



Pressemitteilung

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 6006920 Fax: 0211 60069267 mail : info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 60069261 Fax: 0211 60069271 mail : presse@dgk.org

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: >Presstext DGK 10/2006<

Höhepunkte der 30. Herbsttagung der DGK in Nürnberg

Statement von Prof. Dr. Andreas Mügge (Bochum)

Das Motto der gemeinsamen Herbsttagung der DGK und der Arbeitsgruppen Herzschrittmarker und Arrhythmie lautet „Evidenz und Praxisnähe in der Kardiologischen Diagnostik und Therapie“. Die Herbsttagung steht traditionell seit ihrer ersten Tagung im Jahr 1974 für eine gehobene, klinisch-orientierte Fort- und Weiterbildung“ auf dem Gebiet der Herz- und Kreislaufkrankungen. Das Motto steht für einen wissenschaftlich-fundierte Erfahrungsaustausch, für die Vermittlung von praktischen Tipps und Tricks, sowie für die Umsetzung einer Evidenz-basierten Medizin in die tägliche Praxis – mit Augenmaß und Kostenbewusstsein.

Themenschwerpunkte der diesjährigen Herbsttagung sind zum einen der interdisziplinären Abklärung von Leitsymptomen wie Brustschmerz und Luftnot gewidmet, zum anderen der aktuellen Behandlung von Risikopatienten und „Problem-Patienten“.

Der erste Themenkomplex konzentriert sich auf die Vermittlung von diagnostischen und therapeutischen Strategien in der Abklärung von häufigen und potentiell bedrohlichen Symptomen. So sind Brustschmerz und Luftnot mit die häufigsten Beschwerden, mit denen sich ein Patient an einen Arzt wendet, sei es in der Praxis beim Haus- oder Facharzt oder im Krankenhaus. Die rasche Identifizierung von gefährdeten Patienten ist wichtig, um zeitnah and angemessen therapieren zu können, zum Beispiel beim Nachweis eines frischen Herzinfarktes als Ursache der Beschwerden. Andererseits muss die Abklärung auch Patienten mit einem niedrigen Risiko zuverlässig identifizieren können, um ihnen unnötige weitere Untersuchungen oder sogar falsch-indizierte Therapien zu ersparen. Zur Bewältigung dieser Herausforderung werden neue „Biomarker“, die innerhalb weniger Minuten im Blut bestimmbar sind, als auch Sektor-übergreifende, interdisziplinär angelegte „Abklärungseinheiten“ erprobt. Erste Erfahrungen untermauern die These, dass Kostenersparnis (= Vermeidung unnötiger stationärer Aufnahmen) sich mit einer optimalen Behandlung (z. B. rasche Reperfusion bei akuten Koronarsyndromen) nicht ausschließen muss.

Der zweite Themenschwerpunkt behandelt „Problemfälle“, wie sie immer wieder in der klinischen Praxis vorkommen, zum Beispiel Schwangerschaft und Herzerkran-

kungen der Mutter, spezielle Fettstoffwechselstörungen oder die Behandlung einer Herzinsuffizienz bei alten Patienten. Gerade der letzte Punkt gewinnt angesichts der demografischen Entwicklung eine zunehmende Bedeutung. Viele Studien zur Erprobung von Herzmedikamenten wurden bei Patienten im mittleren Lebensalter durchgeführt. Besonderheiten bei den alten Patienten wie eingeschränkte Resorption, oder veränderte Ausscheidung von Medikamenten sind dabei häufig nicht berücksichtigt. Darüber hinaus besteht bei vielen Älteren auch eine Co-Morbidität, das heißt das gleichzeitige Vorliegen von mehreren Erkrankungen erfordert ein besonders kritisches Abwägen in der Auswahl von Medikamenten.

Erstmals in einer Hauptsitzung findet eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Wirkung von Nahrungsmittelergänzungen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen statt wie Vitaminen und Omega-3-Fettsäuren. Experten schätzen, dass Patienten für frei verkäufliche Ergänzungsstoffe genau so viel Geld ausgeben, wie sie über Krankenkassenbeiträge an verordneten Medikamenten bezahlen. Gerade in den letzten Jahren fanden erstmals große Studien statt, die den Nutzen von zusätzlich eingenommenen Vitaminen auf die Entwicklung von Herzerkrankungen untersuchten. Für viele überraschend stellte sich heraus, dass die zusätzliche Einnahme von Vitamin E keinen Vorteil für den Patienten zu bringen scheint, für Patienten mit Herzinsuffizienz vielleicht sogar einen Nachteil bedeuten. Uneinigkeit herrscht bei der Einnahme von Fischöl oder Omega-3-Fettsäuren. Die Tagung wird versuchen, hier mehr Klarheit zu schaffen.

Zentrale Techniken in der Kardiologie sind der Herzkatheter und die Ballon-Angioplastie (PTCA). In eigens dafür gewidmeten Hauptsitzungen werden Brennpunkte dieser Techniken erörtert, so der aktuelle Stellenwert der Herzkatheteruntersuchung in der Diagnostik der koronaren Herzkrankheit im Vergleich zu anderen, nicht-invasiven Verfahren wie NMR (Kernspin-Tomographie) und Mehrzeilen-CT (Computertomographie). Der Herzkatheter lässt sich nicht generell durch MRT und CT „ersetzen“, aber bei vielen Fragestellungen wie Ausschlussdiagnostik bei unklaren Brustbeschwerden erübrigt sich heute eine Koronarangiografie. Nicht ersetzen lässt sich die PTCA. Im Gegenteil, immer neue Indikationsbereiche werden erforscht. Komplexe Erkrankungen, die noch vor wenigen Jahren als Indikation für eine ACVB-Operation allgemein akzeptiert waren, werden heute zunehmend mit Erfolg im Herzkatheterlabor ohne Herzoperation behandelt, unter anderem die PTCA bei Mehrgefäßerkrankungen und die PTCA einer Stenose am linken Hauptstamm. Ein sehr wichtiges Thema ist die Verwendung von Medikamenten-beschichteten Stents (DES; Drug-eluting-Stents). Dieser Typ Stent reduziert die Rate an Wiedereinengungen (Re-Stenosen). Aber kürzlich vorgestellte Daten belegen, dass mit diesem unzweifelhaften Vorteil eine unerwünschte Komplikation eingegangen wird, der plötzliche thrombotische Verschluss des DES im Langzeitverlauf. Das Risiko eines späten thrombotischen Verschlusses ist in etwa um den Faktor 1,2- bis 1,7fach erhöht im Vergleich zu den herkömmlichen, unbeschichteten Stents. Ein wichtiges Anliegen ist es bei der Tagung, sich im Dialog auf gemeinsame Strategien zu verständigen, unter anderem die Indikation zur Verwendung von DES und die Dauer und Art der anschließenden antithrombozytären Therapie.

Zusammen mit den Arbeitsgruppen Herzschrittmacher und Arrhythmie werden Strategien in der Vermeidung des plötzlichen Herztodes erörtert. Mehr als 100 000 Bürger in Deutschland versterben pro Jahr an einem plötzlichen Herztod. Konzepte

wie die Laienreanimation unter Verwendung von semi-automatischen Defibrillatoren (AEDs; automated external defibrillators) wurden/werden vielerorts erprobt. Ein grundsätzliches Problem ist, dass etwa 80 Prozent der Herztode zuhause stattfinden und nicht in öffentlichen Räumen. Darüber hinaus hat sich klar herausgestellt, dass lediglich das öffentliche Aufstellen von AEDs wenig wirksam ist, wenn nicht wiederholt das Vorgehen bei einer Wiederbelebung praktisch geübt wird. Da sich abzeichnet, dass mit den „Public-Access“-Laien-Reanimationsprogrammen die Rate an plötzlichen Herztodesfällen in Deutschland nur begrenzt gesenkt werden kann, müssen weitere Strategien ausgebaut werden, unter anderem die bessere Identifizierung von Risikopatienten, die Versorgung dieser Patienten gegebenenfalls mit implantierten Defibrillatoren (AICDs; automated internal cardiac defibrillators), das Tele-Monitoring für Zuhause, das Training der nächsten Angehörigen für Wiederbelebung. Die prophylaktische Implantation von AICDs bei Risikopatienten wäre der sicherste Weg, die Rate an plötzlichen Herztodesfällen zu senken, er ist jedoch sehr kostenintensiv.

Kontakt:

Prof. Dr. Andreas Mügge

St. Josef Hospital

Med. Klinik II, Kardiologie

Gudrunstr. 56

44791 Bochum

Tel.: 0234 / 5092300

Fax: 0234 / 5092353

E-Mail: andreas.muegge@ruhr-uni-bochum.de