

Herzinsuffizienz im Alter – Besonderheiten bei Diagnostik und Therapie .. S. 26  
 Therapie der Herzinsuffizienz – Praxistipps ..... S. 30

# Therapie der Herzinsuffizienz

## Die Lehren aus den jüngsten Studien



### ZUM THEMA

**D**ie Therapiestudien bei Herzinsuffizienz der letzten Jahre haben eine Reihe von Überraschungen ergeben: Zunächst wurde in der groß angelegten DIG-Studie gezeigt, dass Patienten mit Herzinsuffizienz unter Digitaltherapie nicht länger leben als unter Plazebo (obschon Digitalis die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten reduzierte).

Dann hatte im Jahre 1997 die relativ kleine ELITE-Studie (722 Patienten) Hoffnungen geweckt, dass ein AT-II-Antagonist (Losartan) einem ACE-Hemmer (Captopril) überlegen ist: Die Mortalität lag unter Losartan um 46% niedriger, die Rate des plötzlichen Herztodes um 64%. Doch diese Hoffnungen haben sich nicht erfüllt: In der weit größeren ELITE-II-Studie (3152 Patienten) unterschied sich Losartan (50 mg/d) nicht mehr von Captopril (3 x 50 mg/d). Die Sterblichkeit unter Losartan war mit 17,7% im Trend sogar etwas höher als die unter Captopril (15,9%). Die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten war in beiden Gruppen gleich.

Ganz ähnliche Ergebnisse zeigten die sog. PRAISE-Studien für den Kalzium-An-

tagonisten Amlodipin: Die relativ kleine erste PRAISE-Studie hatte Hoffnungen auf eine Prognoseverbesserung durch Amlodipin bei Patienten geweckt, deren Herzinsuffizienz keine ischämische Ursache hatte. Dies konnte in der wesentlich größeren und längeren zweiten PRAISE-Studie nicht bestätigt werden.

Auch für Betablocker gab es Überraschungen: Erst zeigten große Mortalitätsstudien signifikante Prognosevorteile durch eine Behandlung der Herzinsuffizienz mit Carvedilol, Bisoprolol oder Metoprolol. Doch offenbar wirken nicht alle Betablocker gleich: Bucindolol, ein bislang noch nicht zugelassener Betablocker, beeinflusste die Gesamtmortalität in einer Studie bei 2708 Patienten nicht. Bei Afroamerikanern führte er sogar zu einer Übersterblichkeit.

### Was bleibt für die Praxis?

1. Studien mit zu kleinen Fallzahlen und Aussagen, für die sie primär nicht angelegt waren (ELITE), können uns Ärzte in die Irre führen. Gerade in Zeiten der zunehmenden Arzneimittelbudgetierung

kann bei Herzinsuffizienz primär mit einem kostengünstigeren ACE-Hemmer therapiert werden, ohne dass die Patienten benachteiligt werden (ELITE-II). Lediglich bei Unverträglichkeit, insbesondere Husten, empfiehlt sich die Umstellung auf einen AT-II-Antagonisten („Sartan“).

2. Kalziumantagonisten weden wohl kaum einen festen Platz in der Therapie der Herzinsuffizienz einnehmen.

3. Nicht alle Betablocker sind gleich. Bei Herzinsuffizienz sollte man sich auf Carvedilol (COPERNICUS-Studie), Bisoprolol (CIBIS-II-Studie) oder Metoprolol (MERIT-HF-Studie) beschränken.



**Prof. Dr. med.  
Sigmund Silber**

Herzkatheterlabor in der Klinik Dr. Müller, München, Schriftleiter für Kardiologie der MMW-Fortschritte der Medizin