

Herzinsuffizienz: Den endgültigen Beweis liefert die Echokardiografie

Interview mit dem Kardiologen PD Dr. med. Cornel Badorff, Winterthur

ARS MEDICI: Hat die klinische Diagnose bei der Herzinsuffizienz angesichts der vielfältigen technischen Möglichkeiten eigentlich ausgedient?

PD Dr. med. Cornel Badorff: Nein, überhaupt nicht. Der Patient kommt in der Regel zu seinem Hausarzt oder seiner Hausärztin und berichtet von Symptomen, die dann eingeordnet werden müssen. Dabei ist die Anamnese – wie auch bei anderen Erkrankungen – zentral. Bei Herzinsuffizienz klagen Patienten häufig über belastungsabhängige Atembeschwerden, vermehrte Müdigkeit, auch über geschwollene Beine oder Füsse, vor allem abends, sowie über häufiges Wasserlassen nachts und Atemnot oder asthmaähnliche Beschwerden im Liegen, sodass sie halb aufrecht schlafen.

ARS MEDICI: Anhand der Anamnese besteht also eine diagnostische Vermutung ...

Badorff: ... aber zur Objektivierung der vermuteten Herzinsuffizienz muss sich als nächster Baustein die körperliche Untersuchung gesellen. Dabei betrachtet man den Volumenstatus des Patienten. Bei Steigerung der Vorlast vor dem linken Herzen finden sich verlängertes Expirium, expiratorisches Giemen und Brummen oder basale Rasselgeräusche. Bei erhöhter Vorlast vor dem rechten Ventrikel lassen sich gestaute Jugularvenen, hepatojugulärer Reflux und periphere Ödeme nachweisen.

ARS MEDICI: So wäre sicher schon ein starker klinischer Herzinsuffizienzverdacht gegeben. Welches sind die nächsten Abklärungsschritte?

Badorff: Auf jeden Fall ein EKG, das gehört zur Basisdiagnostik bei Herzinsuffizienz.

ARS MEDICI: Kommen dabei nicht meist nur unspezifische Veränderungen zur Darstellung?

Badorff: Oft schon, aber eben auch wichtige Zeichen wie Rhythmusstörungen, beispielsweise ein Vorhofflimmern, das häufig zu einer Herzinsuffizienz führt. Das EKG soll in erster Linie Hinweise geben, ob eine strukturelle kardiale Veränderung vorliegen könnte, etwa bei einem Blockbild oder Endstreckenveränderungen.

ARS MEDICI: Gehört auch das Thoraxröntgenbild zwingend zur Basisdiagnostik?

Badorff: Ja, denn es ist einfach und auch in der Praxis durchführbar. Hier interessieren die Herzgrösse, die Konfiguration des Herzschattens, mögliche Pleuraergüsse, gegebenenfalls auch eine pulmonale zentralvenöse Stauung oder die Zeichen für eine basoapikale Umverteilung.

ARS MEDICI: Welchen Stellenwert hat die Bestimmung des BNP (brain natriuretic peptide)?

Badorff: Das BNP ist heute bei Diagnosestellung und Behandlungsüberwachung der Herzinsuffizienz von hohem Wert. Eine Bestimmung in der Hausarztpraxis empfiehlt sich durchaus. Anhand des BNP-Spiegels lässt sich die Wahrscheinlichkeit einer Herzinsuffizienz abschätzen. Allerdings wurde dies nur bei systolischer Insuffizienz systematisch dokumentiert, nicht jedoch bei diastolischer Herzinsuffizienz. Dort ist das BNP auch häufig normal. Das heisst also, dass ein normales BNP eine Herzinsuffizienz nicht sicher ausschliessen kann!

ARS MEDICI: Was liefert denn bei Herzinsuffizienzverdacht den endgültigen Beweis?

Badorff: Den endgültigen Beweis liefert die transthorakale Echokardiografie durch den Kardiologen. Eine Echokardiografie sollte gemäss den gültigen europäischen Leitlinien bei jedem Patienten mit vermuteter oder bestätigter Herzinsuffizienz veranlasst werden. Die Untersuchung erlaubt die Erfassung der Grösse und Funktion des linken und rechten Ventrikels sowie der Morphologie und Funktion der Herzklappen. Ausserdem lässt sich der Flüssigkeitsstatus abschätzen, und man kann den pulmonal-arteriellen Druck messen. Dies ist eine nicht invasive Standarduntersuchung, die in jedem Fall erfolgen sollte.

«Den endgültigen Beweis liefert die transthorakale Echokardiografie durch den Kardiologen.»



Zur Person

PD Dr. med. Cornel Badorff, Facharzt FMH für Kardiologie,
Facharzt FMH für Innere Medizin, Winterthur. Internet: www.herzpraxis-winterthur.ch.

ARS MEDICI: Sie haben die oft nicht aussagekräftige BNP-Bestimmung bei diastolischer Herzinsuffizienz erwähnt, was leistet die Echokardiografie in dieser Situation?

Badorff: Die diastolische Funktion lässt sich heute anhand einer ganzen Reihe von Parametern echokardiografisch sehr gut untersuchen. Die Echokardiografie ist hier die Methode der Wahl und auch einer Katheteruntersuchung überlegen. Wichtigste Risikofaktoren für eine diastolische Funktionsstörung sind übrigens weibliches Geschlecht, Alter und Hypertonie.

ARS MEDICI: Kann bei einem klinischen Verdacht auf eine Herzinsuffizienz und entsprechender Symptomatik die Einleitung einer medikamentösen Behandlung in der Praxis auch ohne vorgängige Abklärung beim Kardiologen erfolgen?

Badorff: Ist die Klinik klar und der Patient mit einer Volumenüberlastung symptomatisch, kann der Hausarzt sicher zunächst ein Diuretikum und einen Hemmer des Renin-Aldosteron-Angiotensin-Systems, klassischerweise einen ACE-Hemmer, verschreiben und den Patienten gleichzeitig beim Kardiologen anmelden.

ARS MEDICI: Wer soll dann die weitere Therapie festlegen?

Badorff: Da kann ich nur für mich sprechen, aber ich denke, dass die meisten anderen Kardiologen dies auch so halten: Die Therapie der Herzinsuffizienz soll in Absprache zwischen Praktiker und Spezialist erfolgen.

ARS MEDICI: In welchen zeitlichen Abständen ist der Kardiologe in das Management involviert?

Badorff: Dies ist sicher individuell. Die medikamentöse Herzinsuffizienzbehandlung muss zu Beginn langsam aufgetitriert werden. Dies kann gut beim Hausarzt geschehen, vom Kardiologen übernommen werden oder mit abwechselnden Konsultationen erfolgen – da muss man sich absprechen. Eine klinische Kontrolle beim Kardiologen ist nach sechs bis acht Wochen sicher sinnvoll. Ob dann weitere Schritte apparativer Abklärung, etwa ein Belastungs- oder Langzeit-EKG, oder eine Katheteruntersuchung zur Ischämieabklärung erfolgen sollen, hängt vom Einzelfall ab.

ARS MEDICI: Das heisst, dass man sich mit der Diagnose Herzinsuffizienz nicht einfach zufriedengeben darf.

Badorff: Genau. Wichtig ist bei einer Herzinsuffizienz immer, dass man die Ursache findet und dann möglichst auch eine kausale Behandlung durchführt.

«Ziel muss es grundsätzlich sein, Patienten mit Herzinsuffizienz im ambulanten Bereich führen zu können, denn die grössten Kostentreiber sind die Spitaleinweisungen.»

ARS MEDICI: Spielen die Krankenkassen im «Zeitalter des Kostenbewusstseins» bei dem von Ihnen skizzierten Weg der Abklärung und Betreuung der Herzinsuffizienz mit?

Badorff: Ziel muss es grundsätzlich sein, Patienten mit Herzinsuffizienz im ambulanten Bereich führen zu können, denn die grössten Kostentreiber sind die Spitaleinweisungen. Gerade auch unter diesem Gesichtspunkt spielen die Krankenkassen bei den Überweisungen an den Kardiologen aus eigenem Interesse, um überflüssige Hospitalisationen zu vermeiden, durchaus mit. Vergessen Sie nicht: Herzinsuffizienz ist der häufigste Grund für eine Spitaleinweisung überhaupt, in der Schweiz und in der gesamten westlichen Welt.

ARS MEDICI: Herr Dr. Badorff, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Das Interview führte Halid Bas.