

Leitlinien – praktisch umgesetzt



Brustschmerzen

Wann ist kardiologische Diagnostik indiziert?

Jörg Haasenritter, Stefan Bösner, Norbert Donner-Banzhoff

Brustschmerz gehört mit einer Prävalenz von 2 – 4 % zu den häufigen Beratungsanlässen in der hausärztlichen Praxis [1, 2]. Die Spannweite der möglichen Ursachen ist breit. Diese unterscheiden sich hinsichtlich Häufigkeit, Bedrohlichkeit und den zu ergreifenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Anamnese und Befund helfen, die Anzahl der Verdachts- und Differenzialdiagnosen schrittweise auf eine überschaubare Anzahl zu reduzieren. Ziel der DEGAM-Leitlinie „Brustschmerz“¹ ist es, Hausärzten evidenzbasierte Empfehlungen im Hinblick auf die initiale klinische Einschätzung von Patienten mit Brustschmerz zu geben [3]. Eine Kurzfassung finden Sie im nebenstehenden ShutterLink®.

Welche Ursachen sind zu bedenken?

Tabelle 1 nennt die für die hausärztliche Versorgungsebene relevanten Ursachen des Beratungsanlasses Brustschmerz und deren Häufigkeiten [1]. Hierbei stellt das prognostisch günstige Brustwandssyndrom die mit Abstand häufigste Ursache dar. Unter den gefährlich abwendbaren Verläufen kommt die koronare Herzkrankheit (stabile KHK und akutes Koronarsyndrom) am häufigsten vor und sollte daher immer in Betracht gezogen werden.

Wie wahrscheinlich ist eine KHK?

Ein einfach anzuwendendes Instrument zur Einschätzung der KHK-Wahrscheinlichkeit bei Brustschmerzpatienten ist der Marburger Herz-Score (Tabelle 2). Er wurde eigens für die hausärztliche Versorgungsebene entwickelt und an einer unabhängigen Stichprobe validiert [4]. Treffen weniger als drei Kriterien zu, liegt die Wahrscheinlichkeit einer KHK unter 5 %.

Im vorliegenden Fall sind drei Kriterien erfüllt und die klinische Wahrscheinlichkeit steigt auf 25 %. Hoch genug,



ShutterLink®

DEGAM-Leitlinie Brustschmerzen PDF

- 1 ShutterLink®-App starten (iPhone und Android)
- 2 Ganze Seite mit der App fotografieren

Der Fall

Ein 58-jähriger Patient erscheint nachmittags außerhalb der Sprechstunde nach telefonischer Ankündigung in der Praxis. Er ist Jurist und Geschäftsführer einer Investmentfirma, gelegentlich in der Praxis in Behandlung wegen Kleinigkeiten (Impfungen, eine Schnittwunde am Finger). Es ist bekannt, dass er eine erhebliche berufliche Belastung, große finanzielle Verantwortung und viele auswärtige Termine in ganz Deutschland und teilweise im Ausland hat. Er verspüre seit einigen Wochen immer wieder Schmerzen in der Herzgegend. Sein Vater sei in „genau diesem Alter“ an einem Herzinfarkt verstorben und er vermutet, dass auch seine Beschwerden „vom Herzen kommen“. Eine Abhängigkeit der Schmerzen von körperlicher Belastung verneint er. Die Schmerzen sind nicht durch Palpation auslösbar. Bis vor fünf Jahren hat er ca. zehn Zigaretten am Tag geraucht, weitere koronare Risikofaktoren sind nicht bekannt.

Fragestellungen

- Welche Ursachen sind zu bedenken?
- Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit einer KHK?
- Was ist im Beratungsgespräch zu beachten?

Marburger Herz-Score: Bewertung und Erläuterung der Kriterien		Bewertung ja	Bewertung nein
Höheres Alter? Männer ≥ 55 Jahre, Frauen ≥ 65 Jahre		1 P	0 P
Vermutet der Patient eine Herzkrankheit als Ursache? Patienten ohne vorbekannte KHK sollten Sie die Frage eher allgemein stellen: „Viele Menschen machen sich bei solchen Schmerzen Sorgen, dass es das Herz sein könnte. Vermuten Sie das auch?“ Oder, falls der Patient schon eine Andeutung in diese Richtung gemacht hat: „Verstehe ich richtig: Sie vermuten, dass die Beschwerden etwas mit dem Herzen zu tun haben?“ Ihre Frage sollte weder suggestiv wirken noch den Eindruck erwecken, dass Sie eine kardiale Ursache vermuten. Patienten mit einer bekannten KHK sollten Sie gezielt danach fragen, wie sich die aktuellen Beschwerden zur bisher erlebten Symptomatik der KHK verhalten.		1 P	0 P
Sind die Schmerzen abhängig von körperlicher Belastung? Als „ja“ ist zu bewerten, wenn die Schmerzen durch körperliche Belastung ausgelöst oder verstärkt werden (bzw. nach Ende der Belastung wieder abklingen.) Nicht als „ja“ zu werten ist, wenn die Schmerzen durch bestimmte Bewegungs- oder Haltungsmuster getriggert sind.		1 P	0 P
Sind die Schmerzen durch Palpation reproduzierbar?		0 P	1 P
Ist bereits eine vaskuläre Erkrankung bekannt? Hierzu zählen allein atherosklerotische Gefäßerkrankungen (KHK, periphere AVK, Schlaganfall, TIA)		1 P	0 P
Punkte	Wahrscheinlichkeit KHK		
0/1	sehr gering (< 1 %)	3 mittel (25 %)	
2	gering (5 %)	4/5 hoch (65 %)	

Tabelle 2

um dem Patienten eine weitere spezifische Diagnostik zu empfehlen. Auch sollte bei einer erhöhten KHK-Wahrscheinlichkeit immer explizit auf Hinweise für ein akutes Koronarsyndrom (Blässe, Luftnot, Bradykardie/Tachykardie, Hypotonie/Hypertonie, feuchte RGs, Ruhe-, Crescendo- oder de-novo-Angina) geachtet und ein EKG geschrieben werden. Im vorliegenden Fall ist die Wahrscheinlichkeit eines ACS gering und das EKG zeigt einen normalen Befund.

Was sollte im Beratungsgespräch beachtet werden?

Bei drei von vier Patienten mit einem Scorewert von drei Punkten endet die kardio-

Der Marburger Herz-Score ist eine leicht anzuwendende Hilfe für die Entscheidung, ob eine weitere kardiologische Diagnostik bei Brustschmerz indiziert ist.

logische Diagnostik mit einem negativen Befund. Dies sollte bereits im Beratungsgespräch – vor jeglicher weiterführenden Diagnostik – mit dem Patienten kommuniziert werden. Dadurch reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich bereits frühzeitig beim Patienten die Vorstellung verfestigt, an einer Herzerkrankung zu leiden. Studien zeigen, dass in solchen Fällen auch ein negativer Befund die Betroffenen häufig nicht davon überzeugt, keine Herzerkrankung zu haben [5 – 6]. Weiter sollen psychische, somatische und soziale Informationen von Beginn an parallel erhoben, verknüpft und mit dem Patienten besprochen werden. Dazu gehören Fragen nach der ätiologischen Selbsteinschätzung durch den Patienten, der Beeinträchtigung durch die Beschwerden und möglichen psychosozialen Einflussfaktoren.

Welche spezifischen diagnostischen Maßnahmen dienen dem Ischämienachweis?

Die Leitlinie gibt hierzu keine konkreten Empfehlungen, macht aber Angaben zur diagnostischen Aussagekraft, Kontraindikationen, Vor- und Nachteilen der einzelnen Verfahren. Da im vorliegenden Fall keine

Kontraindikationen oder andere Faktoren vorliegen, die die Aussagekraft mindern (z. B. unzureichende körperliche Belastbarkeit, ST-Streckenveränderung in Ruhe), ist zunächst ein Belastungs-EKG sinnvoll.

Ausgehend von der noch relativ geringen Vortestwahrscheinlichkeit von 25 % reduziert das Fehlen eines positiven Befundes – definiert als belastungsinduzierte ST-Streckenveränderung (horizontale oder deszendierende ST-Senkung ≥ 1mm bzw. ST-Hebung ≥ 1mm ohne vorbestehende Q-Zacke, gemessen 60 – 80 msec hinter dem J-Punkt) – die KHK-Wahrscheinlichkeit auf ca. 10 %. Bei einer Vortestwahrscheinlichkeit von 50 % läge auch bei einem negativen Befund die KHK-Wahrscheinlichkeit immer noch bei knapp 30 % – zu hoch, um eine KHK zuverlässig auszuschließen. ■

1) <http://leitlinien.degam.de/index.php?id=950>

Literatur unter www.allgemeinarzt-online.de/downloads

Interessenkonflikte: Die Autoren sind Autoren der DEGAM-Leitlinie und an deren Verbreitung interessiert.



Jörg Haasenritter (Foto), Dr. med. Stefan Bösner, Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, Abteilung Allgemeinmedizin, Universität Marburg 35032 Marburg

Ursachen von Brustschmerz auf der hausärztlichen Versorgungsebene	
Diagnose	%
Brustwandssyndrom	47
KHK (stabile Angina pectoris)	11
psychogene Störungen	10
Infekte der oberen Atemwege	8
Hypertonie	4
akutes Koronarsyndrom	4
gastroösophagealer Reflux	4
Trauma	3
benigne Magenerkrankungen	2
Pneumonie	2
COPD/Asthma	2

Tabelle 1