

Innovationen und Irrwege in der Kardiologie

Einen Rückblick auf Entwicklungen in der Kardiologie in den letzten 25 Jahren und einen Ausblick auf einige künftige Entwicklungen wagten die Referenten in einem Symposium bei der Tagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin (SWGIM), eine anspruchsvolle Aufgabe angesichts der dynamischen Entwicklung dieses Fachs. Aber letztlich geht es bei Rückblicken immer vor allem auch darum, zu prüfen, ob und was wir aus den gemachten Erfahrungen für die Zukunft lernen können, erklärt Prof. Dr. Thomas Meinertz, Hamburg, der gemeinsam mit Prof. Dr. Thomas Budde, Essen, die Sitzung leitete.

Dynamische Entwicklung beim Herzkatheter

Am Beispiel Herzkatheter zeigte Prof. Dr. Thomas Budde die dynamische Entwicklung in der Diagnose und Therapie von Koronarerkrankungen auf. Im Jahr 1981 wurden Herzkatheter zur Diagnose in Deutschland 40 655-mal eingesetzt, Koronarinterventionen wie PTCA fanden zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht statt, in nennenswerter Zahl tauchen sie in der Statistik erst im Jahr 1984 mit 2809 Prozeduren auf. 91 344 Mal kam der Herzkatheter im Jahr 1986 zum Einsatz (die Zahl der Koronarinterventionen war dabei auf 7000 gestiegen). Aber 1991 zählte man bereits 214 267 diagnostische und 44 528 therapeutische Prozeduren. Und im Jahr 2007 war die Zahl der diagnostischen Herzkatheter in Deutschland auf 830 658 gestiegen, die Zahl der Interventionen auf 298 736, was einer Interventionsquote von 35,96 % entspricht, verglichen mit rund 25 % im Jahr 1993 und 5 % im Jahr 1984. Und in der Zeitschrift für Kardiologie war dann auch im Jahr 1993 zu lesen, dass „sich im Verlauf des letzten Jahrzehnts nicht nur das Patientengut vor PTCA und Bypass-Operation in Richtung auf ein höheres Alter und stärkeren und diffuseren Gefäßbefall verschoben hat ... und dass die PTCA gegenüber konservativ behandelten symptomatischen Patienten einen leichten Vorteil bezüglich der Symptomatik und der

beruflichen Eingliederung hat, gegenüber der Bypass-Operation vor allem bezüglich der rascheren beruflichen Wiedereingliederung.“

Vermehrter Einsatz von Stents und LAA-Okkludern

Mit Zahlen eines Herzkatheterlabors an einem Städtischen Klinikum mit 92 Betten in der Kardiologie und 10 Intensivbetten führte Dr. André Schneider, Esslingen die Entwicklung von der allgemeinen Statistik in die konkrete Situation vor Ort. Mit dem neuen Chefarzt Kardiologie Prof. Dr. Matthias Leschke wurde 1998 das Herzkatheterlabor gestartet und erreichte 500 Prozeduren – die meisten Diskussionen kreisten um die Frage Lyse versus PTCA und Lyse oder Stent. Im Jahr 2000 gab es bereits 2000 Herzkatheter, die 24-Stunden-Bereitschaft wurde Standard und erste IABP-Implantationen wurden durchgeführt. Mit 14 % lag die Lyse vor der PTCA mit 8 %. Ein Jahr später wurden erste Carotis-PTAs mit Nitrolstents durchgeführt, 2002 die Schrittmachertherapie ins Katheterlabor verlegt und erste ICDs implantiert. 2004 wurden 4000 erstmals auch ambulante Katheteruntersuchungen durchgeführt, auch Schrittmacher wurden ambulant implantiert. Durch die Eröffnung weiterer Katheterlabore in der Region in den folgenden Jahren ging die Zahl der Katheter in Esslingen zurück. 2005 betrug der DES-Anteil 30 % (heute liegt er bei nahe 100 %) und strukturelle Herzerkrankungen wurden behandelt. 2009 lag die Zahl der Katheter bei 3000, drug-eluting balloons wurden eingesetzt und erste TAVI-Prozeduren durchgeführt (das Programm wurde 2010 wieder beendet). 2013 sank die Zahl der Katheter auf 2800, erste absorbierende Stents und LAA-Okkluder bei Vorhofflimmern wurden verwendet. Aktuell versorgen in der Kardiologie in Esslingen 35 Mitarbeiter ca. 6000 stationäre Patienten (Verweildauer ca. 5,99 Tage). Die Arbeit in einem kommunalen Haus erfordere es, so Dr. Schneider, neue Methoden kritisch zu begleiten und zu implementieren, denn Euphorie mache unkritisch.

Was wird künftig wichtig?

Mit 3 konkreten Vorhersagen zur Zukunft der Kardiologie wagte sich Prof. Dr. Udo Sechtem, Stuttgart, aus der Deckung. Die nichtinvasive Bildgebung werde weitere Fortschritte machen und die Stellung präziser Diagnosen über koronare Durchblutungsstörungen (epikardial versus mikrovaskulär) möglich machen. Auch in die Entwicklung der Genetik setzt er große Erwartungen. So werden seiner Ansicht nach genetische Risikoscores basierend auf einer großen Zahl von SNPs (geerbte und vererbte genetische Varianten) die Risikovorhersage bei koronaren Erkrankungen verbessern und unterschiedliche Verläufe des koronaren Risikos beschreiben, die durch traditionelle Risikoscores nicht erfasst werden können. Und auch in der Therapie wagt er sich weit nach vorne: Eine einmalige subkutane Injektion mit Inclisiran (einem PCSK9-Inhibitor) ab dem 30. Lebensjahr werde die Entstehung einer Koronarsklerose weitgehend verhindern können.

Das technisch Mögliche sei eine Herausforderung und die Unterlassung des technisch Möglichen werde leicht als Schwäche angesehen, die Erbringung des technisch Möglichen belohnt. Aber nicht alles, was man technisch machen kann, sollte man machen und nicht alles, was man machen sollte, kann man machen – diese Caveats betonte Prof. Dr. Meinertz in seinem Schlusswort.

Günther Buck, Weilheim

Quelle: Sitzung V „Aktuelle Kardiologie“ im Rahmen des 55. Kongresses der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin (SWGIM), am 6. Oktober 2018 in Filderstadt.