

Herzinsuffizienz früher diagnostizieren«Nicht heilbar, aber
exzellent behandelbar»

Bei Patienten mit langjähriger Hypertonie, koronarer Herzkrankheit oder Vorhofflimmern sollte eine Herzinsuffizienz gesucht werden. Denn es gibt Hinweise, dass eine unerkannte Herzinsuffizienz in der tertiären Versorgung nicht selten ist. «Eine unerkannte Herzinsuffizienz ist eine verpasste Gelegenheit für eine evidenzbasierte Behandlung», so Prof. Dr. Christian Müller, Leiter Cardiovascular Research Institute Basel (CRIB), Universitätsspital Basel, am Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) in Lausanne.

Herzinsuffizienz ist in der Schweiz der häufigste Hospitalisationsgrund, und jährlich sterben 15–30% Patienten daran. Ein Teil dieser enormen Belastung für den Patienten und für das Gesundheitssystem ist der späten Diagnose geschuldet. Denn die Symptome entwickeln sich langsam und sind bei einer älteren Patientengruppe mit Kurzatmigkeit und Müdigkeit unspezifisch. Deswegen sollte bei älteren Patienten mit klinischen Symptomen wie Dyspnoe, Orthopnoe, Fatigue, gegebenenfalls Husten, Gewichtszunahme und geschwollene Knöchel das NT-ProBNP (N-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptide) gemessen werden, so Prof. Müller. Die Spezifität der klinischen Zeichen sei zwar gut, die Sensitivität jedoch nicht. Ist der NT-ProBNP-Wert erhöht, kann die Diagnose Herzinsuffizienz bereits gestellt werden (1). Denn die Genauigkeit von NT-proBNP zum Abschätzen von Füllungsdrücken ist einer Echokardiografie überlegen, wie der Referent erklärte.

Mit einem Echokardiogramm wird anschliessend der Phänotyp (z.B. HFrEF, HFmrEF, HFpEF, Klappenproblem) bestimmt (1), der die Art der folgenden Therapie bestimmt.

Je nach klinischer Situation sind andere Cut-off-Werte für NT-proBNP massgebend. Die Höhe des NT-proBNP-Werts korreliert mit der Schwere der Herzinsuffizienz, ungeachtet des Phänotyps (1,2). Zur Diagnose einer akuten Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) sind NT-ProBNP-Werte

≥ 450 pg/ml erforderlich, zur Diagnose einer chronischen Herzinsuffizienz (NYHA-Klasse II) in der ambulanten Medizin bei Patienten mit Belastungsdyspnoe ist ein Wert ≥ 300 pg/ml diagnostisch, bei Werten ≤ 125 pg/ml könne eine Herzinsuffizienz mit grösster Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (1) (Tabelle), so Prof. Müller.

Behandlung je nach Phänotyp

Handelt es sich um eine Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfraction (HFrEF), soll standardmässig eine Langzeit-4-fach-Therapie mit einem ACE-Hemmer/Angiotensin-Rezeptor-Nepriylisin-Inhibitoren (ARNI), einem Betablocker, einem Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten (MRA) und einem SGLT2-Hemmer installiert werden. Diese vier Komponenten haben gemäss Prof. Müller in grossen Studien jeweils gezeigt, dass sie nicht nur die Symptome verbessern, sondern auch die Mortalität senken (1,2). Die 4-fach-Therapie wird in der Regel noch im Spital niedrig dosiert begonnen. Nach Spitalentlassung sollten die Medikamente innerhalb von sechs Wochen alle 1–2 Wochen schrittweise auf die Zieldosen auftitriert werden, um eine erneute Dekompensation, deren Risiko in den ersten 30 Tagen bei 20–30% liegt, zu verhindern (2,3,4).

Eine Renaissance in dieser Indikation erlebt zurzeit Digoxin. Eine kürzlich publizierte Metaanalyse aus jüngeren Studien von 2025 und 2026 hat gezeigt, dass die Zugabe von niedrig dosiertem Digoxin zur Standardtherapie einen zusätzlichen Nutzen bringt. Dies hauptsächlich aufgrund der Verringerung des Risikos für Verschlechterung der Herzinsuffizienz (5). Bei Patienten mit HFrEF, die unter einer ausgebauten 4-fach-Therapie noch immer symptomatisch bleiben, ist die zusätzliche Gabe von Digoxin eine exzellente und gut verträgliche Option, wie Prof. Müller konstatierte.

Bei einer Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurfraction (HFpEF) besteht die Standardtherapie aus einem MRA (z.B. Finerenon [Kerendia®]) und einem SGLT2-Hemmer, gegebenenfalls noch einem Diuretikum.

KURZ UND BÜNDIG

- Herzinsuffizienz ist eine chronische Erkrankung, die gut diagnostizierbar und behandelbar ist.
- Die Diagnose einer Herzinsuffizienz kann anhand des NT-pro-BNP-Werts gestellt werden.
- Für die Behandlung stehen sehr wirksame Medikamente zur Verfügung.
- Bei Patienten mit langjähriger Hypertonie, Vorhofflimmern oder KHK sollte eine Herzinsuffizienz gesucht werden.

Bei Patienten, denen es unter Therapie «eigentlich» gut geht, die aber auf Nachfrage etwas langsamer geworden sind oder ihre Aktivitäten reduziert haben, sollte man hellhörig werden und das NT-proBNP messen, so der Rat des Referenten. In den meisten Fällen lässt sich mit einer Therapieoptimierung die Symptomatik verringern und die Lebensqualität verbessern.

Herzinsuffizienz suchen

Auch in der Schweiz gibt es viele Fälle von unentdeckter Herzinsuffizienz. Einer neuen Erhebung zufolge wies einer von fünf Patienten in der Tertiärversorgung eine unerkannte Herzinsuffizienz auf, die mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskulären Tod oder herzinsuffizienzbedingter Hospitalisation verbunden war. Die Analyse ergab weiter, dass von den Patienten mit koronarer Herzerkrankung ein Drittel eine unerkannte und damit unbehandelte Herzinsuffizienz aufwies (6). Patienten, die seit Jahren an einem Vorhofflimmern, einer Hypertonie oder einer KHK litten, wiesen meist auch eine Herzinsuffizienz auf, so Prof. Müller. Diese sei zwar nicht heilbar, aber exzellent behandelbar. □

Valérie Herzog

Quelle: «Update Herzinsuffizienz», Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM), 20.–22. Mai 2026, Lausanne

Referenzen:

1. Mueller C et al.: Heart Failure Association of the European Society of Cardiology practical guidance on the use of natriuretic peptide concentrations. *Eur J Heart Fail.* 2019;21(6):715-731. doi:10.1002/ehf.1494
2. 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
3. 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
4. Lund LH et al.: Outcomes of heart failure with reduced, mildly reduced, or preserved ejection fraction: the ESC HF III registry. *Eur Heart J.* 2026;47(19):2326-2341. doi:10.1093/eurheartj/ehaf1074
5. Damman K et al.: Efficacy and Safety of Digitalis Glycosides in Heart Failure: A Meta-Analysis. *JAMA.* 2026;335(23):2029-2037. doi:10.1001/jama.2026.7886
6. Rumora K et al.: Undetected Heart Failure in Tertiary Care/Cardiology in Switzerland. *JACC Heart Fail.* 2026;14(3):102733. doi:10.1016/j.jchf.2025.102733

Empfohlene NT-proBNP-Cut-off-Werte (pg/ml) zur Diagnose einer Herzinsuffizienz

	Alter < 50	Alter 50–75	Alter > 75
Akute Situation, akute Dyspnoe			
HF unwahrscheinlich	< 300		
Grauzone	300–400	300–900	300–1800
HF wahrscheinlich	> 450	> 900	> 1800
Nicht akute Situation, milde Symptome			
HF unwahrscheinlich	< 150		
Grauzone	125–600		
HF wahrscheinlich	> 600		
Bei adipösen Patienten sollten die Cut-off-Werte halbiert werden.			

Abkürzungen: HF = Herzinsuffizienz, NT-proBNP = N-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptide
Quelle: mod. nach (1)