

Herzinsuffizienz

Eine medizinische Herausforderung

Herzinsuffizienz ist in Deutschland die häufigste Diagnose bei stationärer Behandlung. In den vergangenen 20 Jahren hat sie um etwa 70% zugenommen [1]. Gründe hierfür sind die erfolgreiche Behandlung von akuten Herzerkrankungen und insbesondere die Abnahme der Myokardinfarktsterblichkeit sowie die zunehmende Lebenserwartung. Letzteres wird dadurch verdeutlicht, dass die Zunahme der Herzinsuffizienzprävalenz in der Bevölkerungsgruppe der über 75-Jährigen am deutlichsten ausgeprägt ist. Aufgrund der erwarteten demografischen Veränderungen in den kommenden Jahren und der prognostizierten Zunahme von Stoffwechselerkrankungen ist mit einer weiteren deutlichen Steigerung der Herzinsuffizienzprävalenz zu rechnen. Insbesondere gilt dies für die diastolische Herzinsuffizienz, die dominante Variante bei älteren Menschen. Darüber hinaus spielen bei älteren Patienten Komorbiditäten eine wesentliche Rolle. Zu nennen sind die Niereninsuffizienz, die Anämie, der Diabetes mellitus, die Hypertonie, die Adipositas, die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und die Schlafapnoe [2, 3]. Mit der Anzahl der Komorbiditäten nehmen die Symptome der Herzinsuffizienz zu und die Lebenserwartung ab.

» Komorbiditäten beeinflussen Symptome und Prognose der Herzinsuffizienz

Die angesprochenen Entwicklungen verdeutlichen die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts. Dies beinhaltet einerseits die evidenzbasierte Therapie anhand der Leitlinien, andererseits die Stärkung der Prävention, die Schulung der Patienten im Hinblick auf die Selbsterkennung von Krankheitszeichen und die Einleitung von therapeutischen Maßnahmen, die Schulung zur besseren Adhärenz und Selbstverantwortung, die Berücksichtigung von psychischen Aspekten und ein adäquates Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Einen wesentlichen Aspekt könnte die Trainingstherapie bei Herzinsuffizienz darstellen. Sie ist in den aktuellen Leitlinien der Europäischen und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie erstmals mit einer Klasse-IA-Empfehlung versehen (klare Empfehlung auf der Basis von randomisierten Studien und Metaanalysen; [4]).

» Als eigenständige Erkrankung erfordert die akute Herzinsuffizienz neue Therapiestrategien

Körperliches Training führt über verschiedene Mechanismen zu einer Abnahme von Symptomen der Herzinsuffizienz, einer Verbesserung der Belastungstoleranz und Lebensqualität und wahrscheinlich auch zu einer Abnahme der Hospitalisierungsrate und der Mortalität. Dies gilt sowohl für die systolische Herzinsuffizienz, auf die sich die Mehrzahl der bisher durchgeführten Trainingsstudien konzentriert, als auch für die diastolische Herzinsuffizienz. Gerade bei der diastolischen Herzinsuffizienz scheint das körperliche Training in Ermangelung anderer Therapieoptionen von besonderer Bedeutung zu sein. Vielfach wird Trainingstherapie

mit einer Aufforderung zu mehr Bewegung gleichgesetzt. Dies ist allerdings nur bedingt richtig, vielmehr bedeutet Trainingstherapie die gezielte Durchführung eines individuell angepassten Trainingsprogramms.

Die Progression der Herzinsuffizienz von einem asymptomatischen Stadium der kardialen Dysfunktion bis zur terminalen Form verläuft in Schüben mit inkompletter Remission. Jeder „Herzinsuffizienzschub“ bedarf in der Regel einer stationären Behandlung. Die Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz stellt somit einen entscheidenden Schritt im Krankheitsverlauf dar und ist von hoher prognostischer Relevanz. So kommt es innerhalb des ersten halben Jahres nach Hospitalisierung in 50% der Fälle zu einer erneuten Hospitalisierung oder sogar zum Versterben des Patienten. Entsprechend ist die Hospitalisierung auch ein wichtiger Endpunkt in klinischen Studien.

Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten weisen darauf hin, dass der akuten Herzinsuffizienz besondere pathophysiologische Mechanismen zugrunde liegen, die eine über die Therapie der chronischen Herzinsuffizienz hinausgehende therapeutische Betrachtung erforderlich machen. In Analogie zum akuten Koronarsyndrom der Koronarkrankheit könnte also das akute Herzinsuffizienzsyndrom eine eigene Krankheitsentität der Herzinsuffizienz sein, die neue Therapiestrategien erfordert. Mit unserem Verständnis der Pathophysiologie stehen wir allerdings erst am Anfang. Experimentelle und klinische Forschungsaktivitäten könnten daher neue Wege in der Therapie des akuten Herzinsuffizienzsyndroms eröffnen.



G. Hasenfuß

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. G. Hasenfuß
Klinik für Kardiologie und
Pneumologie, Herzzentrum,
Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Str. 40,
37075 Göttingen
rfaber@
med.uni-goettingen.de

Interessenkonflikt. G. Hasenfuß: Vortragshonore und Beratungstätigkeit: Servier, Impulse Dynamics, Novartis, AstraZeneca, Bayer; Fördermittel: Deutsche Forschungsgemeinschaft, Bundesministerium für Bildung und Forschung

Literatur

1. Deutscher Herzbericht 2013. Deutsche Herzstiftung e. V.
2. Edelmann F, Stahrenberg R, Gelbrich G et al (2011) Contribution of comorbidities to functional impairment is higher in heart failure with preserved than with reduced ejection fraction. *Clin Res Cardiol* 100:755–764
3. van Deursen VM, Urso R, Laroche C et al (2014) Comorbidities in patients with heart failure: an analysis of the European Heart Failure PILOT Survey. *Eur J Heart Fail* 16:103–111
4. Hasenfuss et al (2013) Empfehlungen zur Herzinsuffizienz. *Internist* 54:1141–1151