

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich weiß nicht, wie es Ihnen geht: ich bin immer neugierig, wenn neue Leitlinien erscheinen. Die aktuelle Herzinsuffizienz-Leitlinie (Eur Heart J 2008, 29: 2388ff) fasst diagnostische und therapeutische Maßnahmen für die akute und chronische Herzinsuffizienz zusammen. In Kontext des *HerzNetzKöln* interessiert uns natürlich die Stellungnahme zu sogenannten Herzinsuffizienz-Management-Programmen besonders. Diese Programme werden in der aktuellen Leitlinie mit der *besten Evidenzklasse (IA)* empfohlen. Diese Programme stehen also z.B. mit Beta-Blockern und ACE-Hemmern auf einer Evidenzstufe. Begründet wird dieser hohe Evidenzgrad mit den Ergebnissen verschiedener Meta-Analysen randomisierter Studien. Diese Analysen belegen den günstigen Effekt der Programme auf Morbidität, Hospitalisierung und Mortalität. Vor diesem Hintergrund bietet das *HerzNetzKöln* im besten Sinne ein evidenz-basiertes Programm für Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz.

Ihr C.A. Schneider

Zahlen-Zahlen-Zahlen

Insgesamt nehmen aktuell 152 Praxen, sechs Kliniken und 190 Ärzte am Herz Netz Köln teil. Betreut werden 554 Patienten, die im Mittel 69 Jahre alt sind, bei 62% besteht eine Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III, das mittlere Alter ist 69 Jahre, 35% sind weiblich. Im Gesamtzeitraum des Projektes wurden bislang 8243 Telefon-Anrufe und 493 Hausbesuche durchgeführt.

Vorhofflimmern und Herzinsuffizienz

Eine aktuelle epidemiologische Studie (1) zeigt, dass die Prognose von herzinsuffizienten Patienten mit Vorhofflimmern deutlich schlechter ist im Vergleich zu Patienten im Sinusrhythmus. Es scheint daher medizinisch gerechtfertigt, herzinsuffiziente Patienten mit Vorhofflimmern zu kardiovertieren und den Sinusrhythmus zu stabilisieren. Wie aber ist die Studienlage zu diesem wichtigen Problem der Herzinsuffizienztherapie? Leben herzinsuffiziente Patienten länger und besser, wenn wir sie zum Teil wiederholt kardiovertieren?

Ein Blick auf aktuelle, randomisierte Studien hilft uns, diese kritischen Fragen zu beantworten. Bereits die AFFIRM-Studie (2) hatte 2004 gezeigt, dass eine Rhythmus-Kontrolle (z.B. durch wiederholte Kardioversionen) bezüglich Tod und Myokardinfarkt nicht besser war als eine Herzfrequenzkontrolle (z.B. durch Beta-Blocker und Digitalis). Dieses Ergebnis wird nun von der AF-CHF Studie (3) für Patienten mit Herzinsuffizienz bestätigt. In dieser Studie wurden 1376 Patienten mit einer Ejektionsfraktion von < 35% oder weniger prospektiv eingeschlossen. Die Patienten wurden randomisiert mit Kardioversion (Rhythmus-Kontrolle) oder konservativ (Herzfrequenz-Kontrolle) behandelt. Nach 5 Jahren fand sich kein Vorteil der Kardioversion bezüglich primärer oder sekundärer Endpunkte. Die Hospitalisierungs-Wahrscheinlichkeit war in der Kardioversions-Gruppe deutlich höher. Zusammengefasst besteht daher keine medizinische Notwendigkeit alle herzinsuffizienten Patienten mit Vorhofflimmern routinemäßig zu kardiovertieren. Davon ausgenommen werden hochsymptomatische Patienten oder solche mit hämodynamischer Instabilität. Prospektive Daten für diese Unter-Gruppen gibt es jedoch nicht. Herzfrequenz-Kontrolle und eine ausreichende Antikoagulation (INR 2-3) sollten daher die Standardtherapie sein.

1. Rivero-Ayerza M et al. New-onset atrial fibrillation is an independent predictor of in-hospital mortality in hospitalised heart failure patients: results of the Euro Heart Failure Survey. Eur Heart J 2008; 29:1618-1624

2. Wyse DG et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2002; 347: 1825-1833

3. Roy, D, Talajic, M, Nattel, S, et al. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. N Engl J Med 2008; 358:2667.

Neues - kurz und bündig

Marcumar Überdosierung In einer aktuellen prospektiven, randomisierten Studie (n=724, keine Blutungszeichen) wurden Patienten mit einer INR zwischen 4,5 bis 10 (!) mit Vitamin K (1,25 mg) oder Placebo behandelt. Die Blutungswahrscheinlichkeit wurde trotz INR-Abnahme nicht beeinflusst (15,8% vs. 16,3%) (Ann Intern Med 2009; 150:293). **Pulmonale Hypertonie** Eine aktuelle Meta-Analyse belegt, dass moderne Therapieoptionen (z.B. Endothelin-Antagonisten) die Belastbarkeit (+36 m) und die Lebenserwartung (+ 14 Wochen) verbessern. Auch die Hospitalisierungsrate nimmt ab (Eur Heart J 2009;30:394).