Abschlussarbeit

Geriatrische Betreuung von Patientinnen mit Herzinsuffizienz – zwischen Multimorbidität, Polypharmazie und Lebensqualität

eingereicht von

Dr. med. univ. Abdulhanan Mahmoud

zur Erlangung des

Geriatriediploms 2025

Inhalt

1. Einleitung 3
2. Epidemiologie und Pathophysiologie der Herzinsuffizienz im Alter 4
2.1 Epidemiologie 4
2.2 Klassifikation und Formen der Herzinsuffizienz 7
2.3 Pathophysiologie im geriatrischen Kontext 12
2.4 Komorbiditäten und diagnostische Herausforderungen 13
3. Geriatrische Besonderheiten bei Herzinsuffizienz 14
3.1 Multimorbidität und therapeutische Zielkonflikte 14
3.2 Gebrechlichkeit (Frailty) 14
3.3 Kognitive Einschränkungen und Delirrisiko 15
3.4 Funktionelle Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit 15
4. Polypharmazie und Medikationsmanagement 17
4.1 Definition und Relevanz 17
4.2 Standardtherapie der Herzinsuffizienz im geriatrischen Kontext 17
4.3 Bewertung potenziell unangemessener Medikamente (PIM) 18
4.4 Strategien zur Reduktion und Optimierung 18
4.5 Besonderheiten bei Patientinnen mit kognitiven Defiziten 19
5. Geriatrisches Assessment bei Herzinsuffizienz 20
5.1 Ziel und Bedeutung 20
5.2 Komponenten des geriatrischen Assessments 20
5.3 Nutzen für die Herzinsuffizienztherapie 21
5.4 Praktische Umsetzung 21
6. Fallbeispiel aus der geriatrischen Praxis 22
6.1 Patientenprofil 22
6.2 Anamnese und kardiologischer Hintergrund 22
6.3 Relevante Begleiterkrankungen 22
6.4 Geriatrisches Assessment 23
6.5 Klinischer Verlauf und geriatrische Problematik 23
6.6 Interdisziplinäre Maßnahmen 23
6.7 Ergebnis und Ausblick 24
7. Schlussfolgerung und Ausblick 25
8. Zusammenfassung 27
9. Literaturverzeichnis 28

1. Einleitung

Die demografische Entwicklung Europas zeigt einen stetigen Anstieg älterer Menschen, wobei der Anteil der über 80-Jährigen in den nächsten Jahrzehnten deutlich zunehmen wird. Mit dem Altern der Bevölkerung steigt auch die Prävalenz chronischer Erkrankungen – allen voran die der Herzinsuffizienz. Diese stellt eine der häufigsten Ursachen für Hospitalisierungen bei Menschen über 65 Jahren dar und ist ein Paradebeispiel für eine komplexe, multimorbide Erkrankung im geriatrischen Kontext.

Herzinsuffizienz im Alter unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der bei jüngeren Patientinnen: Die Krankheitsverläufe sind oft schleichender, Symptome werden durch Begleiterkrankungen wie Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus oder kognitive Störungen verschleiert. Die Polypharmazie stellt eine tägliche Herausforderung dar – insbesondere hinsichtlich Adhärenz, Interaktionen und Therapiezielen.

Als Internist im niedergelassenen Bereich oder in der stationären geriatrischen Betreuung steht man vor der Aufgabe, medizinische Evidenz mit individueller Lebensrealität und Ressourcen der Patientinnen in Einklang zu bringen. Ziel dieser Arbeit ist es, die Herausforderungen und Lösungsansätze in der Betreuung geriatrischer Patientinnen mit Herzinsuffizienz anhand aktueller Literatur, klinischer Erfahrung und eines Fallbeispiels praxisnah darzustellen.

Im Mittelpunkt stehen neben pathophysiologischen und therapeutischen Aspekten vor allem die Themen Multimorbidität, Polypharmazie, geriatrisches Assessment sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Arbeit soll aufzeigen, wie durch einen ganzheitlichen Zugang nicht nur die Prognose, sondern vor allem die Lebensqualität betroffener Patientinnen verbessert werden kann.

2. Epidemiologie und Pathophysiologie der Herzinsuffizienz im Alter

2.1 Epidemiologie

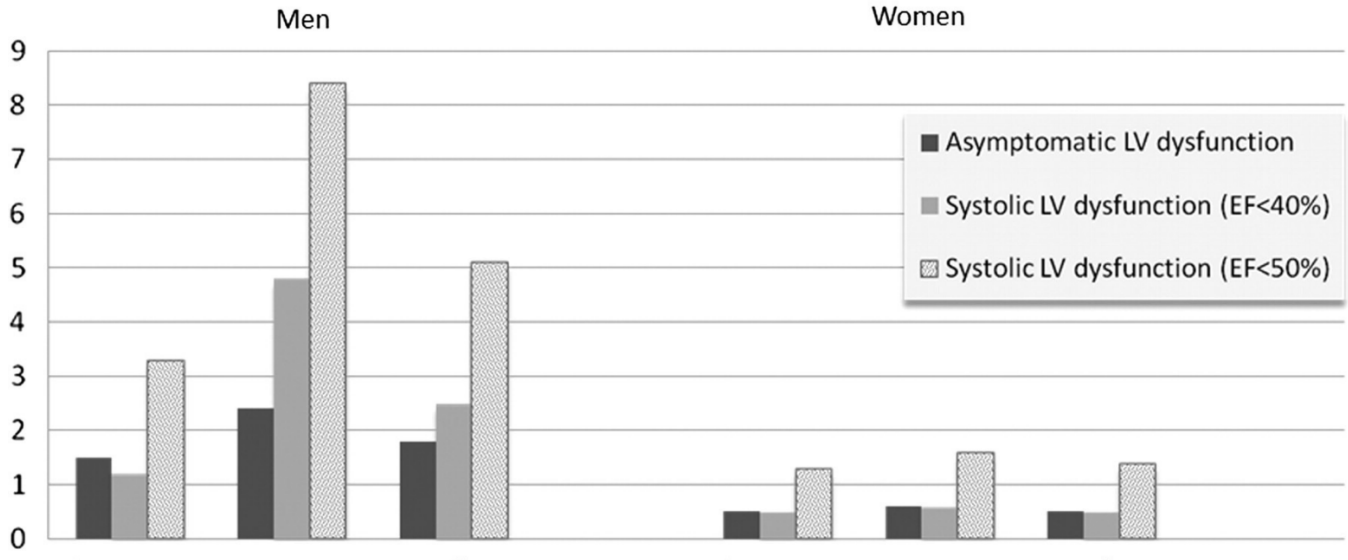
Die Herzinsuffizienz ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Ihre Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter deutlich an: Während sie bei der Allgemeinbevölkerung im mittleren Erwachsenenalter noch unter 1 % liegt, betrifft sie etwa 10 % der über 70-Jährigen und sogar bis zu 20 % der über 80-Jährigen. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist in den kommenden Jahrzehnten mit einem weiteren Anstieg zu rechnen, was die Herzinsuffizienz zu einer zentralen Herausforderung der geriatrischen Medizin macht.

Herzinsuffizienz zählt zu den häufigsten Ursachen für Krankenhausaufenthalte bei älteren Menschen und ist mit einer hohen Morbidität, Mortalität sowie reduzierter Lebensqualität verbunden. Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung sind besonders bei geriatrischen Patientinnen häufig – meist durch inadäquates Medikationsmanagement, fehlende Nachsorge oder mangelnde Patientenedukation.

Risikofaktoren für Herzinsuffizienz im Alter – Ergebnisse der CASTEL-Studie

The distribution of LV dysfunction phenotypes in the population with both systolic and diastolic measurements available (1720 subjects) is shown in Figure 1. Any LVD was found in 792 of 1720 subjects (46%) and it was mainly diastolic (42.8%) than systolic (0.6%) or combined (2.6%). It is noteworthy that an isolated systolic LVD was found only in five persons without symptoms of HF (systolic AVLD) and in six persons with clinical HF, whereas the prevalence of isolated diastolic dysfunction was high either in asymptomatic or in symptomatic groups.

Prevalence of systolic LV dysfunction by gender and age

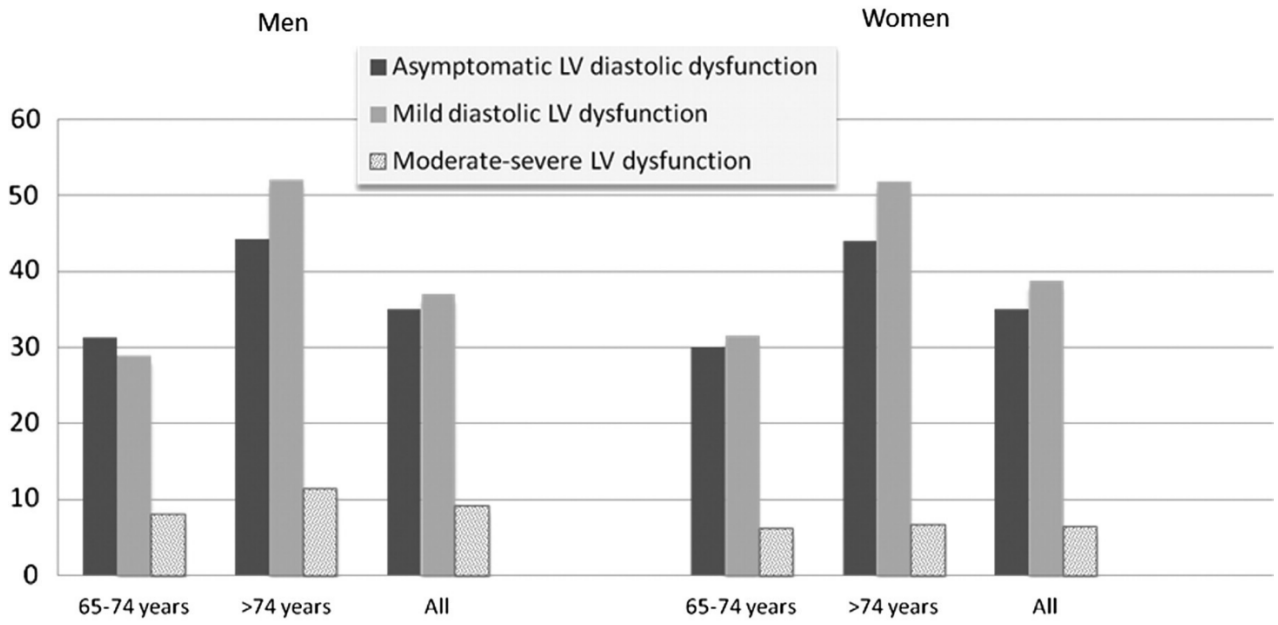


1.5 (0.5-2.4)	**2.4** (0.8-4.1)	**1.8** (1.0-2.7) #		**0.5** (0.1-1.1)	**0.6** (0.2-1.4)	0.5 (0.1-1.0)
1.2 (0.3-2.1)	**4.8** (2.5-7.1)*	**2.5** (1.5-3.5) #		**0.5** (0.0-1.1)	**0.6** (0.0-1.5)	**0.5** (0.1-1.0)
3.3 (1.9-4.7)	**8.4** (5.4-11.4)*	**5.1** (3.7-6.5) #		**1.3** (0.4-2.3)	**1.6** (0.2-2.9)	**1.4** (0.7-2.2)

- 0.05<p<0.0001 between age-strata within gender (>75 yrs. vs. 65-74 yrs.); # 0.05<p<0.0001 between gender.

Note: Asymptomatic= neither history nor clinical evidence of heart failure

Prevalence of diastolic LV dysfunction by gender and age



31.3 (27,6-35,0)	**44.2** (38,7-49,6)*	35.8 (33.8-38.9)		**30.0** (26.2-33.8)	**44.0** (38.5-49.4)*	**35.0** (31.9-38.2)
28.9 (25,3-32,6)	**52.1** (46,5-57,6)*	**37.0** (33.8-40.1)		**31.5** (27.7-35.3)	**51.8** (46.2-57.3)*	**38.7** (35.5-42.0)
8,0 (5,8-10,1)	**11.4** (7.9-14.9)*	**9.2** (7.3-11.0)		**6.2** (4.2-8.2)	**6.7** (3.9-9.5)	**6.4** (4.8-8.0)

• 0.05<p<0.0001 between age-strata within gender (>75 yrs. vs. 65-74 yrs.); # 0.05<p<0.0001 between gender.
Note: Asymptomatic= neither history nor clinical evidence of heart failure

Dr. med. univ. Abdulhanan Mahmoud

2.2 Klassifikation und Formen der Herzinsuffizienz

- **nach Schweregrad**

Die Herzinsuffizienz lässt sich grob unterteilen in kompensierte Herzinsuffizienz, die nur unter Belastung Beschwerden verursacht und dekompensierte Herzinsuffizienz, die sich bereits in körperlicher Ruhe bemerkbar macht.

Eine feinere Unterteilung des klinischen Schwergrads ist mithilfe der 4 NYHA-Stadien möglich:

Stadium	Symptomatik
I	Diagnostizierte Herzkrankheit ohne Symptome und ohne Einschränkung der Belastbarkeit.
II	Leichte Einschränkung der Belastbarkeit. Keine Symptome in Ruhe sondern erst bei stärkerer Belastung.
III	Starke Einschränkung der Belastbarkeit. Keine Symptome in Ruhe, jedoch bereits bei leichter Belastung.
IV	Persistierende Symptomatik auch in Ruhe.

Weiterhin kann die Herzinsuffizienz nach der AHA (American Heart Association) in 4 Stadien eingeteilt werden:

Stadium	Kriterien
A	Hohes Herzinsuffizienzrisiko, da Faktoren vorliegen, die stark mit der Entstehung einer Herzinsuffizienz assoziiert sind; keine strukturelle Herzerkrankung, noch nie Herzinsuffizienzsymptome.
B	Strukturelle Herzerkrankung, die eng mit der Entstehung einer Herzinsuffizienz assoziiert ist, bisher keine Herzinsuffizienzsymptome.
C	Frühere oder derzeitige Herzinsuffizienzsymptome bei struktureller Herzerkrankung.
D	Fortgeschrittene strukturelle Herzerkrankung und schwere Herzinsuffizienzsymptome in Ruhe trotz maximaler medikamentöser Therapie (spezielle Therapie erforderlich, z. B. Herztransplantation, Katecholamine i. v., Kunstherz)

- **nach Lokalisation**

  Je nachdem, welcher Teil des Herzens betroffen ist, unterscheidet man:

  Rechtsherzinsuffizienz: Rechte Herzkammer betroffen

  Linksherzinsuffizienz: Linke Herzkammer betroffen

  Globalherzinsuffizienz: Beide Herzkammern betroffen

- **nach Krankheitsverlauf**

  Akute Herzinsuffizienz: Entwickelt sich im Verlauf von Stunden/Tagen:

Myokardiales Pumpversagen, z.B. Akutes Koronarsyndrom durch kritische Hauptstammstenose, Herzinfarkt, hypertone Krise, Myokarditis

Akut auftretende Insuffizienz- oder Shuntvitien, z.B. Ventrikelseptumdefekt bei Infarkt,

Mechanische Behinderung der Ventrikelfüllung, z.B. Perikardtamponade

Tachykarde oder bradykarde Herzrhythmusstörungen

Chronische Herzinsuffizienz: Entwickelt sich im Verlauf von Monaten/Jahren

- **nach Pathomechanismus**

  Systolische Herzinsuffizienz: Verminderte Ejektionsfraktion

  Diastolische Herzinsuffizienz: Herabgesetzte Relaxationsfähigkeit des Ventrikels, behinderte Ventrikelfüllung in der Diastole (z.B. durch Kammersteifigkeit)

- **nach Pathophysiologie**

  HFpEF (engl.: heart failure with preserved ejection fraction, EF ≥ 50 %)

  HFmrEF (eng.: heart failure with mid-range ejection fraction, EF 41 - 49 %)

  HFrEF (engl.: heart failure with reduced ejection fraction, EF ≤ 40 %)

  HFrecEF (engl.: heart failure with recovered ejection fraction)

- **nach Hämodynamik**

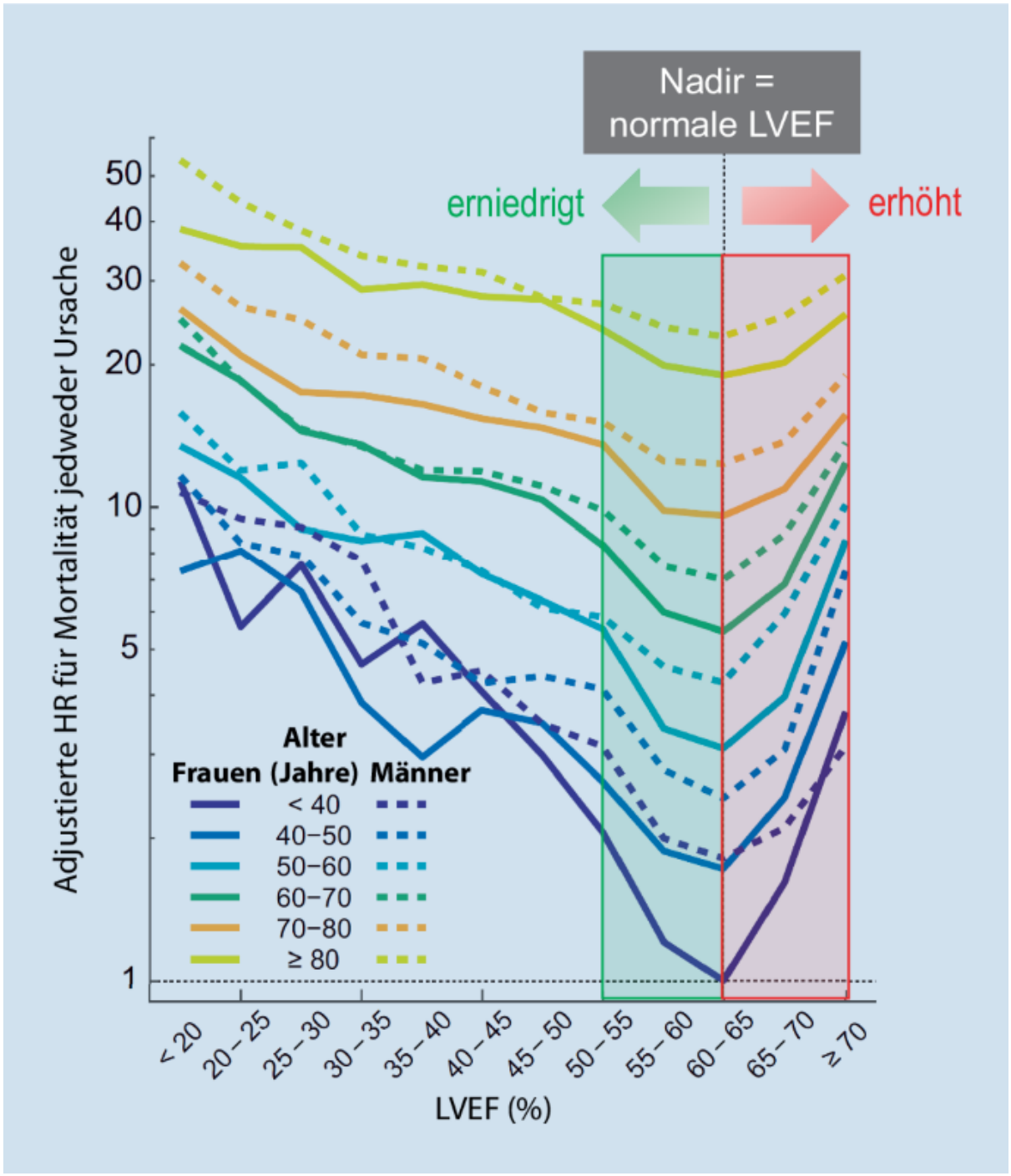
  Vorwärtsversagen

  Rückwärtsversagen

- **nach Herzzeitvolumen**

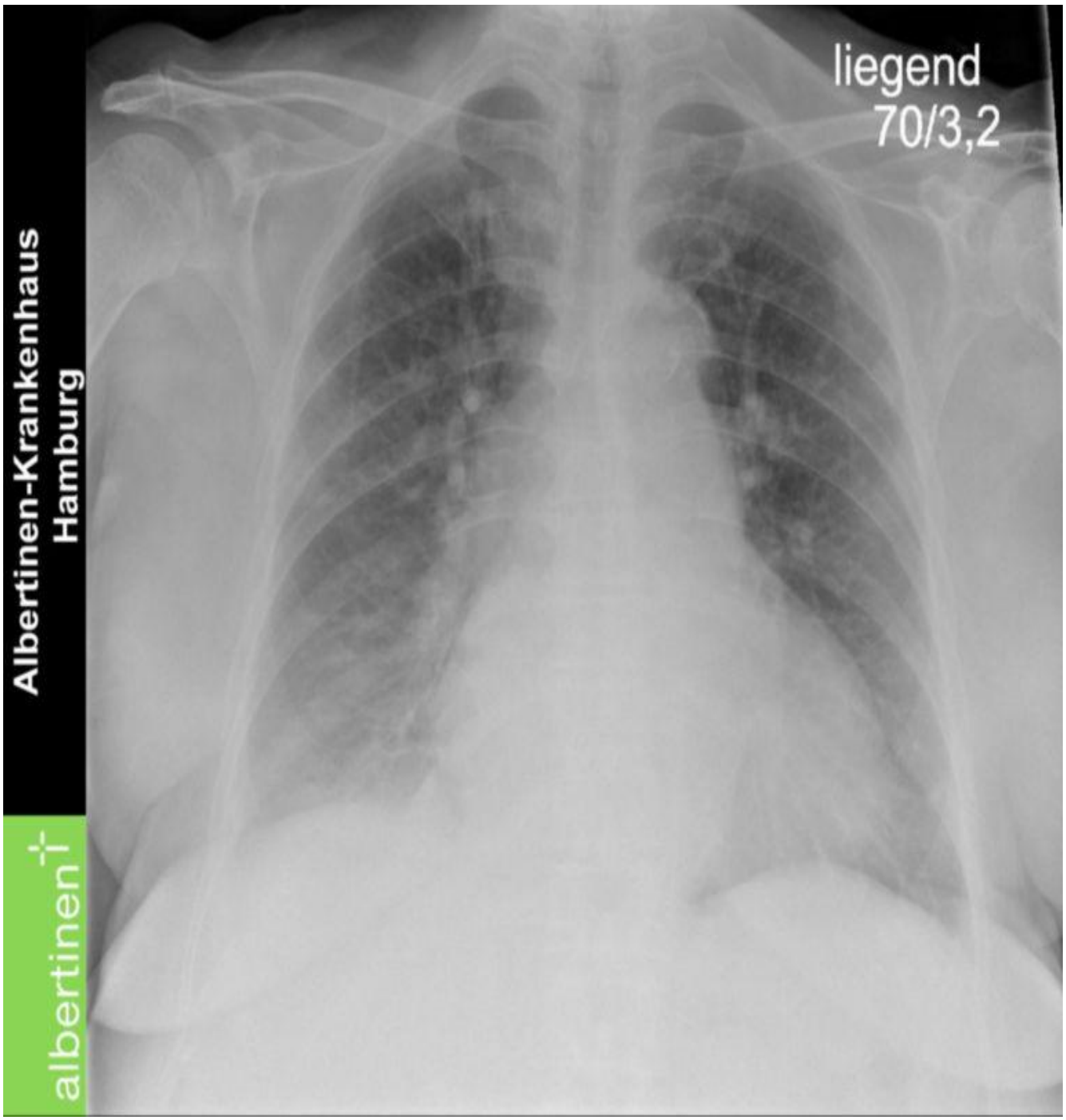
  Low-Output-Failure

  High-Output-Failure

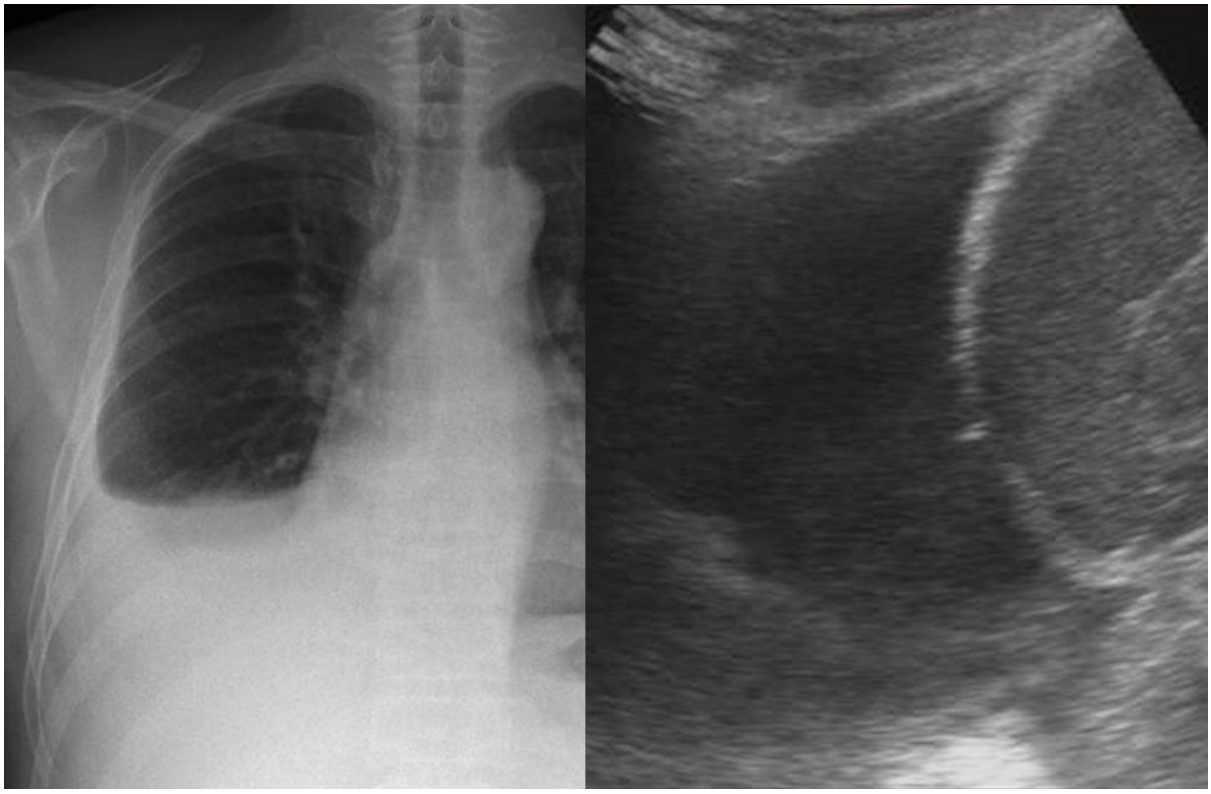


Dr. med. univ. Abdulhanan Mahmoud

Dekompensierte Herzinsuffizienz (Röntgen-Thorax, Pleura Sonographie)



Dr. med. univ. Abdulhanan Mahmoud



2.3 Pathophysiologie im geriatrischen Kontext

Im Alter verändern sich sowohl Herzstruktur als auch -funktion. Zu den häufigsten altersassoziierten Veränderungen zählen:

- Diastolische Dysfunktion durch verminderte Relaxation des Myokards
- Linksventrikuläre Hypertrophie infolge chronischer Hypertonie
- Steifere Gefäße durch Arteriosklerose, was die Nachlast erhöht
- Zunahme von Vorhofflimmern, das die Füllung des Ventrikels zusätzlich erschwert

Die Symptomatik ist bei älteren Menschen oft unspezifisch: Müdigkeit, Verwirrtheit, Appetitlosigkeit oder funktionelle Verschlechterung können Ausdruck einer dekompensierten Herzinsuffizienz sein, werden aber oft anderen Ursachen zugeschrieben. Eine gezielte Diagnostik ist daher essenziell, sollte aber die Limitierungen geriatrischer Patientinnen (z. B. eingeschränkte Mobilität, Hör- oder Sehprobleme) berücksichtigen.

2.4 Komorbiditäten und diagnostische Herausforderungen

Ein zentraler Aspekt der geriatrischen Herzinsuffizienz ist die Multimorbidität. Typische Begleiterkrankungen sind:

- Chronische Niereninsuffizienz (beeinflusst Diuretikatherapie und Prognose)
- Diabetes mellitus (verändert das vaskuläre Risiko und Therapiezielwerte)
- COPD (Erschwert die Differenzierung bei Atemnot)
- Anämie und Sarkopenie (verstärken Müdigkeit und körperliche Schwäche)

Diagnostisch ist die Echokardiographie das wichtigste Instrument zur Beurteilung der kardialen Funktion. Zusätzlich kommen Biomarker wie NT-proBNP zum Einsatz, die bei geriatrischen Patientinnen allerdings durch Komorbiditäten (z. B. Nierenfunktion) beeinflusst sein können.

3. Geriatrische Besonderheiten bei Herzinsuffizienz

Die Behandlung geriatrischer Patientinnen mit Herzinsuffizienz erfordert ein grundlegendes Umdenken im Vergleich zur Versorgung jüngerer Betroffener. Neben der chronischen kardialen Erkrankung selbst sind es vor allem funktionelle Einschränkungen, kognitive Defizite, Multimorbidität und soziale Faktoren, die den klinischen Alltag prägen. Eine erfolgreiche Therapie muss sich daher nicht allein an Leitlinien, sondern vor allem an der individuellen Lebensrealität und Belastbarkeit der Betroffenen orientieren.

3.1 Multimorbidität und therapeutische Zielkonflikte

Multimorbidität – definiert als das gleichzeitige Bestehen von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen – ist bei geriatrischen Patientinnen mit Herzinsuffizienz die Regel, nicht die Ausnahme. In der Praxis sind häufig folgende Kombinationen zu beobachten:

- Herzinsuffizienz + chronische Niereninsuffizienz + Diabetes mellitus
- Herzinsuffizienz + COPD + Anämie
- Herzinsuffizienz + Demenz + Mobilitätseinschränkungen

Diese Kombinationen führen oft zu therapeutischen Zielkonflikten: Beispielsweise kann ein ACE-Hemmer die kardiale Prognose verbessern, aber die Nierenfunktion verschlechtern. Diuretika lindern Ödeme und Dyspnoe, bergen jedoch die Gefahr von Elektrolytstörungen und Stürzen. Solche Entscheidungen müssen individuell abgewogen und regelmäßig überprüft werden.

3.2 Gebrechlichkeit (Frailty)

Ein zentraler geriatrischer Aspekt ist das sogenannte Frailty-Syndrom (Gebrechlichkeit), das durch reduzierte physiologische Reserven und eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber Stressoren gekennzeichnet ist. Die gängigen Kriterien nach Fried et al. beinhalten:

- Ungewollter Gewichtsverlust
- Erschöpfung
- Geringe körperliche Aktivität

- Verlangsamung (z. B. reduzierte Gehgeschwindigkeit)
- Muskelschwäche (z. B. verminderte Handkraft)

Patientinnen mit Herzinsuffizienz sind besonders häufig von Frailty betroffen. Studien zeigen, dass Frailty ein starker Prädiktor für Hospitalisierung, Stürze, Pflegebedürftigkeit und Mortalität ist – unabhängig von der Ejektionsfraktion. Die Erkennung und Bewertung mittels Gait Speed, Timed-Up-and-Go-Test oder Clinical Frailty Scale (CFS) ist essenziell und sollte bereits im ambulanten Bereich erfolgen.

3.3 Kognitive Einschränkungen und Delirrisiko

Die Prävalenz von kognitiven Einschränkungen ist bei Patientinnen mit Herzinsuffizienz deutlich erhöht. Ursachen sind u. a. reduzierte zerebrale Perfusion, vaskuläre Komorbiditäten und Hypotonieepisoden durch übermäßige Diurese. Kognitive Defizite beeinflussen die Fähigkeit zur Adhärenz maßgeblich: Medikation, Flüssigkeitsrestriktion, Gewichtskontrolle oder Arzttermine werden oft nicht korrekt umgesetzt.

Auch das Risiko für ein akutes Delir bei Hospitalisierung ist erhöht, vor allem bei polypragmatischer Therapie, sensorischen Defiziten und Infektionen. Dies erfordert frühzeitige präventive Maßnahmen: adäquate Reizumgebung, Flüssigkeitsbalance, Orientierungshilfen und Reduktion potenziell delirogener Medikamente (z. B. Benzodiazepine, Anticholinergika).

3.4 Funktionelle Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit

Ein weiteres zentrales Merkmal geriatrischer HerzinsuffizienzPatientinnen ist die reduzierte Alltagskompetenz. Atemnot, Muskelschwäche und Fatigue führen zu Immobilität, Sturzneigung und sozialem Rückzug. Diese Aspekte sollten systematisch erfasst werden, z. B. über:

- Barthel-Index zur Beurteilung der Selbstständigkeit
- IADL (Instrumental Activities of Daily Living) zur Erfassung komplexerer Aufgaben
- TUG (Timed-Up-and-Go-Test) zur Sturzrisikoeinschätzung

Pflegebedürftigkeit ist dabei nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein soziales Thema. Der Zugang zu Unterstützungsleistungen, pflegerischer Betreuung und palliativmedizinischer Begleitung entscheidet maßgeblich über den Krankheitsverlauf.

Dr. med. univ. Abdulhanan Mahmoud

4. Polypharmazie und Medikationsmanagement

4.1 Definition und Relevanz

Der Begriff Polypharmazie bezeichnet die gleichzeitige Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten über einen längeren Zeitraum. Bei geriatrischen Patientinnen mit Herzinsuffizienz ist dies häufig der Fall – nicht selten werden 8–12 Medikamente täglich eingenommen. Diese Vielzahl an Präparaten resultiert aus der Notwendigkeit, sowohl die Herzinsuffizienz leitliniengerecht zu behandeln als auch Komorbiditäten wie Hypertonie, Diabetes mellitus, KHK, Niereninsuffizienz oder COPD zu kontrollieren.

Problematisch wird Polypharmazie dann, wenn sie zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW), Interaktionen oder Therapiezielen führt, die nicht mehr dem Wohl des Patienten entsprechen. Studien zeigen, dass etwa 10–30 % aller Krankenhauseinweisungen älterer Menschen auf medikamentöse Probleme zurückzuführen sind – viele davon wären vermeidbar.

4.2 Standardtherapie der Herzinsuffizienz im geriatrischen Kontext

Die empfohlene medikamentöse Basistherapie einer systolischen Herzinsuffizienz (HFrEF) umfasst in der Regel:

- ACE-Hemmer oder ARNI (Sacubitril/Valsartan)
- Beta-Blocker (z. B. Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol succ.)
- Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (Spironolacton, Eplerenon)
- SGLT2-Inhibitoren (Dapagliflozin, Empagliflozin)
- Diuretika bei Ödemen und Stauungssymptomen

In der geriatrischen Praxis stoßen diese Empfehlungen jedoch häufig an Grenzen:

- Nierenfunktion ist eingeschränkt, was Dosierungen limitiert oder bestimmte Medikamente kontraindiziert macht (z. B. MRA bei Hyperkaliämie).
- Hypotonieneigung, insbesondere bei gebrechlichen Patientinnen, kann durch ACE-Hemmer oder Beta-Blocker verstärkt werden.
- Adhärenzprobleme bei komplexen Regimen und kognitiven Einschränkungen

- Interaktionen mit Psychopharmaka, NSAR oder Antidiabetika

4.3 Bewertung potenziell unangemessener Medikamente (PIM)

Zur Identifikation von Medikamenten, die im Alter problematisch sein können, stehen mehrere Instrumente zur Verfügung:

- PRISCUS-Liste (Deutschland)
- EU(7)-PIM-Liste (europäisch)
- FORTA-Klassifikation (teilt Medikamente nach Nutzen/Risiko-Verhältnis im Alter ein)

Beispiele für häufige PIM bei HerzinsuffizienzPatientinnen:

- NSAR (z. B. Diclofenac, Ibuprofen): erhöhen Risiko für kardiale Dekompensation und Nierenversagen
- Verapamil/Diltiazem: negativ inotrope Wirkung, kontraindiziert bei systolischer Insuffizienz
- Langwirksame Benzodiazepine: erhöhen Sturz- und Delirrisiko
- Digoxin: sehr enge therapeutische Breite, hohes Intoxikationsrisiko im Alter

4.4 Strategien zur Reduktion und Optimierung

Ein systematisches Medikationsmanagement sollte integraler Bestandteil jeder geriatrischen Betreuung sein. Sinnvolle Maßnahmen sind:

- Regelmäßige Medikationsreviews (z. B. einmal im Quartal)
- Einsatz von Checklisten oder strukturierter Software zur Interaktionsprüfung
- Deprescribing: gezielte Reduktion nicht mehr indizierter Medikamente
- Schulung von Patientinnen und Angehörigen zur richtigen Einnahme
- Einbindung von Apotheker:innen und Pflegepersonal in das Medikationsmonitoring

Die praktische Umsetzung erfordert Zeit, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation mit Patientinnen, Angehörigen und anderen Behandler:innen.

4.5 Besonderheiten bei Patientinnen mit kognitiven Defiziten

Bei Demenz oder beginnender kognitiver Einschränkung muss das Medikamentenregime besonders einfach und übersichtlich gestaltet sein:

- Einsatz von Dosiersystemen (z. B. Wochendispenser)
- Möglichst feste Einnahmezeiten
- Vermeidung komplexer Einnahmevorgaben („vor dem Essen“, „nur bei Bedarf“ etc.)
- Dokumentation von Wirkung und Nebenwirkungen durch Angehörige oder Pflegedienst

5. Geriatrisches Assessment bei Herzinsuffizienz

5.1 Ziel und Bedeutung

Das geriatrische Assessment ist ein zentrales Werkzeug zur systematischen Erfassung der gesundheitlichen, funktionellen, kognitiven und psychosozialen Situation älterer Menschen. Bei Patientinnen mit Herzinsuffizienz bietet es eine wertvolle Entscheidungsgrundlage für die individuelle Therapieplanung. Es hilft, Risiken frühzeitig zu erkennen, Ressourcen gezielt zu nutzen und Über- oder Untertherapien zu vermeiden.

Herzinsuffizienz äußert sich im Alter oft unspezifisch – etwa durch Schwäche, Appetitlosigkeit oder Stürze – Symptome, die leicht als „altersbedingt“ fehlinterpretiert werden können. Ein umfassendes Assessment deckt solche Fehlannahmen auf und ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung.

5.2 Komponenten des geriatrischen Assessments

Ein vollständiges geriatrisches Assessment umfasst mehrere standardisierte Module:

Bereich	**Instrument / Methode**
Alltagskompetenz (ADL/IADL)	Barthel-Index, Lawton & Brody Skala
Mobilität / Sturzrisiko	Timed-Up-and-Go-Test (TUG), Gait Speed, SPPB
Kognitive Funktion	Mini-Mental-State-Examination (MMSE), DemTect
Affektive Störungen	Geriatrische Depressionsskala (GDS)
Ernährungsstatus	Mini Nutritional Assessment (MNA)
Medikationsbewertung	Beers-/PRISCUS-Liste, Medikamentenreview
Frailty	Clinical Frailty Scale (CFS), Frailty-Index
Soziale Aspekte	Pflegebedarf, Netzwerke, finanzielle Ressourcen

Die Durchführung erfolgt idealerweise interprofessionell – unter Einbeziehung von Ärztinnen, Pflegekräften, Physiotherapie, Sozialdienst und gegebenenfalls Angehörigen.

5.3 Nutzen für die Herzinsuffizienztherapie

Das geriatrische Assessment liefert konkrete Entscheidungshilfen für die Therapie von Herzinsuffizienz:

- Therapiezielklärung: Lebensverlängerung vs. Symptomkontrolle / Lebensqualität
- Machbarkeit von Therapieempfehlungen: z. B. ACE-Hemmer nur bei ausreichender Compliance und Nierenfunktion
- Reha-Fähigkeit und Belastbarkeit: körperliche Einschränkungen werden objektiv bewertet
- Ernährungsinterventionen: häufig liegt Mangelernährung oder Sarkopenie vor
- Frühzeitige Palliativintegration bei eingeschränkter Prognose und Wunsch nach Symptomenkontrolle
-

5.4 Praktische Umsetzung

In der hausärztlichen oder stationären Praxis muss das Assessment oft zeitlich angepasst und fokussiert erfolgen. Es bietet sich ein gestuftes Vorgehen an:

- Screeninginstrumente (z. B. Geriatrie-Basis-Assessment) für alle über 70 Jahre mit Herzinsuffizienz
- Bei auffälligen Befunden: gezieltes vertieftes Assessment
- Dokumentation und Besprechung im multiprofessionellen Team

Auch im Rahmen der Krankenkassenversorgung gibt es zunehmend Projekte, in denen hausärztlich koordinierte geriatrische Assessments mit positiver Wirkung auf Rehospitalisierungen, Pflegebedürftigkeit und Lebensqualität evaluiert wurden.

6. Fallbeispiel aus der geriatrischen Praxis

6.1 Patientenprofil

Herr M., 84 Jahre, männlich, verwitwet, lebt allein in einer kleinen Wohnung im städtischen Umfeld. Er wird von seiner Tochter, die in der Nähe wohnt, regelmäßig besucht und unterstützt. Er ist verwitwet und bezieht eine mittlere Pflegegeldstufe (Pflegestufe 3).

6.2 Anamnese und kardiologischer Hintergrund

Bei Herrn M. wurde vor fünf Jahren eine Herzinsuffizienz bei ischämischer Kardiomyopathie diagnostiziert. Die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) beträgt aktuell 35 %, entsprechend einer HFrEF. Er befindet sich im NYHA-Stadium III, mit zunehmender Belastungsdyspnoe und wiederholten Episoden von kardialer Dekompensation.

Die aktuelle kardiologische Basistherapie umfasst:

- Bisoprolol 5 mg 1-0-0
- Entresto 24/26 mg 1-0-1
- Spironolacton 25 mg 1-0-0
- Torasemid 10 mg 1-0-0
- Empagliflozin 10 mg 1-0-0

6.3 Relevante Begleiterkrankungen

Herr M. leidet zusätzlich an mehreren chronischen Erkrankungen:

- Chronische Niereninsuffizienz Stadium III
- Diabetes mellitus Typ 2, insulinpflichtig
- Arterielle Hypertonie
- Leichte kognitive Einschränkung (MMSE 24/30)
- Gelenksarthrose mit eingeschränkter Mobilität
- Anämie und Mangelernährung (BMI 20, MNA: grenzwertig)

6.4 Geriatrisches Assessment

Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes wurde ein multidimensionales geriatrisches Assessment durchgeführt. Die Ergebnisse:

- Barthel-Index: 65/100 → deutliche Einschränkungen bei Körperpflege, Mobilität und Treppensteigen
- TUG-Test: 19 Sekunden → erhöhtes Sturzrisiko
- Clinical Frailty Scale: Stufe 6 (moderat gebrechlich)
- Mini Nutritional Assessment (MNA): 16 Punkte (Risiko für Mangelernährung)
- GDS: Hinweise auf leichte depressive Verstimmung
- Medikationsanalyse: Hinweise auf Polypharmazie, ungünstige Diuretika-Kombination (Hypotonieepisoden, Elektrolytentgleisung)

6.5 Klinischer Verlauf und geriatrische Problematik

Der aktuelle stationäre Aufenthalt erfolgte nach einer kardialen Dekompensation mit peripheren Ödemen, Luftnot in Ruhe sowie Inappetenz. Es zeigte sich eine inadäquate Medikamenteneinnahme, bedingt durch kognitive Einschränkung, fehlende Tagesstruktur und geringe Flüssigkeitszufuhr.

Im weiteren Verlauf traten Hypotonieepisoden mit Schwindel und ein Sturz auf, jedoch ohne Frakturfolge. Die internistisch-kardiologische Medikation wurde angepasst (Reduktion der Diuretika, Dosisanpassung Ramipril) und ein strukturierter Pflege- und Ernährungsplan etabliert.

6.6 Interdisziplinäre Maßnahmen

Im Rahmen eines geriatrischen Konsils und in enger Zusammenarbeit mit Pflege, Sozialdienst und Hausarzt wurden folgende Maßnahmen eingeleitet:

- Unterstützung durch mobilen Pflegedienst (Medikamentengabe, Gewichtskontrolle, Hilfe bei Hygiene)
- Anpassung des Wohnraums (Sturzprophylaxe, Haltegriffe, Duschsitz)

- Anmeldung zu einem Geriatrischen Tageszentrum zur Förderung von Mobilität und sozialer Interaktion
- Diätberatung mit Fokus auf eiweißreiche, salzbewusste Ernährung
- Angehörigenberatung mit Schulung zur Medikamentenüberwachung
- Palliativteam zur Begleitung bei Fortschreiten der Erkrankung

6.7 Ergebnis und Ausblick

Herr M. konnte nach zwölf Tagen deutlich stabilisiert entlassen werden. Die medikamentöse Therapie ist nun besser auf seinen Zustand abgestimmt. Die Kombination aus angepasster Medikation, Pflegeunterstützung, sozialer Einbindung und regelmäßiger Kontrolle hat seine Lebensqualität deutlich verbessert. Ziel bleibt die Vermeidung weiterer Hospitalisierungen und ein möglichst selbstbestimmtes Leben im gewohnten Umfeld, bei gleichzeitigem Monitoring durch Hausarzt und kardiologische Ambulanz.

Fazit des Fallbeispiels:

Der Fall von Herrn M. zeigt exemplarisch, wie komplex und gleichzeitig gestaltbar die Versorgung geriatrischer Patientinnen mit Herzinsuffizienz ist. Ein ganzheitlicher, interdisziplinärer Ansatz unter Einbeziehung des sozialen Umfelds, angepasster Medikation und strukturierter Pflege kann entscheidend zur Stabilisierung und Lebensqualität beitragen – auch bei fortgeschrittener Erkrankung.

7. Schlussfolgerung und Ausblick

Die Herzinsuffizienz stellt im geriatrischen Kontext eine vielschichtige Herausforderung dar. Sie ist nicht nur eine häufige chronische Erkrankung, sondern auch ein Paradebeispiel für die Notwendigkeit eines interdisziplinären, ganzheitlichen Behandlungsansatzes. Durch Komorbiditäten, funktionelle Einschränkungen, Polypharmazie und psychosoziale Faktoren unterscheidet sich die Versorgung älterer Menschen mit Herzinsuffizienz deutlich von der Behandlung jüngerer Patientinnen.

Diese Arbeit hat gezeigt, dass:

- Leitliniengerechte medikamentöse Therapie im Alter möglich, aber nur unter sorgfältiger Anpassung an die individuellen Gegebenheiten sicher durchführbar ist.
- Geriatrisches Assessment ein zentrales Instrument darstellt, um Ressourcen, Risiken und Therapiegrenzen frühzeitig zu erkennen.
- Polypharmazie aktiv gemanagt werden muss, um unerwünschte Nebenwirkungen, Interaktionen und inadäquate Therapien zu vermeiden.
- Patientenzentrierung und Berücksichtigung persönlicher Lebensziele essenziell sind – insbesondere bei eingeschränkter Prognose oder bei Eintritt in eine palliative Versorgungssituation.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausärzt:innen, Kardiolog:innen, Pflege, Sozialdiensten und Angehörigen über den Erfolg der Betreuung entscheidet.

Der demografische Wandel wird die Zahl älterer HerzinsuffizienzPatientinnen weiter steigen lassen. Damit wächst auch die Bedeutung geriatrischer Kompetenz in allen Bereichen der Inneren Medizin. Langfristig wird es erforderlich sein, Versorgungsstrukturen zu schaffen, die:

- sektorenübergreifend arbeiten (ambulant–stationär)
- zeitnahe geriatrische Expertise bieten
- Pflege und Betreuung zuhause stärken
- und digitale Hilfsmittel wie Telemonitoring oder strukturierte Medikationssysteme sinnvoll integrieren

Der Einsatz für eine individuell angepasste, ganzheitliche Betreuung geriatrischer Menschen mit Herzinsuffizienz ist nicht nur medizinisch geboten, sondern auch Ausdruck einer würdevollen, humanistischen Medizin.

Dr. med. univ. Abdulhanan Mahmoud

8. Zusammenfassung

Die Herzinsuffizienz zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im höheren Lebensalter und stellt eine erhebliche medizinische, pflegerische und soziale Herausforderung dar. Im Rahmen dieser schriftlichen Abschlussarbeit im Diplomlehrgang Geriatrie wird die Versorgung älterer Patientinnen mit chronischer Herzinsuffizienz umfassend beleuchtet – unter besonderer Berücksichtigung geriatrischer Prinzipien und multiprofessioneller Zusammenarbeit.

Ausgehend von den pathophysiologischen Grundlagen werden die typischen klinischen Besonderheiten im Alter beschrieben, wie unspezifische Symptomatik, reduzierte Belastbarkeit und Multimorbidität. Einen Schwerpunkt bildet die kritische Auseinandersetzung mit Polypharmazie und Medikationsmanagement, die im geriatrischen Kontext eine besonders sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiko erfordern. Das geriatrische Assessment wird als unverzichtbares Werkzeug zur Einschätzung der funktionellen, kognitiven und psychosozialen Situation vorgestellt.

Anhand eines konkreten Fallbeispiels wird der komplexe Versorgungsalltag veranschaulicht. Dabei wird deutlich, wie wichtig ein individueller, patientenzentrierter Zugang ist, um therapeutische Über- oder Unterversorgung zu vermeiden und die Lebensqualität zu verbessern. Der Einsatz interdisziplinärer Teams, strukturiertes Medikationsmanagement sowie die Einbindung von Pflege und Angehörigen sind entscheidend für den Behandlungserfolg.

Die Arbeit schließt mit einem Ausblick auf zukünftige Herausforderungen und Chancen in der Versorgung geriatrischer Patientinnen mit Herzinsuffizienz – insbesondere im Hinblick auf den demografischen Wandel, neue Versorgungsmodelle und die Digitalisierung.

9. Literaturverzeichnis

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (2021). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz. https://leitlinien.dgk.org

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie. (2020). Geriatrisches Assessment – Handlungsempfehlung der DGG. https://www.dggeriatrie.de

Kadambi, A. R., & Kitzman, D. W. (2020). Geriatric Heart Failure: A Holistic Approach to a Complex Disease. Heart Failure Clinics, 16(3), 345–359. https://doi.org/10.1016/j.hfc.2020.02.005

Rietz, C., et al. (2020). Polypharmazie im Alter: Risiken und Empfehlungen für die Praxis. Deutsches Ärzteblatt, 117(32–33), 545–550.

Stolz, R., & Schott, P. (2018). Geriatrie – Interdisziplinäre Behandlung im Alter. Springer Verlag.

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. Geneva: WHO Press. https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463

Quelle Meta-Analysen: Prevalence of preclinical and clinical heart failure in the elderly. A population-based study in Central Italy

flexikon.doccheck.com

www.amboss.com