Gut für Patient und Kasse

Therapieziel: ein besseres und längeres Leben

In der Therapie bei Herzinsuffizienz geht es zunächst darum, die Lebensqualität durch Beseitigung der Symptome zu erhöhen. Zudem bestehen heute gute Möglichkeiten, die Lebenserwartung zu verbessern.

In den großen Herzinsuffizienz-Studien war meist die Reduktion der Mortalität das erklärte Hauptziel bei der Suche neuer Therapiemöglichkeiten. Inzwischen weiß die ESC aber auch die Verhinderung von Klinikeinweisungen als ein Ziel der Behandlung zu schätzen, das für Patienten, aber auch für das Gesundheitssystem von hoher Relevanz ist.

Die folgenden Therapien erfüllen diesen Anspruch:

ACE-Hemmer sind unabhängig von Symptomen bei allen Patienten mit linksventrikulärer Dysfunktion (Auswurf-fraction <40%) indiziert. Auch Patienten, die nach Myokardinfarkt eine linksventrikuläre Dysfunktion oder Zeichen einer Herzinsuffizienz entwickeln, profitieren. ACE-Hemmer verringern Sterberate und Morbidität und verbessern Symptomatik und Belastungstoleranz.

Angiotensin-Rezeptorblocker (Sartane) werden in den neuen Leitlinien primär als Alternative zu ACE-Hemmern bei Patienten mit einer Intoleranz empfohlen.

Betablocker werden bei allen Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz (NYHA II–IV) empfohlen. Auch bei linksventrikulärer Dysfunktion 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 Studien eine Prognoseverbesserung dokumentieren. 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 durch die RALES-Studie (mit Spironolacton), bei schwerer systolischer Herzinsuffizienz (NYHA III/IV) empfohlen. Auf Basis der EPHEUS-Studie befürworten die Leitlinien diese Therapie auch bei Patienten, die nach Myokardinfarkt eine linksventrikuläre Dysfunktion und Zeichen einer Herzinsuffizienz aufweisen. Die EMPHASIS-HF-Studie bildet die Grundlage für die Ausweitung der Empfehlung auf Patienten mit leichten Symptomen (NYHA II). In allen drei Studien senkte die Aldosteronblockade Sterberate und Morbidität additiv zur Basistherapie.

Ivabradin, das durch selektive Wirkung auf den Sinusknoten die Herzfrequenz senkt, hat sich mit der SHIFT-Studie Eingang in die Leitlinien-Empfehlungen verschafft. An der Studie waren Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz beteiligt, deren Ruheherzfrequenz bei mindestens 70 Schlägen/min (zu Beginn im Schnitt: 80 Schläge/min) lag. Ivabradin reduzierte die Ereignisrate signifikant.

(Peter Overbeck)

McMurray et al, ESC Guidelines, Eur Heart J. 2012