

Fortsetzung von Seite 7

Versorgung Erwachsener mit angeborenem Herzfehler (EMAH)

Erreichten früher gerade einmal 10% der Kinder mit schweren angeborenen Herzfehlern das Erwachsenenalter, sind es heute rund 90%. Deshalb ist in den letzten Jahrzehnten eine völlig neue Patientengruppe entstanden. In Deutschland leben vermutlich 250 000 erwachsene Patienten mit Herzfehler. Ihre Versorgung erfordert spezielles Know-how, über das weder der niedergelassene internistische Kardiologe noch der Kinderkardiologe verfügt.

Das wird sich ändern: Initiiert von einer interdisziplinären Task-Force gibt es seit 2007 Kriterien für die Erlangung einer Zusatzqualifikation für EMAH-Ärzte. Das Interesse in der Community ist groß. Bereits 200 Kinderkardiologen und Kardiologen haben die Zusatzqualifikation erworben. Diese wird – in Anlehnung an die Verfahren zur Erlangung einer Facharztqualifikation – nach Prüfung des beruflichen Werdeganges und Ablegen einer Prüfung vor einer fachlich gemischten Kommission von den Akademien für Kardiologie und Pädiatrische Kardiologie erteilt.

Ferner haben die drei kardiologischen Fachgesellschaften (DGK, Deutsche Ge-

sellschaft für Pädiatrische Kardiologie, Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie) gemeinsam mit den Berufsverbänden der niedergelassenen (Kinder-)Kardiologen, dem Kompetenznetz Angeborene Herzfehler und den Dachorganisationen der Selbsthilfe eine Task-Force gebildet, die Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung der interdisziplinären Versorgung durch EMAH-Ärzte in Schwerpunktpraxen und in regionalen und überregionalen Zentren sowie zur Zusatzqualifikation der betreuenden Ärzte erarbeitet.

Die Zertifizierung der Kliniken wird die nächste große Aufgabe, um die Versorgung der Patienten weiter zu verbessern. Die Kriterien, die eine Klinik oder eine Praxis erfüllen muss, wurden gerade von der Task-Force erarbeitet. Noch in diesem Jahr können Zentren einen Antrag auf Zertifizierung als überregionales oder regionales Zentrum und Praxen einen Antrag auf Zertifizierung als Schwerpunktpraxis stellen. Ein überregionales Zentrum muss strenge Auflagen erfüllen und beispielsweise neben der Erwachsenenherzkardiologie eine Kinderherzkardiologie und Chirurgie für angeborene Herzfehler haben. Eine Schwerpunktpraxis setzt

neben der EMAH-Qualifikation des Leiters eine strukturierte Zusammenarbeit mit einem Zentrum voraus. „Wenn wir die Anforderungen in dieser Form umsetzen“, so Breithardt vor der Fachpresse, „werden die Versorgungsprobleme der EMAH-Patienten bald der Vergangenheit angehören.“ Die Initiative der Task-Force ist in Europa einmalig und erregt inzwischen international Aufmerksamkeit.

Nierenarterienablation zur Hypertonitherapie

Erst vor einem Jahr zeigte eine amerikanische Veröffentlichung, dass mit der Hochfrequenzablation der Sympathikusfasern, die die Nierenarterien umgeben, eine signifikante Drucksenkung bei Patienten mit therapieresistenter Hypertonie erreicht werden kann. Inzwischen haben bereits mehrere deutsche Zentren über Erfahrungen mit diesem Eingriff berichtet. Offenbar ist die Komplikationsrate sehr gering und die erzielte Drucksenkung dauerhaft. Es scheint neben der Drucksenkung noch zu einer günstigen Beeinflussung des Glukosestoffwechsels zu kommen. Ein neues Feld mit großen Hoffnungen.

Dr. med. Jochen Aumiller ■

LIPSIA-NSTEMI-Studie

Invasive Diagnostik bei NSTEMI: Wann ist der optimale Zeitpunkt?

Im Gegensatz zu Patienten mit einem STEMI, bei denen schnellstmöglich eine Wiedereröffnung des Herzkranzgefäßes mittels Ballonaufdehnung anzustreben ist, herrscht über den optimalen Zeitpunkt für eine Herzkatheteruntersuchung mit nachfolgender Ballonaufdehnung für NSTEMI-Patienten, die bei Krankenhausaufnahme keine Beschwerden mehr haben, keine Klarheit.

In den aktuellen Leitlinien wird eine frühe invasive Herzkatheterdiagnostik innerhalb von 72 Stunden empfohlen. Der optimale Zeitpunkt ist allerdings nicht klar definiert, und es ist auch nicht sicher geklärt, ob Patienten mit einem niedrigen Risiko immer von einer invasiven Diagnostik mittels Herzkatheter profitieren.

Hier eine Klärung herbeizuführen, war das Ziel der LIPSIA-NSTEMI-Multicenter-Studie (The Leipzig Immediate versus

early and late Percutaneous coronary Intervention trial in NSTEMI), die an sechs Kliniken in Deutschland durchgeführt wurde. Hierfür wurden 603 Patienten mit einem NSTEMI, die in den letzten 24 Stunden Angina-pectoris-Beschwerden hatten, entweder einer sofortigen Herzkatheterdiagnostik (< 2 h nach Studieneinschluss; n = 201; Gruppe A), einer frühen Katheterdiagnostik (zwischen 12–48 h nach Studieneinschluss; n = 201, Gruppe B) oder einer Katheterdiagnostik nur bei erneuten Beschwerden/bei Nachweis einer Durchblutungsstörung (n = 201, Gruppe C) zugeteilt. Der primäre Endpunkt war definiert als die Infarktgröße, gemessen anhand der Kreatinkinase-MB. Als sekundärer Endpunkt wurde die Häufigkeit von Todesfällen und erneuten Herzinfarkten und die erneute Krankenhausaufnahme we-

gen Herzproblemen sechs Monate nach Studieneinschluss definiert.

Wie Prof. Dr. Holger Thiele, Leipzig, erläuterte, wurden alle Patienten mit optimaler, dem derzeitigen Wissensstand entsprechender Medikation behandelt (s. Interview S. 12). Die mediane Zeit vom Studieneinschluss bis zum Beginn der Herzkatheteruntersuchung betrug 66 Minuten in Gruppe A, 18 Stunden in Gruppe B und 67 Stunden in Gruppe C. In Gruppe C lag die Rate an durchgeführten Herzkatheteruntersuchungen bei 86%. In der sofortigen invasiven Gruppe A zeigte sich im Trend eine größere Ausschüttung für die Kreatinkinase-MB-Werte. Für klinische Ereignisse (Tod, Reinfarkt, erneute Krankenhausbehandlung) gab es keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen innerhalb von sechs Monaten (A: 28,4%, B: 25,0%, C: 22,9%). **(J.A.)** ■