

# Herzinsuffizienz

## Akute Herzinsuffizienz

### Ursachen:

- Myokarditis:  
matt, abgeschlagen, evtl. neu aufgetretene EKG-Veränderungen
- Papillarmuskelabriss:  
neu aufgetretenes Herzgeräusch( Mitralsuffizienz)
- Lungenembolie:  
Dyspnoe, schlechtere Belastbarkeit, Synkope, Thoraxschmerz
- Neuaufgetretenes Vorhofflimmern:  
vermehrte Dyspnoe, thorakales Druckgefühl
- Herzrhythmusstörungen:  
Medikamentenüberdosierung (Digitalis, Betablocker...), Sick-Sinus-Syndrom...
- Hypertensive Krise:  
Organische Störungen (Kopfschmerz, Herzbeschwerden, Schwindel, Ohrgeräusch)

## Was tun beim Hausbesuch bei dekompensierter Herzinsuffizienz?

„Konsensentscheidung“ der Fortbildung:

- **Furosemid + Betablocker p.o. + Nitrate**  
(Morphingabe zurückhaltend, laut NVL unter Reanimationsbereitschaft und Beatmungsmöglichkeit und nur bei Patienten mit Unruhe und Schmerzen)
- **sitzende Lagerung**
- **Ruhe ausstrahlen**

## Chronische Herzinsuffizienz

- selbstständige Gewichtskontrolle am besten tgl., bei guter Einstellung der Medikation Intervall verlängern
- engmaschige Überwachung durch Praxisteam, um bei drohender Dekompensation rasch zu reagieren
- **Spezielsituation Sommer:**
  - Beinödeme auch durch chronisch venöse Insuffizienz
  - Zurückhaltender Umgang mit Diuretika, da durch Schwitzen ein erhöhter Flüssigkeits- und Elektrolytverlust zu berücksichtigen ist

## Behandlung bei drohender Dekompensation:

- Wiegen (Hinweis: 1 kg/Nacht, 2 kg/3 Tagen, 2,5kg/Woche sind Hinweis auf Flüssigkeitsretention)
  - Erhöhung der Diuretikadosis
  - Beachtung der Nierenretentionsparameter
  - kritische Begutachtung der Medikamentencompliance

## Medikamente, die eine Herzinsuffizienz verschlechtern

- NSAR
- Glitazone
- Anthrazykline
- Kalziumkanalblocker vom Verapamiltyp
- Metformin bei schwerer HI
- Betablocker, bei akut dekomp. HI, die die Gabe von positiv inotropen Substanzen erfordert