



Herz 2010 · 35:290–294  
DOI 10.1007/s00059-010-3352-0  
© Springer Medizin Verlag 2010

## Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK)

### Verantwortlich

Dr. med. Rolf Dörr  
Praxisklinik  
Herz und Gefäße  
Heinrich-Cotta-Straße 12  
D-01324 Dresden  
Telefon (0351) 26936505  
Fax (0351) 26936506  
E-Mail: doerr@praxisklinik-dresden.de

### Inhalt

Aktuelles von der 76. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in Mannheim <b>Kardiologen und Herzchirurgen: Team-Arbeit zum Wohle der Patienten</b>	290
Beschluss des Oberlandesgerichts Braunschweig und mögliche Folgen <b>Der Vertragsarzt – nun doch Beauftragter der Krankenkassen im Sinne des Strafgesetzbuchs?</b>	292
<b>Ex-BNK-Vorsitzender Fokko de Haan erhält silberne Ehrennadel der DGK</b>	294
<b>BNK-Vorstandsmitglied Jost-Henner Wirtz Präsident der DGK-Herbsttagung 2012</b>	294
<b>Service</b>	294

## 76. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in Mannheim

# Kardiologen, Herzchirurgen: Team-Arbeit zum Wohle der Patienten

**Präsident des diesjährigen Jahrestagungs der DGK war der Leipziger Herzchirurg Prof. Friedrich-Wilhelm Mohr, eine anerkannte Kapazität seiner Disziplin. Mögliche „Grenzkonflikte“ zwischen Kardiologie und Herzchirurgie waren denn auch ein spannender Schwerpunkt der Mannheimer Tagung. Die Jahrestagung bot eine eindrucksvolle Leistungsschau der deutschen Kardiologie mit 1 638 Vorträgen und 1 456 Poster-Präsentationen in 20 Parallelsitzungen.**

### Herzforschungszentrum auf den Weg gebracht

DGK-Präsident Prof. Michael Böhm, Homburg/Saar, verkündete gute Nachrichten in Sachen Deutsches Herzforschungszentrum (DHFZ). Noch vor Jahresfrist hatte dieses Thema für viel Wirbel in der Mitgliederversammlung gesorgt, weil sich viele Ordinarien von der angeblichen Geheimdiplomatie des damaligen DGK-Vorsitzenden und „Vaters“ der DHFZ-Idee, Prof. Gerd Heusch aus Essen, überfahren fühlten. Das Projekt ist inzwischen mit der BMBF weiterverhandelt worden und die Zusage der Fördermittel gilt als so gut wie sicher. Das DHFZ, so erläuterte Böhm, „soll in enger Verbindung mit den Universitäten und mit den bereits vorgehaltenen exzellenten universitären Einrichtungen die effiziente Herz-Kreislauf-Forschung in Deutschland weiter verbessern. Die Ausschreibung erfolgt in den nächsten Monaten und wird ergebnisoffen ohne Festlegung auf Standort und Themen-

schwerpunkt von einem internationalen Gremium begutachtet werden“.

### Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern werden besser versorgt

Erreichten früher gerade einmal zehn Prozent der Kinder mit schweren angeborenen Herzfehlern das Erwachsenenalter, sind es heute rund 90 Prozent. In Deutschland leben derzeit vermutlich 250 000 Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH). Die Versorgung dieser Patienten erfordert ein spezielles Know-how, über das der niedergelassene internistische Kardiologe nicht verfügt, während der Kinderkardiologe mit den Erkrankungen von Erwachsenen nicht ausreichend vertraut ist.

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 ist groß. Schon 200 Kinderkardiologen und Kardiologen haben die EMAH-Zusatzqualifikation erworben. Die Zusatz-Qualifikation EMAH wird – in Anlehnung an die Verfahren zur Erlangung einer Facharztqualifikation – nach Prüfung des bisherigen beruflichen Werdegangs des Antragstellers und nach erfolgreich abgelegter Prüfung vor einer fachlich gemischten Kommission von den Akademien für Kardiologie und Pädiatrische Kardiologie erteilt. Ferner haben die drei kardiologischen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie, Deut-

sche 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. Diese soll Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung der interdisziplinären Versorgung von EMAH erarbeiten.

Auch die Zertifizierung von Kliniken und Praxen soll die Versorgung dieser Patientengruppe weiter verbessern. Entsprechende Kriterien wurden gerade von der Task Force erarbeitet. Noch in diesem Jahr können Kliniken einen Antrag auf Zertifizierung als überregionales oder regionales Zentrum und Praxen einen Antrag auf Zertifizierung als Schwerpunktpraxis stellen. Ein überregionales Zentrum muss neben der Erwachsenen-kardiologie eine Kinderkardiologie sowie eine Chirurgie für angeborene Herzfehler haben. Eine Schwerpunktpraxis setzt neben der EMAH-Qualifikation des Praxisleiters eine strukturierte Zusammenarbeit mit einem Zentrum voraus.

### Hauptstammstenose: Bypassoperation bleibt erste Wahl

Kongresspräsident Prof. Mohr nahm zu den anhaltenden Diskussionen über die Ergebnisse der SYNTAX-Studie (Synergy between PCI with Taxus and Cardiac Surgery) Stellung. Er widersprach einer Presseinformation der DGK (Statement von Prof. Ch. W. Hamm vom 15.4.2010), nach der bei isolierten Hauptstammstenosen bzw. Hauptstammstenosen mit Ein- oder Zweigefäß-Erkrankung die Konorarintervention mit Medikamenten-beschichteten Stents einer Bypassoperation mindestens gleichwertig sei. „Das ist bisher nur eine Hypothese“, erklärte Mohr, Leiter der SYNTAX-Studie und erster Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie

(DGTHG). Das Gesamtergebnis der SYNTAX-Studie sei eindeutig: Bei 66 Prozent der Patienten mit KHK ist die aortokoronare Bypassoperation (ACB) der perkutanen Koronarintervention (PCI) überlegen, so Mohr. „Bei dem restlichen Drittel – den einfachen Fällen – ist die Katheterintervention eine gleichwertige Alternative. Patienten mit koronarer 3-Gefäßerkrankung und Hauptstammstenose bilden in der SYNTAX-Studie eine Untergruppe, die aufgrund der geringen Fallzahlen keine repräsentativen und belastbaren Ergebnisse für weitere differenzierte Aussagen liefern kann“, betonte Mohr weiter.

Inwieweit bei Patienten mit nicht-komplexen Hauptstammstenosen die Konorarintervention mit Medikamenten-beschichteten Stents der Bypassoperation gleichwertig ist, soll die neue multinationale EXEL-Studie zeigen (Evaluation of Xience prime versus Coronary artery bypass surgery for Effectiveness of Left main revascularisation), die noch in diesem Jahr starten und eine Laufzeit von drei Jahren haben soll. Bis deren Ergebnisse vorliegen, gilt weiterhin die Bypassoperation als die vorzuziehende Therapie auch bei Hauptstammstenosen, wie dies Kardiologen und Herzchirurgen gemeinsam 2006 in der 'Nationalen Versorgungsleitlinie chronische KHK' festgehalten haben. Diese entbindet die Ärzte aber nicht davon, für jeden Patienten die individuell beste Therapie zu finden“, stellte Mohr abschließend fest.

### Optimaler Zeitpunkt für eine invasive Diagnostik bei NSTEMI

Im Gegensatz zu Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung (STEMI), bei denen schnellstmöglich eine Wiedereröffnung des Herzkranzgefäßes mittels Ballonaufdehnung anzustreben ist, herrscht über den optimalen Zeitpunkt für eine Herzkatheteruntersuchung mit nachfolgender Ballondilatation für Patienten

mit Nicht-ST-Streckenhebungs-Myokardinfarkt (NSTEMI), die zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme keine Beschwerden mehr haben, weiter Unklarheit. Hier eine Klärung herbeizuführen, war das Ziel der LIPSIA-NSTEMI-Multizenter-Studie (The Leipzig Immediate versus early and late Percutaneous coronary Intervention trial in NSTEMI), die an sechs Kliniken in Deutschland durchgeführt wurde. 603 Patienten mit NSTEMI, die in den letzten 24 Stunden Angina-Pectoris-Beschwerden hatten, wurden per Zufall entweder zu einer sofortigen Herzkatheterdiagnostik (< 2 Stunden nach Studieneinschluss; n = 201 Patienten; Gruppe A), einer frühen Katheterdiagnostik (zwischen 12–48 h nach Studieneinschluss; n = 201 Patienten, Gruppe B) oder einer Katheterdiagnostik nur bei erneuten Beschwerden oder Nachweis einer Durchblutungsstörung (n = 201, Gruppe C) zugeteilt. Der primäre Studienendpunkt war definiert als die Infarktgröße, gemessen anhand der Kreatinkinase(CK)-MB. Als sekundärer Endpunkt wurde die Häufigkeit von Todesfällen, erneuten Herzinfarkten und die erneute Krankenhausaufnahme wegen Herzproblemen sechs Monate nach Studieneinschluss analysiert.

Wie Prof. Holger Thiele, Leipzig, erläuterte, erhielten alle Patienten eine gemäß derzeitigem Wissensstand optimale Medikation. Die mediane Zeit von Studieneinschluss bis zum Beginn der Herzkatheteruntersuchung betrug in der Gruppe A 66 Minuten, in der Gruppe B 17 Stunden und 55 Minuten und in der Gruppe C 18 Stunden und zehn Minuten. In Gruppe C lag die Rate an durchgeführten Herzkatheteruntersuchungen bei 83 Prozent. In der sofortigen invasiven Gruppe A zeigte sich ein Trend zu höheren CK-MB-Werten im Vergleich zu den Gruppen B und C.

Für klinische Ereignisse (Tod, Reinfarkt, erneute Krankenhausbearbeitung) gab es keine Unterschiede zwischen den drei Be-

handlungsgruppen innerhalb von sechs Monaten nach Studieneinschluss (15,4% Gruppe A im Vergleich zu 20,3% Gruppe B versus 14,9% Gruppe C). Thiele: „Daraus lässt sich schlussfolgern, dass bei Patienten mit einem NSTEMI eine sofortige Herzkatheteruntersuchung keinen Vorteil im Vergleich zu einem frühen Vorgehen innerhalb von zwölf bis 48 Stunden oder einem elektiv invasiven Vorgehen bietet.“

### Endlich: Gemeinsames Aortenklappen-Register der DGK und DGTHG

Der operative Ersatz der Aortenklappe unter Zuhilfenahme der Herz-Lungen-Maschine gilt seit vielen Jahren als Goldstandard mit niedrigem Sterblichkeitsrisiko. Seit kurzem stehen Alternativenverfahren zur Verfügung, die besonders für Patienten geeignet sind, denen eine Operation am offenen Herzen nicht zuzumuten ist.

Über einen transfemoralen oder transapikalen Zugang wird eine neue Aortenklappe mit geringer Belastung für den Patienten implantiert. Zuvor wird die alte Klappe mittels eines Ballons aufgedehnt, um Platz für die neue, auf einen Katheter montierte Klappe zu schaffen. Wie Prof. Christian W. Hamm ausführte, ist aus ersten Patientenserien zu erkennen, dass dieser Eingriff bei Hochrisikopatienten mit vertretbarem Risiko durchgeführt werden kann. Systematische, kontrollierte Studiendaten fehlen allerdings bisher. „Deshalb haben die deutschen Fachgesellschaften für Kardiologie und für Herzchirurgie ein gemeinsames Aortenklappen-Register ins Leben gerufen, um die notwendigen Daten zu erheben, um diese Therapieform validieren zu können. In dem Register sollen alle Verfahren des Aortenklappenersatzes – operativ oder kathetergestützt – lückenlos und systematisch erfasst werden.“

Dr. med. Jochen Aumiller