

*Thoraxschmerzen in der Praxis***Im Zweifel für den Herzinfarkt**

Bei Patienten mit Thoraxschmerzen in der Praxis ist rasches Handeln gefragt, egal ob sich der Verdacht auf Herzinfarkt danach im Spital bestätigt. Worauf es ankommt und nach welchen Kriterien anschliessend die Entscheidung für eine Bypassoperation oder für eine Stenteinlage fällt, oder ob der Stent gar ambulant eingesetzt werden kann, erklärten Fachexperten interessierten Kardiologen und Hausärzten an der Birsecker Herzfortbildung in Arlesheim.

Ein akuter Herzinfarkt ist häufig, ist akut lebensbedrohlich und die häufigste Todesursache in der Schweiz. Bei Patienten mit akutem Thoraxschmerz sollte daher immer von einem Myokardinfarkt ausgegangen werden. Wenn er frühzeitig erkannt wird, ist er sehr gut behandelbar, wie Dr. Kristoffer Kolle, Kardiologe in der Herzpraxis Birseck, Arlesheim, erklärte. Befindet sich ein Patient mit akutem Thoraxschmerz in der Hausarztpraxis, mit Schmerzausstrahlung über beide Schultern in die Arme und hoch bis in den Kiefer, ist akute Hilfe notwendig und die Anforderung der Sanität über die Notfallnummer 144 daher nie falsch – denn «Zeit ist Muskel». Im Spital wird weiter abgeklärt, ob es sich um einen akut lebensbedrohlichen Myokardinfarkt, ein akutes Aortensyndrom oder um eine Lungenembolie handelt. Bei atypischer Klinik können auch muskuloskelettale Ursachen, Angststörungen, Pleuritis, gastroösophageale Erkrankung oder eine Gastritis infrage kommen.

Häufig interpretieren Patienten solche Thoraxschmerzen, die sich auch zwischen den Schulterblättern mit Ausstrahlung in beide Arme manifestieren können, falsch, vor allem wenn sie nach zwei Stunden wieder verschwunden sind. Ein späteres EKG dokumentiert zusammen mit einem erhöhten Troponin T, das als quantitativer Marker die Herzmuskelschädigung anzeigt, einen durchgemachten akuten Herzinfarkt.

Das Troponin wird noch in der Praxis mit einem Point-of-Care-Gerät (POC) bestimmt und sollte nach sechs Stunden ein zweites Mal gemessen werden. Zu bedenken ist, dass viele cTn-POC-Geräte zu wenig sensitiv sind, d.h. sie erfassen nur leicht erhöhtes Troponin nicht, wie Prof. Dr. Christian

Müller, Ärztliche Leitung Herzzentrum, Universitätsspital Basel, Leiter Cardiovascular Research Institute Basel (CRIB), Universität Basel, zu bedenken gab. Wenn die Sensitivität zu tief ist, können damit Nicht-ST-Hebungsinfarkte verpasst werden, die etwa ein Viertel aller Myokardinfarkte ausmachen. Denn auch ein leichter Troponinanstieg kann bei entsprechender Klinik auf einen Herzinfarkt hinweisen. Beispielsweise würde bei einem Gerätenormwert von < 40 ng/l ein Anstieg von 11 auf 32 ng/l als normal durchgehen und damit ein leichter Herzinfarkt übersehen, so Prof. Müller. Bei moderneren Geräten ist der Messbereich grösser, womit auch Anstiege auf niedrigem Niveau erfasst werden können.

Einmal im Spital, stellt sich die Frage, ob die Gefässverschlüsse durch eine perkutane Koronarintervention (PCI) mit Stents oder mittels einer Koronararterien-Bypass-Operation (coronary artery bypass graft, CABG) revaskularisiert bzw. umgangen werden sollen. Ziel dabei sind die Symptomlinderung, die Prävention eines Reinfarkts und die Verbesserung der Lebensqualität. Bei distaler Hauptstammstenose der linken Koronararterie, bei einer koronaren Dreigefässerkrankung sowie Multigefässerkrankung mit Diabetes oder bei schlechter Pumpfunktion < 35% ist gemäss den Guidelines der European Society of Cardiology (ESC) (1) der Koronarbypass die bevorzugte Methode, wie Prof. Dr. Hassina Baraki, Chefärztin Herzchirurgie, Universitätsspital Basel, erklärte. Bei Patienten mit hoher Morbidität, eingeschränkter Mobilität oder schlechter Langzeitprognose (z.B. bei Tumorpatienten) sei dagegen eine PCI besser geeignet (1).

Stent ambulant

Mittlerweile können Stents bei entsprechender Indikation auch ambulant eingesetzt werden, wie Prof. Dr. Ahmed Khattab, ambulante Herzklinik Cardiance in Pfäffikon (SZ) und Liestal (BL), berichtete. Grundlage für dieses Vorgehen war unter anderem die EPOS-Studie (2), die die Spitalentlassung nach elektiver Stenteinsetzung gleichentags mit anderntags verglich. In die Studie eingeschlossen wurden 800 konsekutive Patienten, die für eine PCI vorgesehen waren. Vier Stunden nach dem Eingriff wurden die Patienten hinsichtlich einer Eignung zur frühen Entlassung untersucht. Patienten, die sich für eine frühe Entlassung eigneten, wurden in eine Gleichtags-Entlassungsgruppe oder in eine Grup-

KURZ UND BÜNDIG

- Bei klinischem Verdacht auf Myokardinfarkt EKG schreiben und Nr. 144 anrufen.
- Bei EKG-Veränderung und erhöhtem Troponin T mit entsprechender Klinik ist ein Herzinfarkt wahrscheinlich.
- Bei früher Entdeckung einer koronaren Herzerkrankung können viele Läsionen mittels PCI behoben werden.
- Stents können auch ambulant eingelegt werden.
- Bei vielen und schweren Stenosen kann eine Bypassoperation mehrere Läsionen auf einmal umgehen.

pe mit Übernachtung im Spital randomisiert. Patienten, die sich für eine sofortige Entlassung nicht eigneten, wurden im Spital behalten, ungeachtet früherer Randomisierung. Als primärer Endpunkt war die Kombination von Tod, Myokardinfarkt, CABG, erneute PCI oder punktionsbedingte Komplikationen innerhalb von 24 Stunden definiert. Unter allen Studienteilnehmern trat der kombinierte primäre Endpunkt bei 9 (2,2%) Patienten mit Entlassung am selben Tag und bei 17 (4,2%) Patienten mit Übernachtung auf (Risikodifferenz $-0,020$; 95%-Konfidenzintervall [KI]: $-0,045$ bis $-0,004$; p für Nichtunterlegenheit $< 0,0001$). Unter den Patienten, die für eine vorzeitige Entlassung als geeignet eingestuft wurden, trat der kombinierte Endpunkt bei 1 von 326 (0,3%) Patienten mit Entlassung am selben Tag und bei 2 von 312 (0,6%) Patienten mit Übernachtung auf (Risikodifferenz $-0,003$; 95%-KI: $-0,014$ bis $0,007$; p für Nichtunterlegenheit $< 0,0001$). Die drei Ereignisse standen in Zusammenhang mit der Punktionsstelle.

Eine Entlassung am gleichen Tag nach einer elektiven PCI ist damit bei der Mehrheit (80%) der für eine ambulante PCI ausgewählten Patienten möglich und sicher. Sie führt im Vergleich zu einer Übernachtung nicht zu zusätzlichen Komplikationen, so das Fazit der Studienautoren (2).

Die British Cardiovascular Intervention Society hält in ihren Guidelines von 2025 fest, dass die ambulante PCI laut Fachliteratur eine ausgezeichnete Sicherheit aufweist. Patienten, bei denen Bedenken hinsichtlich des Eingriffs bestehen, sollten gelegentlich über Nacht im Spital bleiben oder in das regionale PCI-Zentrum verlegt werden, wenn ausserhalb der Sprechzeiten eine Notfall-Reintervention erforderlich wird (3). Die österreichische Arbeitsgruppe der interventionellen Kardiologie schreibt in ihrem Konsensuspapier von 2024 ebenfalls, dass koronare Eingriffe mit Ent-

lassung am selben Tag gemäss Literatur ein günstiges Sicherheitsprofil aufweisen, ohne dass das Risiko schwerwiegender unerwünschter Ereignisse im Vergleich zu einer Übernachtung erhöht ist. Wichtigste Voraussetzung für eine Entlassung am selben Tag sei allerdings die adäquate Auswahl geeigneter Patienten sowie ein strukturierter Managementplan für die Zeit während und nach dem Eingriff (4).

Sollte eine Komplikation während des Eingriffs eintreten, wird der Patient nicht am gleichen Tag entlassen, sondern in der Tagesklinik auf der dazu eingerichteten Station über Nacht überwacht, wie Prof. Khattab berichtete. In der mittlerweile seit über zehn Jahren bestehenden Klinik für ambulante Herzchirurgie konnten 98,5% der Patienten ambulant behandelt werden. Ein ambulant gesetzter Stent kostet gemäss Prof. Khattab etwa halb so viel wie die gleiche Prozedur im Spital mit einer Übernachtung. □

Valérie Herzog

Quelle: «Herzinfarkt in der Praxis», Birsecker Herzfortbildung, 29.1.2026, Arlesheim

Referenzen:

1. Doenst T et al.: ESC/EACTS guideline for chronic coronary syndrome-invasive treatment perspectives important for daily practice. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2024;66(4):ezae360. doi:10.1093/ejcts/ezae360
2. Heyde GS et al.: Randomized trial comparing same-day discharge with overnight hospital stay after percutaneous coronary intervention: results of the Elective PCI in Outpatient Study (EPOS). *Circulation.* 2007;115(17):2299-2306. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.591495
3. Curzen N et al.: Percutaneous Coronary Intervention in the UK: Recommendations of the British Cardiovascular Intervention Society. *Interv Cardiol.* 2025;20:e01. Published 2025 Jan 23. doi:10.15420/icr.2024.43
4. Brandt MC et al.: Same-day discharge after percutaneous coronary procedures-Consensus statement of the working group of interventional cardiology (AGIK) of the Austrian Society of Cardiology. *Wien Klin Wochenschr.* 2024;136(Suppl 3):61-74. doi:10.1007/s00508-024-02348-y