

Betablocker bei systolischer und bei diastolischer Herzinsuffizienz wirksam

k -- Bhatia V, Bajaj NS, Sanam K et al. Beta-blocker use and 30-day all-cause readmission in medicare beneficiaries with systolic heart failure. Am J Med 2014 (29. Dezember, early online); doi: 10.1016/j.amjmed.2014.11.036

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Markus Häusermann

[k Lund LH, Benson L, Dahlström U et al. Association between use of beta-blockers and outcomes in patients with heart failure and preserved ejection fraction. JAMA 2014 \(19. November\); 312: 2008-18](#)

Die positive Wirkung der Betablocker auf die Symptome, die Häufigkeit von Hospitalisationen und die Mortalität wegen Herzinsuffizienz ist bekannt. Allerdings beziehen sich die Studien bisher vor allem auf Personen mit einer systolischen Herzinsuffizienz. Für Personen mit einer überwiegend diastolischen Herzinsuffizienz (linksventrikuläre Füllungsbehinderung bei erhaltener Auswurfraction) gibt es hingegen keine Studien, die einen Nutzen von Betablockern belegen. In den beiden vorliegenden epidemiologischen Studien wurde mit einer speziellen Methode («propensity score matching») die Wirkung einer Betablockertherapie auf harte Endpunkte bei einer Herzinsuffizienz untersucht. Zunächst wurden bei den untersuchten Personen anhand von 36 bzw. 52 verschiedenen demographischen und medizinischen Merkmalen sogenannte «propensity scores» (Wahrscheinlichkeitswerte zwischen 0 und 1) berechnet. Jeder Person, die einen Betablocker erhalten hatte, wurde eine Kontrollperson ohne Betablocker gegenübergestellt, deren «propensity score» möglichst identisch war. Mit dieser statistischen Methode sollen in einer Beobachtungsstudie die Bedingungen einer prospektiven randomisierten Studie simuliert werden.

In einer ersten, amerikanischen Studie hatten 383 von 2'202 Personen (65 Jahre oder älter), die wegen einer Herzinsuffizienz mit einer linksventrikulären Auswurfraction (LVEF) unter 45% hospitalisiert worden waren und bei Spitaleintritt nicht unter Betablockern standen, bei Austritt neu einen Betablocker erhalten. Mit der «propensity score matching»-Methode wurde diesen Personen ein Pendant ohne Betablocker-Verschreibung als Kontrolle zugeordnet. Den primären Endpunkt, eine erneute Hospitalisation jeglicher Ursache innert 30 Tagen nach Austritt, erreichten mit Betablocker 20% der Kranken, ohne Betablocker dagegen 23% (Differenz statistisch nicht signifikant). In den ersten 30 Tagen nach Spitalentlassung starben aber nur 2% unter Betablockern und 5% ohne Betablocker («hazard ratio» HR 0,29; 95% CI 0,12-0,73). Die Betablocker-Verschreibung war mit einer signifikant geringeren Sterblichkeit jeglicher Ursache innert 4 Jahren nach Spitalentlassung assoziiert (HR 0,81; 95% CI 0,67-0,98). Betablocker verhinderten also bei systolischer Herzinsuffizienz ohne gravierende Nebenwirkungen sowohl kurz- als auch langfristig Todesfälle.

In der zweiten, schwedischen Studie wurden 5'496 Personen

(46% Frauen, mittleres Alter 78 Jahre, LVEF 40% oder mehr) mit diastolischer Herzinsuffizienz unter Betablockertherapie mittels «propensity score matching» im Verhältnis von 2:1 2'748 Herzinsuffizienzkranken ohne Betablocker gegenübergestellt. Die mediane Beobachtungszeit betrug 705 Tage für die Personen mit Betablocker und 718 Tage für diejenigen ohne (total 19'391 Personenjahre). Ein Jahr nach Aufnahme in die Studie lebten noch 80% mit und 79% ohne Betablockertherapie. Die 5-Jahresüberlebensraten betrugen 45% mit und 42% ohne Betablockertherapie. Dies entspricht einer Gesamtmortalität von 177 Personen pro 1000 Patientenjahre unter Betablockern gegenüber 191 Personen pro 1000 Patientenjahre ohne Betablocker (HR 0,93; 95% CI 0,86-0,996). Die Studienverantwortlichen folgern, dass es zur endgültigen Klärung eines Nutzens von Betablockern bei diastolischer Herzinsuffizienz eine genügend grosse randomisierte Studie braucht.

Die Zeiten, in denen eine Herzinsuffizienz als Kontraindikation für Betablocker galt, sind endgültig vorbei. Vielmehr gehört bei systolischer Herzinsuffizienz ein Betablocker immer zur Behandlung, ausser beim (seltenen) Vorliegen einer klaren Kontraindikation. Dies wurde in grossen randomisierten Studien eindeutig gezeigt. Nebenwirkungen beim Einleiten der Therapie müssen durch Einhalten der Grundsätze «start low – go slow – aim high» vermieden werden. Die erste Studie zeigt nun, dass dies fast immer gelingt: also keine Angst vor der Einleitung einer solchen Therapie. Auch bei diastolischer Herzinsuffizienz wird ein Betablocker oft gegeben, obschon dort der Nutzen weniger eindeutig dokumentiert ist. Die oben besprochene zweite Studie zeigt aber, dass wir auch in dieser Situation mit einem Betablocker nichts falsch machen. Am wichtigsten ist dabei, mit einer konsequenten antihypertensiven Therapie die Ziel-Blutdruckwerte auch wirklich zu erreichen. Dafür ist das Hinzufügen eines Betablockers ohnehin oft nötig. Stauungssymptome können durch kleine Dosen von Diuretika behoben werden.

Zusammengefasst und kommentiert von Markus Häusermann