Komorbiditäten bei Herzinsuffizienz

Eine interdisziplinäre Herausforderung

Komorbiditäten sind bei Patienten mit Herzinsuffizienz eher die Regel als die Ausnahme, und sie haben ganz erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Lebenserwartung. Bis zu 50 % der Patienten mit Herzinsuffizienz und reduzierter Pumpfunktion weisen eine Einschränkung der Nierenfunktion auf, 30 % eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und 30 % einen Diabetes mellitus, von den „üblichen Verdächtigen“ wie Vorhofflimmern, Mitralklappeninsuffizienz, koronarer Herzkrankheit, Bluthochdruck oder Hyperlipidämie gar nicht zu sprechen. Daneben finden sich überaus häufig auch Komorbiditäten, die noch immer unterschätzt und entsprechend selten diagnostiziert werden, wie Eisenmangel, Anämie, schlafbezogene Atmungsstörungen oder Sarkopenie und Kachexie.

Einzelne Komorbiditäten sind für den behandelnden Arzt häufig gut beherrschbar. Es ist vielmehr der sich gegenseitig verstärkende bzw. begünstigende Effekt, der auf den weiteren Krankheitsverlauf unserer Patienten Einfluss hat und damit auf die Geschwindigkeit der körperlichen Veränderung von Kraft und Leistungsfähigkeit. Obschon wir natürlich zustimmen, dass das Herz bei Patienten mit Herzinsuffizienz ganz im Vordergrund stehen muss und eine leitliniengerechte Therapie mit einem Angiotensin-converting-enzyme-Hemmer, Betablocker, Mineralokortikoidrezeptorantagonisten und ggf. auch einem Neprilysininhibitor anzustreben ist, dürfen die Komorbiditäten trotzdem nicht unbeachtet bleiben. Sie müssen rasch erkannt und nach Möglichkeit therapiert werden. Hierzu

ist häufig eine enge interdisziplinäre Verzahnung erforderlich, zum Beispiel mit der Nephrologie, der Pneumologie und der Diabetologie ebenso wie mit der Schlafmedizin.

Der aktuelle Schwerpunkt von *Der Internist* soll ein Schlaglicht auf die Komorbiditäten werfen, allerdings ohne den Anspruch, allumfassend zu sein, da hierzu sicherlich problemlos mehrere Ausgaben gefüllt werden könnten. Die häufigsten Komorbiditäten sind jedoch abgebildet, andere Themen wie der Eisenmangel wurden bereits in vergangenen Ausgaben behandelt, sodass auch auf diese verwiesen sei.

» Oft sind unsere Therapien für Patienten optimiert, die eine bestimmte Komorbidität eben nicht haben

Wir freuen uns, dass wir hierzu herausragende Autoren gewinnen konnten. So weist R. Wachter am Beispiel des Vorhofflimmerns auf ein wesentliches Problem hin, das die Herzinsuffizienztherapie aufwirft. Oftmals sind unsere Therapien und Algorithmen für Patienten optimiert, die eine bestimmte Komorbidität eben nicht haben. So konnte die Verbesserung des Überlebens unter Betablockern nur für Patienten im Sinusrhythmus gezeigt werden; ein entsprechender Effekt ist für Patienten mit Vorhofflimmern nicht belegt. Kürzlich vorgelegte Studiendaten konnten auch überraschende Effekte hinsichtlich der Wiederherstellung des Sinusrhythmus bei Patienten mit Herzinsuffizienz

nachweisen. Insgesamt scheint die körperliche Leistungsfähigkeit besser zu sein, wenn Patienten häufiger im Sinusrhythmus als im Vorhofflimmern sind, auch die Häufigkeit von Krankenhausaufnahmen nimmt dann ab. Vor diesem Hintergrund sind auch die Ergebnisse der CASTLE-AF-Studie interessant, in der es nach Pulmonalvenenisolation bei Vorhofflimmern zu einer Verbesserung des Überlebens im Vergleich zur mit Amiodaron behandelten Gruppe kam.

M. Zeisberg u. M.J. Koziolok beschreiben eine weitere Komorbidität, die nicht nur sehr häufig ist, sondern auch sehr großen Einfluss auf das Überleben hat: die Niereninsuffizienz. In diesem Zusammenhang sei der US-amerikanische Nobelpreisträger George Wald zitiert, der sagte: „Ein Experiment ist eine List, mit der man die Natur dazu bringt, verständlich zu reden. Danach muss man nur noch zuhören.“ Zeisberg u. Koziolok weisen entsprechend auf entscheidende Limitationen vieler Therapiestudien hin, die im Bereich der Herzinsuffizienz durchgeführt werden, wo wir entsprechend noch gar nicht „zuhören“ können. So werden regelhaft Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz aus Studien ausgeschlossen. Für diese Patienten gibt es daher faktisch kaum Daten für eine medikamentöse Therapie. Wir sind also auf die Extrapolation vorhandener Ergebnisse angewiesen. Daneben muss die medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz bei sich verschlechternder Nierenfunktion immer wieder hinterfragt werden, darf aber nicht zu früh abgesetzt werden. Gleiches gilt für die Kontrolle des Serumkaliums. In beiden Bereichen, Nie-

reninsuffizienz und Hyperkaliämie, versprechen neu zugelassene und in Entwicklung befindliche Arzneimittel weitere Fortschritte.

» Schlafbezogene Atmungsstörungen sind bei Herzinsuffizienz häufiger als Vorhofflimmern

Vorhofflimmern und Niereninsuffizienz sind so häufig mit Herzinsuffizienz vergesellschaftet, dass sie wahrscheinlich jedem internistisch tätigen Arzt bzw. jeder Ärztin als Komorbiditäten geläufig sind. Daneben gibt es allerdings noch weitere, die bisher nicht die erforderliche Aufmerksamkeit erhalten, sodass noch viel zu tun bleibt. Schlafbezogene Atmungsstörungen sind bei Herzinsuffizienz häufiger als Vorhofflimmern, vielleicht sogar häufiger als Niereninsuffizienz. Trotzdem wird die Problematik selten aufgegriffen bzw. eine Therapie eingeleitet. *H. Woehrle* und Kollegen beschreiben in ihrem Beitrag die verschiedenen Formen der Schlafapnoe und das Versagen klassischer Fragebögen gerade bei Patienten mit Herzinsuffizienz, weisen allerdings gleichzeitig darauf hin, dass valide Hinweise oft mit einer ambulant durchführbaren Polygraphie gewonnen werden können. Therapiemöglichkeiten sind vorhanden, wobei am Anfang immer die Optimierung der Herzinsuffizienztherapie stehen muss, bevor zu einer Maskenbeatmung gegriffen werden sollte.

Gleichfalls häufig sind Veränderungen der Körperzusammensetzung im Sinne eines Verlusts an Skelettmuskel bei Herzinsuffizienz, den man als Sarkopenie bezeichnet. Diese tritt zwar mit zunehmendem Alter generell häufiger auf, wird allerdings durch die Herzinsuffizienz aggraviert und beschleunigt und kann dann bereits in jüngerem Alter relevant werden. Wie *N. Ebner* u. *S. von Haehling* in ihrem Beitrag erläutern, schreitet der Muskelverlust in einigen Fällen so rasch voran, dass er mit dem gleichzeitigen Verlust von Fett zu einem Gewichtsverlust führen kann, was dann als kardiale Kachexie beschrieben wird und mit einer weiteren Verschlechterung

der ohnehin schlechten Prognose bei Herzinsuffizienz assoziiert ist.

C. Herrmann-Lingen rundet den Schwerpunkt zu Komorbiditäten der Herzinsuffizienz mit einem Beitrag zur Depression ab. Immerhin sind bis zu 40 % der Patienten betroffen, was wiederum Einfluss auf Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und auch auf das Gesundheitsverhalten der Patienten hat, zum Beispiel hinsichtlich Ernährung und Compliance. Leider führte die Therapie der Depression in den beiden großen Therapiestudien, MOOD-HF und SADHART-CHF, nicht einmal zu einer signifikanten Besserung der depressiven Symptomatik oder des somatischen Krankheitsverlaufs, sodass hier noch viele Fragen offen sind. Trotzdem sollten depressive Symptome in einem Screening erfasst und mit Verhaltenstherapie, körperlichem Training sowie einer antidepressiven Medikation angegangen werden.

Insgesamt kann der vorliegende Schwerpunkt nur ein Schlaglicht auf die Komorbiditäten der Herzinsuffizienz werfen. Bei Herzinsuffizienz mit reduzierter Pumpfunktion ist die Therapie der Komorbiditäten wichtig, bei Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion ist sie aktuell der einzig sichere therapeutische Ansatzpunkt. Wir hoffen, Ihnen mit den vorliegenden Beiträgen einen Überblick über das umfangreiche und wichtige Thema zu verschaffen, und wünschen Ihnen einen guten Erkenntnisgewinn beim Lesen.

S. von Haehling

G. Hasenfuß

Korrespondenzadresse

PD Dr. Dr. S. von Haehling

Herzzentrum, Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen, Deutschland
stephan.von.haehling@med.uni-goettingen.de

Prof. Dr. G. Hasenfuß

Herzzentrum, Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen, Deutschland
hasenfus@med.uni-goettingen.de

Interessenkonflikt. S. von Haehling und G. Hasenfuß geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.