

*Herzinsuffizienz***Daran denken und abklären**

Viele Patienten überleben heutzutage den Herzinfarkt oder leiden an einem Typ-2-Diabetes. Das macht sie zu Kandidaten für eine Herzinsuffizienz. Wie man sie erkennt und was weiter zu tun ist, erklärte Prof. Dr. Mattia Arrigo, Chefarzt und Professor für Innere Medizin, Ospedale Regionale di Lugano und Università della Svizzera italiana, am Ärztekongress in Davos anhand von zwei Fallvignetten.

1. Fallvignette

Bei einem Hausarztbesuch berichtet eine 62-jährige Patientin von Belastungsdyspnoe (NYHA II) ohne Angina pectoris. In ihrer Vorgeschichte finden sich eine arterielle Hypertonie, paroxysmales Vorhofflimmern, Adipositas (Body-Mass-Index 33 kg/m²) und ein Typ-2-Diabetes. Ihre aktuelle Medikation besteht aus Perindopril/Indapamid, Bisoprolol, Apixaban, Metformin und Atorvastatin. Der Blutdruck liegt bei 135/85 mmHg, die Herzfrequenz bei 60/min (regelmässig), SpO₂ 97%, Stauungszeichen liegen nicht vor.

Aufgrund dieser Symptomatik und Anamnese empfiehlt Prof. Arrigo die Abklärung einer Herzinsuffizienz.

Begründung

Frauen mit einer neu diagnostizierten Herzinsuffizienz sind zum Zeitpunkt der Diagnose älter als Männer, und sie leiden häufiger an einer Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurf-fraktion (HFpEF) (1). Männer dagegen leiden eher an einer Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurf-fraktion (HFrEF) (1).

Die Prävalenz von unentdeckter Herzinsuffizienz bei > 60-jährigen Patienten mit Typ-2-Diabetes liegt bei 20–30% (2). Deshalb ist bei asymptomatischen Patienten mit Typ-2-Diabetes eine jährliche Messung des NT-proBNP zur Früherkennung einer Herzinsuffizienz sinnvoll (2). Liegt der NT-proBNP-Wert ≥ 300 ng/l, ist eine Herzinsuffizienz wahrscheinlich, und der Patient sollte zum Kardiologen für eine Echokardiografie überwiesen werden. Bei Werten zwischen 125 und 299 ng/l ist eine Herzinsuffizienz möglich. In diesem Fall sollte überprüft werden, ob der Patient wirklich asymptomatisch ist. Eine Überweisung zum Kardiologen sollte erwogen werden (3).

2. Fallvignette

Ein 58-jähriger Mann stellt sich in der Notaufnahme vor, da er seit drei Tagen unter zunehmender Dyspnoe, Orthopnoe und paroxysmaler nächtlicher Dyspnoe leidet. Er berichtet von einer Gewichtszunahme von 5 kg in der vorangehenden Woche.

In seiner Anamnese finden sich eine koronare Herzkrankheit mit HFrEF (LVEF 30–35%), eine koronare Bypass-Operation (CABG) vor drei Jahren sowie eine chronische Nierenerkrankung im Stadium KDIGO G3b.

Seine tägliche Medikation besteht aus Acetylsalicylsäure 100 mg, Bisoprolol 5 mg, Lisinopril 10 mg, Torasemid 50 mg sowie Atorvastatin 20 mg.

Der Blutdruck liegt bei 110/70 mmHg, die Herzfrequenz bei 78/min, die SpO₂ beträgt 89% ohne Sauerstoffzufuhr. Die körperliche Untersuchung ergibt beidseitige pulmonale Rasselgeräusche, einen erhöhten Jugularvenendruck und beidseitige Unterschenkelödeme.

In dieser Situation empfiehlt Prof. Arrigo die Behandlung einer akuten Herzinsuffizienz.

Begründung

Bei dieser Symptomatik ist eine akute Herzinsuffizienz sehr wahrscheinlich, weitere Diagnostik dient lediglich der Bestätigung, Risikostratifizierung und ätiologischen Abklärung. Dazu gehören EKG, Echokardiografie, Thoraxröntgen, Lungensonografie und Laboruntersuchungen (4).

Bei einem Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz sollte neben einer Sauerstoffgabe ein Schleifendiuretikum als Bolus verabreicht werden: Furosemid 40–80 mg i.v. abhängig davon, ob der Patient zuvor ein Schleifendiuretikum eingenommen hat und in welcher Dosierung (5,6). Nach zwei Stunden muss die Urinmenge kontrolliert werden. Liegt sie > 300 ml, bestätigt das ein gutes Ansprechen auf das Schleifendiuretikum. Unterhalb dieses Werts sollte die Natriumkonzentration im Spoturin gemessen werden. Bei einer Konzentration von > 70–80 mmol/l weist dies ebenfalls auf ein gutes diuretisches Ansprechen hin. Bei gutem diuretischem Ansprechen wird die Furosemidgabe 2–(3) \times täglich wiederholt. Bei schlechtem Ansprechen muss die Dosis erhöht und die Ursache für die diuretische Resistenz, wie z.B. eine Hypoperfusion oder ein Nierenproblem, abgeklärt werden (5,6). Nach erfolgreicher Dekongestion sollte vor Spitalentlassung die guidelinekonforme Herzinsuffizienz-

therapie eingeleitet und in den ersten zwei Wochen nach Entlassung zügig auftitriert werden. Denn die STRONG-HF-Studie hatte gezeigt, dass dieses Vorgehen nach 180 Tagen im Vergleich zu einer Standardbehandlung zu einer Reduktion von Mortalität und Rehospitalisation um 34% führt. Die absolute Risikoreduktion betrug 8,1%, und die Number needed to treat (NNT), um einen Todesfall oder eine Hospitalisation zu verhindern, lag bei 12 (7). Eine guidelinekonforme Herzinsuffizienztherapie bei HFrEF besteht aus vier bis fünf Komponenten: ACE-Hemmer/Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitor (ARNI), Betablocker, SGLT2-Hemmer, Mineralokortikoid-Rezeptorantagonist (MRA) plus evtl. Diuretikum. Diese sollten nicht sequenziell, sondern gleichzeitig und möglichst rasch auf die maximal tolerierte Dosis auftitriert werden (8). □

Valérie Herzog

Quelle: «Akute Herzinsuffizienz: mehr als Diuretika?», Ärztekongress von Lunge Zürich in Davos, 5.–7.2.2026

Referenzen:

1. Delco A et al.: Impact of Sex and Gender on Heart Failure. *Cardiovasc Med.* 2023;26(3):88. doi:10.4414/cvm.2023.02274
2. Boonman-de Winter LJ et al.: High prevalence of previously unknown heart failure and left ventricular dysfunction in patients with type 2 diabetes. *Diabetologia.* 2012;55(8):2154-2162. doi:10.1007/s00125-012-2579-0
3. Paul M et al.: Recommendations for early identification of heart failure in patients with diabetes: Consensus statement of the Swiss Society of Endocrinology and Diabetology and the Heart Failure Working Group of the Swiss Society of Cardiology. *Swiss Med Wkly.* 2024;154:4000. Published 2024 Oct 9. doi:10.57187/s.4000
4. McDonagh TA et al.: 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail.* 2022;24(1):4-131. doi:10.1002/ehf.2333
5. Baumberger J et al.: Prevalence and characteristics of upfront diuretic resistance in acute heart failure: The P-Value-AHF study. *ESC Heart Fail.* 2025;12(1):688-694. doi:10.1002/ehf2.15069
6. Boll S et al.: [Acute heart failure (AHF)]. *Ther Umsch.* 2024;81(2):47-53. doi:10.23785/TU.2024.02.004
7. Mebazaa A et al.: Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial. *Lancet.* 2022;400(10367):1938-1952. doi:10.1016/S0140-6736(22)02076-1
8. McDonagh TA et al.: 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021;42(36):3599-3726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368