Neue Guidelines zur Behandlung der Herzinsuffizienz

Andere Namen, neue Stadien, neue Therapieklassen

Mit der alternden Bevölkerung wird sich die Gesamtbelastung durch Herzinsuffizienz weiter verstärken. Um dieser Situation besser zu begegnen, wurden die bestehenden Guidelines der European Society of Cardiology (ESC) überarbeitet. Neu wurden vier Stadien der Herzinsuffizienz definiert, darauf abgestimmt vier Therapieklassen eingeführt und nebst anderem Empfehlungen zu Medikamenten der Datenlage angepasst.

Herzinsuffizienz ist keine einzelne Krankheit, sondern ein klinisches Syndrom, das Anzeichen und/oder Symptome umfasst, die durch eine Funktionsstörung des Herzens verursacht werden. Die Prävalenz der Herzinsuffizienz wird in der allgemeinen erwachsenen Bevölkerung auf 1–3% geschätzt. Obwohl sich die Mortalitätsraten in den letzten drei Jahrzehnten erheblich verbessert haben, sind weniger als 60% der Patienten, bei denen eine Herzinsuffizienz diagnostiziert wurde, fünf Jahre später noch am Leben (1).

Mit der alternden Bevölkerung und einer höheren Prävalenz von Risikofaktoren sowie Adipositas ist es zu erwarten, dass die Gesamtbelastung durch Herzinsuffizienz gemäss Guideline-Erstautor, Prof. Dr. Lars Køber, Rigshospitalet Universitätsklinikum Kopenhagen (DK), weiter zunehmen wird. Deshalb haben die Prävention und ein möglichst frühzeitiger Behandlungsbeginn einen wichtigen Stellenwert. Um diesem Umstand besser Rechnung zu tragen, wurde die Herzinsuffizienz in vier Stadien unterteilt:

- Stadium A: Personen mit Risiko für Herzinsuffizienz, jedoch ohne klinische Zeichen, Symptome oder kardiale Veränderungen (z. B. Patienten mit Niereinsuffizienz oder Diabetes),
- Stadium B: Prä-Herzinsuffizienz bei Vorliegen kardialer Veränderungen, jedoch ohne klinische Zeichen oder Symptome einer Herzinsuffizienz (z. B. bei linksventrikulärer Hypertrophie, LVEF 45% ohne Beschwerden),
- Stadium C: symptomatische Herzinsuffizienz bei Vorliegen kardialer Veränderungen sowie aktuelle oder frühere klinische Zeichen und/oder Symptome einer Herzinsuffizienz (HFrEF oder HFpEF),
- Stadium D: fortgeschrittene Herzinsuffizienz (Stadium D).

KURZ & BÜNDIG

- Es gibt nur noch HFrEF (EF < 50%) und HFpEF (EF > 50%).
- Die guidelinegerechte medikamentöse Therapie wurde aufgeteilt in Basistherapie und zusätzliche Therapie.
- MRA und SGLT2-Hemmer sind für alle Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz empfohlen, unabhängig von der Auswurffraktion.
- Die Basismedikation soll bis zur Zieldosis alle 1–2 Wochen auftitriert und nie gestoppt werden.
- Akute Herzinsuffizienz heisst jetzt dekompensierte Herzinsuffizienz.
- Rasche Zuweisung bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz ist empfohlen.

Prävention der Herzinsuffizienz (Stadium A und B)

Neu aufgenommen wurden u. a. Empfehlungen zum Lebensstil (Gewicht, Ernährung, Bewegung, Nichtrauchen, Alkohol-, Drogen- und anaboler Steroidkonsum) (Empfehlung Klasse IC), Statine bei hohem Risiko für atherosklerosebedingte kardiovaskuläre Erkrankungen (ASCV) (Empfehlungsklasse IIA); GLP-1-Rezeptoragonisten bei Typ-2-Diabetes mit einem weiteren Risikofaktor (Empfehlungsklasse IIA). Patienten im Stadium B sollen neu ein striktes Blutdruckziel ≤ 130 mmHg erreichen (Empfehlungsklasse IA).

SGLT2-Hemmer werden bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und chronischer Niereninsuffizienz empfohlen, bei denen ein Risiko für Herzinsuffizienz besteht (Empfehlungsklasse IA).

Finerenon wird bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und chronischer Niereninsuffizienz empfohlen (Empfehlungsklasse IA).

Altersgerechte NT-proBNP-Werte

Bei Verdacht auf Herzinsuffizienz sollen NT-proBNP-Werte bestimmt werden. Bei diesen wird neu das Alter berücksichtigt. Eine Herzinsuffizienz soll demnach weiter abgeklärt werden, wenn bei

- < 50-Jährigen das NT-proBNP ≥ 125 pg/ml beträgt.
- 50–74-Jährigen das NT-proBNP ≥ 250 pg/ml beträgt.
- 75-Jährigen das NT-proBNP ≥ 500 pg/ml beträgt.

Bei Verdacht auf eine kardiale Amyloidose sind diagnostische Untersuchungen mittels Serum- und Urin-Immunfixation, Serum-Leichtketten-Assay sowie DPD/PYP/HMDP-Knochenszintigrafie empfohlen (Empfehlungsklasse IA).

HFmrEF verschwindet

Bisher wurde die Herzinsuffizienz anhand der linksventrikulären Auswurffraktion (LVEF) in drei Phänotypen unterteilt. Neu wurde die Klassifizierung der Herzinsuffizienz mit leicht reduzierter Auswurffraktion (HFmrEF) (LVEF von 41 bis 49%) gestrichen; es bleiben zwei Phänotypen: Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurffraktion (HFrEF), definiert als LVEF < 50%, und Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurffraktion (HFpEF), definiert als LVEF ≥ 50%. Patienten aus der ehemaligen HFmrEF-Kategorie werden nun der HFrEF-Kategorie zugeteilt und auch entsprechend behandelt.

Der Phänotyp mit leicht verminderter LVEF wurde in früheren Leitlinien eingeführt, um den Fokus auf Patienten zu legen, die üblicherweise nicht in klinische Studien einbezogen werden. Man wisse jedoch, dass diese Patienten eine ähnliche Pathophysiologie aufweisen und von ähnlichen Behandlungen profitieren wie Patienten mit HFrEF, so die Begründung der Autoren.

«Dekompensierte» statt «akute» Herzinsuffizienz

Herzinsuffizienz wurde bisher entweder als «chronisch» oder «akut» bezeichnet. Neu wurde «akut» durch «dekompensiert» ersetzt. Denn bei manchen Patienten verschlimmere sich die Herzinsuffizienz nicht plötzlich, sondern die Herzfunktion lasse allmählich so weit nach, dass das Herz seine Defekte nicht mehr kompensieren könne, so die Begründung.

Neue Klassifikation für die Therapie

Der Begriff «guidelinegerechte medikamentöse Therapie (GDMT)» wurde durch zwei Therapieklassen ersetzt:

1. Medikamentöse Basistherapie (stärkste Evidenz für nicht selektierte Patienten): ACE-Hemmer/ARNI/Sartane, Betablocker, SGLT2-Hemmer, Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten (MRA)
2. Zusätzliche medikamentöse Therapie, von der die Evidenz eine Verbesserung der Symptome/Lebensqualität oder der Ergebnisse bei bestimmten Patientengruppen belegt: z. B. Schleifendiuretika, i. v. Eisen, Ivabradin, Hydralazin, Impfungen, Digoxin, Semaglutid/Tirzepatid, ARNI/Sartane und Vericiguat
3. Guidelinegesteuerte interventionelle Therapie mit empfohlenen implantierbaren Geräten oder interventionellen Therapien
4. Zusätzliche Massnahmen: Rehabilitation, Bewegungsprogramme, Telemonitoring

Die Basistherapie soll rasch eingeführt und symptom- sowie laborgesteuert alle 1–2 Wochen auftitriert werden, bis die maximal tolerierte Dosis erreicht ist. Eine einmal etablierte Basistherapie soll weder reduziert noch gestoppt werden, damit das Risiko für herzinsuffizienzbedingte Hospitalisation oder Tod reduziert bleibt.

Bei der zusätzlichen Therapie wurden aufgrund neuer Daten Änderungen an den Empfehlungen für bestimmte Therapien vorgenommen: MRA sind jetzt bei chronischer Herzinsuffizienz unabhängig von der LVEF indiziert, sowie Semaglutid oder Tirzepatid bei Patienten mit HFpEF und Adipositas, Digoxin bei bei LVEF < 40%, Impfungen für alle Herzinsuffizienzpatienten, ACE/ARNI bei HFpEF, um Hospitalisationen zu reduzieren.

Bei Verschlechterung rasch überweisen

Bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz mit NYHA-Klasse III-IV trotz ausgebauter Therapie sollen die Patienten an ein Herzinsuffizienzzentrum für die Abklärung weiterer Massnahmen wie Herztransplantation oder linksventrikuläres Herzunterstützungssystem (LVAD) überwiesen werden, ebenso Patienten mit NHYA-Klasse II und hohem Risiko. Dies, solange die Patienten noch Kandiaten dafür sind. Das hohe Risiko definiert sich hier aus mehreren herzinsuffizienzbedingten Hospitalisationen im vergangenen Jahr, evtl. mit Inotropikabedarf, aus Diuretikaresistenz oder aus Unverträglichkeit gegenüber neurohormonalen Medikamenten und Beginn eines kardiorenalen Syndroms. □

Valérie Herzog

Quelle: 2026 ESC Guidelines and Document overview, Jahreskongress der European Society of Cardiology, 28.–31. August 2026, München. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026. doi:10.1093/eurheartj/ehag100