

NVL Chronische Herzinsuffizienz

## Was ist wichtig?

Das Wichtigste der 3. Auflage im Überblick

### Diagnostik

Wenn nach Anamnese und Labordiagnostik der Verdacht auf Herzinsuffizienz besteht, soll eine transthorakale Echokardiographie durchgeführt werden. Aufwändige, vor allem invasive Diagnostik soll nur erfolgen, wenn sich daraus auch therapeutische Konsequenzen ergeben können.

### Medikamentöse Therapie

Patient\*innen mit reduzierter Auswurfraction sollen ACE-Hemmer bzw. Sartane, Betablocker und bei mangelnder Symptomkontrolle Mineralokortikoidrezeptor-Antagonisten erhalten; bei Ödemen sind Diuretika angezeigt. SGLT-2-Inhibitoren oder Sacubitril/Valsartan sollen angeboten werden, wenn die korrekt eingestellte Basismedikation Beschwerden nicht ausreichend lindert.

### Lebensstil

Es ist nicht belegt, dass Patient\*innen mit einem BMI bis 35 durch Gewichtsabnahme ihre Prognose verbessern. Tabakabstinenz scheint hingegen einen starken prognostischen Effekt zu haben.

### Körperliche Aktivität und Training

Patient\*innen mit chronischer Herzinsuffizienz soll empfohlen werden, körperlich aktiv zu sein. Vor allem langfristige strukturierte Trainingsinterventionen scheinen mit prognostischen Vorteilen verbunden zu sein.



© fabio balbi / Fotolia

Sie sollen den Patient\*innen empfohlen und ggf. auch vermittelt werden.

### Erhaltene Auswurfraction

Für Patient\*innen mit LVEF  $\geq 45\%$  konnte keine medikamentöse Therapie einen überzeugenden Nutzen zeigen. Daher steht bei diesen Patient\*innen die Behandlung prognostisch relevanter Komorbiditäten im Vordergrund. Auch ein strukturiertes Training scheint vorteilhaft zu sein.

### Apparative Therapie

Nicht alle Patient\*innen mit Herzinsuffizienz profitieren von der Implantation eines Defibrillators, CRT oder anderen Unterstützungssystemen. Nach gründlicher Aufklärung soll darum gemeinsam der zu erwartende Nutzen gegen mögliche Nachteile abgewogen werden.

### Strukturierte Versorgung

Alle Patient\*innen mit Herzinsuffizienz sollen in ein strukturiertes Programm eingebunden werden. Patient\*innen mit schlechter Prognose sollen intensiver betreut werden, z. B. durch die Einbindung spezialisierter Pflegekräfte, zusätzliche telefonische Betreuung oder Telemedizin.

Die Leitlinie, Patientenmaterialien und weitere Dokumente finden Sie unter [www.leitlinien.de/herzinsuffizienz](http://www.leitlinien.de/herzinsuffizienz)

## Was ist neu?

Wichtige Änderungen in der 3. Auflage

### Natriuretische Peptide

Bei unspezifischen Symptomen wie Dyspnoe unklarer Ursache sollen BNP oder NT-proBNP bestimmt werden, um eine Herzinsuffizienz auszuschließen, wenn eine Überweisung zur Echokardiographie für den Patienten mit starken Belastungen verbunden wäre. Nicht empfohlen wird dagegen die Peptidwert-geleitete Therapie oder die routinemäßige Bestimmung in der ambulanten Verlaufskontrolle.

### SGLT2-Inhibitoren

SGLT2-Inhibitoren werden zusätzlich empfohlen, wenn die korrekt eingestellte Basismedikation Beschwerden nicht ausreichend lindert – unabhängig davon, ob ein Diabetes vorliegt. Ob die Therapie intensiviert wird und ob dann eher SGLT2-Inhibitoren oder Sacubitril/Valsartan infrage kommen, soll nach Vorliegen von Begleiterkrankungen und Polypharmazie entschieden werden.

### Psychosoziale Diagnostik

Patient\*innen sollen regelmäßig nach ihrer Lebensqualität, psychosozialen Belastungen und psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen gefragt werden, sodass bei Bedarf adäquat reagiert werden kann.

Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien

### Behandlung bei Nierenerkrankungen

Bei mäßiger Niereninsuffizienz ( $eGFR \geq 30$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) gelten die gleichen Empfehlungen wie bei Nierengesunden.

Bei schwerer Niereninsuffizienz sollten in Absprache mit dem Nephrologen Titration und Dosierung angepasst werden und eine engmaschige Kontrolle von Elektrolythaushalt und Nierenfunktion erfolgen.

### Salz- und Flüssigkeitsrestriktion

Auch bei akuter Dekompensation hat eine Flüssigkeitsbegrenzung auf unter 1,5 l/Tag keine Vorteile und wird nicht empfohlen. Es gelten die generellen Empfehlungen zum Salzkonsum (6 g/Tag).

### Ko- und Multimorbidität

Bei Ko- und Multimorbidität sollen die Therapien der Einzelerkrankungen nicht addiert werden. Stattdessen soll gemeinsam priorisiert werden, was Patient\*innen als behandlungsbedürftig empfinden. Dazu gehört, diagnostische und therapeutische Interventionen, die die Situation der Patient\*innen nicht verbessern, zu unterlassen.

### Rehabilitation

Nicht nur nach Klinikaufhalten aufgrund akuter Ereignisse wird bei Patient\*innen mit Herzinsuffizienz die engmaschige multidisziplinäre Betreuung im Rahmen einer Reha empfohlen. Die Maßnahme kann stationär oder ambulant erfolgen.

### Palliativversorgung

Es sollen frühzeitig Gespräche zu möglichen Verläufen der Krankheit und zu Krisenszenarien angeboten werden. Außerdem sollen frühzeitig Symptome und Belastungen erfasst werden, die auf eine palliative Situation hindeuten.