

Herzinsuffizienz – die medizinische Herausforderung des 21. Jahrhunderts

Presseinformation
13. November 2018



www.medgesnoe.org

Inhalt

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Herzlich willkommen – Infos auf einen Blick | 3 |
| 2. | Herzinsuffizienz – Prävalenz und Inzidenz, Symptome, Diagnose und medikamentöse Therapie Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael M. Hirschl | 4 |
| 3. | Innovative Operation implantierbarer Herzklappen OA Dr. Paul Vock | 6 |
| 4. | Herzinsuffizienz: Unterstützung aus der Welt der Technik OA Dr. Christian Wollmann | 8 |
| 5. | Herztransplantation – ein Erfolgsgeschichte! Univ.-Prof. Dr. Andreas Zuckermann | 11 |
| 6. | Myokarditis und Perikarditis: Symptome, Diagnose, Therapie Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer | 13 |
| 7. | Die Psychosomatik der Herzinsuffizienz OÄ Dr. Evelyn Kunschitz | 15 |
| 8. | Zusammenfassung | 17 |
| 9. | Pressebilder | 20 |

Beilagen:

USB-Stick:

- Pressemappe
- Bilder in Druckqualität

Die in diesem Text verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber teilweise nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

1. Herzlich willkommen zum Pressegespräch

Herzinsuffizienz

Die medizinische Herausforderung des 21. Jahrhunderts

Anlässlich ihrer 33. Jahrestagung lädt die Medizinische Gesellschaft Niederösterreich zum Pressegespräch

Wann: Dienstag, 13. November 2018, 10 Uhr

Wo: Presseclub Concordia, Bankgasse 8, 1010 Wien

Schätzungen zufolge leidet jeder 10. Österreicher an Herzinsuffizienz. Mit zunehmendem Alter – Tendenz steigend. Zwar haben die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen, dennoch sind Morbidität und Mortalität – aufgrund der hohen Dunkelziffer der Betroffenen – hoch. Früherkennung und der damit verbundene rasche Therapiebeginn mit Medikamenten oder mechanischen Unterstützungssystemen verbessern die Prognose vieler Patienten enorm. Im Vorfeld der Jahrestagung informieren Sie die ExpertInnen über den aktuellen Stand der Fortschritte in der Therapie der Herzinsuffizienz.

Auf dem Podium:

- **Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael M. Hirschl, MSc**, Vorstand der Abteilung für Innere Medizin im Landeskrankenhaus Zwettl, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie:
Herzinsuffizienz – Prävalenz und Inzidenz, Symptome, Diagnose und medikamentöse Therapie
- **OA Dr. Paul Vock**, 1. Oberarzt der Abteilung für Innere Medizin 3, Ambulanz Kardiologie Universitätsklinikum St. Pölten, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Angiologie:
Innovative Operation implantierbarer Herzklappen
- **OA Dr. Christian Wollmann**, Oberarzt in der Abteilung für Innere Medizin 3, Ambulanz Kardiologie, Universitätsklinikum St. Pölten:
Herzinsuffizienz: Unterstützung aus der Welt der Technik
- **Univ.-Prof. Dr. Andreas Zuckermann**, Facharzt für Herzchirurgie, Klinische Abteilung für Herzchirurgie der MedUni Wien/AKH Wien:
Herztransplantation – ein Erfolgsgeschichte!
- **Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer**, Facharzt für Innere Medizin, ZFA für Infektionen & Tropenmedizin, Klinische Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin der MedUni Wien/AKH Wien:
Myokarditis und Perikarditis: Symptome, Diagnose, Therapie
- **OÄ Dr. Evelyn Kunschitz**, Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie, Psychotherapeutin, Ambulanz für spezielle Psychosomatik in der Kardiologie im Hanusch-Krankenhaus:
Die Psychosomatik der Herzinsuffizienz

Bilder vom Pressefrühstück Herzinsuffizienz: © Franz Johann Morgenbesser

<https://www.flickr.com/photos/vipevents/sets/72157675007575528>

2. Herzinsuffizienz – Prävalenz und Inzidenz, Symptome, Diagnose und medikamentöse Therapie

Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael M. Hirschl, MSc, Vorstand der Abteilung für Innere Medizin im Landeskrankenhaus Zwentl, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie



Laut offiziellen Statistikdaten leiden etwa ein bis zwei Prozent der österreichischen Bevölkerung unter einer Herzinsuffizienz. Das Leitsymptom ist Atemnot. Zur medikamentösen Behandlung stehen drei Gruppen von Erstlinien-Medikamenten zur Verfügung, mit denen sich eine Verbesserung der Auswurfleistung des Herzens und der Prognose erreichen lässt.

Unterschätzte Häufigkeit

In Österreich sind laut offiziellen Zahlen etwa 70.000 bis 150.000 Menschen von Herzinsuffizienz betroffen. Die Dunkelziffer dürfte etwa zwei- bis zweieinhalbmal höher liegen. Dies liegt v.a. an der Tatsache, dass häufig nicht die Herzinsuffizienz als solche diagnostiziert wird, sondern eine zugrundeliegende Krankheit.

Hauptursachen

Nach wie vor sind Patienten nach Herzinfarkt das Hauptkollektiv für eine potenzielle Herzinsuffizienz. Eine weitere Hauptursache sind infektiöse Erkrankungen des Herzmuskels, wobei diese in anderen Ländern eine deutlich größere Rolle spielen als hierzulande. Darüber hinaus stellt hoher Alkoholkonsum ein maßgebliches Problem im Hinblick auf die Entwicklung einer Herzinsuffizienz dar, da dadurch der Herzmuskel geschädigt wird. Darüber hinaus können Krankheiten wie etwa arterieller Bluthochdruck oder – heutzutage aufgrund der meist frühzeitigen Diagnose deutlich seltener – Erkrankungen der Herzklappen letztendlich mit einer Herzinsuffizienz einhergehen. In diesen Bereichen wird häufig nicht ausreichend zwischen Primärerkrankung und deren Folgen differenziert.

Leitsymptom Atemnot

Grundsätzlich handelt es sich bei Herzinsuffizienz um eine Erkrankung, die sich schleichend entwickelt. Dabei ist der Herzmuskel nicht mehr in der Lage, die benötigte Menge an Blut in den Kreislauf zu pumpen und den Bedarf des Körpers an Sauerstoff und Nährstoffen zu decken. Daraus erklärt sich auch die Symptomatik: Anfänglich leiden die Betroffenen bei stärkerer körperlicher Belastung unter Atemnot (sogenannte belastungsabhängige Atemnot), in weiterer Folge macht sich die Atemnot zunehmend auch bei weniger Belastung und schließlich auch bei kleinsten Tätigkeiten bemerkbar. Die schwerste Form ist die sogenannte Ruheatemnot, die auch lebensbedrohliche Ausmaße annehmen kann. Der Schweregrad der Herzinsuffizienz wird häufig nach einer vom amerikanischen „New York Heart Association“ (NYHA) entwickelten vierteiligen Stadieneinteilung (NYHA I: keine Symptome – NYHA IV: schwere Symptome) beurteilt. Damit lässt sich nicht nur der Ist-Zustand, sondern auch Verschlechterungen und Verbesserungen der Beschwerden dokumentieren.

Diagnose

Die Verdachtsdiagnose wird aus der klinischen Präsentation gestellt. Als Hauptuntersuchungsmethode ist die Echokardiographie etabliert. Damit kann die Pumpfunktion beurteilt und die Diagnose gesichert werden. Darüber hinaus lässt sich in vielen Fällen auch die Ursache der Herzinsuffizienz identifizieren. Bei Bedarf kann zusätzlich eine Magnetresonanztomographie noch detailliertere Informationen liefern.

Standardisierte medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz basiert auf drei Medikamentengruppen, die in der Erstlinie eingesetzt werden. Es handelt sich dabei um:

- Antiotensin-converting-enzyme-Inhibitoren (ACE-Hemmer)/AT2-Blocker,
- Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten (MRA) sowie
- Betablocker.

Diese drei Gruppen können die Auswurfleistung verbessern und werden zur Behandlung jedes Herzinsuffizienz-Patienten empfohlen, sofern vertragen und nicht kontraindiziert. Kürzlich ist als vierte kausale Behandlungsoption die Kombination Angiotensin-Rezeptor/Neprilysin-Hemmer (ARNI) Sacubitril/Valsartan

hinzugekommen. Er wird meistens dann eingesetzt, wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden bzw. nicht ausreichend wirksam sind.

Mit diesem therapeutischen Armamentarium lässt sich eine echte Prognoseverbesserung erzielen. Im Akutfall oder bei Bedarf auch im latent dekompensierten Zustand kommen auch Diuretika zur Stabilisierung zum Einsatz. Begleitend wird versucht, den Menschen zu einem gesünderen Lebensstil zu motivieren. Insbesondere mildes Ausdauertraining kann bei Herzinsuffizienz nachweislich die Prognose verbessern, wie gute Daten belegen.

Bei schwer herzinsuffizienten Patienten spielen auch sogenannte Zweitlinien-Medikamente eine Rolle, welche zwar nicht die Prognose, aber die Symptome verbessern. Dazu gehören in erster Linie Digitalis, der If-Kanal-Hemmer Ivabradin sowie der Calcium-Sensitizer Levosimendan (im stationären Bereich als Hilfe und Überbrückung in der Wartezeit auf eine nichtmedikamentöse Therapie).

Therapie: kein Sprint, sondern eher ein Marathonlauf

Die Behandlung einer Herzinsuffizienz erfordert Geduld sowohl seitens der Ärzte als auch insbesondere der Patienten. Die Einstellung auf das richtige medikamentöse Regime in der individuell optimalen Dosierung kann oft Wochen bis Monate dauern. Sie erfolgt nach dem Grundsatz: Start low – go high, das bedeutet, dass mit niedrigen Dosen begonnen und in kleinen Schritten bis zur Maximaldosierung gesteigert wird. Damit soll gewährleistet werden, dass sich die Patienten an die Medikamente gewöhnen können, potenzielle Nebenwirkungen möglichst gering bleiben und ein maximal möglicher Therapieerfolg erzielt werden kann.

Zur Person

Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael M. Hirschl, MSc

geb. 1963 in Wien

Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien und Promotion 1990; Absolvierung der Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien und Verleihung des Facharzt-Titels für Innere Medizin (1996); Erlangung der Lehrbefugnis für Innere Medizin (Habilitation 1996); Erwerb der Zusatzfächer Kardiologie sowie internistische Intensivmedizin. Von 2005 bis 2009 Leitender Oberarzt der Zentralen Notaufnahme des Landeskrankenhauses St. Pölten und ab 1. November 2009 Primarius der Abteilung für Innere Medizin LK Waldviertel Zwettl. Erwerb des MSc an der Donau-Universität in Krems (2008).

Seit vielen Jahren Lehrtätigkeit an der Medizinischen Universität in Wien sowie an der Karl Landsteiner Privatuniversität in Krems sowie Betreuung von Studierenden mit Diplomarbeiten mit dem Themenschwerpunkt Kardiologie.

Kontakt

Landeskrankenhaus Waldviertel Zwettl – Abteilung für Innere Medizin

3910 Zwettl, Propstei 5

Tel. 02822/504 61 00

E-Mail: Michael.Hirschl@zwettl.lknoe.at

Web: <https://zwettl.lknoe.at>

3. Innovative Operation implantierbarer Herzklappen

OA Dr. Paul Vock, 1. Oberarzt der Abteilung für Innere Medizin 3 Ambulanz Kardiologie Universitätskliniken St. Pölten, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Angiologie



Herzklappenfehler sind eine häufige, meist im Lauf des Lebens erworbene Erkrankung des Herzens. Dabei sind eine oder mehrere der insgesamt vier Herzklappen entweder verengt, verkalkt oder undicht. Die meisten Probleme betreffen die Aorten- und Mitralklappe. Wenn eine medikamentöse Behandlung nicht ausreicht, werden die defekten Herzklappen im Rahmen operativer Eingriffe entweder repariert oder ersetzt. In den letzten Jahren gewinnt auch die sogenannte kathetergesteuerte Klappenimplantation oder -reparatur ohne Eröffnung des Brustkorbs immer mehr an Bedeutung.

Stenose und Insuffizienz

Grundsätzlich werden zwei verschiedene Veränderungen unterschieden.

- Bei einer Herzklappenstenose kann sich die verengte Herzklappe nicht mehr richtig öffnen. Das Blut staut sich vor der Engstelle und dehnt die davorliegende Herzhöhle. Mit der Zeit führt dies zu einer dauerhaften Vergrößerung des betroffenen Vorhofes oder der Herzkammer.
- Bei einer Herzklappeninsuffizienz schließt die Klappe nicht mehr und Blut fließt zurück. Die Herzhöhle vor dem Herzklappenfehler wird durch das vermehrte Blutvolumen gedehnt. Das Herz versucht zunächst, die zusätzliche Belastung auszugleichen. Ist dies nicht mehr möglich, kommt es zu einer Herzschwäche.

Die häufigsten eine Intervention erfordernden Klappenerkrankungen sind die Aortenklappenstenose und die Mitralklappeninsuffizienz.

Aortenklappenstenose

Neben dem traditionellen herzchirurgisch durchgeführten operativen Aortenklappenersatz am offenen Brustkorb etabliert sich in den letzten Jahren zunehmend die kathetergeführte Aortenklappenimplantation (TAVI). Der Zugang erfolgt dabei meistens über die Leiste, seltener über die Herzspitze, in Ausnahmefällen auch über Schlüsselbeinarterie oder Aorta.

Generell können sowohl biologische als auch künstliche Herzklappen verwendet werden. Biologische Herzklappen stammen aus dem Herzbeutel von Schwein oder Rind, sind gut verträglich, haben aber eine limitierte Lebensdauer (etwa 10 bis 15 Jahre). Künstliche Herzklappen bestehen aus Metall, halten sehr lange Zeit (mitunter lebenslang), können jedoch die Thrombosegefahr erhöhen. Daher müssen Patienten Medikamente zur Blutverdünnung einnehmen, die wiederum das Blutungsrisiko steigern.

Bei einer TAVI werden biologische und künstliche Anteile kombiniert: Auf einem Metallring (meist aus Nitinol) wird die Klappe befestigt. Derzeitige Daten weisen auf eine mit rein biologischen Klappen vergleichbare Lebensdauer hin. Allerdings besteht ebenfalls ein erhöhtes Thrombosierisiko, wobei häufig subklinische, d.h. symptomfreie Thrombosierungen an einer der drei künstlichen Klappensegel auftreten. Derzeit ist noch nicht klar, ob Patienten nach TAVI für eine gewisse Zeit eine Blutverdünnung oder eine duale Plättchenhemmung mit Clopidogrel und Aspirin benötigen.

In großangelegten Studien konnte nachgewiesen werden, dass nicht nur als inoperabel geltende Patienten sowie Patienten mit hohem und mittlerem Operationsrisiko von TAVI (vs. herkömmliche Operation) profitieren. Laufende Studien weisen darauf hin, dass dies auch für Patienten mit niedrigem Operationsrisiko gelten könnte. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die Katheterklappe in Zukunft für die Aortenstenose als Therapie der ersten Wahl etablieren wird. Möglicherweise werden auch gewisse Hybridtechniken zum Einsatz kommen, d.h. beispielsweise bei jüngeren Patienten zunächst eine herkömmliche Klappen-OP, falls diese dann nach Jahren degeneriert ist, eine TAVI in die degenerierte Klappenprothese, eine sogenannte Valve-in-Valve.

Mitralklappeninsuffizienz

Auch in diesem Bereich gewinnt neben herkömmlichen chirurgischen Verfahren die kathetergesteuerte Intervention zunehmend an Bedeutung. Beim sogenannten MitraClip erfolgt der Zugang über die Leistenvene

in den rechten Vorhof. Nach Punktion des Septums wird das Kathetersystem im linken Vorhof platziert. Anschließend wird unter echokardiographischer Sicht (via Speiseröhre) mit einem dreidimensional rotierenden Dreharm versucht, die zwei Segel der Herzklappe einzufangen und mit einer Art Heftklammer zusammenzuheften. Wichtige Voraussetzungen, um dieses Verfahren einsetzen zu können, sind u.a., dass die Klappe nicht zu stark verkalkt ist und die Segel nicht zu sehr zerstört sind.

Aktuelle Daten belegen, dass mit dieser Methode nicht nur die Lebensqualität verbessert, sondern auch die Mortalität verringert wird. Hingegen steckt die Implantation von Mitralklappen-Prothesen derzeit noch in den Kinderschuhen.

Verfügbarkeit in fast ganz Österreich

Grundsätzlich darf die kathetergesteuerte Klappenimplantation ausschließlich in Krankenhäusern durchgeführt werden, die eine Abteilung für Herzchirurgie besitzen. Diese sind mit Ausnahme des Burgenlands und Vorarlbergs in allen Landeshauptstädten vorhanden. Die Wartezeiten auf eine derartige Intervention liegen zwischen drei und sechs Monaten.

Zur Person

OA Dr. Paul Vock

geb. 1968

Akademischer Werdegang

1986-1992: Studium der Medizin an der Universität Wien
12.10.1992: Promotion zum Doktor der gesamten Heilkunde
1994: Akupunktur-Ausbildung am Elisabethspital Wien
1994: Ausbildung zum Notarzt
1997: Diplom Psychosoziale Medizin
1999: Diplom Psychosomatische Medizin
1999: Beginn Ausbildung Psychotherapeutische Medizin
2016: MSc, Diplom Psychotherapeutische Medizin

Berufliche Qualifikationen

1989-1993: Demonstrator am Institut für Allgemeine und Vergleichende Physiologie der Universität Wien
1992-1993: Gastarzt an der Kardiologischen Abteilung der Universitätsklinik für Innere Medizin II
1992-1993: Mitarbeit an klinisch-pharmakologischen Studien bezüglich Hypertonie
1993-1996: Turnusarzt am Krankenhaus Baden
1996-2002: Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin an der Kardiologischen Abteilung des Universitätsklinikum St. Pölten
seit 6/2002: Oberarzt an der Kardiologischen Abt. des Universitätsklinikum St.Pölten
7/2002: Eröffnung meiner Ordination in Baden als Wahlarzt
2003-2005: Leiter des Schrittmacher- und ICD-Ambulanz Universitätsklinikum St.Pölten
seit 5/2005 Additivfach Kardiologie abgeschlossen
seit 11/2005: Leiter des Herzkatheterlabors im Universitätsklinikum St.Pölten
seit 1/2010: stellvertretender Leiter des Vorstandes der Kardiologischen Abteilung des LK St.Pölten (1. Oberarzt)
seit 1996: Teilnahme an und teilweise auch prinzipieller Investigator von zahlreichen Studien über Akutes Koronarsyndrom-Lysetherapie, Herzschrittmachertherapie, ICD-Therapie und Stentimplantationen (Medtronic: Reverse,Consulta,Protecta,Mvp trial, Protect / Vitatron:Safari / Biotronic: Spirit ICD / St.Jude: Adopt-all / Abbott: Spirit women,)

Kontakt

Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie – Wahlarzt:

2500 Baden, Theaterplatz 1

Tel. 02252/254 164

Mobil: 0699/122 133 44

E-Mail: paul.vock@aon.at

Web: <http://www.kardiologie-vock.at>

4. Herzinsuffizienz: Unterstützung aus der Welt der Technik

OA Dr. Christian Wollmann, Oberarzt in der Abteilung für Innere Medizin 3 Ambulanz Kardiologie Universitätskliniken St. Pölten



Zur Behandlung von ausgeprägter Herzinsuffizienz bei eingeschränkter Pumpfunktion des Herzens und gleichzeitigem Vorliegen eines Linksschenkelblockes wird in erster Linie die kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) zur Behandlung einer asynchronen Kontraktion unterschiedlicher Bereiche der linken Herz-Kammer eingesetzt. Dabei wird ein sogenannter Dreikammerschrittmacher mit oder ohne Defibrillator-Funktion mit insgesamt drei Elektroden im Herzen implantiert. Das System sorgt durch gleichzeitige Abgabe von Schrittmacherimpulsen in der rechten Herzkammer sowie an der Hinterwand der linken Herzkammer für einen Gleichklang der Muskelkontraktionen der linken Hauptkammer.

Grundsätzlich ist zwischen Links- und Rechts Herzinsuffizienz zu unterscheiden. Zusätzlich zu einer reduzierten Pumpfunktion in der linken Hauptkammer (linker Ventrikel) kann auch ein sogenannter Linksschenkelblock vorliegen. Das bedeutet, dass ein Teil der Erregungsausbreitung des Herzens blockiert ist und dadurch die linke Hauptkammer unphysiologisch – d.h. nicht normal – erregt wird. Dadurch kommt es zu einer zeitversetzten Kontraktion der muskulären Scheidewand zwischen rechter und linker Hauptkammer (intraventrikuläres Septum) und den äußersten Abschnitten der linken Hauptkammer. Diese Asynchronie führt bei einer bereits vorhandenen Einschränkung der Pumpfunktion zu einer weiteren Reduktion der Pumpleistung des linken Ventrikels.

Verschiedene Devices

Bei unzureichend erfolgreicher medikamentöser Therapie stehen zur Behandlung von Herzinsuffizienz verschiedene technische Optionen zur Auswahl:

- Herzschrittmacher heben durch Abgabe schwacher Stromimpulse an die Herzmuskulatur eine zu langsame Herzfrequenz auf ein programmierbares unteres Niveau n(z.B. 60 Schläge pro Minute) an.
- Defibrillatoren sollen lebensbedrohliche, zu schnelle Herzrhythmusstörungen (z.B. Kammertachykardie, Kammerflimmern) beenden. Im Falle von regelmäßigen Kammertachykardien wird primär versucht, die Rhythmusstörung mittels mehrerer hochfrequenter Schrittmacherimpulse (schmerzfrei) zu beenden. Gelingt dies nicht oder liegt Kammerflimmern vor, wird die Rhythmusstörung durch einen Schock (schmerzhaft, falls Patient bei Bewusstsein) beendet. Moderne Defibrillatoren können in der Regel alles, was ein entsprechendes Schrittmachersystem kann, aber nicht umgekehrt.
- Ziel der CRT ist es, mithilfe einer dritten Elektrode eine simultane Stimulation zu erreichen. Damit kann im günstigsten Fall die Auswurfleistung des linken Herzens (Ejektionsfraktion, EF) verbessert werden. Sie kann je nach Bedarf mit einem Schrittmacher oder einem Defibrillator kombiniert werden. Zur Behebung des asynchronen Kontraktionsmusters bei Linksschenkelblock wird über das Herz-Venen-System eine Elektrode über die linke Herzkammer geschoben. Im günstigen Fall kann die Elektrode an der Hinterwand platziert werden.

Zielgruppen für CRT

Die CRT kommt hauptsächlich bei Patienten mit Linksschenkelblock und eingeschränkter Pumpfunktion der linken Herzkammer zum Einsatz. Die eingeschränkte Pumpfunktion kann aber auch bei Patienten auftreten, die bereits einen Herzschrittmacher haben, schrittmacherpflichtig sind und damit einen hohen Prozentsatz an rechtsventrikulärer Stimulation haben. Ob die CRT mit einem Defibrillator implantiert wird, hängt davon ab, ob bei dem Patienten zusätzlich eine primär- oder sekundärprophylaktische Defibrillator-Indikation vorliegt.

Primärprophylaxe

Primärprophylaktische Defibrillator-Implantationen erfolgen grundsätzlich nach den Erkenntnissen aus der MADIT II (Moss AJ et al., N Engl J Med. 2002; 346:877-83) und der SCD-HeFT Studie (Bardy GH et al., E Engl J Med 2005; 352: 225-37).

Nach der MADIT II Studie bekommen Patienten einen Defibrillator, wenn sie 30 Tage nach einem Herzinfarkt eine Auswurfleistung von ≤ 30 Prozent haben. Nach der SCD-HeFT-Studie bekommen Patienten mit einer Auswurfleistung ≤ 35 Prozent, die trotz optimaler medikamentöser Behandlung über mindestens drei Monaten keine Besserung erreicht haben, unabhängig von ihrer Grunderkrankung einen Defibrillator. Die CRT-Indikation hängt dann davon ab, ob z.B. eine Linksschenkelblock vorliegt.

Hingegen sind CRT-Schrittmacher eher für Patienten indiziert, die zwar noch keine hochgradig eingeschränkte Pumpfunktion der linken Hauptkammer haben, aber beispielsweise plötzlich einen AV-Block dritten Grades bekommen – die also eine Schrittmacherindikation haben. Die Indikation erklärt sich aus der Beobachtung, dass die – wenn auch noch moderat eingeschränkte – Pumpfunktion durch eine rechtsventrikuläre unphysiologische Schrittmacherfunktion sukzessive schlechter werden kann. Diese Entwicklung lässt sich verhindern, indem von vornherein drei Elektroden anstatt einer oder zwei implantiert werden.

Eine weitere Zielgruppe sind Patienten, meist mit koronarer Herzerkrankung, d.h. mit ischämischer Kardiomyopathie, die bereits einen Defibrillator haben und im Laufe der Zeit einen Linksschenkelblock entwickeln. In diesen Fällen kann mit einer dritten Elektrode auf einen CRT-Defibrillator aufgerüstet werden.

Sekundärprophylaxe

Bei Patienten, die einen Herzstillstand, der durch eine ventrikuläre Tachykardie oder Kammerflimmern verursacht wurde, überlebt haben, ist die Implantation eines Defibrillators indiziert. Ob mit oder ohne CRT ist abhängig von Herzleistung, Herzinsuffizienz-Symptomatik und dem Vorliegen eines Linksschenkelblocks.

Gravierende Unterversorgung in Österreich?

In Österreich gibt es laut Statistik 70.000 bis 150.000 Patienten mit Herzinsuffizienz, die Dunkelziffer ist deutlich höher – Experten schätzen die Zahl der Betroffenen auf bis zu 300.000. Laut Angaben der Europäischen Herz-Rhythmus-Gesellschaft (EHRA) wurden in Österreich im Jahr 2016 allerdings lediglich knapp 1270 CRT-Systeme mit (870) oder ohne Defibrillatorfunktion (400), und 1057 Defibrillatoren implantiert. Daraus lässt sich ableiten, dass einerseits Herzinsuffizienz hierzulande deutlich unterdiagnostiziert und unterbehandelt sein muss, andererseits damit viele Patienten keine optimale medikamentöse Therapie und auch kein Rhythmusimplantat (Defibrillator mit/ohne CRT) bekommen, obwohl sie eine Indikation hätten.

Grundsätzlich sollte bei jedem Patienten mit bekannter Herzerkrankung, Linksschenkelblock und Herzinsuffizienz-Symptomatik an die Möglichkeit einer CRT-Indikation mit/ohne Defibrillator gedacht werden.

Prognose

In großen Landmark-Studien wurde gezeigt, dass herzinsuffiziente Patienten, die nach klar definierten Kriterien selektiert werden, mit Defibrillatoren mit/ohne CRT länger leben. Wichtig ist allerdings, dass der im Optimalfall etwa 70 Minuten dauernde, oft schwierige Eingriff von erfahrenen Operateuren mit hohen Implantationsraten durchgeführt wird. Patienten sollten sich vorab informieren, in welchem Krankenhaus viele CRT-Implantationen durchgeführt werden.

Träger von aktiven Rhythmusimplantaten sollten in jedem Fall darauf achten, starke elektromagnetische Felder zu meiden, da diese etwa bei Schrittmachern zum Funktionsausfall und bei Defibrillatoren zur Auslösung einer Schocktherapie führen können.

Zur Person

OA Dr. Christian Georg Wollmann

Geboren am 19.09.1967 in Goslar im Harz, Gymnasien in Tübingen und Bregenz. Studium der Humanmedizin in Innsbruck und Wien. Von 1995 bis 1999 wissenschaftlicher Assistent am Ludwig Boltzmann-Institut f. Arrhythmieforschung, III. Med. Abteilung, Wilhelminen-Spital der Stadt Wien (Direktor: Univ.-Prof. Dr. K. Steinbach). Promotion zum Doktor der gesamten Heilkunde 1999. Von 1999 bis 2006 Assistenzarzt an der Klinik und Poliklinik C, Kardiologie und Angiologie (Direktor: Univ.-Prof. Dr. G. Breithardt) der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, seit 2007 Oberarzt an der Klinischen Abteilung für innere Medizin 3 des Universitätsklinikums St. Pölten (Vorstand: Assoc. Prof. Dr. H. Mayr). Diverse Publikationen im Bereich Herzschrittmacher/Defibrillatoren.

Kontakt:

Universitätsklinikum St. Pölten
Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften
Klinische Abteilung für Innere Medizin 3
3100 St. Pölten, Dunant-Platz 1
Tel. 02742/9004-12541
E-Mail: christiangeorg.wollmann@stpoelten.lknoe.at
Web: <http://www.stpoelten.lknoe.at>

5. Herztransplantation – ein Erfolgsgeschichte!

Univ.-Prof. Dr. Andreas Zuckermann, Facharzt für Herzchirurgie, Klinische Abteilung für Herzchirurgie der MedUni Wien/AKH Wien:

Die weltweit erste Herztransplantation wurde am 3. Dezember 1967 vom südafrikanischen Herzchirurgen Christiaan Barnard in Kapstadt durchgeführt. In den darauffolgenden fünf Jahrzehnten wurden enorme Fortschritte erzielt – auch in Österreich. 70 Prozent aller Patienten mit einem neuen Herzen leben mehr als zehn Jahre. Die Medizinische Universität Wien nimmt in der Entwicklung therapeutischer Protokolle der Immunsuppression einen Spitzenplatz in der internationalen Transplantationsgemeinschaft ein.



Erste Herztransplantation in Wien anno 1984

Eine Herztransplantation ist die Verpflanzung eines gesunden Spenderherzens von einem hirntoten Organspender zu einem schwer herzkranken Empfänger. Die erste Herztransplantation in Wien wurde am 5. März 1984 unter der Leitung von Prof. Dr. Axel Laczkovics und Prof. Dr. Ernst Wolner durchgeführt. Seither wurden an der Medizinischen Universität Wien bereits mehr als 1.500 Herztransplantationen vorgenommen, jährlich sind es etwa 45 bis 50. Wien ist damit eines der zehn größten Zentren der Welt.

Die Listung und Vergabe der Organe wird über die internationale Organisation Eurotransplant geführt und geregelt. Die durchschnittliche Wartezeit auf ein Spenderorgan beträgt in Österreich derzeit etwa neun bis zwölf Monate.

Indikationen für eine Herztransplantation

Eine Herztransplantation ist dann indiziert, wenn mit keiner anderen Behandlung ein Erfolg zu erreichen ist. Ob ein Patient für diesen Eingriff infrage kommt, wird von einem interdisziplinären Spezialistenteam aus den Fachgebieten Chirurgie, Interne Medizin und Psychologie nach weltweit gültigen Leitlinien geprüft und entschieden. Bei folgenden Erkrankungen kann eine Herztransplantation in Erwägung gezogen bzw. notwendig werden:

- Dilatative Kardiomyopathie: Bei dieser schweren Erkrankung des Herzmuskels ist das Herz geschwächt, Pumpfunktion und Leistung des Herzens sind reduziert.
- Koronare Herzkrankheit: Falls keine andere Therapieoption wie etwa Bypass, Operation oder Stent mehr möglich ist (sogenannte ischämische Kardiomyopathie);
- Angeborene Herzfehler;
- Herzrhythmusstörungen;
- Andere seltene Herzerkrankungen.

Ausschlusskriterien für eine Herztransplantation sind u.a. schwere Tumorerkrankungen sowie ausgeprägte Organschäden insbesondere von Leber oder Nieren.

Erfolgsbilanz in Wien

Obwohl eine Herztransplantation ein schwerer und aufwendiger Eingriff ist, kann das Herztransplantationsteam der Medizinischen Universität Wien auf eine hervorragende Statistik verweisen:

- Das Früh-Überleben liegt mittlerweile bei 95 Prozent.
- Sieben von zehn PatientInnen leben mit ihrem neuen Herzen über 10 Jahre, und das obwohl auch die Altersgrenze für eine Herztransplantation von 55 auf 70 Jahre angehoben wurde.
- Patienten, welche zum Zeitpunkt der Transplantation 65 Jahren alt sind, haben gleiche Langzeitüberlebenszahlen wie jüngere Patienten. Gleichzeitig steigt auch die neu geschaffene Lebensqualität deutlich an.

Die Herzchirurgie am Wiener AKH ist ein extrem innovatives Zentrum, das weltweit eine Führungsrolle in der Erforschung neuer Therapieansätze (personalised medicine) und Diagnosemethoden (z.B. Molekulares Mikroskop) einnimmt. Weiters werden hier neueste Innovationen der Herzprotektion eingesetzt (Maschinenperfusion). In den letzten Jahren konnte zusätzlich die Gruppe der Patienten, welcher eine Herztransplantation angeboten werden kann, durch begleitende Maßnahmen und Kooperationen mit anderen

Abteilungen, erweitert werden. So werden heute im Wiener AKH auch Menschen mit insulinpflichtigem Diabetes oder Patienten mit chronischem Nierenversagen (kombinierte Herz-Nieren-Transplantation) erfolgreich transplantiert. Etwa 20 Prozent aller Patienten werden mittels eines Kunstherzens zur Transplantation überbrückt, damit sie diese erleben.

Keine Angst vor akuter Abstoßungsreaktion

Akute Abstoßungen haben viel von ihrem Schrecken verloren. Durch engmaschig eingesetzte Diagnoseverfahren und moderne immunsuppressive Therapien, bei denen durch eine künstliche Abwehrschwächung Abstoßungsreaktionen umgangen werden, sterben Patienten heute praktisch nicht mehr an einer akuten Abstoßung. Auch die Nebenwirkungen konnten durch moderne Behandlungsmethoden eingedämmt werden.

Widerspruchslösung in Österreich

In Österreich gilt die sogenannte Widerspruchslösung: Eine Organentnahme an hirntoten Verstorbenen ist dann zulässig, wenn diese einer Organentnahme nicht zu Lebzeiten ausdrücklich widersprochen haben. Im Gegensatz dazu gilt in Deutschland die Zustimmungslösung, d.h. einer Organentnahme muss zu Lebzeiten aktiv zugestimmt werden. Diese unterschiedliche Regelung wirkt sich direkt auf die Transplantzahlen aus: In Österreich (acht Millionen Einwohner) werden jährlich 65 bis 70 Herzen transplantiert, in Deutschland (80 Millionen Einwohner) 280 bis 300. Das bedeutet, dass die Transplantzahlen pro Million Einwohner in Österreich doppelt so hoch sind. Die Wartezeiten sind kürzer, die Sterblichkeit auf der Warteliste niedriger (Österreich: acht Prozent – Deutschland: 15 Prozent). In Österreich gibt es durch die gesetzliche Regelung auch keine Transplantskandale, da eine gute Versorgungslage mit Spenderorganen existiert.

Zur Person

Univ.-Prof. Dr. Andreas Zuckermann

geb. 1965 in Wien

Andreas Zuckermann, MD, is a Faculty Surgeon in the Department of Cardiac Surgery at Medical University of Vienna in Austria and has the position of Director of the Cardiac Transplantation for one of the biggest cardiac transplant programs in Europe. Dr. Zuckermann was a member of the board of Directors of the International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) and Co-chair of the International and Inter-Society Coordination Committee (I2C2) of ISHLT and was the program chair of the 2015 ISHLT meeting and the 2016 ECTTA meeting. Currently he is a member of the board of the Thoracic committee (ECTTA) of the European Society for Organ Transplantation (ESOT) and a member of the board of Eurotransplant. He holds positions in Eurotransplant's thoracic advisory committee as well as the organ procurement committee and registry committee. He is the current president of the Austrian Society for Transplantation and Austria's representative of the Council of Europe's transplantation expert group. He is a world-recognized leader in Thoracic transplantation and has been involved in over 1500 heart transplantations and performed Austria's first 'ex vivo perfused' heart transplant in 2007. He has received numerous awards for his contribution to the area of transplantation and has over 180 publications in peer-reviewed journals. He is reviewer for several cardiovascular and transplant-journals and has been member of the editorial board for several transplant journals. His main fields of research are clinical use of immunosuppressive drugs, outcome research in cardiac transplantation, new preservation technologies and new developments in precision medicine in cardiac transplantation. In addition, Dr. Zuckermann has been an invited speaker at many national and international meetings and has been involved in teaching and training of experts from many global transplant centers.

Kontakt

Medizinische Universität Wien – Abteilung für Herzchirurgie

1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

Tel. 01/40400-45430

E-Mail: andreas.zuckermann@meduniwien.ac.at

Web: <https://www.meduniwien.ac.at>

6. Myokarditis und Perikarditis: Symptome, Diagnose, Therapie

Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer, Facharzt für Innere Medizin, ZFA für Infektionen & Tropenmedizin, Klinische Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin der MedUni Wien/AKH Wien



Eine Entzündung des Herzmuskels (Myokarditis) kann durch verschiedenste Ursachen ausgelöst werden. Oft verursacht sie kaum oder nur sehr allgemeine Symptome und bleibt daher unerkannt. In schweren Fällen können massive Beschwerden bis hin zu auch lebensbedrohlichen Zuständen entstehen. Die Häufigkeit von Herzmuskelentzündungen liegt bei der Myokarditis bei etwa 22 Fällen pro 100.000 Patienten pro Jahr. Die Entzündung des Herzbeutels (Perikarditis) kommt signifikant seltener vor.

Breites Spektrum an möglichen Ursachen

Myo- bzw. Perikarditiden können durch ein breites Spektrum an Infektionserregern, aber auch durch nicht-infektiöse immunologische Erkrankungen ausgelöst werden. Die häufigsten Ursachen sind in Europa und Nordamerika Virusinfektionen, global gesehen jedoch der Parasit *Trypanosoma cruzi*, der Erreger der Chagas-Krankheit. Da viele verschiedene Viren als potenzielle Auslöser infrage kommen, ist das eigentlich verursachende Virus in den meisten Fällen nicht feststellbar.

Hauptrisikogruppen

Myokarditis tritt überwiegend bei jungen Männern auf und stellt bei Wettkampfsportlern Todesursache Nummer 3 mit plötzlichem Herztod dar. Junge Frauen sind weniger häufig betroffen. Bei älteren Frauen kommt es jedoch gehäuft zu schweren Verläufen mit lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen.

Vielfältiges Symptomspektrum

Das Spektrum der möglichen Beschwerden ist breit und reicht von asymptomatisch (d.h. ohne Beschwerden) bis zum fulminanten kardiogenen Schock. Die Anfangssymptome sind uncharakteristisch, die Herzsymptomatik reicht von Herzklopfen oder -stolpern (Palpitationen) und Atemnot unter körperlicher Aktivität (Belastungsdyspnoe) über Angina pectoris bis zum Myokardinfarkt.

Mögliche Komplikationen

Gefürchtet ist neben dem akuten Verlauf das Risiko, dass als Spätfolge eine Herzinsuffizienz und weiters eine chronische Kardiomyopathie auftritt.

Diagnose

Die Diagnose kann sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Krankenhaus gestellt werden. Sie erfolgt einerseits durch die Bestimmung herzspezifischer Parameter sowie Entzündungsparameter, aber auch durch Elektrokardiographie (EKG), Herzultraschall (Echokardiographie syn. Herzecho) und Magnetresonanztomographie (MRT) des Herzens. Im Regelfall wird darüber hinaus versucht, serologisch oder molekularbiologisch einen Erregernachweis zu führen – dies gelingt jedoch nur selten.

Behandlungsmöglichkeiten

Eckpfeiler der Therapie sind die Herzinsuffizienztherapie sowie ein absolutes Verbot von körperlichen Belastungen und Sport für mindestens drei Monate. Gelingt ein spezifischer Erregernachweis, kann man, wenn es eine Therapieoption gibt – bei Viren stark eingeschränkt – eine spezifische Therapie durchführen. Bei bestimmten immunologisch assoziierten Myokarditiden kommen Cyclosporin oder Kortikosteroide zum Einsatz. Nichtsteroidale Antiphlogistika sind in jedem Fall kontraindiziert, da sie im Tiermodell die Entzündungsreaktion verlängern.

Die Prognose einer Myokarditis ist meistens gut, sofern der Patient das Verbot körperlicher Aktivität beherzigt.

Zur Person

Univ.-Prof. Dr. med. Florian Thalhammer

Facharzt für Innere Medizin, Additivfacharzt Infektiologie und Tropenmedizin. Habilitiert seit 1999. Seit mehr als 25 Jahren an der Klinischen Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin als national und international bekannter Infektiologe klinisch tätig. Zahlreiche Leitungsfunktionen an der Medizinischen Universität Wien (vormals Med. Fakultät), gesundheitspolitischen Gremien und wissenschaftlichen Gesellschaften. Organisation von zahlreichen Aus- und Fortbildungsveranstaltungen wie „Giftiger Dienstag“ (20 Jahre), „Giftiger Samstag“ oder „Giftige Webinare“ – www.infektiologie.co.at. Verfasser zahlreicher peer-reviewter Publikationen. Autor der Broschüre „Antibiotika & Antiinfektiva“, welche nun auch als App für iOS und Android vorliegt – www.antibiotika-app.eu.

Kontakt

Medizinische Universität Wien

Universitätsklinik f. Innere Medizin I Klinische Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin

1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

Tel. 01/40400–44400

E-Mail: florian.thalhammer@meduniwien.ac.at

Web: <https://www.meduniwien.ac.at>

7. Die Psychosomatik der Herzinsuffizienz

OÄ Dr. Evelyn Kunschitz, Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie, Psychotherapeutin, Ambulanz für spezielle Psychosomatik in der Kardiologie im Hanusch-Krankenhaus



Herzinsuffizienz und psychische Beeinträchtigungen gehen häufig miteinander einher. So leidet etwa ein Drittel aller herzinsuffizienten Patienten unter einer depressiven Symptomatik in unterschiedlichem Ausmaß. Durch eine kombinierte Behandlung körperlicher und psychischer Leiden kann die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen deutlich verbessert werden.

Häufig wechselseitige Verstärkung

Depression kann zur Entstehung der koronaren Herzkrankheit beitragen, welche die häufigste Ursache für Herzinsuffizienz darstellt. Auf der anderen Seite wirkt jede Herzkrankheit als Stressor und kann damit zu psychischen Folgestörungen bis hin zu reaktiven depressiven Störungen führen.

Eine begleitende Depression bei Patienten mit Herzinsuffizienz kann auch nach Kontrolle der körperlichen oder somatischen Krankheitsschwere mit einer verschlechterten Prognose einhergehen und vor allem die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen.

Pathogenetische Zusammenhänge

Die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Herzinsuffizienz und Depression – wobei Angstzustände als Teil der Depression gelten – sind gut untersucht. Drei Hauptmechanismen spielen dabei eine wesentliche Rolle:

- autonom-nervöse Reaktionen über das autonome Nervensystem,
- neurohumorale Aktivitäten über Stresshormone,
- entzündliche Prozesse.

Eine entzündliche Aktivierung mit erhöhtem Blutspiegel von Entzündungsmediatoren und proinflammatorischen Zytokinen (z.B. Tumornekrosefaktoren, Interleukin-6) findet sowohl bei Herzinsuffizienz als auch bei Depression statt. Dementsprechend sind bei depressiven herzinsuffizienten Patienten oft deutlich erhöhte Werte nachweisbar.

Diagnose mit gezielten Fragen

Laut den aktuellen Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) sollte bei Patienten mit Herzinsuffizienz systematisch das etwaige Vorliegen einer Depression abgeklärt werden. Dazu sollten im Rahmen des Arztgesprächs zunächst folgende zwei Fragen gestellt werden, die aus dem Patientenfragebogen PHQ-9 zur Abklärung von Depressivität stammen:

- Haben Sie im letzten Monat oft unter Gefühlen von Niedergeschlagenheit, Depression oder Hoffnungslosigkeit gelitten?
- Haben Sie im letzten Monat oft unter geringem Interesse oder Freudlosigkeit gelitten?

Bereits wenn eine dieser beiden Fragen mit „ja“ beantwortet wird, liegt die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Depression bei 50 Prozent. Ergänzend können weitere Fragen aus dem PHQ-9 angeschlossen werden, etwa nach Veränderungen des Appetits, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Schlafstörungen, Energiemangel oder auch Gedanken an Selbstschädigung oder Suizid. Alternativ kann auch eine andere Skala verwendet oder einfach ein Interview-Gespräch geführt werden, wie es laut ICD-10 vorgesehen ist.

Insgesamt kann durch das ärztliche Gespräch und die Miterfassung der psychischen Komorbidität eine psychosomatische Grundversorgung bei herzinsuffizienten Patienten einfach und gut durchgeführt werden.

Synergistische Behandlungsansätze

Die medikamentöse Behandlung der Herzinsuffizienz wirkt sich nicht nur auf den körperlichen Zustand positiv aus – häufig kommt es auch zu einer leichten Verbesserung der psychischen Begleitsymptome. Darüber hinaus kann regelmäßiges körperliches Training die psychische Befindlichkeit verbessern und die proinflammatorischen Zytokine senken. Weiters scheinen engmaschige Kontrollen in spezialisierten Herzinsuffizienz-Ambulanzen und das Ansprechen der Patienten auf ihr Befinden zu einer Verbesserung der Stimmungslage beizutragen.

Besonders gute Erfolge sind durch psychotherapeutische Kurzinterventionen (v.a. kognitive Verhaltenstherapie) in Kombination mit körperlichem Training zu erreichen. Bei schwer ausgeprägten psychischen Veränderungen können auch Psychopharmaka zum Einsatz kommen. Diese haben zwar keinen Einfluss auf die Sterblichkeit, können jedoch die – bei Herzinsuffizienten häufig sehr beeinträchtigte – Lebensqualität deutlich verbessern.

In jedem Fall ist es hilfreich, herzinsuffiziente Patienten in die Rehabilitation zu überweisen, da diese generell das Ziel verfolgt, körperliche und psychische Befindlichkeiten zu verbessern.

Gesprächsangebote – auch für Angehörige

Viele herzinsuffiziente Patienten haben elektronische Geräte zur Verbesserung der Herzkraft bzw. Defibrillatoren implantiert. Erfahrungsgemäß können Patienten, die bereits einmal einen Elektroschock durch einen Defibrillator erlebt haben, besondere Ängste entwickeln. Es ist wichtig und hilfreich, den Betroffenen Raum zu geben, über diese Ängste zu sprechen. Darüber hinaus geht es bei schwer kranken Patienten oft auch darum, sich im Rahmen von End-of-Life-Gesprächen mit dem Thema des Sterbens auseinanderzusetzen. Grundsätzlich handelt es sich bei Herzinsuffizienz in der Regel um einen langsamen, schleichenden Prozess, der meist dramatisch mit starker Atemnot anfängt. Die Betroffenen kommen ins Krankenhaus, bekommen eine Entwässerungstherapie und andere Medikamente. Mit der Linderung der körperlichen Beschwerden schöpfen sie oft wieder Mut. Da es sich jedoch um eine unheilbare, chronische Erkrankung handelt, sollte immer wieder nachgefragt werden, wie es dem Patienten sowohl körperlich als auch psychisch geht.

Zusätzlich hat die Mitbetreuung von Angehörigen einen hohen Stellenwert. Auch ihnen sollte die Möglichkeit geboten werden, über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen, wenn möglich bzw. gewünscht im Beisein des Patienten. Darüber hinaus sollten Unsicherheiten, die aufgrund von Informationsdefiziten bestehen, durch entsprechende Aufklärung – beispielsweise über das richtige Vorgehen im Notfall – ausgeräumt werden.

Zur Person

OÄ Dr. Evelyn Kunschitz

FÄ für Innere Medizin/Kardiologie, Spezialisierung für psychosomatische Medizin, Psychotherapeutin (personenzentrierte und analytische Psychotherapie, Traumatherapie), Kommunikationstrainerin, Balintgruppenleiterin

OÄ an der 2. Med. Abteilung für Kardiologie im HansuchKH mit Leitung des Schwerpunktes für Psychokardiologie, Leiter Stvtr. Leiterin der AG für kardiologische Psychosomatik, Vorstandsmitglied der ÖG für Psychosomatik in der Inneren Medizin, Fachgruppenmitglied der AGAKAR, Delegierte im European Network on Psychosomatic Medicine (ENPM)

Kontakt:

Hanusch-Krankenhaus

2. Medizinische Abteilung, Psychosomatik/Psychokardiologie

1140 Wien, Heinrich Collinstraße 30

Tel. 01/910 21-85390

Mobil: 0699/17 10 35 03

E-Mail: evelyn.kunschitz@wgkk.at

Web: <https://www.wgkk.at/cdscontent/?contentid=10007.724856&viewmode=content>

8. Zusammenfassung

Herzinsuffizienz – ein unterschätztes Leiden

Aktuelle Therapieoptionen von Medikamenten bis Herztransplantation

Schätzungen zufolge leidet jeder zehnte Österreicher an Herzinsuffizienz. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten haben in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen, dennoch sind Morbidität und Mortalität insbesondere aufgrund der hohen Dunkelziffer der Betroffenen hoch. Früherkennung und der damit verbundene rasche Therapiebeginn können die Prognose vieler Patienten deutlich verbessern. Aus aktuellen Statistiken lässt sich jedoch ableiten, dass Herzinsuffizienz hierzulande nach wie vor deutlich unterdiagnostiziert und unterbehandelt sein muss.

Herzinsuffizienz entwickelt sich schleichend. Dabei ist der Herzmuskel immer weniger in der Lage, die benötigte Menge an Blut in den Kreislauf zu pumpen und den Bedarf des Körpers an Sauerstoff und Nährstoffen zu decken. Daraus erklärt sich auch die Symptomatik: Anfänglich leiden die Betroffenen bei stärkerer körperlicher Belastung unter Atemnot, in weiterer Folge macht sich die Atemnot zunehmend auch bei weniger Belastung und schließlich auch bei kleinsten Tätigkeiten bemerkbar. Die schwerste Form ist die sogenannte Ruheatemnot, die auch lebensbedrohliche Ausmaße annehmen kann.

Die Verdachtsdiagnose wird aus der klinischen Präsentation gestellt, als Hauptuntersuchungsmethode ist die Echokardiographie etabliert. Zur Behandlung steht eine Vielfalt von Möglichkeiten zur Auswahl – von Medikamenten über Implantation von Klappen oder technischen Devices bis hin zur Herztransplantation.

Standardisierte medikamentöse Therapie

„Die medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz basiert auf drei Medikamentengruppen, die in der Erstlinie eingesetzt werden“, erläutert Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael M. Hirschl, Vorstand der Abteilung für Innere Medizin im Landeskrankenhaus Zwettl, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie. Es handelt sich dabei um:

- Antiotensin-converting-enzyme-Inhibitoren (ACE-Hemmer)/AT2-Blocker,
- Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten (MRA) sowie
- Betablocker.

Diese drei Gruppen können die Auswurfleistung verbessern und werden zur Behandlung jedes Herzinsuffizienz-Patienten empfohlen, sofern vertragen und nicht kontraindiziert. Kürzlich ist als vierte kausale Behandlungsoption die Kombination Angiotensin-Rezeptor/Nepriylisin-Hemmer (ARNI) Sacubitril/Valsartan hinzugekommen. Sie wird meistens dann eingesetzt, wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden bzw. nicht ausreichend wirksam sind. Daneben können kurzfristig Diuretika indiziert sein. Bei schwer herzinsuffizienten Patienten spielen auch sogenannte Zweitlinien-Medikamente eine Rolle, welche zwar nicht die Prognose, aber die Symptome verbessern. Dazu gehören in erster Linie Digitalis, der If-Kanal-Hemmer Ivabradin sowie der Calcium-Sensitizer Levosimendan.

Implantation von Herzklappen

Herzklappenfehler sind eine häufige, meist im Lauf des Lebens erworbene Erkrankung des Herzens. Dabei sind eine oder mehrere der insgesamt vier Herzklappen entweder verengt, verkalkt oder undicht. Wenn eine medikamentöse Behandlung nicht ausreicht, werden die defekten Herzklappen im Rahmen operativer Eingriffe entweder repariert oder ersetzt. „In den letzten Jahren gewinnt die sogenannte kathetergesteuerte Klappenimplantation oder -reparatur ohne Eröffnung des Brustkorbs immer mehr an Bedeutung“, berichtet OA Dr. Paul Vock MSc, 1. Oberarzt der Abteilung für Innere Medizin 3, Kardiologie Universitätsklinikum St. Pölten, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Leiter des Herzkatheterlabors, Arzt für psychotherapeutische Medizin. Die häufigsten eine Intervention erfordernden Klappenerkrankungen sind die Aortenklappenstenose und die Mitralklappeninsuffizienz.

Aortenklappenstenose: Neben dem traditionellen herzchirurgisch durchgeführten operativen Aortenklappenersatz am offenen Brustkorb etabliert sich in den letzten Jahren zunehmend die kathetergeführte Aortenklappenimplantation (TAVI), bei der biologische und künstliche Anteile kombiniert werden. In großangelegten Studien konnte nachgewiesen werden, dass nicht nur als inoperabel geltende Patienten sowie Patienten mit hohem und mittlerem Operationsrisiko von TAVI (vs. herkömmliche Operation)

profitieren. Laufende Studien weisen darauf hin, dass dies auch für Patienten mit niedrigem Operationsrisiko gelten könnte. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die Katheterklappe in Zukunft für die Aortenstenose als Therapie der ersten Wahl etablieren wird. Möglicherweise werden auch Hybridtechniken zum Einsatz kommen.

Mitralklappeninsuffizienz: Neben herkömmlichen chirurgischen Verfahren gewinnt die kathetergesteuerte Intervention wie etwa der sogenannte MitraClip an Bedeutung. Wichtige Voraussetzungen für die Einsetzbarkeit dieses Verfahren: nicht zu stark verkalkte Klappe, nicht zu sehr zerstörte Segel. Aktuelle Daten belegen, dass mit dieser Methode nicht nur die Lebensqualität verbessert, sondern auch die Mortalität verringert wird.

Unterstützung durch technische Devices

„Bei unzureichend erfolgreicher medikamentöser Therapie stehen zur Behandlung von Herzinsuffizienz verschiedene technische Optionen zur Auswahl“, erläutert OA Dr. Christian Wollmann, Oberarzt in der Abteilung für Innere Medizin 3 Ambulanz Kardiologie, Universitätsklinikum St. Pölten:

- Herzschrittmacher heben durch Abgabe schwacher Stromimpulse an die Herzmuskulatur eine zu langsame Herzfrequenz auf ein programmierbares unteres Niveau (z.B. 60 Schläge pro Minute) an.
- Defibrillatoren sollen lebensbedrohliche, zu schnelle Herzrhythmusstörungen (z.B. Kammertachykardie, Kammerflimmern) beenden. Im Falle von regelmäßigen Kammertachykardien wird primär versucht, die Rhythmusstörung mittels mehrerer hochfrequenter Schrittmacherimpulse (schmerzfrei) zu beenden. Gelingt dies nicht oder liegt Kammerflimmern vor, wird die Rhythmusstörung durch einen Schock beendet. Moderne Defibrillatoren können in der Regel alles, was ein entsprechendes Schrittmachersystem kann, aber nicht umgekehrt.
- Ziel der kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) ist es, mithilfe einer dritten Elektrode eine simultane Stimulation zu erreichen. Damit kann im günstigsten Fall die Auswurfleistung des linken Herzens (Ejektionsfraktion, EF) verbessert werden. Sie kann je nach Bedarf mit einem Schrittmacher oder einem Defibrillator kombiniert werden. Grundsätzlich sollte bei jedem Patienten mit bekannter Herzerkrankung, Linksschenkelblock und Herzinsuffizienz-Symptomatik an die Möglichkeit einer CRT-Indikation mit/ohne Defibrillator gedacht werden.

Erfolgsgeschichte Herztransplantation

Eine Herztransplantation ist die Verpflanzung eines gesunden Spenderherzens von einem hirntoten Organspender zu einem schwer herzkranken Empfänger. Seit 1984 wurden an der Medizinischen Universität Wien bereits mehr als 1.500 Herztransplantationen vorgenommen, jährlich sind es etwa 45 bis 50. „Wien ist damit eines der zehn größten Zentren der Welt“, so Univ.-Prof. Dr. Andreas Zuckermann, Facharzt für Herzchirurgie, Klinische Abteilung für Herzchirurgie der MedUni Wien/AKH Wien.

Eine Herztransplantation ist dann indiziert, wenn mit keiner anderen Behandlung ein Erfolg zu erreichen ist. Bei folgenden Erkrankungen kann eine Herztransplantation in Erwägung gezogen bzw. notwendig werden:

- Dilatative Kardiomyopathie: Bei dieser schweren Erkrankung des Herzmuskels ist das Herz geschwächt, Pumpfunktion und Leistung des Herzens sind reduziert.
- Koronare Herzkrankheit: Falls keine andere Therapieoption wie etwa Bypass, Operation oder Stent mehr möglich ist (sogenannte ischämische Kardiomyopathie);
- Angeborene Herzfehler;
- Herzrhythmusstörungen;
- Andere seltene Herzerkrankungen.

Obwohl eine Herztransplantation ein schwerer und aufwendiger Eingriff ist, kann das Herztransplantationsteam der Medizinischen Universität Wien auf eine hervorragende Statistik verweisen:

- Das Früh-Überleben liegt mittlerweile bei 95 Prozent.
- Sieben von zehn Patienten leben mit ihrem neuen Herzen über zehn Jahre, und das obwohl auch die Altersgrenze für eine Herztransplantation von 55 auf 70 Jahre angehoben wurde.
- Patienten, welche zum Zeitpunkt der Transplantation 65 Jahren alt sind, haben gleiche Langzeitüberlebenszahlen wie jüngere Patienten. Gleichzeitig steigt auch die neu geschaffene Lebensqualität deutlich an.

Entzündung des Herzmuskels

Entzündungen des Herzmuskels (Myokarditis) oder des Herzbeutels (Perikarditis) können durch ein breites Spektrum an Infektionserregern (v.a. Viren), aber auch durch nicht-infektiöse immunologische Erkrankungen ausgelöst werden. „Myokarditis tritt überwiegend bei jungen Männern auf und stellt bei Wettkampfsportlern Todesursache Nummer 3 mit plötzlichem Herztod dar“, erklärt Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer, Facharzt für Innere Medizin, ZFA für Infektionen & Tropenmedizin, Klinische Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin der MedUni Wien/AKH Wien. Das Spektrum der möglichen Beschwerden reicht von asymptomatisch (d.h. ohne Beschwerden) bis zum fulminanten kardiogenen Schock. Die Anfangssymptome sind uncharakteristisch, die Herzsymptomatik reicht von Herzklopfen oder -stolpern (Palpitationen) und Atemnot unter körperlicher Aktivität (Belastungsdyspnoe) über Angina pectoris bis zum Myokardinfarkt. Eckpfeiler der Therapie sind die Herzinsuffizienztherapie sowie ein absolutes Verbot von körperlichen Belastungen und Sport für mindestens drei Monate. Die Prognose einer Myokarditis ist meistens gut.

Psychosomatische Aspekte der Herzinsuffizienz

Herzinsuffizienz und psychische Beeinträchtigungen gehen häufig miteinander einher. „So leidet etwa ein Drittel aller herzinsuffizienten Patienten unter einer depressiven Symptomatik in unterschiedlichem Ausmaß“, betont OÄ Dr. Evelyn Kunschitz, Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie, Psychotherapeutin, Ambulanz für spezielle Psychosomatik in der Kardiologie im Hanusch-Krankenhaus. Depression kann zur Entstehung der koronaren Herzkrankheit beitragen, welche die häufigste Ursache für Herzinsuffizienz darstellt. Auf der anderen Seite wirkt jede Herzkrankheit als Stressor und kann damit zu psychischen Folgestörungen bis hin zu reaktiven depressiven Störungen führen.

Eine begleitende Depression bei Patienten mit Herzinsuffizienz kann auch nach Kontrolle der körperlichen oder somatischen Krankheitschwere mit einer verschlechterten Prognose einhergehen und vor allem die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Herzinsuffizienz und Depression sind gut untersucht. Als Hauptmechanismen gelten autonom-nervöse Reaktionen über das autonome Nervensystem, neurohumorale Aktivitäten über Stresshormone sowie entzündliche Prozesse. Laut den aktuellen Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) sollte bei Patienten mit Herzinsuffizienz systematisch das etwaige Vorliegen einer Depression abgeklärt werden. Dazu sollten im Rahmen des Arztgesprächs zunächst folgende zwei Fragen gestellt werden, die aus dem Patientenfragebogen PHQ-9 zur Abklärung von Depressivität stammen:

- Haben Sie im letzten Monat oft unter Gefühlen von Niedergeschlagenheit, Depression oder Hoffnungslosigkeit gelitten?
- Haben Sie im letzten Monat oft unter geringem Interesse oder Freudlosigkeit gelitten?

Bereits wenn eine dieser beiden Fragen mit „ja“ beantwortet wird, liegt die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Depression bei 50 Prozent. Ergänzend können beispielsweise weitere Fragen aus dem PHQ-9 angeschlossen werden, etwa nach Veränderungen des Appetits, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Schlafstörungen, Energiemangel oder auch Gedanken an Selbstschädigung oder Suizid.

Insgesamt kann durch das ärztliche Gespräch und die Miterfassung der psychischen Komorbidität eine psychosomatische Grundversorgung bei herzinsuffizienten Patienten einfach und gut durchgeführt werden. Die medikamentöse Behandlung der Herzinsuffizienz wirkt sich nicht nur auf den körperlichen Zustand positiv aus – häufig kommt es auch zu einer leichten Verbesserung der psychischen Begleitsymptome. Darüber hinaus kann regelmäßiges körperliches Training die psychische Befindlichkeit verbessern und die proinflammatorischen Zytokine senken. Weiters scheinen engmaschige Kontrollen in spezialisierten Herzinsuffizienz-Ambulanzen und das Ansprechen der Patienten auf ihr Befinden zu einer Verbesserung der Stimmungslage beizutragen. Besonders gute Erfolge sind durch psychotherapeutische Kurzinterventionen (v.a. kognitive Verhaltenstherapie) in Kombination mit körperlichem Training zu erreichen. Bei schwer ausgeprägten psychischen Veränderungen können auch Psychopharmaka zum Einsatz kommen. Zusätzlich hat die Mitbetreuung von Angehörigen einen hohen Stellenwert.

9. Pressebilder

Für die redaktionelle Berichterstattung stellen wir Ihnen diese Bilder gerne honorarfrei zur Verfügung. Sie finden sie in drucktauglicher Qualität auf dem beiliegenden USB-Stick.



Michael M. Hirschl
© privat



Paul Vock
© Universitätsklinikum St. Pölten/Robert Herbst



Christian Wollmann
© privat



Andreas Zuckermann
© privat



Florian Thalhammer
© MedUni Wien/Felicitas Matern



Evelyn Kunschitz
© Jana Kunschitz

Logos:

