

VPI-Nr. 1561/2016  
BÖ/CHÄD  
Juli 2016

## Die neuen ESC Guidelines Herzinsuffizienz sind da!

### ACE-Hemmer und Betablocker weiterhin Medikamente der ersten Wahl!

Sehr geehrte Frau Doktor!  
Sehr geehrter Herr Doktor!

Am **20. Mai 2016** wurden im European Heart Journal die **neuen ESC-Guidelines** zum Thema Diagnose und Behandlung der akuten und **chronischen Herzinsuffizienz** veröffentlicht.

Die Leitlinien besagen, dass bei einer **symptomatischen systolischen Herzinsuffizienz mit einer EF  $\leq$  40%** weiterhin **ACE-Hemmer und Betablocker Medikamente der ersten Wahl sind**.

Bei **weiterer Symptomatik** trotz maximaler Medikamentendosis laut Fachinformation **und EF  $\leq$  35%** sollte **add on ein Mineralokortikoidantagonist** verordnet werden.

Die Position des Angiotensin Rezeptor Neprilysin Inhibitor **Entresto an dritter Stelle - nach ACE-Hemmer, Betablocker und Mineralokortikoidantagonist** - des Behandlungsschemas wurde **durch die Studienergebnisse, die nur für diese bestimmte Gruppe von Patienten geltenden, bestimmt**.

([eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2016/05/19/eurheartj.ehw128](http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2016/05/19/eurheartj.ehw128), Stand 27. Mai 2016)

**Entresto** (Sacubitril/Valsartan) befindet sich auf der **Individualhaftungsliste**. D.h. das Medikament **muss vor Einstellungsbeginn durch den betreuenden Kardiologen chefärztlich genehmigt werden**.

Medikament	Packungsgröße	Preis in €
Entresto	28 Stk	104,65
Entresto	56 Stk	187,20
Enalapril 10 mg	30 Stk.	5,20
Enalapril 20 mg*	30 Stk.	7,55

\*Das Medikament kann geteilt werden in 2 x 10 mg.  
Preisstand 6/2016

**Beachten Sie bei Ihrer Verordnung die neuen Leitlinien und die Preisdifferenz!**

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

## OÖ Gebietskrankenkasse

**OMR Dr. Walter Grunt, PLL.M.**, Leitender Arzt der OÖ Gebietskrankenkasse  
Gruberstraße 77, 4020 Linz  
Email: [walter.grunt@oegkk.at](mailto:walter.grunt@oegkk.at) oder telefonisch unter 05 78 07 – 10 29 01;  
Telefax 08 10 – 10 25 52 14

Freundliche Grüße

## OÖ Gebietskrankenkasse

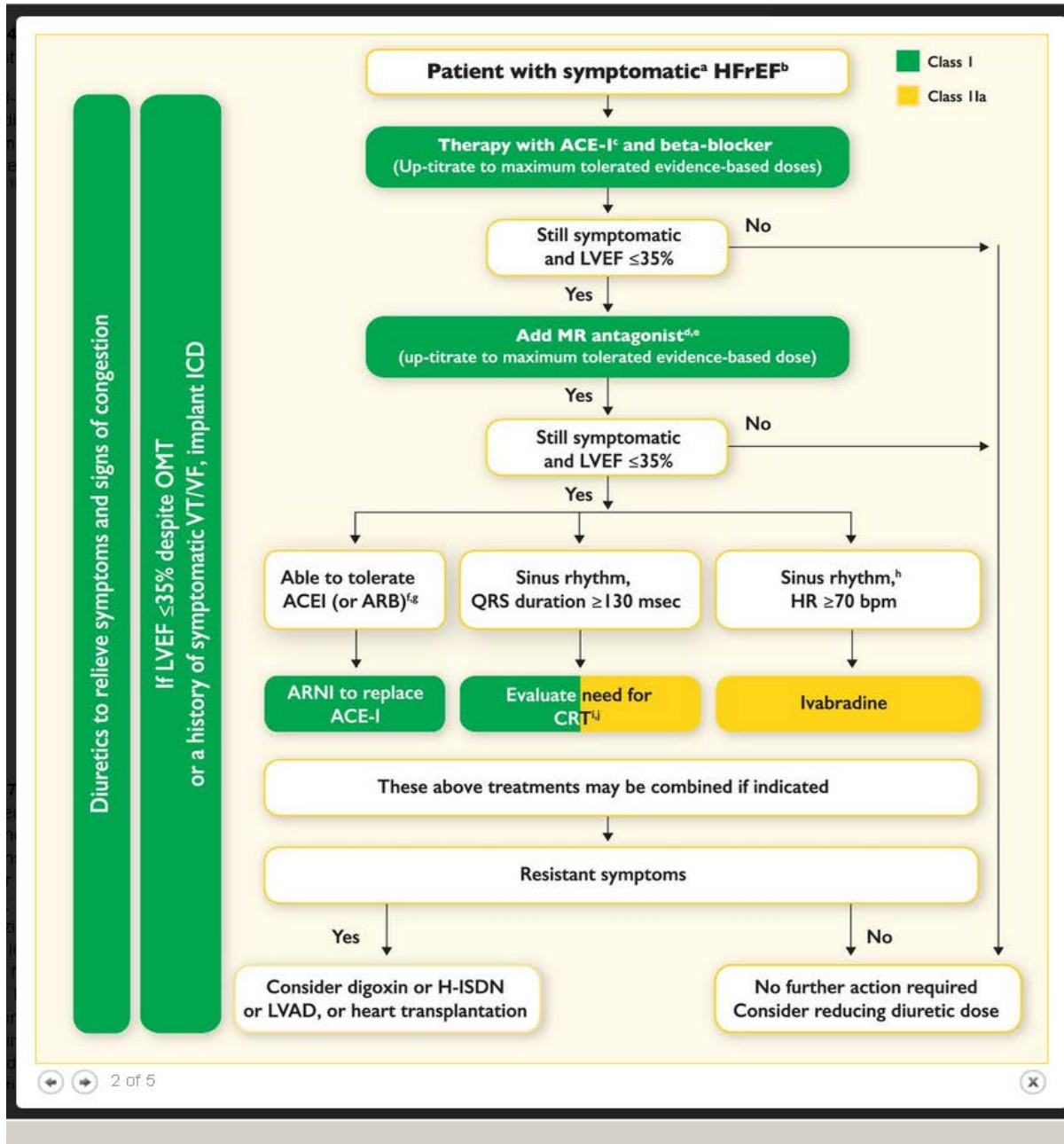


OMR Dr. Walter Grunt, PLL.M.  
*Leitender Chefarzt*

Beilage: Therapieflowsheet aus den ESC –Guidelines 2016

**Therapieflowsheet aus den ESC –Guidelines 20. Mai 2016, Seite 21**

eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2016/05/19/eurheartj.ehw128 (Stand 27.Mai.2016)



Therapeutic algorithm for a patient with symptomatic heart failure with reduced ejection fraction. Green indicates a class I recommendation; yellow indicates a class IIa recommendation. ACEI = angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB = angiotensin receptor blocker; ARNI = angiotensin receptor neprilysin inhibitor; BNP = B-type natriuretic peptide; CRT = cardiac resynchronization therapy; HF = heart failure; HFrEF = heart failure with reduced ejection fraction; H-ISDN = hydralazine and isosorbide dinitrate; HR = heart rate; ICD = implantable cardioverter defibrillator; LBBB = left bundle branch block; LVAD = left ventricular assist device; LVEF = left ventricular ejection fraction; MR = mineralocorticoid receptor; NT-proBNP = N-terminal pro-B type natriuretic peptide; NYHA = New York Heart Association; OMT = optimal medical therapy; VF = ventricular fibrillation; VT = ventricular tachycardia. <sup>a</sup>Symptomatic = NYHA Class II-IV. <sup>b</sup>HFrEF = LVEF <40%. <sup>c</sup>If ACE inhibitor not tolerated/contraindicated, use ARB. <sup>d</sup>If MR antagonist not tolerated/contraindicated, use ARB. <sup>e</sup>With a hospital admission for HF within the last 6 months or with elevated natriuretic peptides (BNP > 250 pg/ml or NTproBNP > 500 pg/ml in men and 750 pg/ml in women). <sup>f</sup>With an elevated plasma natriuretic peptide level (BNP ≥ 150 pg/mL or plasma NT-proBNP ≥ 600 pg/mL, or if HF hospitalization within recent 12 months plasma BNP ≥ 100 pg/mL or plasma NT-proBNP ≥ 400 pg/mL). <sup>g</sup>In doses equivalent to enalapril 10 mg b.i.d. <sup>h</sup>With a hospital admission for HF within the previous year. <sup>i</sup>CRT is recommended if QRS ≥ 130 msec and LBBB (in sinus rhythm). <sup>j</sup>CRT should/may be considered if QRS ≥ 130 msec with non-LBBB (in a sinus rhythm) or for patients in AF provided a strategy to ensure bi-ventricular capture in place (individualized decision). For further details, see Sections 7 and 8 and corresponding web pages.