

Herzinsuffizienz: Behandlung im multidisziplinären Herzboard

Die Behandlung der Herzinsuffizienz im multidisziplinären Herzboard (MDH) erhöht die Patientensicherheit und verbessert das Behandlungsergebnis.

In Deutschland zählt die Herzinsuffizienz zu den zehn häufigsten Todesursachen und ist eine Hauptursache für das Auftreten des Plötzlichen Herztods mit ca. 65.000 Todesfällen p.a.. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Prof. Dr. Andreas Böning, plädiert für die konsequente Behandlung aller Herzkrankheiten in qualifizierten Herzteams.

Regina Iglauer-Sander, Berlin

M&K: Warum ist die interdisziplinäre Indikationsstellung relevant?

Prof. Dr. Andreas Böning: Herz-Kreislaufkrankungen sind komplex. Die differenzierte Bewertung und Therapiefindung der Herzkrankungen muss daher frühzeitig in strukturierten, interdisziplinären Herzteams unter Einbeziehung der Patienten stattfinden. Das erhöht die Patientensicherheit und verbessert das Behandlungsergebnis. Als herzchirurgische Fachgesellschaft plädieren wir für die verpflichtende und konsequente Umsetzung der nationalen und internationalen Leitlinien. Die Realität zeigt aber: es besteht noch Optimierungsbedarf.

Was bedeutet dies für die Herzpatienten?

Böning: Unsere Patienten profitieren, wenn die Fachgebiete Herzchirurgie, Kar-



Prof. Dr. Andreas Böning ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie und ärztlicher Direktor der Klinik für Herz-, Kinderherz- und Gefäßchirurgie der Universitätsklinik Gießen. Foto: UKGM

diologie und Kinderkardiologie die diagnostizierte Herzerkrankung gemeinsam behandeln. Die Herzinsuffizienz ist die Folge einer Herzerkrankung wie zum Beispiel der Koronaren Herzkrankheit (KHK) oder einer Herzklappenerkrankung. Ehe die daraus resultierende Herzschwäche zu unumkehrbaren Herzschäden oder zum plötzlichen Herztod führen, braucht es frühzeitig den interdisziplinären Austausch. Wichtig ist hier natürlich, dass Patienten einbezogen werden. Nach dem Vorbild in der „Krebsmedizin“ wäre die Einführung des verpflichtenden multidisziplinären Herzboards (MDH) ein entscheidender Schritt zur bestmöglichen Behandlung. In Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Herzerkrankung, würden die Fachgebiete Herzchirurgie, Kardiologie und Kinderkardiologie um die

Expertise aus weiteren Fachgebieten wie Anästhesie, Gefäßmedizin oder Neurologie erweitert werden. Einzelentscheidungen sind heutzutage keine Option mehr für eine nachhaltige Herzmedizin.

Ist dies nicht schon Realität und Praxis?

Böning: Wir haben über das Bundesgebiet verteilt 78 Herzzentren, in denen Fachabteilungen für Herzchirurgie und Kardiologie eng zusammenarbeiten, also im Kern zentrumsbezogene Herzteams bilden. Wir müssen es aber schaffen, Krankenhäuser ohne Fachabteilungen für Herzchirurgie und niedergelassene Ärzte besser zu vernetzen, damit die interdisziplinäre Expertise bei der Indikationsstellung und Therapiefindung gegeben ist. Das ist durchaus über die Telemedizin realisierbar und auch schon in der Praxis vorhanden. Wir müssen aber besser werden. Leider arbeiten Akteure der herzmedizinischen Fachgebiete noch allzu häufig unabhängig voneinander, was medizinisch begründet ist, da zwischen der „schneidenden“ und „sprechenden“ Medizin unterschieden wurde. Diese Betrachtungsweise ist heute obsolet. Daher sind wir für das Patientenwohl aufgerufen, die Fachgebiete mit verbindlichen Regelungen und strukturierten Prozessen besser zu vernetzen. Im klinischen Alltag fehlt vor einer invasiven Behandlung häufiger eine interdisziplinäre Abstimmung. Diese ist jedoch absolute Voraussetzung, um den Patienten die bestmögliche Therapieempfehlung geben zu können.

Wie könnte die konsequente Umsetzung multidisziplinärer Herzboards Ihrer Meinung nach aussehen?

Böning: Hier sind die herzmedizinischen Fachgesellschaften gefragt. Neben der Konsensfindung und dem strukturierten, bundesweiten Aufbau von Herzteams

braucht es den politischen Willen zur Umsetzung. Des Weiteren gibt es auch in der Herzmedizin drei Säulen: Forschung, Qualitätssicherung und Patientensicherheit. Wir brauchen evidenzbasierte Daten und belastbare Fakten, um die Todesursache Nummer Eins in Deutschland zu bekämpfen. Nicht zuletzt ist ein generelles Umdenken in der Medizin nötig: Die Patientensicherheit und Versorgungsqualität müssen wieder im Fokus stehen. Priorität für jeden Arzt ist immer, dem Menschen zu mehr Gesundheit zu verhelfen. Wünschenswert wäre eine Medizin, die die Patienten in den Vordergrund stellt, aber auch die sie versorgenden Menschen der Gesundheitsberufe berücksichtigt.

Hauptursache der Herzinsuffizienz ist nach wie vor die Koronare Herzkrankheit (KHK).

Böning: Richtig, bei rund Zweidrittel aller Patienten ist die KHK für die Herzschwäche verantwortlich. In Abhängigkeit von der Schwere und dem Verlauf der Krankheit, gilt es, einen Konsens zu finden, welches der zur Verfügung stehenden Verfahren patientenindividuell sinnvoll ist, da hier Entscheidungskorridore für die verschiedenen Optionen existieren. Die herzmedizinischen Fachgebiete müssen fachgebietsübergreifend, gemeinsam, und gemäß den Leitlinien handeln, um den betroffenen Patienten die bestmögliche und insbesondere auch nachhaltigste Therapieoption anbieten zu können. Das kann die medikamentöse Therapie sein, die interventionelle Versorgung mit einem Stent oder die koronare Bypassoperation. Bei der invasiven Behandlung der KHK ist es das Ziel, die Verbesserung der Blutversorgung des Herzens möglichst langfristig zu verbessern bzw. dauerhaft zu gewährleisten.

Stent und Koronar-Bypass – die „Gretchenfrage“.

Böning: Es muss eine Herzteam-Entscheidung herbeigeführt werden, die auf wissenschaftlichen Fakten basiert und die interdisziplinär entschieden wird, um den Patienten die beste Behandlungsoption zu eröffnen. Insbesondere bei der komplexen KHK, der Hauptstammstenose und bei der 3-Gefäßerkrankung ist die Evidenz für die koronare Bypassoperation eindeutig, da sie den Patienten eine bessere Langzeitprognose bietet. Das Alter ist hier übrigens kaum relevant. Wir operieren auch ältere und hochbetagte Menschen sehr erfolgreich. Die Überlebensrate liegt seit Jahren konstant bei über 97 Prozent – in allen Altersgruppen. Jüngere Patienten profitieren vor allem von der Nachhaltigkeit der koronaren Bypassoperation. Ein Bypass hält zwischen 15 und 20 Jahren. In Deutschland kommen jedoch auf 10 Stentimplantationen nur eine Bypassoperation, während in den USA das Verhältnis 4:1 ist. Nur die Bypass-Operation kann die Überlebens-Wahrscheinlichkeit von KHK-Patienten verbessern: Auf dem europäischen Kardiologenkongress 2022 zeigte die aktuelle Auswertung einer Vergleichsstudie zwischen Medikamenteneinnahme und Stent-Implantationen bei Patienten mit schwer eingeschränkter linksventrikulärer Funktion durch eine ausgedehnte KHK keine Verbesserung des Überlebens. Bei der komplexen KHK zeigt sich also, dass zwingend die Interdisziplinarität geboten ist. In der Kinderherzmedizin ist uns dies bereits seit langem in vorbildlicher Weise gelungen. Die Arbeit im Herzteam ist für angeborene Herzfehler verpflichtend. Nicht nur für Teilgebiete, sondern generell muss dieser wichtige Schritt in der Herzmedizin Realität werden.

Die schwere terminale Herzinsuffizienz: Welche Behandlungsoptionen gibt es hier?

Böning: Diese Patienten können mit implantierbaren Herzunterstützungssys-

Zur Person

Prof. Dr. Andreas Böning leitet seit 2007 den Lehrstuhl für Herz-, Kinderherz- und Gefäßchirurgie an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Seine Forschungsschwerpunkte liegen experimentell in der Kardioplegie-Forschung und klinisch in der Durchführung internationaler multi-zentrischer Studien. Seit 2018 ist er auch Ärztlicher Direktor am UKGM Gießen und Marburg. Für die DGTHG ist er seit 2010 im Vorstand tätig, aktuell in der Funktion des Präsidenten der Fachgesellschaft, der „Thoracic Cardiovascular Surgeon Reports“. Seit 2012 ist er zudem Vorsitzender der GERAADA (German Registry for Acute Type A Aortic Dissection) Steuerungsgruppe.

temen versorgt werden. Vorrangig werden Linksherzunterstützungssysteme implantiert, die die Pumpfunktion der linken Herzkammer unterstützen. Die Lebensqualität dieser Patienten ist akzeptabel. Im Prinzip ermöglicht sie das Überleben, wenn andere Therapien ausgeschöpft sind oder aber zur Überbrückung der Wartezeit auf ein geeignetes Spenderherz. Wir beobachten aber, dass die Anzahl an Spenderherzen seit Jahren etwa gleich bei ca. 350 p.a. bleibt. Doppelt so viele warten aber auf ein Organ. Für herzinsuffiziente Patienten im Endstadium ist dies die bestmöglich Langzeit-Therapie. Wir brauchen die Widerspruchsregelung, so wie sie in europäischen Nachbarländern bereits etabliert ist. Dafür setzen wir uns auch als Fachgesellschaft ein.