

Ältere Patienten mit Herzinsuffizienz

Alle guidelinekonform behandeln?

Eine Behandlung nach Guidelines macht den Einsatz von vielen Medikamenten erforderlich, was gerade bei älteren Patienten oft zu Schwierigkeiten führt. Ob bei diesen Patienten streng nach Guidelines therapiert werden soll oder eher nicht, wurde am Jahreskongress der Schweizer Gesellschaft für Kardiologie (SSC/SSCS) in St. Gallen kontrovers diskutiert. Vorteile und Einwände beleuchteten Prof. Christian Müller, Universität Basel, und Prof. Franz Eberli, Stadtspital Zürich Triemli.



Foto: vh
Christian Müller

Es sei im besten Interesse des herzinsuffizienten Patienten, alle verfügbaren Therapien einzusetzen, die eine Klasse-I-Empfehlung in den Guidelines hätten, plädierte Prof. Christian Müller, Universität Basel, für die guidelinekonforme Therapie. Dieses Kriterium erfüllen bei der Indikation Herzinsuffizienz momentan die 4 Medikamentenklassen ACE-Hemmer/ARNI (Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitor), Betablocker, Mineralokortikoid-Antagonisten (MRA) und SGLT2-Hemmer (1).

Den Vorteil dieses Vorgehens zeigt der von Müller präsentierte Fall eines 56-jährigen Patienten, der mit einer akuten Herzinsuffizienz (linksventrikuläre Auswurfraction [LVEF]: 20%) hospitalisiert wurde. Nach dem 3. Tag im Spital haben sich die Werte verbessert: Es bestand keine Ruhedyspnoe mehr, der Puls betrug 88/min, der Blutdruck 110/70 mmHg, das Gewicht war wieder normal, die eGFR lag bei 107/min, die Extremitäten waren warm und Rasselgeräusche noch detektierbar. Seine Medikation bestand zuvor aus einem ACE-Hemmer und einem Diuretikum. Welche Medikation sollte nun zusätzlich gegeben werden? Betablocker? MRA? SGLT2-Hemmer? Alle 3? Gemäss der Guideline der European Society of Cardiology (ESC) zur Diagnose und Therapie der Herzinsuffizienz (1) ist bei allen Herzinsuffizienzpatienten die gleichzeitige Gabe von ACE-Hemmer/ARNI, Betablocker, MRA und SGLT2-Hemmer zur Senkung der Mortalität empfohlen (Klasse-1-Empfehlung). Bei diesem Patienten habe sich dieses Vorgehen ausgezahlt, denn 2 Monate später sei die LVEF auf 40 Prozent gestiegen, nach 4 Monaten hätte sie 55 Prozent betragen, berichtete Müller.

Eine Hospitalisierung infolge Herzinsuffizienz markiert eine fundamentale Veränderung des Krankheitsverlaufs und ist mit einer schlechten Prognose vergesellschaftet, das 5-Jahres-Mortalitätsrisiko steigt auf 40 bis 50 Prozent (2). Aus diesem Grund plädiert Müller für eine strikte Befolgung aller Klasse-I-Empfehlungen der Guidelines zur Verbesserung des Krankheitsverlaufs und der Lebensqualität des Patienten.



Foto: vh
Franz Eberli

Guidelines sind hilfreich

Guidelines resultierten aus der sorgfältigen Überprüfung der vorhandenen Evidenz. An ihrer Evaluierung seien über 50 Fachexperten aus aller Welt beteiligt, erklärte Müller die Entstehung. Der Prozess dauere bis zu 3 Jahren und münde dann in eine Expertenabstimmung zur Vergabe von Empfehlungen der Klasse I (soll), der Klasse II (kann) und der Klasse III (vermeiden). Das sei nicht perfekt, aber sehr hilfreich, so seine Argumentation für deren Einhaltung.

«Adäquate Polypharmazie»

Die Polypharmazie, gerade bei älteren Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen, sei jedoch ein wichtiger Aspekt bei der Therapieentscheidung. Doch könne eine diesbezügliche Zurückhaltung auch zu einer Unterversorgung führen, so Müller, weil Therapien mit bewiesenem Nutzen dem Patienten aus diesem Grund vielleicht vorenthalten würden. Das Ziel sei deshalb eine «adäquate Polypharmazie». Das bedeute, Medikationen mit unbewiesenem oder geringem Nutzen wegzulassen, und zwar zugunsten von solchen mit guter Evidenz und grossem Nutzen respektive hoher absoluter Risikoreduktion für den Patienten. Im Fall der SGLT2-Hemmer liegt die absolute Risikoreduktion für eine herzinsuffizienzbedingte Hospitalisierung oder für kardiovaskulären Tod bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und reduzierter LVEF bei 10,4 Prozent pro 100 Patientenjahre, die Number Needed to Treat beträgt 10 (2).

Was ist wichtiger?

Polypharmazie führe jedoch häufig zu unangemessenen (inappropriate) Medikationen, gibt Prof. Franz Eberli, Stadtspital Zürich Triemli, zu bedenken. Gemäss einer Untersuchung bei 231 Patienten mit Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion (HFpEF) erfüllten 74 Prozent die Kriterien einer Polypharmazie, definiert als > 10 Medikamente. Die häufigsten Komorbiditäten waren Hypertonie, Adipositas, obstruktive Schlafapnoe, Dyslipidämie und Diabetes. Praktisch bei allen kam es zu einer unangemessenen Medikation, bei der ein Medikament zu einer Verschlechterung eines Leidens oder zu einer Arzneimittelinteraktion führte (3). Arzneimittelinteraktionen seien in den Guidelines laut Eberli leider

schlecht abgebildet, wie beispielsweise eine systematische Untersuchung bei 12 NICE-Guidelines ergab (4). Guidelines warnten nicht vor potenziellen Interaktionen, auch nicht vor den häufigsten, so sein Caveat, man müsse diese selbst nachschauen. Basis für die Empfehlungen seien klinische Studien, die aber in der Regel ein sehr selektives Patientengut reprä-

sentierten und viele Umstände ausschlossen, die zu einem Konflikt mit der getesteten Therapie führen könnten. Die Patienten in der Praxisrealität seien jedoch multimorbid und ihre Medikationsliste meist lang. Eine zusätzliche Therapie zwingt deshalb immer zu einer Abwägung dahingehend, welches der Probleme des Patienten nun zu priorisieren sei. Denn wie eine englische Untersuchung zeigte, erhöht bei multimorbiden Patienten (n = 827) jedes zusätzliche Medikament das Risiko für eine Hospitalisierung oder Tod um 8,6 Prozent (5).

Was also tun? Guidelines seien hilfreich, um die Evidenz zu einer Thematik zu erfassen. Sie stellten Leitplanken dar, an denen man sich orientieren könne. Bei multimorbiden Patienten jedoch müssten Prioritäten gesetzt werden und Medikationen auch abgesetzt werden.

Wie priorisieren?

Polypharmazie gefährde aber auch die Guidelineadhärenz, die Adhärenz des Patienten, die Compliance und damit nicht zuletzt die Behandlungsqualität. Um die Polypharmazie auf das nötige Mass zu reduzieren, schlägt Eberli folgendes Vorgehen vor: 1. Medikamentenliste durchgehen: Lassen Sie sich alle Medikamente bringen, die der Patient einnimmt, einschliesslich aller rezeptfreien Präparate und Nahrungsmittelsupplemente. 2. Die Medikamente anschliessend auf ihre Eignung und Angemessenheit überprüfen. Für die Beurteilung der Angemessenheit sind Alter, Nierenfunktion, Gebrechlichkeit und die restliche Lebenserwartung wichtig. Nützliche Instrumente sind die Listen für unangemessene Medikation bei älteren Patienten, wie beispielsweise die Beers-Kriterien, die START/STOPP-Kriterien, die PRISCUS- oder die FORTA-Liste (QR-Links). Schliesslich sollen die Bedürfnisse und Präferenzen des Patienten erfragt werden, wie beispielsweise nach dem subjektiv wichtigsten Leiden. Das sei zwar zeitaufwendig, stärke aber die Arzt-Patienten-Beziehung und helfe bei der Prioritätensetzung und dem Deprescribing. Dazu gehöre des Weiteren, sich zu jedem Medikament die Schlüsselfragen nach der (immer noch aktuellen) Indikation, nach dem Nutzen-Risiko-Verhältnis, nach der korrekten Dosierung und nach möglicherweise besseren Alternativen zu stellen (6).

Die Fokussierung auf das für den Patienten wichtigste Leiden ermöglicht anstelle einer erkrankungszentrierten eine patientenzentrierte Herangehensweise. Wichtig dabei sei aber auch die Schulung des Patienten, damit dieser die Erkrankung und deren Therapie verstehe und so besser beurteilen könne, was ihm wichtig sei, so Eberli abschliessend. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Strict adherence to guidelines: pro/contra». SSC/SSCS Annual Meeting, 15. bis 16. Juni 2022 in St. Gallen.

Nützliche Links für die Pharmakotherapie



FORTA-Liste (deutsch)
www.rosenfluh.ch/qr/fortamedikamentenliste



PRISCUS-Liste (deutsch)
www.rosenfluh.ch/qr/priscuslisten



Beers-Kriterien (englisch)
www.rosenfluh.ch/qr/beersliste



START/STOPP-Kriterien (englisch)
www.rosenfluh.ch/qr/startstopp

Forta-Liste auch als App verfügbar

Bei FORTA («Fit FOR The Aged») handelt es sich um ein Medikamenten-Klassifizierungssystem, das als klinisches Hilfsmittel zur Überwachung und Optimierung der medikamentösen Therapie älterer Patienten dienen soll. Es kann sowohl via Browser als auch per App genutzt werden. Insgesamt 296 Substanzen bzw. Substanzklassen aus 30 Indikationsbereichen, die bei Älteren besonders häufig verordnet werden, wurden in der FORTA-Liste 2018 vier Kategorien zugeordnet – unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstands zur Eignung für ältere Patienten sowie des Nutzen-Risiko-Verhältnisses.

Für Substanzen der **Kategorie A (besonders vorteilhaft)** ist der Nutzen bei bestehender Indikation gut belegt. Für die Substanzen der **Kategorie B (vorteilhaft)** ist die Wirksamkeit bei älteren Patienten nachgewiesen, aber es bestehen Einschränkungen bezüglich Sicherheit und Wirksamkeit. Substanzen der **Kategorie C (fragwürdig)** verfügen über ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis. Ihr Einsatz sollte kritisch überdacht werden und der Patient ggf. bezüglich der zu erwartenden Wirkungen und eventuellen Nebenwirkungen genau beobachtet werden. Ferner sollten bessere Alternativen erwogen werden. Auf Substanzen der **Kategorie D (vermeiden)** sollte verzichtet werden. Die Apps können kostenlos im AppStore sowie bei Google Play heruntergeladen werden. Mü

Referenzen:

1. McDonagh TA et al.: 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42:3599-3726.
2. Butler J et al.: Sodium glucose co-transporter inhibitors and heart failure outcomes across different patient populations. *Eur Heart J*. 2021;42(48):4887-4890.
3. Brinker LM, Konerman MC, Navid P, et al.: Complex and Potentially Harmful Medication Patterns in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *Am J Med*. 2021;134(3):374-382.
4. Dumbreck S et al.: Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines. *BMJ*. 2015;350:h949.
5. Viktil KK et al.: Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol*. 2007;63(2):187-195.
6. Neuner-Jehle S et al.: Polypharmazie bei Älteren. *Prim Hosp Care Allg Inn Med*. 2019;19(04):113-115.