In Stufen an das schwache Herz

Länger leben mit vier Säulen

Ein einheitliches Therapieschema für Patienten mit Herzinsuffizienz existiert nicht. Zur Verbesserung von Symptomatik und Prognose ist eine individualisierte Behandlung angezeigt.

Medikamente mit dokumentiertem prognostischem Nutzen bei chronischer Herzinsuffizienz sind ACE-Hemmer, AT₁-Rezeptorblocker (Sartane), Betablocker und Aldosteronantagonisten. Grundsätzlich gilt, dass in der Praxis die in Studien als wirksam ausgewiesenen hohen Zieldosen angestrebt werden sollten.

ACE-Hemmer sind unabhängig von Symptomen bei allen Patienten mit linksventrikulärer Dysfunktion (Aus-

wurffraktion unter 40%) indiziert. Auch Patienten, die nach Myokardinfarkt eine linksventrikuläre Dysfunktion oder Zeichen einer Herzinsuffizienz entwickeln, profitieren von dieser Therapie. ACE-Hemmer verringern Sterberate und Morbidität und verbessern Symptomatik und Belastungstoleranz.

AT₁-Rezeptorblocker (Sartane) werden in den Leitlinien als „sinnvolle Alternative zu ACE-Hemmern bei Patienten mit symptomatischer systolischer chronischer Herzinsuffizienz und ACE-Hemmer-Intoleranz“ zur Senkung von Morbidität und Sterberate eingestuft. In Studien dokumentiert ist ein klinischer Nutzen von Candesartan (in der CHARM-Studie) und von Valsartan (nach Myokardinfarkt

in der VALIANT-Studie). Die Kombination aus ACE-Hemmer und Sartan führt nach Daten einer Metaanalyse zu einer moderaten Reduktion von Klinikeinweisungen – allerdings auf Kosten einer Zunahme von Nierenfunktionsstörungen und symptomatischen Hypotonien. Die Autoren empfehlen, diese Kombination – sie brachte in der ONTARGET-Studie bei kardiovaskulären Risikopatienten übrigens keinen Nutzen – für Patienten zu reservieren, die unter ACE-Hemmer symptomatisch bleiben.

Betablocker werden bei allen Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium II-IV) empfohlen. Auch bei linksventrikulärer Dysfunktion (mit und ohne Symptome) nach Myokardinfarkt ist ein Betablocker zusätzlich zum ACE-Hemmer indiziert. Empfohlen werden mit Bisoprolol, Carvedilol, Metoprololsuccinat und – bei älteren Patienten – Nebivolol nur solche Betablocker, für die Studiendaten zur Prognoseverbesserung vorliegen. Die Therapie mit Betablockern sollte nur im Stadium klinischer Stabilität begonnen werden, und zwar in sehr niedrigen Dosierungen, die dann schrittweise erhöht werden.

Aldosteronblocker in niedriger Dosierung (12,5–50 mg) werden, gestützt auf Daten der RALES-Studie (mit Spironolacton), bei schwerer systolischer Herzinsuffizienz (NYHA III/IV) empfohlen. Auf Basis der EPHE-SUS-Studie (mit Eplerenon) befürworten die Leitlinien diese Therapie auch bei Patienten, die nach Myokardinfarkt eine linksventrikuläre Dysfunktion und Zeichen einer Herzinsuffizienz aufweisen. In beiden Studien senkte die Aldosteronblockade Sterberate und Morbidität additiv zur Basistherapie. Eplerenon hat als selektiver Aldosteronblocker das günstigere Verträglichkeitsprofil.

(Peter Overbeck)

> Stufentherapie bei systolischer linksventrikulärer Dysfunktion

Medikament	Asymptomatische LV-Dysfunktion NYHA I	NYHA II	NYHA III	NYHA IV
ACE-Hemmer	indiziert	indiziert	indiziert	indiziert
Betablocker (ohne ISA)	nach Myokardinfarkt bei Hypertonie	indiziert*	indiziert*	indiziert*
Diuretika				
Thiazide	bei Hypertonie	bei bestehender Flüssigkeitsretention oder früherer Flüssigkeitsretention	indiziert, zur Potenzierung der Schleifendiuretika-Wirkung	indiziert, zur Potenzierung der Schleifendiuretika-Wirkung
Schleifen diuretika		bei bestehender Flüssigkeitsretention oder früherer Flüssigkeitsretention	indiziert	indiziert
Aldosteron-Antagonisten	nach Myokardinfarkt	nach Myokardinfarkt	indiziert	indiziert
AT₁-Rezeptor-Blocker	bei ACE-Hemmer-Intoleranz	bei ACE-Hemmer-Intoleranz	bei ACE-Hemmer-Intoleranz	bei ACE-Hemmer-Intoleranz
Herzglykoside	bei tachysystolischem Vorhofflimmern	bei tachysystolischem Vorhofflimmern, im Sinusrhythmus nach Besserung von schwerer Symptomatik**	indiziert**	indiziert**

ISA = Intrinsische sympathomimetische Aktivität, *nur bei stabilen Patienten, langsam einschleichend unter engmaschiger Kontrolle, **mit niedrigen Zielserumspiegeln. DGK