

Experteninterview mit Dr. med. Simone Henne, Hamburg

Stellenwert natriuretischer Peptide (BNP, NT-proBNP) in der Praxis



Dr. med. Simone Henne ist niedergelassene Internistin, Kardiologin sowie Rettungsmedizinerin und Leiterin einer internistischen Praxis in Hamburg

Seit wann (und warum) setzen Sie NT-proBNP in der Praxis ein?

Dr. S. Henne: „Natriuretische Peptide (NP) wurden als Herzinsuffizienzmarker bereits vor etwa zehn bis 15 Jahren eingeführt, setzten sich im Praxisalltag aber erst nach und nach durch. Ich bestimme den Marker bereits seit vielen Jahren regelmäßig, muss aber dazu sagen, dass ich zuvor zwölf Jahre an einer Universitätsklinik tätig war, an der die Erhebung von NP-Werten bei herzinsuffizienten Patienten etabliert war. An unseren Zentren werden die Patienten regelmäßig mit einem NP-Wert entlassen, an dem wir uns im Verlauf orientieren können. Bei Patienten mit Verdacht auf eine akute Herzinsuffizienz setzen wir zur Diagnostik NT-proBNP auch in Kombination mit dem Herzultraschall ein, um im Rahmen der Therapie einen einfach bestimmbar Parameter als Startpunkt und zur Therapiebeobachtung zur Verfügung zu haben.“

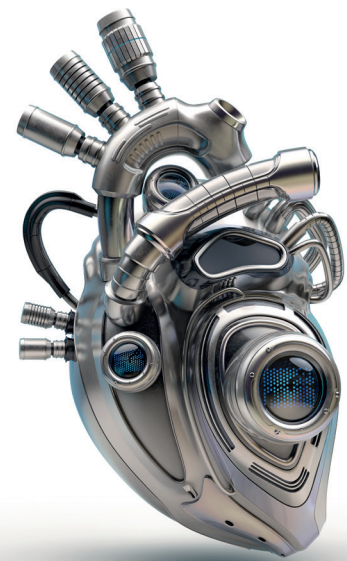
Wie schätzen Sie die Entwicklung bzw. künftige Rolle von NT-proBNP für das Herzinsuffizienzmanagement Ihrer Patienten ein?

Dr. S. Henne: „Kommt der Patient mit Verdacht auf eine akute Herzinsuffizienz, kann NT-proBNP bei der differenzialdiagnostischen Fragestellung, ob die Luftnotbeschwerden eher

von der Lunge oder vom Herzen herrühren, sehr hilfreich sein. Hier dürfte der Marker zunehmend auch für Hausärzte von Interesse sein, denen kein Herzultraschall zur Verfügung steht, zumal die Sensitivität von NT-proBNP besonders hoch ist. Außerdem ist der NP-Marker gut dazu geeignet, um die Schwere einer bestehenden Herzinsuffizienz noch besser kalkulieren zu können.“

Bei welchen Fragestellungen setzen Sie die Bestimmung von NT-proBNP am häufigsten ein?

Dr. S. Henne: „Ich nutze NT-proBNP regelmäßig als Verlaufparameter bei Herzinsuffizienz, wobei es sehr darauf ankommt, in welchem Zustand sich der Patient befindet. Es gibt viele Patienten im Alter von 40 bis 60 Jahren, die eine Herzinsuffizienz aufgrund einer kardiotoxischen Chemotherapie haben. Da ich auch sportkardiologisch tätig bin, trainiere ich mit diesen Patienten und bestimme initial circa alle drei Monate sowie im Verlauf den NT-proBNP-Wert, um den Fortschritt der Therapiemaßnahmen zu kontrollieren. Kommen Patienten mit Verdacht auf eine akute Herzinsuffizienz zu uns, mache ich auf jeden Fall einen Herzultraschall. Ich bestimme aber auch sofort einen NT-proBNP-Wert, damit ich einen Anfangswert zur Verfügung habe.“



Was wird sich Ihrer Einschätzung nach mit der Einführung der neuen Wirkstoffklasse der ARNI für Ärzte und ihre Patienten bei Auswahl oder Indikation der NP-Marker ändern?

Dr. S. Henne: „Die neue Wirkstoffkombination ermöglicht erstmals über die Inhibition von Nephrylin eine Abbauphemmung der NP. Nephrylin ist dabei insbesondere auch für den Abbau von BNP verantwortlich: Da die Hemmung von Nephrylin zum Anstieg der BNP-Spiegel führt, könnte man fälschlicherweise annehmen, dass die Behandlung ineffektiv ist. Hier ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass es unter der Behandlung mit einem ARNI auf den NT-proBNP-Wert ankommt und nicht auf BNP. NT-proBNP bleibt weiterhin stabil und kann als Verlaufparameter der Therapie eingesetzt werden. Bislang sind die wenigsten Hausärzte oder Internisten über die Unterschiede von BNP und NT-proBNP informiert. Selbst für Kardiologen waren die Besonderheiten bislang nicht sonderlich präsent. Die Differenzierung zwischen den beiden natriuretischen Peptiden BNP und NT-proBNP war unter den bisherigen Medikamenten auch nicht erforderlich.“

Vielen Dank für das Gespräch, Frau Dr. Henne!

Das natriuretische Peptid NT-proBNP in der Praxis: Einsatz und Stellenwert in der Allgemeinmedizin



Kai Götte ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Leiter einer Praxis in Friedrichsdorf

Seit wann (und warum) setzen Sie NT-proBNP in der Praxis ein?

K. S. Götte: „In unserer hausärztlichen und diabetologischen Schwerpunktpraxis arbeite ich seit etwa sechs Jahren mit dem natriuretischen Peptid NT-proBNP. Anfangs haben wir es sehr zurückhaltend und bei Vorliegen von Unsicherheitsfaktoren in Einzelfällen bestimmt, nutzen es inzwischen aber zunehmend.“

Wie schätzen Sie die Entwicklung bzw. künftige Rolle von NT-proBNP für das Herzinsuffizienzmanagement Ihrer Patienten ein?

K. S. Götte: „Aus meiner Sicht nimmt die Relevanz von NT-proBNP zu, da auch die Anzahl der Anwender steigt. Bislang war der Marker sowohl in der hausärztlichen als auch in der fachärztlichen Versorgung noch nicht so präsent. Hier sind wir der Zeit auch schon ein wenig voraus, denn ich glaube, dass in Zukunft NT-proBNP auch als Marker zur Verlaufsbeobachtung in die Leitlinien einfließen wird. Neben der Differenzialdiagnostik geht es bei Patienten mit Herzinsuffizienz auch um ihre adäquate medikamentöse Behandlung. Sie trägt dazu bei, unnötige Krankenhausaufenthalte durch häufige Dekompensationen zu vermeiden und die dadurch verursachten erheblichen Folgekosten zu reduzieren. Im niedergelassenen Bereich stehen nicht viele Möglichkeiten zur Diagnostik zur Verfügung.

Häufig wird, als klassischer Parameter, die Überprüfung des Körpergewichts herangezogen. Mit dem NT-proBNP-Wert haben wir einen zweiten Parameter zur Verfügung, den wir bei chronischer Herzinsuffizienz einsetzen können, um z. B. eine Therapieüberwachung vornehmen zu können.“

Bei welchen Fragestellungen setzen Sie die Bestimmung von NT-proBNP am häufigsten ein?

K. S. Götte: „Neben der Detektion einer Herzinsuffizienz bei entsprechenden Verdachtsfällen bzw. Differenzialdiagnostik von Patienten mit Dyspnoe setzen wir NT-proBNP inzwischen auch routinemäßig als Verlaufsparemeter bei Patienten mit einer höhergradigen Herzinsuffizienz und Symptomen ein, d. h. in der Regel ab NYHA-Stadium III.“

Könnten Sie eine kurze Fall-/Anwendungserfahrung aus Ihrer aktuellen Praxis schildern, um den positiven Nutzen zu erläutern?

K. S. Götte: „Der typische Patient kommt mit einer COPD und Herzinsuffizienz im Stadium NYHA II in die Praxis und bekommt seit Tagen schlecht Luft. Hier stellt sich die Frage, ob die Ursache eine Pulmonale oder Kardiale ist, und damit gleichzeitig auch, ob es einer stationären Einweisung bedarf oder nicht. Hat der Betroffene ein primär pulmonologisches Problem, versuche ich ihn ambulant zu therapieren und

nicht einzuweisen, bei einer Dekompensation der Herzinsuffizienz als führende Ursache für die Dyspnoe werde ich den Patienten dagegen stationär einweisen. Dieser Fall ist die perfekte Indikation für eine NT-proBNP-Bestimmung, um bei der Diagnosestellung die gewünschte Sicherheit zu erreichen.“

Was wird sich Ihrer Einschätzung nach mit der Einführung der neuen Wirkstoffklasse der ARNI für Ärzte und ihre Patienten bei Auswahl oder Indikation der NP-Marker ändern?

K. S. Götte: „Im Rahmen der hausärztlichen Versorgung werde ich NT-proBNP nicht über die aktuelle Anwendungspraxis hinaus zum therapeutischen Monitoring einsetzen. Ich halte es aber für wesentlich, die neue Wirkstoffklasse nur nach Bestimmung von NT-proBNP zu verordnen. Ähnlich wie bei teuren Antidiabetika werde ich die Verordnung gerade im Hinblick auf potenzielle Regressrisiken durch eine entsprechende Labordiagnostik begründen, damit ersichtlich wird, warum der Patient diese Medikation benötigt und davon profitiert. Ein Herzultraschallbefund allein ist mir nicht ausreichend. NT-proBNP wird der entscheidende Parameter in dieser Situation sein, wo er sich meiner Ansicht nach in der Praxis durchsetzen und künftig eine zusätzliche Rolle spielen wird.“

Vielen Dank für das Gespräch, Herr Götte!