

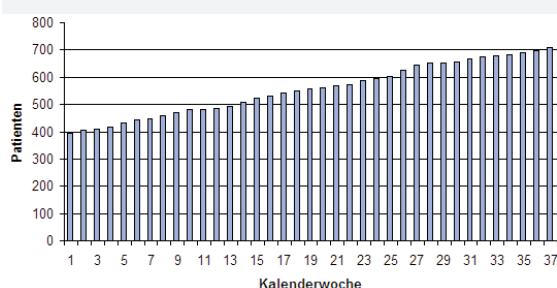
Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die Herzinsuffizienz ist die häufigste Hauptdiagnose für einen krankheitsbedingten Krankenhausaufenthalt. Allein im Jahr 2006 wurden ca. 317000 Patienten mit dieser Diagnose im Krankenhaus behandelt. Damit ist sie erstmals die führende Diagnose, die zu einer Krankenseinweisung führt. Für Patienten mit Herzinsuffizienz wurden im Jahr 2006 2,9 Mrd Euro aufgewandt, davon ca. 1,7 Mrd Euro für stationäre Behandlung. Schaut man sich die Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose Herzinsuffizienz an, so sind erwartungsgemäß insbesondere ältere Menschen betroffen: Beträgt die Fallzahl bei 45-64 Jährigen 158 / 100000 Einwohner, so nimmt diese bei über 64 Jährigen sprunghaft auf 1738 / 100000 Einwohner zu (Dtsch Arztebl 2009; 106: 269ff).

Vor dem demographischen Hintergrund bedeuten diese Daten, dass in den nächsten 20 Jahren die Prävalenz der Herzinsuffizienz und die damit verbundenen Belastungen der Volkswirtschaft drastisch zunehmen werden. Prävention und intensivierete ambulante Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz sind nötig, um dieser Herausforderung effektiv begegnen zu können.

Ihr C.A. Schneider

Einschlüsse 2009 Herz Netz Köln



Anämie und Herzinsuffizienz

Eine Anämie (Hämoglobin < 12g/l) ist bei Patienten mit Herzinsuffizienz häufig. Nach Daten zweier aktueller Meta-Analysen (1,2) beträgt die Prävalenz ca. 37%. Herzinsuffiziente Patienten mit Anämie haben ein höheres Sterblichkeits-Risiko (+50%), haben häufiger eine fortgeschrittene (NYHA III, IV) Herzinsuffizienz (+37%) und haben eine niedrigere Ejektionsfraktion als herzinsuffiziente Patienten ohne Anämie.

Die Ursachen der Anämie bei diesen Patienten sind vielfältig: Neben der Herzinsuffizienz-bedingten Hämodilution sind auch eine chronische Entzündung, eine renale Mitbeteiligung (vermindertes Erythropoetin (EPO)) und ein Eisenmangel ursächlich beteiligt. Unter diesen Ursachen scheint der Eisenmangel die führende Rolle zu spielen.

Es scheint daher naheliegend, die Anämie zu behandeln in der Hoffnung, dass sich die Lebensqualität und eventuell sogar die Prognose dieser Patienten verbessert. In der Tat gibt es verschiedene, kleine, randomisierte Therapie-Studien zu diesem Thema. Dabei werden im wesentlichen zwei Konzepte verfolgt: 1. Die Substitution mit EPO und Eisen oder die alleinige Substitution mit Eisen. Die Ergebnisse dieser Studien sind generell ermutigend, da sie eine signifikante Reduktion der Hospitalisierung (absolute Risikoreduktion 9,2%) und eine Verbesserung der Lebensqualität zeigen. Im Gegensatz zu EPO-Studien mit Tumor- oder Nieren-Patienten wurde keine Erhöhung der Sterblichkeit gefunden.

Was bedeuten diese faszinierenden Daten für die Routine? Zwei große Studien (RED-HF und Iron-HF) untersuchen diese Zusammenhänge im Moment. Bis zur Präsentation der Ergebnisse sollte man meines Erachtens pragmatisch verfahren: Eine Anämie gehört abgeklärt. Findet sich keine naheliegende Ursache und besteht ein echter Eisenmangel spricht nichts gegen einen Therapieversuch mit einer Eisensubstitution. Gerade Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz könnten hiervon profitieren. Von einer EPO-Therapie würde ich im Moment noch Abstand nehmen.

1. Drakos S et al. Anemia and heart failure. Congest Heart Fail 2009; 15:87-92
2. Van de Meer P et al. Erythropoietin treatment in patients with chronic heart failure. A meta-analysis. Heart 2009; 95: 1309-1314.

Neues - kurz und bündig

Beta-Blocker Nicht die Beta-Blocker Dosis, sondern die effektive Herzfrequenz-Reduktion verbessert die Prognose. Die Abnahme der Herzfrequenz um je 5 Schläge/min vermindert das Sterblichkeits-Risiko um 18% (Ann Intern Med 2009; 150: 784-794). **STITCH** Eine Herz-Aneurysma Resektion verbessert nicht die Prognose (N Engl J Med 2009; 360: 1705-1717). **I-Preserve** Patienten mit diastolischer Herzinsuffizienz profitieren nicht von einer zusätzlichen Irbesartan Therapie (N Engl J Med 2008; 359(23):2456-67). **Marcumar** Patienten mit Herzinsuffizienz und Sinusrhythmus profitieren nicht von einer Marcumar-Therapie (Circulation 2009; 119: 1559-61).