Das P im SAMPLER: Herzinsuffizienz

Vorerkrankung im Einsatz – „Was ändert sich, wenn ich das im P höre?“

Kernaussage

„Herzschwäche“ im P ist bei akuter Dyspnoe ein starker Zeiger auf ein **kardiales Lungenödem**. Das dreht zwei Reflexe um: **nicht flach lagern** (aufrecht!) und **nicht großzügig Volumen** – bei diesen Patient:innen ist meist zu viel im System, nicht zu wenig. Aufgabe des RD: aufrecht lagern, früh die Atmung unterstützen, vorsichtig entlasten – und die Dauertherapie als diagnostischen Hinweis lesen.

Links- vs. Rechtsherz erkennen

	Linksherz (Rückstau Lunge)	Rechtsherz (Rückstau Körper)
Leitzeichen	Dyspnoe, Orthopnoe, feuchte RGs	gestaute Halsvenen, periphere Ödeme, Aszites
Bild	akutes Lungenödem, ggf. rosa-schaumiges Sputum	Leberstauung, Beinödeme
Nitrat	bei ausreichendem RR meist sinnvoll	zurückhaltend – bei Rechtsherz kontraindiziert

Merke: feuchte RGs + Orthopnoe = links; Halsvenen + Beinödeme = rechts/systemisch. Mischformen sind häufig.

Die Verräter im Medikamentenplan

Wirkstoff(gruppe)	Bedeutung präklinisch
Furosemid / Torasemid	bekannte Stauungs-/Herzinsuffizienz
ACE-Hemmer / Sartan + Betablocker	laufende leitliniengerechte HI-Therapie
SGLT2-Hemmer (Dapa-/Empagliflozin)	moderne HFrEF-Therapie – auch ohne Diabetes

Diese Kombination im SAMPLER macht die kardiale Ursache der Dyspnoe wahrscheinlicher.

Warum einsatzkritisch – die zwei Reflexe

- **Reflex 1 – Lagerung:** Im Liegen strömt Blut aus Beinen/Bauch in die Lunge zurück; der geschwächte linke Ventrikel pumpt es nicht weg → Stauung ↑, Oxygenierung ↓. Flach lagern verschlechtert rapide → **Oberkörper hoch**.
- **Reflex 2 – Volumen:** Ein Bolus erhöht Rückstrom und pulmonalen Kapillardruck → das Lungenödem wird schlimmer. Volumen nur bei klarer Hypovolämie/Schock. **Ausnahme Rechtsherz:** Volumen kann sinnvoll sein – und Nitrat ist dort kontraindiziert.

Merke: aufrecht statt flach · trocken halten statt fluten · früh CPAP/NIV statt zu spät.

Was sich für dich ändert – akutes kardiales Lungenödem

- **Oberkörper hoch**, engmaschig überwachen.
- **O_2 nur bei Hypoxämie; früh CPAP/NIV** bei relevanter Atemnot (ESC: NIV Erstmaßnahme beim Lungenödem).
- **Nitrat** bei ausreichendem RR und ohne KI (Vasodilatation) – Vorsicht ab syst. ~100 mmHg, **nicht** bei Hypotonie/Rechtsherz. Die ESC 2026 nennt für i.v.-Vasodilatatoren innerklinisch > 110 mmHg (IIb C); maßgeblich ist die lokale SOP.
- **Furosemid i.v.** nach SOP – aber nicht als Ersatz für Atemunterstützung.
- **Volumen zurückhaltend.** SAMPLER: frühere Dekompensationen, EF/HI-Form, Diuretikadosis, Nierenfunktion, Nitrateinnahme.

Typische Fehler

Flach statt aufrecht lagern · großzügig Volumen bei Stauungs-Dyspnoe · CPAP/O_2 zu spät (häufigster Fehler) · Nitro bei zu niedrigem RR oder Rechtsherz · Furosemid als „Sofortlösung“ ohne Atemunterstützung · Heimmedikation nicht als diagnostischen Hinweis nutzen.

MERKSATZ

Herzschwäche + Atemnot = aufrecht, nicht flach; trocken halten, nicht fluten. Feuchte RGs → links; dicke Halsvenen & Beine → rechts (dann kein Nitro).

Quellen (Stand 2026-09-09)

ESC-Leitlinie Herzinsuffizienz 2026 (European Heart Journal, 28.08.2026, doi:10.1093/eurheartj/ehag100; ersetzt ESC 2021 + Focused Update 2023) – dekompensierte HI: O_2 erst bei SpO_2 < 90 % (I C), CPAP/NIV so früh wie möglich (IIa B2), i.v.-Vasodilatatoren ab sys. RR > 110 mmHg (IIb C), Schleifendiuretika i.v. (I A), Opiate nicht routinemäßig (III C); AWMF/NVL Chronische Herzinsuffizienz (nvl-006, 2023). Kernaussagen am 04.09.2026 gegen die ESC-Leitlinie 2026 geprüft; Abweichung der präklinischen Nitrat-Schwelle zur ESC-Angabe am 09.09.2026 im Text benannt.

Maßgeblich sind stets die aktuellen Leitlinien und die SOP des eigenen Rettungsdienstbereichs (v. a. Nitrat-Schwelle und CPAP-Indikation).

Bildungsmaterial – kein Ersatz für ärztliche Anordnung, Ausbildung oder lokale SOP. · Autor: Niels Petersen · Kopf, Herz & Blaulicht – Damit's sitzt, wenn's zählt.