücksichtigung individueller Therapieziele, Komorbidität und Verträglichkeit, eine Therapieintensivierung mit einer weiteren prognoseverbessernden Substanz erfolgen.

Bei initial geplanter Vierfachkombination soll eine Therapieinitiierung möglichst nacheinander, mit nicht mehr als zwei prognoseverbessernden Substanzen gleichzeitig erfolgen. Dies dient in erster Linie der Vermeidung von Hypotonie bedingten Komplikationen wie orthostatischer Dysregulation und Stürzen sowie Elektrolytentgleisungen. Für die Therapieinitialisierung mit einer weiteren Substanz ist eine Titrierung bis zur Zieldosierung bzw. maximal tolerierten Dosis keine Voraussetzung.

Evidenzbasierte Dosistabelle (Quelle: modifiziert übernommen aus “2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure”, S. 3621)

Wirkstoff	Zieldosierung
ACE-Hemmer	
Captopril	3x50 mg/d
Enalapril	2x10-20 mg/d
Lisinopril	1x20-35 mg/d
Ramipril	1x10 mg/d
Trandolapril	1x4 mg/d
ARNI	
Sacubitril/ Valsartan	2x97/103 mg/d

Wirkstoff	Zieldosierung
ARB	
Candesartan	1x32 mg/d
Losartan	1x150 mg/d
Valsartan	2x160 mg/d
Betablocker	
Bisoprolol	1x10 mg/d
Carvedilol	2x25 mg/d
Metoprololsuccinat	1x190 mg/d
Nebivolol	1x10 mg/d
MRA	
Eplerenon	1x50 mg
Spironolacton	1x50 mg

Aus: Tragende Gründe zum 14. Änderungsbeschluss der DMP-A-RL zum DMP Herzinsuffizienz vom 19.04.2018, ergänzt um die Aktualisierung der ESC Guideline

ACE-Hemmer

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit einem ACE-Hemmer durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation (gilt auch für ACE-Hemmer-Husten) gegen die Gabe eines ACE-Hemmerns zurückzuführen ist und/oder die Gabe eines ARB erfolgt.

Evidenzbasierte Zieldosis ACE-Hemmer oder ARB

Mindestens eine Angabe ist erforderlich, wenn unter ACE-Hemmer die Angabe „Ja“ oder „ARB“ erfolgt ist.

„Erreicht“ geben Sie bitte an, wenn die evidenzbasierte Zieldosis des ACE-Hemmerns oder des ARB (siehe Zieldosierungstabelle oben) bei Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten erreicht wurde. Wenn die Angabe „Erreicht“ erfolgt ist, kann gleichzeitig keine andere Angabe erfolgen.

„Nicht erreicht“ geben Sie bitte an, wenn die evidenzbasierte Zieldosis des ACE-Hemmerns oder des ARB bei Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten (noch) nicht erreicht wird (siehe Zieldosierungstabelle oben). Geben Sie gegebenenfalls zusätzlich zu „Nicht erreicht“ auch „Titrationsphase“ oder „Max. tolerierte Dosis erreicht“ an.

„Titrationsphase“ geben Sie bitte an, wenn sich Ihre Patientin bzw. Ihr Patient gerade in der Phase der Aufdosierung des ACE-Hemmerns oder des ARB befindet. Die Angabe „Titrationsphase“ kann nicht gleichzeitig mit der Angabe „Max. tolerierte Dosis erreicht“ erfolgen.

„Max. tolerierte Dosis erreicht“ geben Sie bitte an, wenn bei Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten unter Berücksichtigung der Verträglichkeit die maximal tolerierte Dosis des ACE-Hemmerns oder des ARB er-

reicht wurde. Die Angabe „Max. tolerierte Dosis erreicht“ kann nicht gleichzeitig mit der Angabe „Titrationsphase“ erfolgen.

Betablocker

Mindestens eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Betablockern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Betablockers zurückzuführen ist.

Evidenzbasierte Zieldosis Betablocker

Mindestens eine Angabe ist erforderlich, wenn unter Betablocker die Angabe „Ja“ erfolgt ist.

„Erreicht“ geben Sie bitte an, wenn die evidenzbasierte Zieldosis des Betablockers bei Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten erreicht wurde. Wenn die Angabe „Erreicht“ erfolgt ist, kann gleichzeitig keine andere Angabe erfolgen.

„Nicht erreicht“ geben Sie bitte an, wenn die evidenzbasierte Zieldosis des Betablockers bei Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten (noch) nicht erreicht wird (siehe Zieldosierungstabelle oben). Geben Sie gegebenenfalls zusätzlich zu „Nicht erreicht“ auch „Titrationsphase“ oder „Max. tolerierte Dosis erreicht“ an.

„Titrationsphase“ geben Sie bitte an, wenn sich Ihre Patientin bzw. Ihr Patient gerade in der Phase der Aufdosierung des Betablockers befindet. Die Angabe „Titrationsphase“ kann nicht gleichzeitig mit der Angabe „Max. tolerierte Dosis erreicht“ erfolgen.

„Max. tolerierte Dosis erreicht“ geben Sie bitte an, wenn bei Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten unter Berücksichtigung der Verträglichkeit die maximal tolerierte Dosis des Betablockers erreicht wurde. Die Angabe „Max. tolerierte Dosis erreicht“ kann nicht gleichzeitig mit der Angabe „Titrationsphase“ erfolgen.

Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist (MRA)

Mindestens eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit einem MRA durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines MRA zurückzuführen ist.

Evidenzbasierte Zieldosis (MRA)

Mindestens eine Angabe ist erforderlich, wenn unter MRA die Angabe „Ja“ erfolgt ist.

„Erreicht“ geben Sie bitte an, wenn die evidenzbasierte Zieldosis des MRA bei Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten erreicht wurde. Wenn die Angabe „Erreicht“ erfolgt ist, kann gleichzeitig keine andere Angabe erfolgen.

„Nicht erreicht“ geben Sie bitte an, wenn die evidenzbasierte Zieldosis des MRA bei Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten (noch) nicht erreicht wird (siehe Zieldosierungstabelle oben). Geben Sie gegebenenfalls zusätzlich zu „Nicht erreicht“ auch „Titrationsphase“ oder „Max. tolerierte Dosis erreicht“ an.

„Titrationsphase“ geben Sie bitte an, wenn sich Ihre Patientin bzw. Ihr Patient gerade in der Phase der Aufdosierung des MRA befindet. Die Angabe „Titrationsphase“ kann nicht gleichzeitig mit der Angabe „Max. tolerierte Dosis erreicht“ erfolgen.

„Max. tolerierte Dosis erreicht“ geben Sie bitte an, wenn bei Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten unter Berücksichtigung der Verträglichkeit die maximal tolerierte Dosis des MRA erreicht wurde. Die Angabe „Max. tolerierte Dosis erreicht“ kann nicht gleichzeitig mit der Angabe „Titrationsphase“ erfolgen.

SGLT2-Inhibitor

Mindestens eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit einem SGLT2-Inhibitor durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines SGLT2-Inhibitors zurückzuführen ist.

Schulung

Herzinsuffizienz-spezifische Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Wenn Sie Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten **aktuell (am Tage der Konsultation)** die Teilnahme an einem **Herzinsuffizienz-spezifischen Schulungsprogramm empfohlen** haben, geben Sie dies bitte mit „Ja“ an. Wenn Sie bereits zuvor eine Schulung empfohlen haben, diese aber aktuell noch nicht stattfinden konnte, sprechen Sie die Empfehlung bitte erneut aus und kreuzen hier „Ja“ an.

Sollten Sie **keine Schulung empfohlen** haben (z. B. weil Ihre Patientin bzw. Ihr Patient bereits eine Schulung wahrgenommen hat), geben Sie dies bitte mit „Nein“ an.

Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer Herzinsuffizienz-spezifischen Schulung teilgenommen

Eine Angabe in diesem Feld ist nur im Rahmen der **Erstdokumentation** möglich und hier verpflichtend. **Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig. Bei der Folgedokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Bitte geben Sie an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient bereits vor Einschreibung in das DMP an einer Herzinsuffizienz-spezifischen-Schulung teilgenommen hat.

Eine erneute Teilnahme an einer Schulung im Rahmen des DMP ist dadurch **NICHT** ausgeschlossen!

Empfohlene Herzinsuffizienz-spezifische Schulung wahrgenommen

Die Angaben zur Schulung beziehen sich hier **ausschließlich rückblickend** auf eine Schulung, die Sie Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten **bei dem letzten Dokumentationstermin empfohlen** haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend. Im Rahmen der Folgedokumentation ist **genau eine Angabe erforderlich**.

Bei der Erstdokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Hat Ihre Patientin oder Ihr Patient im Dokumentationszeitraum an einer Schulung teilgenommen, geben Sie bitte „Ja“ an. War die Teilnahme an einer Herzinsuffizienz-spezifischen -Schulung innerhalb des Dokumentationszeitraums aus **nachvollziehbaren Gründen nicht möglich**, geben Sie hier bitte „**War aktuell nicht möglich**“ an. Diese Antwort ist anzugeben, wenn z. B. organisatorische oder andere patientenseitige Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Herzinsuffizienz-spezifischen -Schulung nicht gegeben sind. Weitere Gründe können z.B. fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt der Patientin oder des Patienten oder private Gründe sein. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt

alleine Ihnen und Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten.

Sollten Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten bei der vorhergehenden Dokumentation eine Schulung empfohlen haben, die Patientin bzw. der Patient die Schulung aber ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

Bitte beachten Sie: Diese Angabe kann bei wiederholter Angabe zum Ausschluss der Patientin bzw. des Patienten aus dem Programm führen!

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie bitte „**Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen**“ an.

Die Angaben „**Ja**“, „**War aktuell nicht möglich**“ und „**Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen**“ führen nicht zum Ausschluss der Patientin oder des Patienten aus dem Programm.

Behandlungsplanung

Regelmäßiges körperliches Training

Mindestens eine Angabe ist erforderlich, wenn eine Angabe unter Symptomatik „NYHA I“ oder „NYHA II“ oder „NYHA III“ erfolgt ist. Eine Angabe ist optional, wenn unter Symptomatik eine Angabe „NYHA IV“ erfolgt ist.

Zur Steigerung der Belastungsfähigkeit und der Lebensqualität sollten Patientinnen bzw. Patienten mit einer chronischen stabilen Herzinsuffizienz (NYHA I – III) ohne Kontraindikationen regelmäßig körperliches Training durchführen. Daher soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig auf die Bedeutung von körperlichem Training hinweisen und zur Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen motivieren (z. B. im Rahmen von Rehabilitationssport in Herzgruppen).

Bitte geben Sie an, ob Ihre Patientin bzw. Ihr Patient regelmäßiges körperliches Training macht. Sollte aufgrund von Beschwerden, Komorbiditäten oder anderen Gründen ein Training nicht möglich sein, geben Sie hier bitte „Nicht möglich“ an.

Führen eines Gewichtsprotokolls

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Insbesondere bei symptomatischen Patientinnen bzw. Patienten mit einer Herzinsuffizienz sollte das Protokollieren von täglichen Gewichtskontrollen vereinbart werden, um eine eventuelle Volumenbelastung rechtzeitig zu erkennen.

Bitte geben Sie hier an, ob Sie das Führen eines Gewichtsprotokolls empfohlen haben oder nicht. Sollte nach Ihrer Einschätzung das Führen eines Gewichtsprotokolls nicht notwendig sein, geben Sie dies bitte mit „Nicht erforderlich“ an.