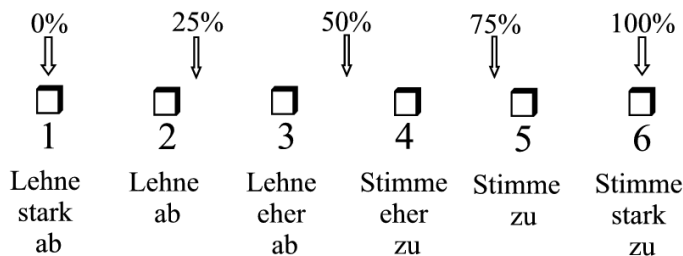


## 12. Nominaler Gruppenprozess

### 12.1. Ratingliste für privates Rating der Teilnehmer

#### Persönlicher Ratingbogen für erste TED-Abstimmung im Nominalen Gruppenprozess

Für die TED-Abstimmung wird eine sechsstufige *Likert-Skala* eingesetzt. In der nebenstehenden Musterskala wurden auch Prozentangaben abgebildet, die jedoch nicht in der Abstimmung eingesetzt werden. Die Prozentangaben können Sie u.U. als Ergänzung zum verbalen Zustimmungsgrad bei der Bewertung unterstützen. Bitte nur Kästchen ankreuzen.



Lfd. Nr.	Empfehlung	Grad an Zustimmung / Ablehnung					
<b>Erstdiagnostik</b>							
1	Häufige Symptome einer Herzinsuffizienz (HI) sind Dyspnoe, Müdigkeit, reduzierte physische Belastbarkeit und / oder Flüssigkeitsretention. Bei ihrem Auftreten sollte an eine zugrundeliegende Herzinsuffizienz gedacht werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
		Lehne stark ab	Lehne ab	Lehne eher ab	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu
2	Eine gründliche Anamnese und klinische Untersuchung inkl. der Suche nach verursachenden Erkrankungen sind erforderlich. Sie sind jedoch nicht beweisend und sollten durch eine Echokardiographie objektiviert werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
		Lehne stark ab	Lehne ab	Lehne eher ab	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu
3	Die essentielle Basisdiagnostik umfasst ein 12-Kanal-EKG, eine Röntgenuntersuchung des Thorax und eine Routine-Labordiagnostik (s.u.); Über weiterführende Diagnostik ist im Einzelfall , ggf. nach Rücksprache mit einem Spezialisten zu entscheiden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
		Lehne stark ab	Lehne ab	Lehne eher ab	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu
4	Bei einer manifesten HI weist das EKG <i>häufig</i> pathologische Veränderungen auf und ein vollständig unauffälliges EKG macht die Diagnose einer HI <u>eher</u> unwahrscheinlich, jedoch nicht unmöglich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
		Lehne stark ab	Lehne ab	Lehne eher ab	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu
5	Eine Bestimmung von natriuretischen Peptiden zum <i>Screening</i> auf Herzinsuffizienz kann bei unzureichender Evidenzlage derzeit nicht befürwortet werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
		Lehne stark ab	Lehne ab	Lehne eher ab	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

Lfd. Nr.	Empfehlung	Grad an Zustimmung / Ablehnung					
6	Bei Patienten mit typ. Sympt. & klin. Zeichen der HI und <i>unauffälligem 12-Kanal-EKG</i> kann zur Unterstützung der Entscheidungsfindung, ob eine weitere kardiologische Abklärung erfolgen sollte, ein BNP-/NT-proBNP-Spiegel bestimmt werden.	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
7	Patienten mit typ. Sympt. & klin. Zeichen der HI und pathologischen BNP-/NT-proBNP-Spiegeln sollten einer weiteren kardiologischen Abklärung zugeführt werden. Pathologische BNP-/NT-proBNP-Spiegel sind nicht beweisend für das Vorliegen einer Herzinsuffizienz und können eine echokardiographische Untersuchung nicht ersetzen.	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
8	Niedrige BNP-/NT-proBNP-Spiegel bei medikamentös nicht vorbehandelten Patienten mit typ. Sympt. & klin. Zeichen der HI machen das Vorliegen einer linksventrikulären systolischen Dysfunktion eher unwahrscheinlich. Wegen der hohen Varianz der Studienergebnisse können keine allgemeingültigen Empfehlungen zu einem geeigneten Schwellenwert angegeben werden.	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
9	Die Evidenzlage zur Bestimmung von BNP-/NT-proBNP-Spiegeln bei diastolischer Herzinsuffizienz ist weiterhin unklar, ebenso wie der Nutzen der BNP-/NT-proBNP-Bestimmung als zusätzlicher Test noch nicht sicher einzuordnen ist.	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
10	Historische Diagnosen sollten anhand der vorliegenden Kriterien kritisch neu bewertet werden.	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu

Lfd. Nr.	Empfehlung	Grad an Zustimmung / Ablehnung					
<b>Nicht-pharmakologische Therapie</b>							
11	Patienten mit stabiler Herzinsuffizienz (Ausnahme: akute Myocarditis oder frischer Herzinfarkt) sollten zu körperlicher Aktivität ermutigt werden. Im Idealfall sollten mit ihnen individuelle Trainingskonzepte erarbeitet werden, die nach erfolgtem Belastungstest mit geringer Intensität und kurzer Dauer beginnen sollten.	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
12	Anteilmäßig können geringe Komponenten eines leichten Krafttrainings befürwortet werden: es fördert den Muskelaufbau und bislang fehlen Beweise für einen negativen Effekt.	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
13	Lebensstilfaktoren (nicht rauchen, wenig Alkohol [Ausnahme: Karenz bei alkoholtox. CM], Empfehlungen zur sexuellen Aktivität)	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
14	„nicht nachsalzen“-Diät	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
15	Stadienangepasste Flüssigkeitsrestriktion	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
16	Gewichtsnormalisierung (Übergewicht reduzieren, Kachexieausgleich anstreben)	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
17	Jährliche Gripeschutzimpfungen	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
18	Individuelle Entscheidung über Pneumokokkenimpfung	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
19	Reiseempfehlungen (wie angegeben)	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
<b>Pharmakotherapie</b>							

Lfd. Nr.	Empfehlung	Grad an Zustimmung / Ablehnung					
<b>Mortalitätssenkende Therapie – systolische Herzinsuffizienz</b>							
20	<b>ACE-Hemmer (ACEH)</b> auftitrieren bis zur Zieldosis bzw. bis zur maximal tolerierten Dosis bei allen Patienten mit Herzinsuffizienz NYHA I-IV und fehlenden Kontraindikationen; <b>Frauen mit NYHA I:</b> fehlende Evidenz	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
21	<b>Beta-Rezeptorenblocker (β-RB)</b> auftitrieren bis zur Zieldosis bzw. bis zur maximal tolerierten Dosis bei allen klinisch stabilen Patienten mit nachgewiesener Herzinsuffizienz der NYHA-Klassen I-IV und Fehlen von Kontraindikationen; <b>NYHA I:</b> nur nach durchgemachtem Myokardinfarkt ausreichende Evidenz; Verwendung von Carvedilol, Metoprolol oder Bisoprolol;	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
22	Niedrig dosierte <b>Spirolactongabe</b> bei Patienten mit Herzinsuffizienz NYHA III-IV und fehlenden Kontraindikationen, die unter ACEH + β-RB + Diuretikum symptomatisch bleiben; Strenge Überwachung von Nierenfunktion und Kaliumspiegel erforderlich	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
23	<b>Angiotensin-II-Antagonisten (AT<sub>1</sub>-Blocker, AT<sub>1</sub>B)</b> bei Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz NYHA II-IV, die keinen ACEH tolerieren und keine Kontraindikationen haben, bis zur Zieldosis oder maximal tolerierten Dosis auftitrieren; <b>AT<sub>1</sub>-Blocker sind Mittel 2. Wahl;</b>	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
<b>Symptomverbessernde Therapie – systolische Herzinsuffizienz</b>							
24	<b>Diuretika</b> bei allen Patienten mit Herzinsuffizienz, die aktuelle Zeichen der Hypervolämie aufweisen oder jemals aufgewiesen haben; Keine Monotherapie mit Diuretika bei Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz;	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
25	<b>Digitalisierung</b> bei Patienten mit <i>symptomatischer Herzinsuffizienz und chronischem Vorhofflimmern</i> zur Kontrolle der Ruhefrequenz; zur Kontrolle der Belastungsfrequenz β-RB besser geeignet;	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu

Lfd. Nr.	Empfehlung	Grad an Zustimmung / Ablehnung					
26	<b>Beginn einer Digitalistherapie</b> bei Patienten mit <i>symptomatischer Herzinsuffizienz und Sinusrhythmus</i> , die unter Standardtherapie länger als 2-3 Monate symptomatisch bleiben oder sich darunter verschlechtern, sofern keine Kontraindikationen bestehen; Strenge Indikationsstellung bei <b>Frauen</b>	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
27	<b>Bestehende Digitalistherapie</b> nicht ohne zwingenden Grund beenden	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
28	<b>Keine Digitalistherapie beginnen</b> bei NYHA I und bei Patienten NYHA II-IV, die unter Therapie mit ACE-Hemmer, $\beta$ -Rezeptorenblocker und Diuretikum asymptomatisch geworden sind	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
<b>Therapie bei ausgewählten Patienten und systolischer Herzinsuffizienz</b>							
29	<b>Hydralazin/ISDN</b> bei Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz NYHA II-IV, die Intoleranz oder Kontraindikationen gegen ACEH und AT <sub>1</sub> -Blocker haben;	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
30	Sofern <b>Kalziumantagonisten (CA)</b> erforderlich sind (Therapie Hypertonus oder Angina pectoris), dann nur langwirksame verwenden (Amlodipin); Kontra-indiziert bei Herzinsuffizienz: CA vom Nifedipin- oder Verapamiltyp, Diltiazem;	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
31	<b>Keine routinemäßige orale Antikoagulation</b> bei Patienten mit Herzinsuffizienz und <i>Sinusrhythmus</i> , da fehlende Evidenz;	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
32	<b>Orale Antikoagulation</b> bei Patienten mit Herzinsuffizienz und <i>VHF oder stattgehabtem thromboembolischem Ereignis</i> anstreben (INR 2-3);	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
33	Niedrig dosierte <b>ASS-Gabe</b> bei Patienten mit Herzinsuffizienz und KHK oder pAVK fortsetzen;	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu

Lfd. Nr.	Empfehlung	Grad an Zustimmung / Ablehnung					
34	Keine Langzeittherapie mit positiv inotropen Substanzen <sup>§</sup> ;	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
<b>Therapie der diastolischen Herzinsuffizienz</b>							
35	Kontrolle eines arteriellen Hypertonus, z.B. mit ACE-Hemmern	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
36	Niedrig dosierte <b>Diuretika</b> zur Kontrolle des Volumenstatus	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
37	<b>β-RB</b> zur Frequenzabsenkung	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
38	Kooperation mit Kardiologen zur Therapieoptimierung	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
<b>Monitoring</b>							
39	Untersuchungen (funktionale Kapazität, Volumenstatus, Herzrhythmus und -frequenz, Kontrolle der Medikation, Laborkontrollen, Ernährungszustand <b>keine</b> wiederholten <i>routinemäßigen</i> Röntgen-Kontrollen des Thorax oder Echokardiogramme ohne Hinweise auf klinische Veränderungen, <b>keine</b> <i>routinemäßigen</i> Bestimmungen des Digitalispegels im Serum, <b>keine</b> Bestimmung der natriuretischen Peptide zur Therapiesteuerung)	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
40	Selbstmonitoring der Patienten (tägliche Gewichtskontrollen inkl. Protokoll und angemessene Reaktionen, ggf. Dosisanpassungen der Diuretika gemäß vereinbarten Schemata nach Information und Schulung)	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
<b>Schnittstellen</b>							

Lfd. Nr.	Empfehlung	Grad an Zustimmung / Ablehnung					
41	Kooperation mit Spezialisten (Erstdiagnostik: Echokardiographie; diastolischen Herzinsuffizienz; Pharmakotherapie-Probleme, Pat., die symptomatisch bleiben, V.a. symptomatische ventrikuläre Tachykardien, Vorhofflimmern: Indikation zur Konversion, Herztransplantation, andere interventionelle Therapien)	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
42	Stationäre Behandlung (myokardiale Ischämie, Lungenödem oder schwere respiratorische Beeinträchtigung, schwere Begleiterkrankung Anasarka, symptomatische Hypotension oder Synkope, ambulant therapierefraktäre Herzinsuffizienz, thromboembolische Komplikationen, Arrhythmien, Versorgung im sozialen Umfeld nicht gewährleistet)	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
<b>Algorithmen</b>							
43	Algorithmus zur Erstdiagnostik	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu
44	Algorithmus zur Therapie	<input type="checkbox"/> 1 Lehne stark ab	<input type="checkbox"/> 2 Lehne ab	<input type="checkbox"/> 3 Lehne eher ab	<input type="checkbox"/> 4 Stimme eher zu	<input type="checkbox"/> 5 Stimme zu	<input type="checkbox"/> 6 Stimme stark zu

## 12.2 Teilnehmerliste an interdisziplinärer multiprofessioneller Konsentierung

### Stimmberechtigte Teilnehmer

- |   |   |
|---|---|
| 1. Herr Prof. Donner-Banzhoff, Marburg;           | Allgemeinmedizin (DEGAM)  |
| 2. Herr Dr. Joachim Feßler, Flörsheim             | Allgemeinmedizin<br>(Leitliniengruppe Hessen)                                       |
| 3. Herr Harald Gaber, Ffm                         | Patientenvertreter, Deutsche Herzstiftung   |
| 4. Herr Prof. Ferdinand M Gerlach, Ffm            | Allgemeinmedizin (DEGAM)  |
| 5. Herr Prof. Roland Hardt, Mainz                 | Deutsche Gesellschaft für Geriatrie   |
| 6. Herr Dr. Volkmar Männl, Nürnberg               | Bund Niedergelassener Kardiologen   |
| 7. Frau Claudia Magyar, Halle                     | BDA, Arzthelferin   |
| 8. Frau Dr. Jolanta Majcher-Peszynska,<br>Rostock | Deutsche Gesellschaft für Klinische<br>Pharmakologie (GKPharm)                      |
| 9. Herr Priv.-Doz. Ady Osterspey, Köln            | Deutsche Gesellschaft für Kardiologie &<br>Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin |
| 10. Frau Dr. Frauke Wenzelburger, Münster         | Deutsche Gesellschaft für Thorax-,<br>Herz-, Gefäßchirurgie                         |

### Nichtstimmberechtigte Teilnehmer:

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 11. Herr Priv.-Doz. Helmut Sitter, Marburg         | Moderator, AWMF                     |
| 12. Frau Monika Lelgemann, MSc, Berlin             | Ärztliches Zentrum Qualität         |
| 13. Frau Christiane Muth, Frankfurt                | Autorin des Evidenzreports          |
| 14. Herr Dipl.-Soz. Martin Beyer, Ffm              | Auswertung Abstimmung und Protokoll |
| 15. Herr Dipl.-Päd. Dr. med. Jochen Gensichen, Ffm | Kurzreferat und Protokoll           |



**12.3. Protokoll Konsensuskonferenz Herzinsuffizienz 11./12.11.2005**

Anwesend: sieh TN Liste  
 Protokoll: Gensichen / Beyer

<b>1. Tag</b>		
Begrüßung Ger, Gen, alle Osterspey vertritt auch die DGIM keine Einladung an AMK der dt. Ärzteschaft (interdisziplinär), da Einladungen primär an die FG gewandt Muth Entwicklung der LL - 3. Entwurf, (slides)		
Erstabstimmung (Jochen Schätzer) Trends ja: 1, 2, 11, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 23 (Einwand zu Teilfrage), 30, 31, 33, 34 (+1x5), 35, 36, 38, 40, 41, 42, Trends cave: 3, 4, 5, 7, 9, 10, 15, 16, 18, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 37, 39, 43, 44, Trends nein: 6, 8	24?	
Sitter Einführung in Nominaler Gruppenprozess (slides)		
Pause		
Gerlach Vorstellung der DEGAM-Leitlinien		

zu diskutierende Fragen		
Sitter Rating: 25% cut point 4 oder schlechter (75% Zustimmung)	Diskussionsfragen: ja / nein Diskussion: 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 36, 39, 43, 44	

Was fehlt – zusätzliche Themen ?	Priorität	
1 - 9j- Spezielle Interventionen? Welche ? Osterspey 13 - 4j- Patientenversion Wanz 14 - 4j- Pharmakotherapie Ko-morbidität MP 15 - 4j- Gewichtung Pharam und allgem TT Feß 5 - 8j- zentrales Versorgungsproblem 6 - 8j- „Maligne krankheit“ Feß Prognose Information DOB (- Pleuraerguß Männ - wird nachgearbeitet) 10 - 5j- Magnesium Mu 11 - 5j- Koronarangiographie bei inoperable Pat Mu 7 - 7 - 8j- Körperlich Aktivität Pat Information Rhythmusstörung Mu 8 - 7j- Beta-Block bei allen NYHA 1 oder nur nach + MI Mu 2 - 9j- Kreuzreaktion ACE und AT1 Mu 16 - 4j- Hdyaralazin und ISDN Mu 3 - 1- 9j- Palliation Mu 17 - 2j- Vera KI kurzfristig bei TA (- Gültigkeitsdauer – wird zum Schluß diskutiert) 9 - 6j- Epelemon Wenz, 12 - 5j- Sprionolaktion MP 4 - 9j- Medikationsinteraktion Ha	1 - 9j- Spezielle Interventionen? Welche ? Osterspey 2 - 9j- Kreuzreaktion ACE und AT1 Mu 3 - 1- 9j- Palliation Mu 4 - 9j- Medikationsinteraktion Ha 5 - 8j- zentrales Versorgungsproblem 6 - 8j- „Maligne krankheit“ Feß Prognose Information DOB 7 - 8j- Körperlich Aktivität Pat Information Rhythmusstörung Mu 8 - 7j- Beta-Block bei allen NYHA 1 oder nur nach + MI Mu 9 - 6j- Epelemon Wenz, 11 - 5j- Koronarangiographie bei inoperable Pat Mu 12 - 5j- Spironolakton MP 13 - 4j- Patientenversion Wanz 14 - 4j- Pharmakotherapie Ko-morbidität MP 15 - 4j- Gewichtung Pharmakologie und allgemeiner Therapie Feß 16 - 4j- Hdyaralazin und ISDN Mu 17 - 2j- Vera KI kurzfristig bei TA	

Erstdiagnostik		
1 - 7j – RX-Tho nicht obligat Dob 2 - 5j Echo	Wenn der Hausarzt ernsthaft an die HI denkt: dann Echo, Echo > RxTo in Diag.-Algo ändern. – Muth	8j / 1n / 1E

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

	Zusatzdiagnostik einarbeiten	
3 - 4j - TSH als Basisdiagnostik EKG Har	Basislabordiagnostik (was immer wenn man daran denkt), bei gesicherter HI dann TSH	7j / 1n
	Bei klinischen Zeichen einer HI und ausfalligen EKG Überweisung zu Abklärung	Tabelle lang 8j Tabelle weg 0
4 - 4j – Zu S. 24 EKG entfallen Har		EKG raus 0 EKG modifiziert 6 Revision Nichts ändern 2
6 - 1j Gewichtung der Echo Anamnese We	....“im Verdachtsfall“... Verdacht = am Ende des allmed. Abwägungsprozesses. Verdachtsfall raus. Sätze ohne Empfehlung sind sinnlos. Empfehlung „weiterführende Diagnostik ist ggf. mit dem FA zu klären“ Seitenwege der Diagnostik.	
	Die weiterführende „Diagnostik ist Einzelfall“ Satz raus 1, „Rücksprache“ raus	5 j Rest E

BNP Komplex ...Fragen: 6 – 9		
	Negativempfehlung puls im Langfassung Text und Begründung BNP in der HA Routinediagnostik nicht empfohlen.	8 j / 0n
	BNP Absatz streichen ...ggf. mit Begründung BNP nicht empfehlen, Begründung geben, Cave: Übertriebene Zusatzdiagnostik, Statement BNP .. Stellungnahme geben aber keine Empfehlung ...keine weitere Diskussion	- BNP ablehnen - 6 – 9 streichen, Stellungnahme geben

Historische Diagnosen Fragen 10		
	Überprüfend der Diagnose Cave: was ist wenn HI weg. Alte Diagnosen mitschleppen. Revalidierung der Diagnose, Wiederaufnahme der Diagnose.	
	Therapiebedürftige muß verifiziert werden auf Verlauf und Therapie überprüft werden.	7j / 0n Wohin Muth

Therapie Fragen 15 bis 21	Protokoll Beyer	
Frage 15 Flüssigkeitsrestriktion		
Konflikt zwischen starker Flüssigkeitsrestriktion und Aufrechterhaltung eingeschränkter Nierenfunktion	Formulierung: 'an klinischen Zustand und Nierenfunktion (Kreatinin) angepaßt'	7:1
p. 53 'Sildenafil'	angesichts weiterer Wirkstoffe auf ganze Wirkstoffgruppe Phosphodiesterase-(-5-)-Hemmer erweitern	
p.54 Phytopharmaka	Hinweis auf fehlenden Wirksamkeitsbeleg / Wechselwirkungspotential der Phytopräparate (insbes. Weißdorn) auch unter medikamentöser Therapie erwähnen	10:0
p. 54 puncto Gewicht	Empfehlung differenzieren: bei Vorwiegen des metabol. Syndroms (Adipositas, ggf. Diabetes, Hypertonie) kann Gewichtsreduktion zu wesentlicher Reduktion insuffizienztypischer Symptome beitragen; dagegen bei schon untergewichtigen Patienten Gefahr, daß weitere Reduktion der funktionellen	8 ja – Formulierungsauftr. an Muth

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

	Muskelmasse führen	
Frage 17/18 Impfungen		
Empfehlung Influenza-Impfung	grundsätzliche Empfehlung der Influenza-Impfung auf STIKO-Empfehlung begründen, auf lückenhafte Evidenz für unterschiedliche Patientengruppen nur hinweisen	7 ja
Pneumokokkenimpfung	Empfehlung soll unverändert bleiben	
Pharmakotherapie Frage 20 ACE-Hemmer auftitrieren		entsprechend der folgenden Änderungen muß der Therapie-Algorithmus überarbeitet werden (Mu)
	Ziel bleibt Auftitrierung von ACE-Hemmer und $\beta$ -Blocker wo möglich auf maximal tolerierte Dosis – lebensverlängernde Therapie	
	Therapiebeginn mit $\beta$ -Blocker ebenfalls möglich falls 1) tachykarde Symptomatik im Vordergrund und 2) der Hausarzt sich dies angesichts am Anfang erheblicher Nebenwirkungen zutraut (sonst Überweisung für diesen Schritt an Kardiologen bzw. stationär). In diesem Fall soll mit der ACE-Medikation zeitversetzt parallel, nicht erst nach Erreichen der $\beta$ -Blocker-Zieldosis begonnen werden	8 ja
	Im Fall der Dekompensation (Flüssigkeitsretention) kann auch mit Diuretikum begonnen werden; Formulierungshilfe: 'jedoch soll die prognostisch relevante Medikation frühzeitig gestartet werden'	8 ja
ACE-Hemmer-Husten – Wechsel zu AT-1-Blocker	Änderung der Formulierung im letzten Satz des Kastens auf S.68: 'bei subjektiv nicht tolerablem Husten Wechsel auf AT-1-Blocker' Empfehlung bei Angioödem unter ACE-H: kein Versuch mit AT-1-Blocker (wg. Gefahr der Kreuzreaktion) (Streichung in Kurzfassung)	8 ja
ASS	ASS 100mg (in antithrombot. Dosierung, wenn wegen KHK/MI indiziert) stört ACE-Hemmer-Wirksamkeit nicht klinisch relevant. Erst höhere (analget.) Dosierung stört – diese unter Wechselwirkungen mit NSAR abhandeln	
ACE-Hemmer bei Frauen NYHA I	1) Empfehlung aufgrund Analogieschluß soll bleiben; 2) S.65 2.Abs. 1. Satz 'Für Frauen gilt...' streichen 3) Verweis auf fehlende Evidenz bei Frauen aus Kurzfassung streichen	
Frage 21		S.75: Reihenfolge der $\beta$ -Blocker alphabetisch
Priorisierung der Diskussionspunkte:		

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

1) COPD/Asthma 6 St. 2) Nebiolol 5 3) $\beta$ -Blocker + Diabetes 4 4) Differenzierung NYHA-Stadien 3 St.		
Asthma / COPD, Nebiolol	bei Asthma kein $\beta$ -Blocker, da forensisch bei COPD: $\beta$ -Blocker möglich (Metoprolol Bisoprolol, kein Carvedilol), falls diese nicht vertragen, Versuch mit Nebiolol (Studienlage wegen nur 1 Studie noch nicht belastbar)	6 ja
Diabetes	Gefahr der Verschleierung von Warnzeichen einer Hypoglykämie braucht nicht erwähnt zu werden	
NYHA-Stadien	$\beta$ -Blocker (außer nach MI) nur bei NYHA 2 und höher). Analogieschluß auf NYHA 1 wegen höherer Nebenwirkungsprobleme hier nicht zulässig	8 ja

Patienteninformation	Prot Gens (alle Punkte sollen diskutiert werden)	
Sport und Belastung	Hinweis auf Herzsportgruppen, „individuelles Trainingsprogramm“ raus, ggf. angabe von oberer Puls-, Wattgrenzen anheben Arzt sollte gute Vereine empfehlen Belastungsgrenze nennen cave Bewegungsblock	
	Grenzen und Möglichkeiten ihrer sportlichen Aktivität angeben (ggf. obere Puls-, Wattgrenzen)	9 j, 0 n
	Als Faustregel gilt: jede Belastung ist erlaubt, bei der sie sich flüssig unterhalten können	10 j 0n
	Herzsportgruppen erwähnen	10j, 0n
Alkohol / Zigarettenverzicht		
	Stärker schärfer formulieren, Herz ist geschädigt, alles weglassen was noch weiter schädigt	
	Hören sie mit rauchen auf	10 j 0n
Medikamente Was bewirken sie?		
	Erklären, wie diese Medis wirken. Nicht alle pat nicht alle Medis, spezifische Merkblätter für den individuellen Patienten ein einzelner Bogen entwickeln. Pat.-LL als allg. Grundtext mit Grundprinzipien Therapieziele, Effekte, Symptomatik Lebenserwartung, bei relativierende Sätze zu Nebenwirkungen cave: Arzt redet nicht mehr mit Patienten, hohe Dosierungen angestrebt erklären. Motivation muß schnell stattfinden Cave Ziel	
	relativierende Sätze zu Nebenwirkungen und die Wirkungen stärker betonen	10j 0n
Schriftgröße / Design / Format	Größer, übersichtlicher	
Weitere Maßnahmen Herzschrittmacher etc.	Cave: werde auf Dinge angesprochen die nicht relevant sind. „Für bestimmte kommen in Frage ...Herzschrittmacher etc.“ induziert die Überweisung. Was hat der Patient von den Informationen?	
	Unter bestimmten Umständen kommen für HI Patienten noch weitere Maßnahmen in Frage, z.B. ....Liste	10j 0n
Def. Luftnot fehlt	Luftnot einführen	10j n0

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

Hohe Dosierungen sind angestrebt Medikamente	„nehmen sie die Medikamente regelmäßig ein“, Medikamentenplan/Pass	10j 0n
Freiverkäufliche Medikamente - otc	Interaktionen mit frei verkäuflichen Medikation beschreiben Beta-Blocker raus	10j 0j
Folgerezepte	Vorrat an Medikamente Sprechen Sie Reisen mit ihrem Hausarzt	10j n0
	Differenzierung HI und MI besser	
Seite 12 Notarzt rufen sie Hausarzt weg	Besprechen Sie mit dem HA, was in verschiedenen Situationen zu tun ist, ergänzen hausärztlicher Notdienst kontaktieren Ohnmacht raus	8j 2e
Seite 13 Notarzt rufen sie Hausarzt weg	Hausarzt raus 112 rein NEF Rettungsdienst	10j 0n
Salzrestriktion	Zu umfassend, keine Evidenz vorhanden, Nachsalzen bei Tisch und Vorsicht bei Fertigkost, Mineralwasser,	7j 1n
Ballaststoffe	Ballast raus	10j n0
persönliche Lebenserwartung	Aufklärung wie lang haben ich noch zu leben?	Morgen Vormittag
Tägliche Gewichtskontrolle auch regelmäßig	Compliance sinkt bei dieser strengen Vorgabe. Schnellen Änderungen stehen im Vordergrund	
	Tägliche Kontrolle	7j 1e
Pneumokokken	Zu viel versprechen	
	Fragen Sie Ihren HA ob eine Pneumokokkenimpfung angesagt ist	9j 0n
Therapieziele Prognose Medikamente	Grundprinzipien Therapieziele, Effekte, Symptomatik nennen	s.o.
Husten		8j n0
Ungleichwertigkeit der Symptome	Im Praxistest	

<b>2. Tag</b>	Prot Beyer Hardt, Gaber und Lelgemann nicht mehr anwesend	
Frage 22 Therapie mit Spironolacton		
Frage, ob die Therapie nach Stadium oder nach Symptomatik orientiert werden sollte	Spironolacton hat auch lebensverlängernde Wirksamkeit für Patienten in NYHA III + IV. Konsensformulierung: 'Patienten, die bei angemessener Therapie [volle Dosierung ACE-H und $\beta$ -Blocker] in NYHA-Stadium III oder IV verbleiben, sollen niedrig dosierten Aldosteron-Antagonisten zur Lebensverlängerung und Symptomkontrolle erhalten' als niedrig anzusehen sind Dosierungen bis 25 mg (obwohl einzelne Leitlinien noch bis 50 mg gehen). Mit überhöhten Dosierungen steigt das Risiko überproportional	7 ja
Frage nach Epleronon	Präparat der ersten Wahl sollte Spironolacton sein; nach Zulassungsstatus und Studienlage Epleronon nur ggf. bei Post-Infarktpatienten. Die Wirksamkeit i.Vgl. zu Spiron. umstritten	7 ja
	Gegen die Nebenwirkung Gynäkomastie wird teilw. Rö-Reizbestrahlung angewandt – dies soll in der Ll nicht erwähnt / empfohlen werden	
Frage 23 AT-1-Blocker		
Kontraindikationen	(insbesondere orale Antikoagulation) nochmals in Fachinformation nachsehen	

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

Tripeltherapie	"sollte dem Einzelfall (durch Kardiologen) vorbehalten bleiben"	
Frage 24 Diuretika	Therapie-Kostenübersicht: hier auch neben Spironolacton Epleronon aus Gründen der Kostenbewußtheit aufführen	
Frage Dosisreduktion / Auslaßversuch	'bei Normovolämie kann die Diuretikadosierung (vorsichtig) reduziert / minimiert werden, solange keine Symptome auftreten' 'Ein schrittweiser Auslaßversuch kann <u>nach vorheriger Therapieoptimierung (ACE-/β-Blocker)</u> unternommen werden'	7 ja
Wirkstoffwahl bei Diuretika	Mittel der I. Wahl: hausärztliche Empfehlung: HCT / Furosemid; Kaliumsparer sind nur bei Hypokaliämie indiziert Besonderer Warnhinweis: Patienten, die bisher (vor ACE-Hemmer-Ansetzung) mit Triamteren comp. behandelt wurden, müssen bei ACE-H-Gabe auf HCT umgesetzt werden!	
Frage 25 – 28 Digitalistherapie		
	Digitalis sollte heute (nach sonst adäquater Therapie!) nur noch zur Frequenzkontrolle (bei Tachyarrhythmien) in niedrigen Dosierungen angewandt werden (Fessler: gar nicht mehr). Darauf auch in der Kurzfassung hinweisen. Die Einschränkung für Frauen ('strenge Indikation') wurde hinterfragt (zu wenig Frauen in den Studien). Hinterfragt auch die Warnung von Auslaßversuch.	6ja 1 nein
	Ausführlicher soll auf die Wechselwirkungspotentiale von Digitalis mit anderen Medikamenten hingewiesen werden. Fessler und Frau Majcher-Peszynska beraten hierzu	
Frage 29 Hydralazin/ISDN	Reservemedikament – gehört ausschließlich in fachspezialistische Hand	
Frage 30 Calcium-Antagonisten	Diese Therapie sollte die Ausnahme sein. Auf S. 105 daher den II. und den I. Absatz austauschen. im 1.Satz des I. Absatzes 'nicht erforderlich' durch 'nicht indiziert' ersetzen Statt 'Amlodipin' die Gruppenbezeichnung 'langwirksame Dihydropyridine vom Amlodipin-Typ' verwenden (erscheint mir (M.By) fraglich, weil dann von Nifedipin etc. nur schlecht unterscheidbar).	7 ja
Frage 32 orale Antikoagulation	S.108: die Indikationsstellung zur o.A. bei jüngeren Patienten mit Vorhofflimmern als einzigem Rhythmusproblem wird hinterfragt. Die Empfehlung im III. Absatz S. 108 daher abschwächen: 'Bei Patienten mit Vorhofflimmern ist Herzinsuffizienz ein zusätzlicher Risikofaktor. Dies ist bei der Indikationsstellung zur o.A. zu berücksichtigen'.	7 ja
Frage 39/40 Monitoring / Selbstmonitoring	Tabelle 34: beim β-Blocker das Problem erektile Dysfunktion unbedingt ansprechen, weil es für die Therapiecompliance sehr entscheidend ist. Mangels entsprechender Studien soll gesagt werden, daß nach	

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

	Expertenurteil das Problem überschätzt wird und sexuelle Probleme unter $\beta$ -Blockern in der Regel nicht durch diese ausgelöst werden, die Patienten sie vielmehr oft fälschlich dem $\beta$ -Blocker attribuieren. Die behandelnden Ärzte werden aufgerufen, das Problem in der Beratung offensiv anzusprechen, da diese Attribution in der Bevölkerung weitverbreitet ist. Zu der Tabelle zusätzlich der an die Patienten gerichtete Hinweis, daß es sich um Dauertherapien handelt, die regelmäßige Kontrollen erforderlich machen (ohne eine genaue Frequenz und Umfang anzugeben).	
	Aus der Liste der Monitoring-Maßnahmen soll Röntgen gestrichen werden (da ja noch nicht einmal für einmaliges Röntgen eine Empfehlung besteht). Wiederholung der Echokardiographie bleibt kontrovers bzw. unklar. Kompromißformulierung Fessler: in der Aufzählung das Echo ebenfalls streichen. Stattdessen Formulierung, 'daß es keine Hinweise dafür gibt, daß (engmaschige) Routine-Echos die Therapie verbessern, daß aber Echos (außer bei klinischen Veränderungen auch) in längeren Abständen geeignet sein können, vor (sub-) klinische Verschlechterungen rechtzeitig zu warnen. Der Hinweis auf die Obsoletheit regelmäßiger BNP-Tests soll bleiben. (6ja 1 nein)	7 ja

	Protokoll Gensichen	
Selbstmonitoring Frage 40	Patientenaufgaben Dosisanpassung Ziele es bleibt keine Änderung	10j 0n
Palliativversorgung S114	Herzinsuffizienz als Palliativkrankung Keine konkret Forderung, da sonst Überweisung an eine Instanz, die es nicht gibt.	
	Kooperation mit den lokalen bestehenden Ressourcen (Hospitze Vereine etc.) Stärkung der HA Kompetenz	6j 0n

Algorithmen mit Sitter gemeinsam überarbeiten	Es ist nur als ein Tool u.a. gedacht. Einarbeiten der Ergebnisse dann überarbeiten.	
	„auf eine klinische Ausgangssituation focussieren“, dan Delphi-Verfahren	10j 0n

Hochspezielle Therapie III. Ebene		
Normale ICD zu wenig S123 Wen	Es soll nur eine Info sein, im Gesamtkontext von HA beurteilt, Ethik, Sekundärprävention (überleben plötzlicher Herztod ist mit dem Defi zu behandeln 1a), diese Info muß in LL, Primärprävention ist sehr schwierig nicht in LL darüber entscheiden Kap. Soll Infos geben Definition keine Entscheidungshinweise geben, das ist FA Job nix für HA. Implizite Ressourcenentscheidung wird dem	

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

	<p>HA aufgezwungen                  HA braucht v.a. Hintergrundmaterial                  In Kap Schnittstelle aufnehmen und Tabellen                  2.4.3. raus                  Interventionen, erwähnen erklären Evidenz                  angeben, Entscheidung mit Hinweis                  Evidenzangabe ist gefährlich                  Prognose im Sinne eine Palliativentscheidung                  Abschließende Bewertung ist z.T. nicht                  möglich.                  Schnittstellen definieren                  Patient will Meinung vom HA hören, dann                  sind doch Effekte / Evidenz nötig                  Cave: Ist das angegebene Material aktuell?                  Siehe auch LL DGK                  Pat mit Indikation zur ICD wird in der Klinik                  Behandelt, nee der HA wird immer gefragt</p>	
	Definitionen	0
	Definitionen plus mit allge Angaben zu Sinn und Unsinn von Sekundärprävention Primärprävention herausarbeiten	7
	Definitionen und Evidenzangaben	0
	Psychosozialer Teil der hausärztlichen Beratungstätigkeit (Psycho, LQ etc.) einfügen	10j, n0
Herztransplantation S121 S122	<p>Patienten anmelden ohne schriftliches                  Einverständnis möglich nur für die                  Weitergabe an Euro-transplant ist sie                  notwendig                  Indikation zur TP, wenn die medikamentöse                  Therapie ausgereizt ist                  Kapitel kürzen in Anlehnung an DGK                  formulieren                  Absatz ist z.T. überholt                  Was ist der Job des HA nach der TP (Info,                  Nachsorge, etc.)?</p>	
	Absatz zur TP - Anmeldung raus	10j 0n 0e
Frau Wen will hier einen Text zur Nachsorge beisteuern.	Kurzer Absatz Gesetzesauszug und Liste der Zentren zu TP in den Anhang aufnehmen	6
	Ganz raus	0
	So wie es ist	0
Kreuzreaktion	Hat sich erledigt	
Palliation	idem	
Medikamenteninteraktionen	An prominenter Stelle aufführen hat sich erübrigt steht in der Kurzfassung NSAR oder COX II	
Liste plus		
Stationäre		
Antiarrhythmika		
Strukturen DMP	keine Empfehlung zu mehr deutschen DMPS geben (Osterspey). ...zu Beginn sind die Widerstände groß nach einer Zeit merken sie den Benefit, Patienten lieben DMP (Feßler),	
	„Programme“ raus, positive Formulierung der Chancen strukturieren Vorgehen in der Organisation der Praxen	5j 1n 2e
Schlüsselempfehlungen geben / Versorgungsdefizite	Die wichtigsten Defizite und Empfehlungen in der LL angeben	6j 0n
	Qualitätsindikatoren für alle Schlüsselempfehlungen angeben	8j 0n 0e
Krankheitswahrnehmung des Patienten	Beratungshilfen geben. Unterstützung bei der	



DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

	Prognosekommunikation genauer geben, Streuung der Prognosen angeben, angeben, Cave: sehr schwer angebar. Klare Differenzierung mit Therapie oder ohne führt zu unterschiedlichen Urteilen, 5 Jahre 50%Mortalität trotz moderner Medikation, KHE keine Daten, Patienten versterben heute später. Prognose: COPIT- Studie zur schwere HI Patienten ARONSEN-Score für die Risikostratifizierung	
	So lassen wie es ist	3j
	Variationsbreite aufzeigen	4j
Mg Ca Spiegel	Ob wann Spiegel korreliert nicht zu klein Situation,	
	Mg Ca Spiegel raus aus der ist obsolet S29	6j 0n
Koronarangiographie bei Symptom. Pat ohne op-Fähigkeit	Hängt von Ko ab KHK, HA besser nicht in die FA Indikationsstellung einmischen. Erst- oder Wiederholungsdiagnostik. Jede HI muß einmal Koro. Jede HI mit Verdacht auf ischämische Komponente muß Koro Detaillierte Beschreibung Nicht unsere Thema Erst- und Wiederholungsdiagnose	
	So lassen	7j 0n
Komorbidität	Wenn HI selbst zu Komorbidität wird ähnlich wie KHK, Termiales Stadium im Palliativsymptomatische Therapie steht im Vordergrund Cave: sprengt den Rahmen,	
	In Palliativ-Kapitel aufnehmen	7j 0n
Gewichtung der Therapieoptionen	Treppe S 46 überarbeiten Risikofaktoren -> kausal -> allg. -> Pharma spezifische Therapie	
	Obwohl keine Evidence vorliegt soll auf die allg. Maßnahmen der Gesundheit genannt werden. neben den Pharmakotherapie wert legen,	6j 0n
	Weiterführende operative Therapie als 5. Punkt S46	7j 0n
	Treppe S S46 raus	7j 0n
Antiarrhythmika	HI keine AR nur mit speziellen Grund Amiodaron, HI Behandlung mit AR nur in Absprache mit FA, Kontrolle der Lungensituation durch den mitbehandelnden Kardiologen veranlassen Glitazone, Alfa-Blocker,	
	Amiodaron, (Augen, Haut, Schilddrüse, Lunge)	7j 0n
Stationäre Behandlung	„in Erwägung zu ziehen“, Tabelle ist fraglich, Schnittstellen, jede Notfall-EW von jedem (Liste), dringliche bei (Liste), bei elektive EW erst nach Vorstellung beim Kardiologen	
	- mit unterschiedlicher Dringlichkeit zu	7j 0n

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

	empfehlen in folgen Situationen: Ischämien, Lungenödem, Begleiterkrankungen z.B. Pneumonie, HI trotz FA Betreuung refraktär, Anasarka,	
	Palliativer Ansatz Limitation extra	7j 0n

Keine Empfehlung für die Routinevorstellung bei Kardiologen		7j 0n
---	--	-------

Phytopharmaka	sehr großes Kapitel, OTC-Problematik, fehlende Evidenz für Phytopharmaka. Cave unerwünschte Wechselwirkung.	
	fehlende Evidenz für Nahrungsergänzungstoffe / Phytopharmaka. Cave: unerwünschte Wechselwirkung	7j 0n
	bei unerwünschten Medikamenten nochmals aufführen	7j 0n

Weiterer Konsens im Delphi Verfahren	Wissenschaftl. Begleitweise durch Delphi / TED-Fragen	
Fragen die Nachgeschoben werden		
Gültigkeitsdauer der LL	Update Konferenz nach 3 – Jahren	7 j 7n
Nächste Fassung	Ende November 2005	
Aktivitäten Arbeiten bis Ende November 2005 an Frau Muth		
Langfassung mit Methoden	Nach Praxistext	
Langfassung für den Praxistext	wird den Mitgliedern vorgelegt	
Rücklauf der Konsensusteilnehmern soll Fassung nur mit die Empfehlungen geht in den Praxistest	31.12.2005	
Prognosestudien	Cave: was akzeptieren wir, keine neue Recherche durchführen (Muth Donner-Banzhoff).	

Alle Überarbeitungen sind machbar (Muth)		

## **12.4 Recherchen nach prognostischen Scores bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz**

### **1. Forschungsfrage**

Gibt es einen im hausärztlichen Versorgungskontext anwendbaren validierten Score, der für die individuelle Beratung eines Patienten und ggf. seiner Angehörigen Informationen zur weiteren Prognose des Erkrankten und damit Hilfestellung bei weiteren Therapieentscheidungen liefert?

### **2. Methode**

In den elektronischen Datenbanken MEDLINE und Cochrane Database wurde 12/2005 systematisch nach Dokumenten zu oben genannter Fragestellung recherchiert. Die dabei verwendeten Suchstrategien inkl. der Trefferzahlen sind unten angeführt. Darüber hinaus wurden Handsuchen in den Literaturlisten der bereits identifizierten Dokumente angestellt.

### **MEDLINE**

#### ***Suchstrategie:***

"Heart failure"[All Fields] AND (("mortality"[Subheading] OR "survival"[MeSH Terms] OR survival[Text Word]) OR (prognos[All Fields] OR prognose[All Fields] OR prognosed[All Fields] OR prognoses[All Fields] OR prognosi[All Fields] OR prognosic[All Fields] OR prognosing[All Fields] OR prognosis[All Fields] OR prognosis/diagnosis[All Fields] OR prognosis/history[All Fields] OR prognosis/instrumentation[All Fields] OR prognosis/methods[All Fields] OR prognosis/prevention[All Fields] OR prognosis/prognostic[All Fields] OR prognosis/veterinary[All Fields] OR prognosis'[All Fields] OR prognosisa[All Fields] OR prognosisand[All Fields] OR prognosised[All Fields] OR prognosismodern[All Fields] OR prognositic[All Fields] OR prognositically[All Fields] OR prognosite[All Fields] OR prognositic[All Fields] OR prognosits[All Fields] OR prognosls[All Fields] OR prognosonis[All Fields] OR prognosprognosis[All Fields] OR prognossis[All Fields] OR prognostc[All Fields] OR prognostiating[All Fields] OR prognostic[All Fields] OR prognostic/diagnostic[All Fields] OR prognostic/experimental[All Fields] OR prognostic/metastatic[All Fields] OR prognostic/predicting[All Fields] OR prognostic/proliferative[All Fields] OR prognostic'[All Fields] OR prognostic's[All Fields] OR prognostica[All Fields] OR prognosticable[All Fields] OR prognosticably[All Fields] OR prognostical[All Fields] OR prognostically[All Fields] OR prognosticaly[All Fields] OR prognosticantly[All Fields] OR prognosticate[All Fields] OR prognosticated[All Fields] OR prognosticates[All Fields] OR prognosticating[All Fields] OR prognostication[All Fields] OR prognostications[All Fields] OR prognosticative[All Fields] OR prognosticator[All Fields] OR prognosticator's[All Fields] OR prognosticators[All Fields] OR prognosticatory[All Fields] OR prognosticfactors[All Fields] OR prognosticfeature[All Fields] OR prognostician[All Fields] OR prognosticians[All Fields] OR prognosticity[All Fields] OR prognosticks[All Fields] OR prognosticly[All Fields] OR prognostico[All Fields] OR prognosticon[All Fields] OR prognostics[All Fields] OR prognostification[All Fields] OR prognostigate[All Fields] OR prognostigram[All Fields] OR prognostikon[All Fields] OR prognostis[All Fields] OR prognostisity[All Fields] OR prognosys[All Fields])) AND score[All Fields]

***Treffer: 461***

***Ergebnisse der 1. orientierenden Relevanzprüfung anhand Titel & Abstract ab 1995: 21 relevante Studien (+2 methodische Arbeiten)***

Eine weitere Medline-Suche nach „COCPIT“ lieferte weitere 5 Treffer, davon **2 relevante Studien**

**Cochrane Database (alle Datenbanken)**

Current Search History: 02/12/2005

ID	Search	Hits	Edit	Delete
#1	<a href="#">"heart failure" AND (survival OR prognos*) AND score in All Fields in all products</a>	205	<a href="#">edit</a>	<a href="#">delete</a>

Davon:

The Cochrane Database of Systematic Reviews	114
Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)	10
The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)	66
NHS Economic Evaluation Database	14
About The Cochrane Collaboration	2

Nach erster Prüfung auf Relevanz anhand Titel und Abstracts (abzüglich Duplikate):  
1 zusätzlicher Treffer

**3. Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche**

In MEDLINE wurden insgesamt 466, in der Cochrane Database (alle angeschlossenen Datenbanken) weitere 205 Publikationen identifiziert. Nach erster Prüfung auf Relevanz anhand Titel und Abstracts und Ausschluss der Duplikate wurden daraus 24 relevante Publikationen identifiziert. Eine zweite, eingehendere Prüfung ermittelte daraus 16 Publikationen zu prognostischen Scores, weitere 8 Publikationen untersuchten unabhängige Risikofaktoren zur Mortalität bei chronischer Herzinsuffizienz. Keine der ermittelten Publikationen berichtete über einen im hausärztlichen Versorgungskontext anwendbaren Score zur Prognose der Herzinsuffizienz, der an einer unabhängigen Kohorte auf seine diskriminatorische Fähigkeit geprüft wurde. Für die Langfassung wurden deshalb exemplarisch zwei Scores vorgestellt: der *Heart Failure Survival Score* (zu Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz, die bereits für eine Herztransplantation gelistet sind), der wegen der darin enthaltenen Parameter in der hausärztlichen Praxis nicht anwendbar ist und ein weiterer Score mit pragmatischem Ansatz, der jedoch noch nicht im Praxisalltag einsetzbar ist, da er bislang nicht validiert wurde. Es wurde darum auf weiteren Forschungsbedarf hingewiesen.

**12.5 Abstimmungsprozess einzelner Überarbeitungen**

Gemäß protokollarischer Vereinbarungen zu Erarbeitung/Überarbeitung von Textbausteinen zur Langfassung der Leitlinie wurden Vorschläge erarbeitet und an die dafür verantwortlichen Teilnehmer des Nominalen Gruppenprozesses zur Vorab-Abstimmung gesandt. Das waren im einzelnen:

Thema	Verantwortlicher Autor für Entwurf des Textbausteins	Vorab-Abstimmung
Herztransplantation	Frau Dr.med. Frauke Wenzelburger, Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	Wenzelburger/Muth

<b>Thema</b>	<b>Verantwortlicher Autor für Entwurf des Textbausteins</b>	<b>Vorab-Abstimmung</b>
Endokarditisprophylaxe*	Christiane Muth, MPH, DEGAM-Autorin	Wenzelburger/Osterspey/Muth
Interaktionen von Digitalis	Christiane Muth, MPH, DEGAM-Autorin	Frau Dr.med. Jolanta Majcher-Pescynska, GKPharm/Muth
Kontraindizierte Pharmaka bei HI – Übersicht (inkl. Phytopharmakologie)	Christiane Muth, MPH, DEGAM-Autorin	Frau Dr.med. Jolanta Majcher-Pescynska, GKPharm/Muth
EKG-Veränderungen bei HI	Christiane Muth, MPH, DEGAM-Autorin	Herr Priv-Doz. Dr.med. Ady Osterspey, DGK&DGIM/Muth
Prognose-Scores bei Herzinsuffizienz	Christiane Muth, MPH, DEGAM-Autorin	Herr Prof. Donner-Banzhoff, DEGAM/Muth
Strukturierte Versorgung	Dr.med., Dipl.-päd. Jochen Gensichen, MPH	Gensichen/Muth

\* Neu entstandener Textbaustein auf Anregung von Frau Dr.med. Frauke Wenzelburger

### Delphi-Abstimmungsprozess zur formalen Konsentierung

1. Ergebnisse der TED-Abstimmung im Vergleich aus privatem Ranking und finaler Abstimmung im Delphi-Prozess (die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen und folgt zu einem späteren Zeitpunkt)
2. Synopse der Änderungsvorschläge und Stellungnahme seitens der Autorin des Evidenzreports zur Umsetzung

Änderungswunsch von	Kapitel / Seitenzahl	Änderungsvorschlag	Stellungnahme zur Umsetzung (Ergänzungen unterstrichen)
Prof. Donner-Banzhoff	div.	12-Kanal-EKG ersetzen durch EKG (12 Ableitungen)	Umgesetzt
Dr. Wenzelburger	S. 5	„8. Digitalis nur bei tachykardem Vorhofflimmern – an-sonsten nur noch Reservemedikament*!“ ergänzen um „*bei therapierefraktärem NYHA III- und IV-Stadium“	1:1 umgesetzt
Dr. Wenzelburger	S. 6	„Optimierung der Therapie mit ACE-Hemmern und $\beta$ -Rezeptorenblockern, die einen nachweislich mortalitäts-senkenden Effekt auf die linksventrikuläre systolische Dysfunktion des Herzens haben;“ ersetzen durch „Optimierung der Therapie mit ACE-Hemmern und $\beta$ -Rezeptorenblockern, die einen nachweislich mortalitäts-senkenden Effekt bei Patienten mit linksventrikulärer systolischer Dysfunktion des Herzens haben;“	1:1 umgesetzt
Prof. Donner-Banzhoff	S. 17 i	Konditionen ersetzen durch Erkrankungen	1:1 umgesetzt
Prof. Donner-Banzhoff	S. 18 iii	Tradeoff Lebensverlängerung und L-Qualität: den gibt es in dieser Schärfe bei der HI nicht; ACE-Hemmer sind nicht mit Zytostatika vergleichbar.	Text wurde wie folgt verändert: „Scores, die nicht präzise und zuverlässig die Prognose vorhersagen können, sind problematisch, da sie die Entscheidung von Patient und Arzt für bzw. gegen bestehende Therapieoptionen verzerren können: wie in Studien an Patienten mit malignen Erkrankungen gezeigt werden konnte, gibt es einen Trade-off zwischen Therapieentscheidungen zu eher lebensverlängernden oder eher lebensqualitätsverbessernden Optionen, der sich mit der vorausgesagten Überlebenswahrscheinlichkeit verschiebt [Cowie 2003]. Zukünftige Studien sollten auf die...“
Prof. Donner-Banzhoff	S. 19	7. Zeile der Tabelle: unvollständiger Satz	Text wurde wie folgt ergänzt: Unklar, inwieweit moderne Therapien, wie ACE-Hemmer und $\beta$ -Blocker[1] <u>den Wert dieser Zeichen beeinflussen</u>
Dr. Wenzelburger	S. 21	Wenn dies die Leitlinien der European Society of Cardiology zur Therapie der akuten HI entnommen ist, sollte dort nicht nur „Niemenin“ sondern „Niemenin für die ESC“ oder „ESC, Niemenin“ stehen	Zitierweise wurde wie folgt verändert: Niemenin et al. (ESC) 2005

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

Änderungswunsch von	Kapitel / Seitenzahl	Änderungsvorschlag	Stellungnahme zur Umsetzung (Ergänzungen unterstrichen)
PD Osterspey	S. 22	Schema stat. Einweisung unter ärztl. Begleitung in dieser Form mit immer gleichem Endpunkt nicht sinnvoll ?!	Text wurde wie folgt verändert: „Von entscheidender Bedeutung ist das unverzügliche Handeln[DiDomenico et al. 2004]! Das nachfolgende Schema fasst die wichtigsten Handlungsstrategien <u>vereinfachend</u> zusammen[Nieminen et al. (ESC) 2005, DiDomenico 2004].“ Zusätzlich wurde die Bildunterschrift ergänzt: <u>„Eine stationäre Einweisung unter ärztlicher Begleitung hängt jedoch auch immer von der individuellen Situation des Patienten ab und es kann ggf. anders vorgegangen werden (z. B. bei Rekompensation unter Erstmaßnahmen / Behebung der auslösenden Ursache / palliativer Gesamtsituation)“</u>
Dr. Wenzelburger	S. 23	Es gibt inzwischen zur Reanimation noch aktuellere LL (z.B. die ILCOS-LL), die jetzt „CBA“ statt „ABC“ favorisieren und die Kardiokompression absolut in den Vordergrund stellen: 30 x Kardiokompression : 2 x Beatmung	In Langfassung Vermerk aufgenommen, dass diesbezüglich eine Aktualisierung nach Abschluss des Praxistests und vor Drucklegung vorgenommen wird.
PD Osterspey	1.3.4	Atropin bei BAA ggf. höher dosieren!, bei „echtem Bedarf 1 – 2 mg !!	Der Text wurde wie folgt geändert: „Bei Bradyarrhythmie ggf. 0,25 bis 0,5 mg Atropin i.v. [Nieminen et al. (ESC) 2005], u. U. können deutlich höhere Dosierungen (1 – 2 mg bei „echter BAA“) erforderlich sein! Bei Bradycardie an akutes Coronarsyndrom...“
Prof. Donner-Banzhoff	1.3.5 B, S. 25	Sollte man tatsächlich jeden mit Pneumonie präventiv einweisen (sicher nicht), oder jeden mit anamnestischer HI und Pneumonie (wäre zu debattieren). Lieber: besonders aufmerksam sein, Kontrollbesuche, und bei den ersten Zeichen von Dekompensation einweisen	Der Text wurde wie folgt geändert: B) Ohne Zeichen akuter Dekompensation: stationäre Einweisung des Patienten ebenfalls <del>empfohlen</del> empfehlenswert, da akute kardiale Dekompensationen häufig infektbedingt auch zu einem späteren Zeitpunkt auftreten können. <u>Bei einer guten Versorgungssituation und kooperativem Patienten kann auch erst ein ambulanter Therapieversuch unternommen werden: besonders aufmerksam sein, Kontrollbesuche, und bei den ersten Zeichen von Dekompensation einweisen!</u>
Dr. Wenzelburger	S. 28	Anders als im Flow-Chart entsteht hier der Eindruck, dass zur Durchführung einer Echokardiographie unbedingt ein pathologisches EKG erforderlich ist. Bei eindeutigen klinischen Zeichen der HI sollte bei fortbestehendem Verdacht auf HI auch bei unauffälligem EKG ein Echo erfolgen. Deshalb fände ich den Satz besser, wenn statt „und“ stände: „insbesondere, wenn ein pathologisches EKG vorliegt“	1:1 umgesetzt
Prof. Donner-Banzhoff	S. 31	Hypertension ersetzen durch Hypertonie	1:1 umgesetzt (auch an anderen Orten)

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

Änderungswunsch von	Kapitel / Seitenzahl	Änderungsvorschlag	Stellungnahme zur Umsetzung (Ergänzungen unterstrichen)
Prof. Donner-Banzhoff	S. 32	Zuverlässig ersetzen durch spezifisch oder hinweisend	Umgesetzt im Text, nicht jedoch in der Fragestellung (hier sollte neben der Testgenauigkeit „Spezifität“ auch die Dimension Untersuchervariabilität mit einbezogen werden)
Prof. Donner-Banzhoff	S. 34	Nicht Sistieren ersetzen durch Weiterbestehen (?)	Ersetzt durch „persistieren“
Prof. Donner-Banzhoff	S. 39	Nicht randomisierte Studien: bei diagnostischen Studien kaum relevantes Kriterium	d'accord – ohne neuerliche Bewertung dieser Studien im Original ist eine bessere Beschreibung jedoch nicht exakt möglich. Wegen der untergeordneten Thematik erfolgte diese nicht. Der Text wurde wie folgt geändert: „...14 Primärpublikationen zitiert - drei davon waren jedoch Therapiestudien mit post-hoc-Analyse, weitere sieben waren <u>kleine, nicht-randomisierte Studien mit kleinen Patientenzahlen (N&lt;100)</u> . Zu <u>Design, Zusammensetzung der Studienpopulationen sowie zur methodischen Qualität</u> wurden keine Angaben gemacht.
Dr. Wenzelburger	S. 39	Hier sollte m. E. eingefügt werden: „und ist vor allen Dingen bei Verdacht auf eine akute Stauung indiziert“	Text wie folgt geändert: „Ein Röntgen-Thorax kann zur Abklärung differentialdiagnostischer Fragen parallel bzw. nachrangig zur Echokardiographie hinzugezogen werden <u>und ist vor allen Dingen bei Verdacht auf eine pulmonale Stauung indiziert.</u> “ Weglassen von „akut“, da hausärztlicher Versorgungskontext (Rö.-Thorax überwiegend via Überweisung: akute Stauung → ggf. auch stat. Einweisung erforderlich!)
Prof. Donner-Banzhoff	S. 50	Empfehlung Koro: „Option zur Revaskularisierung...“, „unklare Koronar Anatomie“ → m.E. sinnleere Begriffe. Besser: 1) diagnostische Unsicherheit in Bezug auf KHK nach nicht-invasiver Untersuchung. 2) Indikation zur Revask.-Maßnahme	1:1 umgesetzt, Text wie folgt geändert: Eine Koronarangiographie wurde empfohlen bei [ACC/AHA 2005] {DIVX3 CX3}: 1. Patienten mit HI und Angina pectoris-Symptomatik oder V.a. Ischämiereaktion und <del>Option</del> -Indikation zur interventionellen oder operativen Revaskularisation; 2. Patienten mit unklaren thorakalen Schmerzen, <u>bei denen diagnostische Unsicherheit in Bezug auf KHK nach nicht-invasiver Untersuchung besteht deren Koronar Anatomie unklar ist</u> und die keine Kontraindikationen für einen revaskularisierenden Eingriff aufweisen ; Wiederholte Koronarangiographien bei Patienten, bei denen in der <u>jüngeren</u> Vergangenheit bereits eine KHK ausgeschlossen wurde, wurden als unnötig angesehen [ACC/AHA 2005, ESC 2002/2003] {DIVX3 CX3}.
PD Osterspey	2.1.4.4.1, S.50	Wiederholte Koronarangiographien .... , bei denen in der <u>jüngeren</u> Vergangenheit .. ausgeschlossen wurde , ..... ( wenn HK 15 Jahre her ist muss er natürlich ggf. wiederholt werden)	



DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

Änderungswunsch von	Kapitel / Seitenzahl	Änderungsvorschlag	Stellungnahme zur Umsetzung (Ergänzungen unterstrichen)
Prof. Donner-Banzhoff	(S. 50), Evidenz & Rationale	Was ist der Beleg für die Behauptung, dass CABG Überleben und Symptome bessert? Steht auf wackeligen Füßen (alte Studien, konservative Kontrollgruppen ohne heute bekannte prognoseverbessernde Therapie, symptomatische [Angina pectoris] Patienten). Wir sollten nicht den Eindruck erwecken, als sei CABG eine prognoseverbessernde Maßnahme für die HI als solche; wenn es entsprechende belastbare Evidenz gäbe, müssten wir es ja empfehlen!	Die Bewertung der Studienlage entstammt der ACC/AHA-LL (wie weiter unten zitiert). Eine Neubewertung der Studien erfolgte nicht, da die Indikationsstellung zur/gegen CABG durch denjenigen gestellt wird, der die Angio macht, ich es also nicht als spezifisches Problem der hausärztlichen Versorgung betrachtet habe. Ich habe im Text die Zitierweise eindeutiger hervorgehoben.
Prof. Donner-Banzhoff	(S. 50), Evidenz & Rationale, letzter Absatz	Natürlich ist eine PCI bei AP-Symptomatik und fehlender OP-Fähigkeit eine Option. Wo ist das Problem? Absatz weglassen.	Absatz entfernt.
PD Osterspey	2.1.4.4.2	Tabelle : Das LZ EKG dient in aller Regel NICHT zur ICD Abklärung !! Besser : .... <u>Zur ggf. weitergehenden spezifischen Therapie</u> BEL – Test dient nicht der Identifikation zur Festlegung HTX ! Training ...bel - provozierte HRST , ggf. Kreislaufeinstellung, ggf. Ischämie – Diagnostik	1:1 umgesetzt, der Text der betreffenden Zellen lautet: <b>(LZ-EKG:)</b> „Herzinsuffizienz-Patienten mit V. a. symptomatische Herzrhythmusstörungen zur ggf. weitergehenden spezifischen Therapie“, <b>(Bel.-tests:)</b> „ <u>Diagnostik belastungsprovozierter Herzrhythmusstörungen, ggf. Kreislaufeinstellung, ggf. Ischämiediagnostik; Festlegung eines individuellen körperlichen Trainingsprogramms</u> “
Prof. Donner-Banzhoff	S. 58	Kasten: es fehlt der subjektive Faktor. (Ergänzen:) Berücksichtigung von Vorstellungen, Befürchtungen und Präferenzen des Patienten.	Der Kasteninhalt wurde wie folgt geändert: „Kommunikation mit Patienten [ <u>modifiziert nach NICE 2003</u> ]· - Die Therapietreue ist wesentlich wahrscheinlicher beim informierten als beim uninformatierten Patienten; · - Patienten erachten den Wahrheitsgehalt und die Exaktheit der Informationen als wesentlich für die Kommunikation; · - <u>Persönliche Vorstellungen, Befürchtungen und Präferenzen des Patienten sollten berücksichtigt werden;</u> · - <u>Die Kommunikation ist am effektivsten, wenn Informationen über Ursachen, Versorgung und Prognose der Erkrankung den Bedürfnissen des individuellen Patienten in der jeweiligen Situation angepasst werden;</u> · - Die kognitive Beeinträchtigung vieler Patienten mit Herzinsuffizienz sollte in der Kommunikation besonders beachtet werden; · - Nach Möglichkeit sollte die Familie des Patienten einbezogen werden.“
Dr. Wenzelburger	S. 58, Kasten	„Kommunikation * am effektivsten, wenn Informationen über Ursachen, Versorgung und Prognose der Erkrankung den Bedürfnissen des individuellen Patienten in der jeweiligen Situation angepasst werden“ ergänzen *ist	

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

Änderungswunsch von	Kapitel / Seitenzahl	Änderungsvorschlag	Stellungnahme zur Umsetzung (Ergänzungen unterstrichen)
Prof. Donner-Banzhoff	S. 58/59	Revaskularisation=kausale Therapie: Im rechten Licht betrachtet, sind Revaskularisationsverfahren klassische Palliativ-Therapie! (NB: die Krankheit heißt Arteriosklerose). Wenn sie kausal wäre, könnte man ja auf ACE-Hemmer usw. verzichten, da der Pat. ja von seiner HI geheilt ist. Und das ist in der Regel nach Revask.-verfahren nicht der Fall, auch wenn diese zu einer gewissen Besserung führen mögen. Besser: Revask.-verfahren als ergänzende therapeutische Maßnahme aufführen.	D'accord, der Text wurde um folgende Fußnote zu „kausale“ ergänzt: <u>„Streng genommen sind einige der hier aufgeführten Therapieansätze nicht kausal. So sind z.B. Bypass-Operationen in Bezug auf die zugrundeliegende Arterio-sklerose-Erkrankung eine palliative Therapiemaßnahme und Perikardpunktionen bei z. B. einem verursachenden systemischen Lupus erythematodes eine sympto-matische Therapie! Und eine komplette Remission wird auch bei primär kausal intendierten Maßnahmen nicht immer erreichbar sein. Die genannten Interventio-nen wurden an dieser Stelle jedoch zusammengefasst, um deutlich zu machen, dass es hier um die Therapie der Grunderkrankung, welche die Herzinsuffizienz herbeigeführt hat, geht.“</u>
Dr. Wenzelburger	S. 59	Was ist eine „Ballon-Perikardiotomie“? M. E. gibt es so etwas nicht – ich würde es ersatzlos streichen.	Quellen wie angegeben, Intervention wurde in Tab. gestrichen
Dr. Wenzelburger	S. 61	Ist das so? Finde ich entmutigend und würde dann eher das Training reduzieren.	Keine Textänderung erfolgt: Bei ISCI gerade anders herum diskutiert – Training ist wichtig und hilft erwiesenermaßen und ggf. muss man dann eben eine erhöhte Dosis Diuretika in Kauf nehmen (darum wurde dieser Aspekt auch als antizipatorischer Beratungsinhalt deklariert);
PD Osterspey	S. 64	PDE Hemmer bei <u>manifeste Herzinsuffizienz kontraindiziert</u> . In einem voll – kompensierten Stadium kann man weiter streiten, würde ich die Aussage nicht so apodiktisch stehen lassen	1:1 umgesetzt (Ergänzung „manifeste“)
PD Osterspey	S. 65	Werden WECHSELWIRKUNGEN mit div. Phytopharmaka „vermutet“ Besser Vorschlag : <u>sind mit negativen Folgen möglich</u>	1:1 umgesetzt
PD Osterspey	S. 69	Pneumokokken – Impfung : wirklich „empfohlen“ ? Besser besprochen – diskutiert ... weicher formuliert ?!! Bin dafür !	In Nominalem Gruppenprozess wurde ich einheitlich zum Übernehmen der Empfehlungen der STIKO aufgefordert. Das
PD Osterspey	Therapie, S.72	Nicht jede Dekompensation führt zur stat. Einweisung !!!!! Halte ich für falsch! ( Schema)	Abbildung geändert, siehe Tabellenende
Prof. Donner-Banzhoff	S. 72	HI zur Komorbidität: verständlich	Übernahme des Vorschlags von Frau Dr. Wenzelburger, Text wie folgt geändert:
Dr. Wenzelburger	S. 72	Da es für einen jungen Patienten, der keine Begleiterkrankungen hat und sich trotzdem im Terminalstadium seiner Erkrankung befindet, noch Therapieoptionen gibt, würde ich hier den Patientenkreis, für den nur ein Palliativ-Ansatz infrage kommt, weiter einschränken z.B. mit der Einfügung: „bei Vorerkrankungen, die die Lebenserwartung und/oder Lebensqualität maßgeblich einschränken (z.B. Malignome, schwere COPD)“	<u>„Wenn jedoch die Herzinsuffizienz bei Vorerkrankungen, die die Lebenserwartung und/oder Lebensqualität maßgeblich einschränken (z.B. Malignome, schwere COPD) zur Komorbidität wird, sollte die Therapie symptomatisch orientiert sein.“</u>

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

Änderungswunsch von	Kapitel / Seitenzahl	Änderungsvorschlag	Stellungnahme zur Umsetzung (Ergänzungen unterstrichen)
Prof. Donner-Banzhoff	S. 75	Orale Antikoagulation – hatten wir weniger zwingend diskutiert, HI ist nur ein Faktor unter mehreren (CHADS2); wie auf S. 125 relativieren	Hier fehlte die Anpassung zwischen Text und zusammenfassenden Tabellen und wurde im gewünschten Sinne nachgeholt.
PD Osterspey	S. 78	ACE – Hemmer , $\beta$ Blocker Therapiebeginn Vorschlag : <u>Prinzipiell ist ein Therapiebeginn mit ACE Hemmern oder <math>\beta</math> Blockern möglich, die Reihenfolge der eingesetzten Medikamente sollte vom klinischen Zustand abhängig gemacht werden.</u> (Bei weitgehender Dekompensation wird kein Allgemeinarzt die Therapie alleine beginnen sondern je nach Zustand den Kardiologen oder das Krankenhaus hinzuziehen)	Der besagte Absatz wurde wie folgt geändert: ACE-Hemmer-Einsatz im Gesamttherapiekonzept: {TIVX3, CX3}. - <u>Prinzipiell ist ein Therapiebeginn mit ACE Hemmern oder <math>\beta</math>-Blockern möglich</u> [Willenheimer et al. 2005], <u>die Reihenfolge der eingesetzten Medikamente sollte vom klinischen Zustand abhängig gemacht werden.</u> <u>Prinzipiell ist es egal, ob zuerst ACE Hemmer oder <math>\beta</math>-Blocker gegeben werden</u> [Willenheimer et al. 2005], <u>es</u> <u>Praktisch</u> empfiehlt sich jedoch, nur bei tachykarden Patienten mit einem $\beta$ -Blocker vor einem ACE-Hemmer zu beginnen. - Bei Hypervolämie sollten sie ACE-Hemmer zusammen mit Diuretika gegeben werden [ESC 2002/2001]. - Salzrestriktion und Diuretika erhöhen den Effekt von ACE-Hemmern [Duodecim 2004].
Prof. Donner-Banzhoff	S. 78	Egal ersetzen durch gleichgültig (Stil)	
Prof. Donner-Banzhoff	S. 80	SI-Einheiten umrechnen auf alte für dt. Leser	1:1 umgesetzt
PD Osterspey	S. 81	<u>Die Startdosen ACE Hemmer SIND ZU HOCH angegeben.</u> Bei manifester HI und Hypotonie wird man mit niedrigeren Dosen beginnen !!!! Hier muß zumindest ein ergänzender Satz hin, dass die Start-Dosen im Einzelfall niedriger liegen müssen	Ergänzung als Erläuterung zur Spalte Startdosierungen in der Bildunterschrift vorgenommen: - <u>*hier angegebene Startdosierungen sind Richtwerte → bei manifester Herzinsuffizienz und Hypotonie mit niedrigeren Startdosierungen beginnen!</u> “.
PD Osterspey	S. 87	Nebivolol auch bei älteren Patienten getestet wirksam ! Therapie start ... s. o.	Keine Änderung im Text: Nebivolol ist in Deutschland bislang nur zur Behandlung der essentiellen Hypertonie zugelassen (siehe Fachinformation)! (Vgl. Fußnote 29 in dem Ihnen vorliegenden Entwurf). Da bislang bereits verschiedene Studien zu seiner Wirksamkeit bei HI publiziert wurden, ist möglicherweise mit einer Änderung der Zulassung in nächster Zeit zu rechnen. Nebivolol wird damit sicher ein Thema für das nächste LL-Update!
Prof. Donner-Banzhoff	S. 87	Egal: s.o.	Ersetzt durch „gleichgültig“
PD Osterspey	S. 99	Für Startdosis AT II Blocker gilt gleiches wie für ACE Hemmer	Die Spalte „Startdosierungen“ wurde entfernt, da ich keine zuverlässigen Literaturangaben dazu gefunden habe und meine Anfrage an Sie leider unbeantwortet blieb (vgl. Kommentar cm2 in Ihrer Version). Besser eine fehlende Angabe als eine falsche Angabe!
Prof. Donner-Banzhoff	S. 105, Tab., letzte Zeile	Letzte Zeile „keine Kaliumsparer“ streichen, da im Kasten vorher behandelt	1:1 umgesetzt
Dr. Männl	S. 107 (u. Übersicht S. 74)	Digitalisierung bei Patienten mit symptomatischer HI und „tachyarrhythmischem“ Vorhofflimmern	1:1 umgesetzt (Einfügung)

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

Änderungswunsch von	Kapitel / Seitenzahl	Änderungsvorschlag	Stellungnahme zur Umsetzung (Ergänzungen unterstrichen)
Dr. Wenzelburger	S. 107	(Typfehlerkorrektur)	1:1 umgesetzt
PD Osterspey	S. 125	Amiodaron und Digitalis Digitalisspiegel - Bestimmungen ??? – Woher kommt das. Dosis muß angepasst werden- EKG und klin. Kontrollen aber ich kenne keine Notwendigkeit der Spiegelbestimmung! Mein Vorschlag – Spiegel – streichen	Diese Empfehlung basierte auf der LL der DVA/VHA 2002 (ebenso in aktualisierter Update-Version von 2003: <a href="http://www.oqp.med.va.gov/cpg/CHF/CHF_Base.htm">http://www.oqp.med.va.gov/cpg/CHF/CHF_Base.htm</a> - S. 36 des Dokuments) mit Rückgriff auf die inzwischen veraltete AHCP-LL. Da die therapeutische Überwachung bei Amiodaron-Patienten sicher keine zentrale hausärztliche Aufgabe ist und die zitierte Evidenz auf sehr wackeligen Beinen steht: Spiegelbestimmung gestrichen und Text wie folgt geändert: „Bei Patienten unter Digitalisglycosiden: EKG-Kontrollen und <u>besondere Aufmerksamkeit auf Digitalisintoxikationszeichen Kontrolle des Digitalisspiegels im Serum</u> (Amiodaron erhöht den Digitalisspiegel, darum bis 50%-ige Dosisreduktionen des Glykosids erforderlich).“  P.s.: Wie bei der Vorgängerversion findet sich auch in der aktuellen DGK-LL HI folgender Satz: „Therapeutisch sollten niedrige Digoxin-Serumkonzentrationen von 0,5–0,8 ng/ml angestrebt werden“ – zusätzlich eine ausführliche Tabelle mit Zielplasmaspiegeln bei versch. Glykosiden (Tab. 18). Als Nutzer der LL würde ich also bei allen Digitalispatienten brav die Spiegel bestimmen – wenn ich es nicht besser wüsste...
Prof. Donner-Banzhoff	S. 129	Empirie ersetzen durch Expertenmeinung	1:1 umgesetzt
Dr. Wenzelburger	S. 131	Hier würde ich ebenfalls zur genauen Differenzierung einfügen: „ohne weitere Therapieoptionen, wie z.B. Herztransplantation oder Kunstherztherapie“	1:1 umgesetzt
Prof. Donner-Banzhoff	S. 132	Palliativ-Spezialist: aus praktischen (nicht-Verfügbarkeit) und berufspolitischen Gründen würde ich den niedriger hängen	„Spezialisten“ durch „Kollegen“ ersetzt
Prof. Donner-Banzhoff	S. 135	Nifedipin kontraindiziert: lt. ACTION-Trial wäre N. in GITS-Form akzeptabel	(Noch) Keine Textänderung vorgenommen; Fragen/Vorschläge werden recherchiert und bei ausreichend validen Rechercheergebnissen vor Drucklegung ergänzt.
Prof. Donner-Banzhoff	S. 138	Steroide: Sind hier solche ohne mineralokortikoide Aktivität weniger bedenklich, z.B. Methylprednisolon?	

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

Änderungswunsch von	Kapitel / Seitenzahl	Änderungsvorschlag	Stellungnahme zur Umsetzung (Ergänzungen unterstrichen)
PD Osterspey	S. 141	tägl. Gewichtskontrollen <u>bei höheren Stadien der Herzinsuffizienz</u> , bei Klassischen Stadien I und II nicht notwendig, verunsichert die Pat dann nur.	Text wie folgt ergänzt: „Die täglichen Gewichtskontrollen sind das zentrale Element des Selbstmonitoring, <u>insbesondere bei symptomatischen Patienten (NYHA II – IV)</u> ! Patienten sollten befähigt werden, darüber Protokolle anzufertigen und bei kurzfristigen Gewichtszunahmen angemessen zu reagieren.“ Begründung: Bei asymptomatischen Patienten kann ich Ihnen zustimmen, nicht jedoch bei NYHA II. Die Patienten sind bereits symptomatisch (wenn auch nur im obersten Belastungsbereich), erhaltenzumeist ein Diuretikum zur Volumenkontrolle und wir als behandelnde Ärzte sind daran interessiert, frühzeitig sich ankündigende Verschlechterungen (bzw. Dekompensationen) aufzuspüren. Für mich ist es wenig einsichtig, wenn wir zwar regelmäßige Echokardiographiekontrollen für alle Patienten empfehlen (also auch NYHA I+II), aber die einfachsten Möglichkeiten zur (klinischen) Verlaufskontrolle außer Acht lassen. Auch halte ich es für ein wesentliches Ziel, den Patienten in seine Verlaufskontrolle eigenverantwortlich einzubeziehen. Zudem können wir damit Gewohnheiten antrainieren, die dann zum späteren (erforderlichen) Zeitpunkt ebenso automatisch ablaufen, wenn u.U. kognitive Fähigkeiten bereits eingeschränkt sind.
PD Osterspey	S. 143	Fachkardiolo. Verlaufs - Untersuchungen <u>Auch notwendig bei wenig symptomatischen Patienten mit deutlich systol. Herzinsuffizienz, EF unter 40% zur Frage des Verlaufs,</u> hier bei EF < 35 bis 30% ICD !! Nicht als Ergebnis einer LZ EKG Untersuchung ! Prognostische und nicht symptomatische Therapie !! Symptomatisch kann ggf. die CRT – Therapie sein mit dem biventrikulären SM .	Vor dem Absatz zu symptomatischen ventrikulären Tachykardien wurde folgender Absatz hinzugefügt: <u>„Regelmäßige fachkardiologische Verlaufsuntersuchungen sind für alle Herzinsuffizienzpatienten empfehlenswert. Sie sind auch notwendig bei wenig symptomatischen Patienten mit deutlicher systolischer Herzinsuffizienz (EF unter 40%) zur Frage nach Verbesserung oder Verschlechterung unter Therapie, bei EF unter 35 bis 30% ggf. auch zur Frage einer ICD-Implantation. {DIVX3 CX3}“</u> Im 2. Absatz, Kap. 2.4 (Koop. m. Spez.) wurde Text wie folgt geändert: „Auch werden in diesem Kapitel hochspezielle Therapien der III. Ebene vorgestellt, wie z.B. ICD-Implantationen <u>nach überlebtem Kammerflimmern</u> oder die Herztransplantation...“

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

Änderungswunsch von	Kapitel / Seitenzahl	Änderungsvorschlag	Stellungnahme zur Umsetzung (Ergänzungen unterstrichen)
PD Osterspey	2.4.2, S. 144	HTX Vorstellung im Zentrum --- sollte in Kooperation mit dem mitbetreuenden Kardiologen ( oder durch ihn ) erfolgen !! Dies sind alles Patienten im Stadium III ( bis IV ) !! Hier gilt es vorher und parallel alle begleitenden Therapie-Optionen auszunutzen.	Der 1. Absatz dieses Kapitels wurde wie folgt geändert: „Bei Patienten mit schwerster therapierefraktärer Herzinsuffizienz sollte eine Herztransplantation erwogen werden. Sie ist bei terminaler Herzinsuffizienz fest etabliert und mit einer Verbesserung der Überlebensrate, der Belastbarkeit und der Lebensqualität verbunden. Die Dreijahres-Überlebensrate liegt bei 78,7%[ISHLT 2005]. <u>Die Vorstellung in einem Transplantations-Zentrum sollte in Kooperation mit dem mitbetreuenden Kardiologen (oder durch ihn) erfolgen.</u> “
PD Osterspey	S. 148	Sprache : Kardioverter konvertieren Vorhofflimmern Es muss heißen <u>Implantierbare Defibrillatoren</u> , oder zumindest <u>Implantierbare Kardioverter – Defibrillatoren</u> dann Kammerflimmern soll konvertiert werden	„Implantierbare Kardioverter“ durch „Implantierbare Kardioverter – Defibrillatoren“ ersetzt
PD Osterspey	Tab. 36, S. 149	<u>Primärprävention bei EF &lt; 35 bis 30%, die EKG Parameter sind nicht zusätzlich notwendig</u> (laut der Studien !)	Die Tabellenunterschrift wurde wie folgt ergänzt: „Quelle : NICE 2003 (!): <u>§ICD-Implantation als Primärprävention bei hochgradiger systolischer Dysfunktion nach durchgemachtem Myokardinfarkt verbessert das Überleben, zusätzliche EKG-Parameter müssen nicht vorliegen, die Bewertung der Evidenzlage ist jedoch noch nicht abgeschlossen</u> [DGK 2005].“
Dr. Wenzelburger	S. 149	Dies ist mir zu weich formuliert, da gibt es zu viele Schlupflöcher. Betont werden muss hier die Dringlichkeit zur stationären Einweisung und erst in einem zweiten Schritt auf Ausnahmen verwiesen werden. Deshalb Änderung: „Eine stationäre Behandlung ist je nach individueller Situation in unterschiedlicher Dringlichkeit in folgenden Situationen in Erwägung zu ziehen [ICSI 2004/2003]:“ersetzen durch „Eine stationäre Behandlung in unterschiedlicher Dringlichkeit in folgenden Situationen anzuraten [ICSI 2004/2003]:“ Zusätzlich würde ich folgenden Nachsatz (am Ende der Aufzählung der Indikationen zu stationärer Therapie) einfügen: „- Palliative Therapie-Ansätze sind je nach individueller Situation des Patienten in Erwägung zu ziehen.“	Umgesetzt
PD Osterspey	(Schnittstellen)	Zu Ihren Schnittstellen Fragen begleitend 41 Koop auch bei schwereren Formen der HI als Verlaufskontrolle 42 Stat. Behandlung bei „Arrhythmie“ ist zu allgemein, zB nicht bei AA , sollte vielleicht heißen bei vital bedrohlichen Arrhythmien	Wurden im Text an den betreffenden Stellen geändert

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

Änderungswunsch von	Kapitel / Seitenzahl	Änderungsvorschlag	Stellungnahme zur Umsetzung (Ergänzungen unterstrichen)
Prof. Donner-Banzhoff	S. 151	Komplexe Interventionen: So, wie der Satz dort steht, ist das Gegenteil richtig (komplexe I. gehen leichter in die Hose). Vielleicht durch „mehrdimensional“ o.ä. ersetzen.	Änderung abgelehnt, weil: Nach Gensichen et al. 2004 haben Studien mit komplexem CM (sic!) positive Effekte auf Mortalität und Lebensqualität bei einem Follow up von 3–6 Monaten gezeigt, wobei komplexes CM aus mehr als drei Elementen bestand. Positive Effekte konnten für die Mehrzahl der Studien mit komplexem CM gezeigt werden, bei der Mehrzahl der Studien mit einfachem CM fehlte ein Nachweis positiver Effekte.
Dr. Wenzelburger	S. 151	Statt „Krankenschwestern“ verwendet man heute korrekter den Begriff „Gesundheits- und KrankenpflegerInnen“	Als Fußnote ergänzt, dass inzwischen neue Berufsbezeichnung entstanden ist.
PD Osterspey	FLOW-CHART DIAGN.	Akute Dekompensation ..... sollte hier heißen : Erstversorgung ggf. Überweisung zum Kardiologen oder Stationäre Einweisung.	1:1 umgesetzt
Dr. Männl	FLOW-CHART DIAGN.	Änderungsvorschlag: Überweisung zum Kardiologen (Echokardiographie) bereits aus 1.	Keine Änderung diesbezüglich vorgenommen, da mehrheitliche Zustimmung zum vorliegenden Algorithmus (und der geringfügige Änderungsvorschlag m.E. im Sinne der bringen Teilnehmer erfolgte).
PD Osterspey	FLOW-CHART THERAPIE	Ein Therapiebeginn bzw. ein Therapiekonzept bei Herzinsuffizienz sollte nach meiner kardiologischen Meinung in Kooperation mit einem Kardiologen erfolgen, der Kardiologe sollte nicht nur den „Auftrag“ zur Durchführung des Echos erhalten  Tachykardie auch bei HYPOVOLÄMIE möglich ! und zahlreiche andere pathophysiol Zustände denkbar  Dies ist keine einfache Übersicht – sie bringt keine „kurze Klarheit“ → <u>Sollte gestrichen werden.</u> Der komplexe Sachverhalt lässt sich so nicht übersichtlicher als im Text durch „Kernsätze“ und Tabellen darstellen	M. E. liegt der <b>Therapiebeginn</b> (implizit) beim Kardiologen, nämlich in dem Moment, wenn er den Pat. zur Echokardiographie sieht. Und nach meiner Erfahrung wird bei diesem Patientenkontakt nicht einfach nur eine Serviceleistung erbracht, sondern der Kardiologe gibt auch eine Empfehlung ab (weitere Schritte, nächster Vorstellungstermin, wenn alles nach Plan läuft etc.). Das geht auch aus der Langfassung hervor und ist – zumindestens mir – selbstverständlich als Ausdruck von good medical practice. Die Entscheidungsoptionen 2 + 4 sollen nur explizit ins Bewusstsein rücken, wann Kooperationen unumgänglich sind. Bei den „Routinepatienten“ des Hausarztes – multimorbid, fortgeschrittenes Alter – und sehr unterschiedlichen kardiologischen Vorerfahrungen (manche der Hausärzte können auf eine nicht unerhebliche kardiologische Erfahrung zurückgreifen) würde ich es dem Hausarzt nicht explizit vorschreiben wollen (vgl. auch Stellungnahme Dr. Fessler).  Der vereinfachte Flowchart + Einführungssatz mit Hinweis darauf, dass der Algorithmus nur ein „roter Faden“ für diejenigen ist, die gern mit dergleichen Darstellungen operieren, dass er aber keineswegs alle Handlungsoptionen abbilden kann (eben eine Modelstruktur hat!!!) ist am Tabellenende aufgeführt.

DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

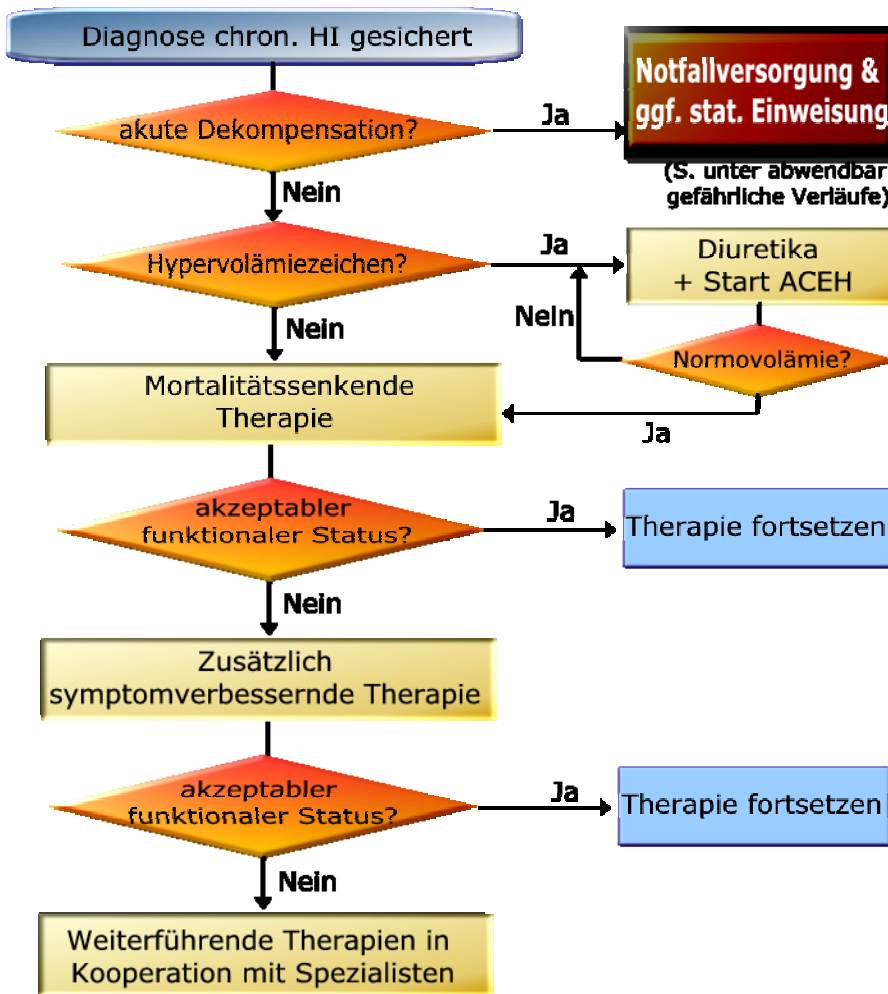
Änderungswunsch von	Kapitel / Seitenzahl	Änderungsvorschlag	Stellungnahme zur Umsetzung (Ergänzungen unterstrichen)
Dr. Fessler	FLOW- CHART THERAPIE	<p>1. In der links durchlaufenden Linie steht im 5ten (Raute) Kasten von oben "Tachycardie im Vordergrund". Im Kasten darüber zweigt das Stadium NYHA I ab, ein weiterer Kasten ober zweigt Stadium III und IV ab. D.h. hier geht's um Stadium NYHA II. Das sollte da auch zusätzlich in der Raute stehen.</p> <p>2. Im 3ten Kasten von oben zweigen Sie das Stadium NYHA III und IV ab zum Kardiologen. Richtig. Im 1oten Kasten von oben (Raute, Inhalt Patient im Stadium NYHA III od. IV) taucht der Patient dann wieder auf - ohne Betablocker und ohne ACE-Hemmer, um dann Spironolacton zu erhalten. Im Grunde müsste ein Pfeil von dem kooperierenden Kardiologen ( der m.E. auch die kausale Therapieoption im Kasten 2 von oben feststellt ) zum Kasten 5 von oben gehen, um auch diese Patienten mit Betablocker bzw. ACE-Hemmer beginnen zu lassen.</p> <p>3. Das Dilemma mit dem Kardiologen wie unter 2 beschrieben umschiffen Sie, wenn sie im ersten Kasten hinter Echokardiographie schreiben "Facharzt". Dies führt sowieso kein Hausarzt durch. Dann wird auch klarer, das bei den Gegebenheiten in Kasten 2 und drei von oben eine Koordination mit Kardiologen sein sollte, die ansonsten nicht unbedingt immer erforderlich ist.</p>	<p><b>Zu 1.</b> Der Loop, ausgehend von „Tachykardie im Vordergrund“ wurde komplett entfernt, um die Übersichtlichkeit zu verbessern. Zudem war er nicht ganz korrekt und man hätte aufnehmen müssen, dass damit eine <i>kardial bedingte Sinustachykardie</i> (also nicht andere Tachykardieformen und auch nicht extrakardiale Genese der Sinustachykardie) gemeint sind, was 2 bis 3 extra Entscheidungsknoten bedeutet hätte. Dass in dem Schema an dieser Stelle nur NYHA-II-Pat. mitlaufen, stimmt. Es aufzuführen, würde aber die darauf folgende Entscheidungslogik ja/nein verkomplizieren (nach Ihrem Vorschlag „NYHA II, Hypervolämie?“ könnte nicht mit ja oder nein beantwortet werden, da zwei Fragen darin stecken). Deshalb so belassen.</p> <p><b>Zu 2.:</b> Die NYHA III und IV-Patienten wurden aus der kardiologischen Betreuung wieder in die hausärztliche zurückgeführt. (Gestrichelter Pfeil, weil einige Patienten vielleicht einer ganz anderen Therapie zugeführt werden, wie z.B. HTx)</p> <p><b>Zu 3.:</b> 1:1 umgesetzt</p>
Prof. Donner-Banzhoff	FLOW- CHART THERAPIE	Algorithmen sind zwar korrekt, aber nicht didaktisch klärend. Ich wüsste es aber auch nicht besser – im Zweifelsfall Algorithmen weglassen.	<p>Es soll noch ein letzter Versuch unternommen werden, da es offenbar Anhänger und Gegner von mehr oder weniger verschachtelten Algorithmen gibt. Es wurde ein Loop entfernt (+ Verweis auf die Simplifizierung), was die Übersichtlichkeit m.E. minimal verbessert hat. Bezüglich der Akzeptanz der Nutzer werden wir aus dem Praxistest wichtige Informationen erhalten – danach dann auch Entscheidung über Belassen/Streichen.</p>



DEGAM-Leitlinie Nr. 9 „Herzinsuffizienz“ - Methodenreport

Änderungswunsch von	Kapitel / Seitenzahl	Änderungsvorschlag	Stellungnahme zur Umsetzung (Ergänzungen unterstrichen)
Dr. Wenzelburger	FLOW-CHART THERAPIE	Wenn das Kästchen „Tachycardie im Vordergrund“ ein Baustein in den Therapieüberlegungen sein soll, ist es m. E. wichtig, zu differenzieren, ob eine Sinustachycardie oder eine Tachycardie mit anderem Pathomechanismus vorliegt. Tachycardien mit einem anderen Pathomechanismus sind m. E. eine Indikation zu einer schnellen Kooperation mit einem Kardiologen oder ggf. (z.VB. bei tachycardem VHF) zu einer stationären Einweisung und Antikoagulation. Alternativ könnte im Flow-Chart Therapie m.E. das Thema „Tachykardie“ als Sonderfall ganz herausgelassen werden. Bei Belassen bitte Gegenvorschlag hinzuziehen (beigefügte Zeichnung mit zusätzlichem Entscheidungsweg Sinustachycardie ja/nein)	Wie oben diskutiert, wurde dieser Loop entfernt. Ihr Gegenvorschlag hat weitere wichtige Aspekte aufgegriffen, die Komplexität aber weiter gesteigert und wurde darum nicht aufgenommen.
PD Osterspey	ENDO-CARDITIS – PROPHY-LAXE	Auch bei Shuntvitien zB hochsitzender VSD wichtig ! Kommt unten--- also: (die meisten) Angeborene Herzfehler ob zyanotisch oder nicht !! Nicht die chir. Eingriffe sondern Z. n. diesen Eingriffen !	Kommentar eingefügt (Tabellenunterschrift), Tabellenüberschrift ergänzt: „Tabelle 43 : Prozeduren mit <u>nachfolgend</u> erhöhtem Bakteriämierisiko“
PD Osterspey	Indikation und Kontraindikation zu HTX	<b>Tab. Indikation und Kontraindikation zu HTX streichen</b> Allein ein Na oder eine kompl. Arrhythmie ist keine Indikation ! Bei anderen Konstellationen müssen diese Voraussetzungen nicht vorliegen ! Indikationstabelle gibt ( m. E.) keinen Nutzen für Allgemeinarzt ! Stadium und Koop. mit niedergelassenen oder Klinik-Kardiologen. Wozu für den Allgemeinarzt die Adresse der HTX Zentren ? – Er wird lokale Zusammenarbeit primär anstreben. M. E. streichen	Entscheidung aus Nominalem Gruppenprozess betraf das Streichen im Text und die Verschiebung in den Anhang (wie erfolgt), wo Tabellen und Zentren als Zusatzinformation für interessierte Leser verbleiben sollten. Um etwaige Befürchtungen auszuräumen, wurde folgender Zusatz eingefügt:  <b>„Kommentar: Tab. 44 &amp; 45 haben nur informativen Charakter!“</b>
PD Osterspey	Kurzversion	<b>Bitte o.g. Anmerkungen z. B. zur Kooperation auch in Kurzfassung einarbeiten</b>	Konsistenz beider Fassungen überprüft.
Dr. Wenzelburger	Patienten-LL, S. 4	Von Nicht-Mediziner ist das Wort „Sterblichkeit“ als sehr unangenehm empfunden worden, darum folgender Vorschlag zur Änderung: „Gerade in den letzten Jahren haben neue Erkenntnisse und die Entwicklung neuer Medikamente zu einer Verbesserung der Lebenserwartung und der Lebensqualität beigetragen.“	1:1 umgesetzt

Geänderte Abb. zur Therapie, S. 72



(Darstellung der geänderten Flowcharts in Kapitel 3.)

**Die folgenden Algorithmen stellen starke Vereinfachungen dar, in denen nicht alle Entscheidungs- und Handlungsoptionen berücksichtigt werden können!**

Abb. 7: Klin. Algorithmus zur Erstdiagnostik einer chron. Herzinsuffizienz

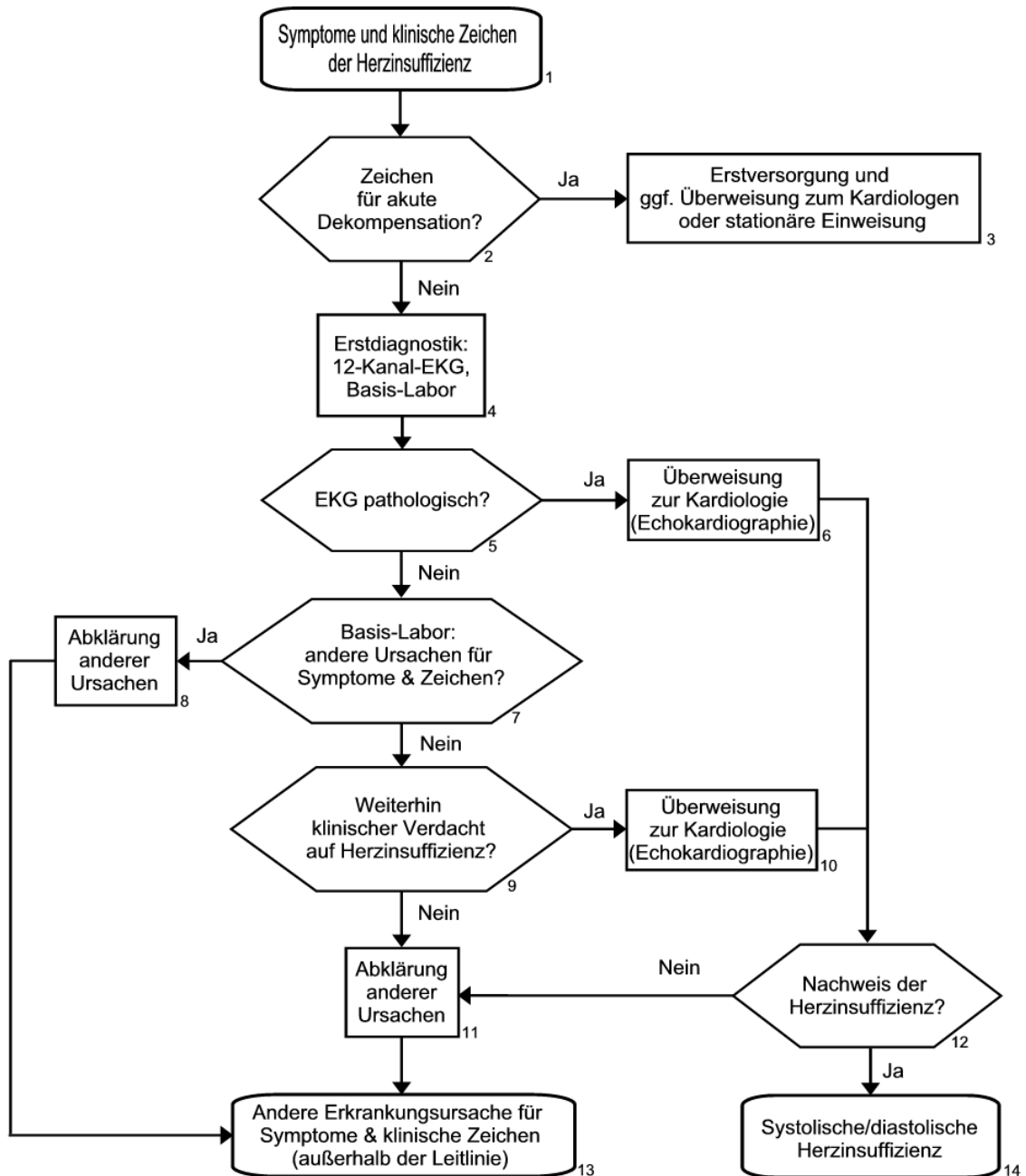


Abb. 8: Klin. Algorithmus zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz

