



# Herz

## DMP Herzinsuffizienz in den Startlöchern

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ein neues DMP Herzinsuffizienz beschlossen. Zwei Hürden muss es noch nehmen, bis es in der Hausarztpraxis ankommt. Einen aktuellen **Überblick über die Therapieempfehlungen** gibt es aber jetzt schon.

In Zukunft soll es für Patienten, die an einer chronischen Herzinsuffizienz leiden, ein eigenes Disease-Management-Programm geben (DMP) [1]. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Mitte April beschlossen. Bis die Änderung in den Praxen und bei den Betroffenen ankommt, wird es allerdings noch dauern: Zunächst muss das Bundesgesundheitsministerium dem Beschluss zustimmen. Danach können die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge zur Umsetzung des neuen DMP vereinbaren.

Nach der neu gefassten G-BA-Richtlinie zu DMP-Anforderungen (DMP-A-RL) sollen grundsätzlich Hausärzte die Langzeitbetreuung der Betroffenen übernehmen. Bisher konnten Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz am DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) teilnehmen. Künftig hat man die Wahl:

Sofern Patienten sowohl an einer chronischen Herzinsuffizienz als auch an KHK leiden, soll der Arzt abhängig vom Verlauf der Erkrankung abwägen, von welchem der beiden DMP der Betroffene mehr profitiert. Eine Teilnahme am DMP Herzinsuffizienz setzt voraus:

- gesicherte Diagnose chronische Herzinsuffizienz mit systolischer Dysfunktion
- linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF)  $\leq 40$  Prozent
- LVEF durch bildgebendes Verfahren gesichert

Auch asymptotische Patienten dürfen sich bei einer entsprechend eingeschränkten LVEF (s.o.) ins DMP einschreiben. Das gilt ebenso für Patienten, bei denen früher bereits eine systolische Dysfunktion festgestellt wurde und deren aktuelle LVEF sich durch medikamentöse Therapie verbessert hat.

### Veränderung des Lebensstils

Bei den nicht-medikamentösen Maßnahmen kommt Bewegung eine wesentliche Rolle zu: So sollen Ärzte jedem Patienten raten, sich täglich körperlich zu betätigen, beispielsweise spazieren zu gehen oder Treppen zu steigen. Schlecht Trainierte sollen mit fünf bis zehn Minuten zweimal pro Woche beginnen und sich auf 20 bis 60 Minuten zwei- bis fünfmal pro Woche steigern. Patienten mit stabiler Herzinsuffizienz im NYHA-Stadium I-III sollen zusätzlich unter Anleitung körperlich trainieren, etwa in einer Herzsportgruppe, sofern ein Belastungstest oder Kontraindikationen dies nicht ausschließen. Hausärzte sollen regelmäßig prüfen, ob die Patienten von Bewegung profitieren – dies müssen sie künftig auch in der DMP-Dokumentation festhalten.

Wie viel Patienten pro Tag trinken, soll sich an ihrem Zustand und ihrer Nierenfunktion orientieren. „Exzessive“ Flüssigkeitsaufnahme sollen sie vermeiden. Darüber hinaus sollen sie auf Alkohol und Rauchen verzichten. Zudem sollten sie Impfungen gemäß der Schutzimpfungs-Richtlinie erhalten.

## Medikamentöse Therapie

Die Empfehlungen zur medikamentösen Therapie stimmen mit der kürzlich überarbeiteten Nationalen Versorgungsleitlinie chronische Herzinsuffizienz (NVL) [2] und der ESC-Leitlinie Herzinsuffizienz [3] überein. Generell sollen Ärzte die Medikamente in kleinen Schritten bis zur jeweiligen Zieldosis steigern oder bis zu der Dosis, die der Patient verträgt.

**ACE-Hemmer** sind die Basis bei allen symptomatischen Patienten. Vertragen Patienten diese nicht, sollen sie stattdessen einen Angiotensinrezeptorblocker (ARB) erhalten. Von einer Kombination beider Substanzen rät der G-BA, aufgrund des „ungünstigen Nutzen-Schaden-Profiles“, ab. Ergänzend sollen alle klinisch stabilen Patienten **Betablocker** einnehmen. Der G-BA nennt hierzu explizit Bisoprolol, Carvedilol, Metoprololsuccinate sowie Nebivolol für über 70-jährige. Tritt bei Patienten eine symptomatische Hypotonie auf, sollen Ärzte zunächst die blutdrucksenkende Begleitmedikation reduzieren, bevor sie die Dosierung von ACE-Hemmer und Betablocker herabsetzen.


Zählen Patienten mit LVEF  $\leq$  30 Prozent trotz dieser Basistherapie zum NYHA-Stadium II-IV, sollen Ärzte zusätzlich einen **Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten** (MRA) in niedriger Dosis einsetzen. Da das Risiko einer Hyperkalämie mit der Dosis zunimmt, weist der G-BA darauf hin, dass Ärzte das Serumkalium in den ersten drei Monaten alle vier Wochen prüfen sollen. Bei sehr ausgewählten Patienten könne Ivabradin zur Frequenzkontrolle erwogen werden (Patienten mit Betarezeptorenblocker-Intoleranz oder additiv bei Patienten mit einer Herzfrequenz  $\geq$  75/min). Sollten die Symptome trotz leitliniengerechter Kombinationstherapie mit ACE-Hemmer/ARB, Betarezeptorenblocker und Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten dennoch persistieren, empfiehlt der G-BA **Sacubitril/Valsartan** als

**Tab. 1: Komorbiditäten bei Herzinsuffizienz**

| KOMORBIDITÄT             | EMPFOHLEN   | CAVE   |
|--------------------------|---|--|
| COPD                     | Kardioselektive Betablocker<br>Inhalative Glukokortikosteroide  | Systemische Glukokortikosteroide:<br>so wenig und kurz wie möglich; häufige Gewichtskontrolle  |
| Depression               |   | Trizyklische Antidepressiva<br>SSRI gelten als sicher, aber keine Daten zu gleichzeitiger Anwendung bei Herzinsuffizienz vorhanden                                   |
| Diabetes mellitus Typ II | Metformin (Mittel der ersten Wahl)  | Metformin ist kontraindiziert bei dekompensierter Herzinsuffizienz<br>Thiaziddiuretika wirken diabetogen<br>Betablocker können Symptome einer Hypoglykämie maskieren |
| Niereninsuffizienz       | Deutliche Verschlechterung der Nierenfunktion auf reversible Ursachen prüfen (z.B. Begleitmedikation, Hypovolämie, Hypotension, Harnwegsinfektion) und Maßnahme einleiten |  |

Quelle: DMP-A-RL; Ausführliche Übersicht zu Wechselwirkungen siehe NVL Kapitel 6.1, 11 und 12

**Tab. 2: Monitoring**



| PARAMETER   | INTERVALL  |
|---|--|
| Körpergewicht   | Täglich (auch durch Patienten selbst)                  |
| Medikation (inkl. Selbstmedikation) und Nebenwirkungen  | Regelmäßig   |
| Körperliche Untersuchung (Jugularvenenfüllung, periphere Ödeme, pulmonale Stauung, Ernährungszustand, Blutdruck im Liegen und Stehen, Herzrhythmus und -frequenz) | Mindestens so häufig wie die obligaten Laborkontrollen |
| Natrium, Kalium, Kreatinin im Serum, eGFR   | Mindestens halbjährlich                                |

Quellen: DMP-A-RL, NVL

ACE-Hemmer/ARB-Ersatz. Wie die NVL betont der G-BA, dass noch Langzeitdaten fehlen. Aussagen zur Verträglichkeit oder Häufigkeit der Nebenwirkungen könnten noch nicht getroffen werden, heißt es in der NVL.

Darüber hinaus sollen alle Patienten mit Stauungszeichen **Diuretika** erhalten. Bei Vorhofflimmern sollen in der Regel orale Antikoagulanzen eingesetzt werden. Zudem weist der G-BA auf häufige Komorbiditäten der Patienten hin (s. Tab. 1). Als spezielle interventionelle Maßnahmen kann für bestimmte Patientengruppen der Einsatz von Herzschrittmachern oder implantierbare Defibrillatoren infrage kommen. Darüber hinaus macht der G-BA Vorgaben für das Monitoring der Patienten (s. Tab. 2), wobei er besonders die engmaschige Gewichtskontrolle betont, um Ödeme früh zu entdecken.

## Patientenschulung

Viele Patienten mit Herzinsuffizienz müssen immer wieder stationär betreut werden, wenn sie trotz Therapie eine Dekompensation erleiden. Der G-BA weist daher darauf hin, dass Ärzte frühzeitig mit den Betroffenen und ihren Familien über ihre Ängste sprechen sowie über palliative Angebote informieren sollen. Wie bei anderen DMP sollen Hausärzte Patienten mit Herzinsuffizienz besonders unterstützen. Diese Aufgabe können auch speziell geschulte MFA übernehmen. Dabei sollen Patienten etwa lernen, auf Körperwarnsignale wie rasche Gewichtszunahme zu achten und diese teils selbst zu lindern (z.B. Medikation reduzieren). (jvb)

Quellen: 1. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 11. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL), 19.4.18  
2. Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz, 2. Auflage, 2017  
3. ESC Pocket-Guidelines Herzinsuffizienz, 2016