Schwachen Herzen keine Chance

Ziel: mehr Lebensjahre

Bei Herzinsuffizienz geht es zunächst darum, die Symptome zu beseitigen. Die Reduktion der Morbidität, erreichbar etwa durch eine Verringerung von Klinikeinweisungen, und die Verbesserung der Lebenserwartung sind weitere Therapieziele.

In den großen klinischen Herzinsuffizienz-Endpunktstudien zur Wirksamkeit etwa von ACE-Hemmern oder Betablockern war in der Regel die Reduktion der Mortalität das erklärte Hauptziel bei der Suche nach neuen Therapiemöglichkeiten.

Inzwischen weiß die Europäische Gesellschaft für Kardiologie in ihren Leitlinien aber auch die Verhinderung von durch Herzinsuffizienz verursachten Klinikeinweisungen als ein Ziel der Behandlung zu schätzen, das für Patienten – nicht zuletzt aus Kostengründen aber auch für das Gesundheitssystem – von hoher Relevanz ist. Die Reduktion sowohl von Todesfällen als auch von Klinikeinweisungen wird als Ausdruck eines günstigen Einflusses von Therapien auf die Progression der Krankheitsentwicklung gesehen. Mehrere Therapien erfüllen diesen Anspruch:

ACE-Hemmer bei linksventrikulärer Dysfunktion

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

Angiotensin-Rezeptorblocker (Sartane) werden in den aktualisierten ESC-Leitlinien primär als Alternative zu ACE-Hemmern bei Patienten mit symptomatischer systolischer chronischer Herzinsuffizienz und ACE-Hemmer-Intoleranz empfohlen.

Betablocker bei systolischer Herzinsuffizienz

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, Metoprolol-succinat 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.

Aldosteronblockade senkt Sterberate

Auf Basis der EPHESUS-Studie (mit Eplerenon) befürworten die Leitlinien diese Therapie auch bei Patienten, die nach Myokardinfarkt eine linksventrikuläre Dysfunktion und Zeichen einer Herzinsuffizienz aufweisen. Die EMPHASIS-HF-Studie (mit Eplerenon) 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 (kardiovaskulärer Tod und Klinikeinweisung wegen sich verschlechternder Herzinsuffizienz) signifikant. Ausschlaggebend für die relative Risikoreduktion um 18% war eine Verringerung der durch Herzinsuffizienz bedingten Klinikeinweisungen. (Peter Overbeck)

Ärzte Zeitung, 03.07.2013

Symptomfrei den Sommer genießen.