



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

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Pressetext DGK 10/2007

Höhepunkte der 31. Herbsttagung der DGK

Statement von Prof. Dr. Ulrich Tebbe (Detmold)

Die diesjährige gemeinsame 31. Herbsttagung der DGK mit der 18. Jahrestagung der Arbeitsgruppe Herzschrittmarker und Arrhythmie hat sich das Motto „Kardiologie zwischen Innovation und Budget“ gewählt, das die Problematik der modernen klinischen Medizin zwischen kostspieligem Fortschritt und beschränkter Bezahlbarkeit aufgreift. Ziel muss es sein, mit dem vorhandenen Budget eine möglichst optimale Versorgungs-Qualität für die Patienten zu sichern. Die Herbsttagung bietet – wie immer seit 1974 – eine klinisch orientierte Fort- und Weiterbildung auf hohem Niveau an und richtet sich an alle auf dem Gebiet der Herz- und Kreislaufkrankungen tätigen Ärztinnen und Ärzte.



Prof. Dr. Ulrich Tebbe

Donnerstag, 4. Oktober 2007:

Die Hauptsitzungen am Donnerstag beschäftigen sich zum einen mit nicht-invasiven Möglichkeiten der kardialen Risikoabklärung und zum anderen mit dem immer deutlicher werdenden Zusammenhang zwischen dem Diabetes mellitus und den sich daraus entwickelnden Gefäßerkrankungen. Neben der Symptomatik der Angina Pectoris stellt der Nachweis oder Ausschluss von koronaren Durchblutungsstörungen („**Ischämie-Diagnostik**“) die wichtigste apparative Entscheidungshilfe zwischen konservativer medikamentöser und invasiver Therapie (perkutane koronare Intervention „PCI“ oder aorto-koronare Bypass-Operation „ACB“) dar. Das Elektrokardiogramm (EKG) bei körperlicher Belastung ist die Basis-Diagnostik und praktisch überall verfügbar, hat als billigste Methode aber den Nachteil der eingeschränkten Sensitivität und der eingeschränkten Durchführbarkeit – zum Beispiel bei Patienten mit zusätzlichen orthopädischen

Erkrankungen. Deshalb stellt sich die Frage, in welcher klinischen Situation zusätzlich oder gleich primär alternative – aber auch teurere – Verfahren wie die Echokardiografie und die Magnetresonanztomografie oder gar die für den Patienten mit erhöhter Strahlenbelastung verbundenen Methoden wie kardiale Computertomografie oder nuklearmedizinische Szintigrafie eingesetzt werden sollten.

Auch die Frage nach dem routinemäßigen Einsatz so genannter „Kardiovaskulärer Risiko-Marker“ in den klinischen Akut-Situationen des akuten koronaren Syndroms („ACS“) und der dekompensierten Herzinsuffizienz muss genauso diskutiert werden wie die Bestimmung von Markern der Entzündung und des Fettstoffwechsels, mit denen versucht wird, für den Patienten Aussagen zu seiner weiteren Prognose zu tätigen.

Unter „**Metabolismus und Herz**“ werden neben der europäischen Diabetes-Leitlinie Themen wie „optimale Diabetes Einstellung“ und „Glukose-Toleranztest für jeden Koronar-Patienten“ diskutiert. Auch moderne Diabetes-Therapie wie zum Beispiel mit Glitazonen werden kritisch hinterfragt.

Die „**antithrombotische Therapie**“ steht im Zentrum der akuten und chronischen medikamentösen Therapie von Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) sowohl in der Akut-Situation des ACS oder der PCI als auch bei der Frage der Dauer der dualen Plättchen-Hemmung nach koronarer Stent-Implantation. Durch den Aufbau von immer mehr so genannten „Herzinfarkt-Netzen“ mit 24-Stunden-PCI-Bereitschaft ist die thrombolytische Therapie des akuten Myokardinfarktes in der Öffentlichkeit immer stärker in den Hintergrund getreten, deshalb muss die Frage „Gibt es noch eine Indikation aus Thrombolyse und PCI?“ gestellt und beantwortet werden. Auch neue antithrombotische Therapieansätze mit Thrombin- und Faktor-Xa-Antagonisten werden diskutiert

Zum Abschluss des ersten Tages werden „**Neue Aspekte in aktuellen Leitlinien**“ zu den folgenden Themen dargestellt: Herzklappenerkrankungen, Endokarditis-Therapie und -Prophylaxe, Elektrophysiologische Untersuchungen und Katheterablationsbehandlung von Herzrhythmusstörungen und Implantierbarer Cardioverter-Defibrillator.

Freitag, 5. Oktober 2007:

Nach der offiziellen Eröffnung des Kongresses am Freitag um 9.45 Uhr findet eine gemeinsame Sitzung der Herbst- und Schrittmacher-Tagung zum Thema „**Überwachungspflicht bei kardiovaskulären Erkrankungen**“ statt. Die Frage nach Art und Dauer einer Überwachung von Patienten erstreckt sich von der frühen Herzinfarktphase, über die Phase nach herzchirurgischen Eingriffen und bei schwerer Herzinsuffizienz bis hin zu Patienten auf der Warteliste vor Herztransplantation immer unter dem Gesichtspunkt: Wie kann der plötzliche – in der Regel rhythmogene – Herztod verhindert werden?

Einer der Höhepunkte des zweiten Tages ist eine **Standort-Bestimmung zum Einsatz der PCI** mit und ohne Stent-Implantation, auch bei den in letzter Zeit sehr kontrovers diskutierten Indikationen wie zum Beispiel bei stabiler Angina Pectoris oder allein zur möglichen Prognose-Verbesserung der Patienten. Auch

der Einsatz der Medikamenten-beschichteten Stents mit dem Problem der Stent-Thrombosen (akut, sub-akut, spät) wird unter der Überschrift „Mehr Schaden als Nutzen?“ kritisch beleuchtet.

Die Bedeutung der **Genomforschung bei Herz-Kreislauf-Erkrankung** steht noch ganz am Anfang ihrer Entwicklung (vom Genom zum Patienten). Die Aufgabe gehobener Fort- und Weiterbildung ist es, die in der klinischen Versorgung tätigen Kollegen frühzeitig auf Innovationen aufmerksam zu machen, auch wenn diese noch lange nicht Eingang in die klinische Routine gefunden haben.

Ein wichtiger Punkt in der stationären Versorgung von Herz-Kreislauf-Patienten ist die **Kardiovaskuläre Intensivmedizin**. Letztendlich auch unter dem Gesichtspunkt eines hohen Ressourcen-Verbrauchs wird immer wieder die Kosten-Nutzen-Relation hinterfragt. Neben der Indikation zur fibrinolytischen Therapie mit ihren unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten bei der prähospitalen und stationären Herzinfarktbehandlung und bei arteriellen und venösen Thrombosen wird die Versorgungssituation beim akuten Myokardinfarkt in Deutschland dargestellt. Darüber hinaus werden zwei neue Intensivmedizin-Leitlinien präsentiert zum Thema „Sepsis“ und „Kardiogener Schock“.

Die für den 5. Oktober 2007 vorgesehene gemeinsame Sitzung der Herbst- und Schrittmacher-Tagung beschäftigt sich mit der **Kardiologischen Abklärung der Operationsfähigkeit**, einem Thema, das bei steigender Zahl ambulanter Eingriffe und immer kürzer werdender Verweildauer bei stationär durchgeführten Operationen ein breites Interesse nicht nur bei Kardiologen finden dürfte.

Die gemeinsame Sitzung mit der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie geht der brisanten Frage nach: **Bypass-Operation und/oder Ballon-Dilatation?** In diesem Zusammenhang wird von Kardiologen und Herzchirurgen kritisch Stellung genommen zur Verbesserung der Lebensqualität und Prognose durch die jeweiligen Verfahren zur Therapie kardialer Durchblutungsstörungen. Letztlich sollte auch die Frage beantwortet werden, ob eventuell auch ein kombiniertes Vorgehen mit Bypass und Stent denkbar wäre. Auch die immer älteren Patienten – zum Teil bereits vor Jahren Bypass-operiert – werfen Fragen nach einer „palliativen“ Behandlung durch schonendere Verfahren – wie zum Beispiel minimal-invasive Operation oder Ballondilatation nur des „Schmerzgefäßes“ – auf.

In Zusammenarbeit mit der „Arbeitsgemeinschaft zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ wird der Einfluss der **Bewegungstherapie in der Kardiologie** in Bezug auf Akutschädigung des Herzmuskels bei extremer körperlicher Belastung, aber auch im Sinne von Prävention bei Hochdruck, Diabetes und Fettstoffwechsel-Störungen beleuchtet.

Zu dem gesundheitspolitischen Zentralthema „Einhaltung des Budgets“ unserer Zeit versucht die Sitzung **Gesundheitsökonomie in der Kardiologie** Antworten zu finden. Kosten-Nutzen-Relationen im ambulanten und stationären Bereich werden analysiert und kritisch hinterfragt.

Samstag, 6. Oktober 2007:

Am letzten Tag des Kongresses stehen zwei häufige klinische Probleme im Mittelpunkt. Die **systolische und diastolische Herzinsuffizienz** wird hinsichtlich der Pathophysiologie und der medikamentösen und neuerdings auch apparativen Therapiemöglichkeiten durch Schrittmacher-Systeme unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt dargestellt. In diesem Zusammenhang wird auch eine Standort-Bestimmung der Stammzell-Therapie versucht. Das zweite Thema **Vorhofflimmern** gewinnt bei der älter werdenden Bevölkerung als häufigste Herzrhythmusstörung immer mehr an Bedeutung und stellt inzwischen eine häufigen Grund zur stationären Einweisung dar. Hierbei ist als wichtigste Entscheidung die Frage nach Frequenz- oder Rhythmus-Kontrolle zu klären. Hierzu werden Aspekte aus der neuen europäisch-amerikanischen Leitlinie genauso diskutiert wie die neuen apparativen Möglichkeiten zur Ablations-Behandlung.

Zum Abschluss des Kongresses werden in den Sitzungen „**Herz und Hirn**“ und „**Herz und Niere**“ Gemeinsamkeiten zwischen Kardiologie und Neurologie sowie Nephrologie aufgezeigt. Es wird davon ausgegangen, dass etwa ein Drittel aller Schlaganfälle ursächlich auf eine kardiale Störung – häufig Vorhofflimmern – zurückzuführen ist. Dies muss zu einer engeren Verzahnung der Fachgebiete Kardiologie und Neurologie führen, um durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung in Diagnostik und Therapie die Versorgung der Patienten auch unter ökonomischen Gesichtspunkten zu optimieren. Auch die Entscheidung zur Dilatation oder Operation einer Stenose im Bereich der extrakraniellen Gefäße sollte erst mit Konsultation eines Neurologen gefällt werden.

Allein schon durch die häufige Verwendung von potenziell nephrotoxischen Kontrastmitteln in der invasiven Kardiologie ergeben sich intensive Berührungspunkte mit dem Fachgebiet der Nephrologie. Nicht zuletzt durch den Risikomarker Mikroalbuminurie wurde aber deutlich, dass es eine häufige Vergesellschaftung von Störungen im koronaren und renalen Gefäßgebiet gibt und dass zum Beispiel medikamentöse Ansätze bezüglich der kardialen und renalen Wirkung abgestimmt werden müssen.

Flankiert wird der Kongress durch ein neu ausgestaltetes Programm der Weiter- und Fortbildungs-Akademie „Kardiologie“ der DGK mit insgesamt acht Sitzungen zu allen relevanten Themen der Kardiologie (<http://www.akademie.dgk.org>). Das diesjährige Arzt-Patienten-Seminar beschäftigt sich mit Herzrhythmusstörungen.

Kontakt:

Prof. Dr. Ulrich Tebbe
(Tagungspräsident der 31. DGK-Herbsttagung)
Klinik für Kardiologie und Angiologie
Klinikum Lippe GmbH
Röntgenstr. 18
32756 Detmold
Tel.: 05231 / 721181
E-Mail: ulrich.tebbe@klinikum-lippe.de

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit heute mehr als 6300 Mitgliedern. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder. 1927 in Bad Nauheim gegründet, ist die DGK die älteste kardiologische Gesellschaft in Europa. Weitere Informationen unter www.dgk.org.