



Prof. Dr. Martin Scherer
Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts

„Eine auf Energiesparen und Ökonomisierung der Herzaktion ausgerichtete Therapie verbessert nachhaltig die Prognose herzinsuffizienter Patienten.“

Motor ohne Treibstoff

Etwa 1,8 Millionen Menschen in Deutschland leiden an Herzinsuffizienz. Pathophysiologisch handelt es sich um die Beeinträchtigung der Fähigkeit des Herzens, sich mit Blut zu füllen und/oder es auszuwerfen, und damit die Unfähigkeit, den Organismus mit genügend Sauerstoff zu versorgen. Herzinsuffizienz ist ein multifaktorieller Prozess, bei dem der veränderte Energiemetabolismus des Herzens eine wesentliche Rolle spielt. Die Idee, dass das Herz mit einer energetisch erschöpften Maschine, also einem Motor ohne Treibstoff, verglichen werden könne, ist recht alt. Erste Ansätze dazu finden sich bereits in einem Artikel von Herrmann and Decherd aus dem Jahr 1939: „The Chemical Nature of Heart Failure“. Mit dem Energiemetabolismus des Herzens haben sich in den darauffolgenden Jahrzehnten bis zum heutigen Tage viele Arbeitsgruppen beschäftigt. Ein Hauptgrund hierfür liegt in den unmittelbaren Implikationen, die das Verständnis der kardialen Energiebereitstellung für die Therapie hat: Eine auf Energiesparen und Ökonomisierung der Herzaktion ausgerichtete Therapie (z. B. mit Beta-Blockern, ACE-Hemmern und AT-II-Antagonisten) verbessert nachhaltig die Prognose herzinsuffizienter Patientinnen und Patienten.

Bei der überwiegenden Anzahl der Fälle liegt ein Untergang von Herzmuskelgewebe infolge einer Durchblutungsstörung zugrunde. Aber auch jede andere strukturelle und funktionelle Störung, etwa andere Formen der Kardiomyopathie, kann zu einer Herzinsuffizienz führen. Für die Herzinsuffizienz gibt es viele Einteilungen: Rechts- oder Linksherzinsuffizienz, globale, systolische, diastolische, akute oder chronische Herzinsuffizienz. Viele Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz leiden nicht selten unter mehreren Begleiterkrankungen und sind häufig hochbetagt. Die Pflegebedürftigkeit vieler Patienten, die notwendige engmaschige Begleitung und die mit Fortschreiten der Beschwerden zunehmende Hospitalisierung lassen die Herzinsuffizienz zur kostenintensivsten kardiovaskulären Erkrankung in den westlichen Industrienationen werden. Die Ziele der Therapie können grob

in prognostische Therapieziele (Senkung der Sterblichkeit, Senkung der Hospitalisationsrate, Verlangsamung der Krankheitsprogression) und symptomatische Therapieziele (Kontrolle der Symptome, Verbesserung der Leistungsfähigkeit) unterteilt werden.

Obwohl der Nutzen entsprechender Medikamente außer Zweifel steht, zeigten internationale Untersuchungen, dass die Versorgung der Patienten evidenzbasierten Kriterien nur bedingt genügt. Viele herzinsuffiziente Patienten erhalten trotz fehlender Kontraindikationen entweder keine Therapie mit ACE-Hemmern oder in Dosierungen, die nicht den in Studien erprobten Dosen entsprechen. Den Schwierigkeiten in der Umsetzung evidenzbasierter Therapieempfehlungen bei Herzinsuffizienz liegen unter anderem Kommunikationsbarrieren zwischen den beteiligten Ärzten sowie Unsicherheiten in der Diagnosestellung zugrunde.

Umso wichtiger ist es, dass wir die Bemühungen für die Implementierung evidenzbasierter Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz weiterführen. Die Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz befindet sich derzeit in der Überarbeitung. Während die chronische Herzinsuffizienz in der Fachliteratur recht häufig thematisiert wird, steht die akute Herzinsuffizienz nicht ganz so oft im Fokus der Fachöffentlichkeit. Umso erfreulicher, dass sich die Autoren unseres Titelthemas der akuten Herzinsuffizienz gewidmet haben. Viel Freude beim Lesen!