



**DGK.**

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

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: [presse@dgk.org](mailto:presse@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

**Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 10/2018“**

## **Plötzlicher Herztod und Herzrhythmus-Störungen: Begrenzte Sinnhaftigkeit der Defi-Weste, gute Ergebnisse der „Verödungs-Therapie“**

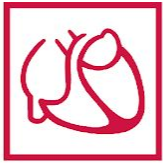
*Der plötzliche Herztod ist ein oft nicht vorhersagbarer Todesfall, der häufig auf das Auftreten lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen zurückzuführen ist. Risikoberechnung und das Bestimmen adäquater Therapien sind schwierig. Ein tragbarer Kardioverter-Defibrillator („Defi-Weste“) scheint nach einer kürzlich publizierten Studie bei Patienten mit einer niedrigen Auswurffraktion, die innerhalb einer Woche nach Entlassung nach einem akuten Herzinfarkt eine „Defi-Weste“ erhielten, keine relevante Auswirkung auf den plötzlichen Herztod zu haben. Die Katheterablation („Verödungstherapie“) erweist sich als sehr erfolgversprechende Therapiestrategie bei Patienten mit anhaltenden ventrikulären Arrhythmien, häufig ist allerdings dennoch ein implantierbarer Defibrillator als Standardtherapie notwendig, berichtet Prof. Thomas Deneke (Bad Neustadt), Sprecher der Arbeitsgruppe Rhythmologie der DGK anlässlich der Deutschen Herztage in Berlin.*

**Berlin, Freitag 12. Oktober 2018** – Der plötzliche Herztod ist ein im Vorhinein oft nicht erkennbarer Todesfall, der häufig auf das Auftreten lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen zurückzuführen ist. Risikostratifikation und das Definieren adäquater Therapien sind schwierig, berichtet Prof. Dr. Thomas Deneke (Bad Neustadt), Sprecher der Arbeitsgruppe Rhythmologie der DGK anlässlich der Deutschen Herztage in Berlin.

Heute kann mithilfe moderner bildgebender Verfahren wie der MRT versucht werden, jene Patienten zu identifizieren, die ein hohes Risiko für den plötzlichen Herztod haben. Auch die frühzeitige programmierte Ventrikelstimulation bei Patienten nach einem Herzinfarkt ist eine mögliche Strategie, um ein erhöhtes Risiko für plötzlichen Herztod zu entdecken.

Der implantierbare Defibrillator (ICD) ist weiterhin die Therapie der Wahl bei Patienten, die ein plötzliches Herztod-Ereignis überlebt haben (Sekundärprävention). Für die Prophylaxe des plötzlichen Herztodes scheint es bei hochgradig eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion des Herzens als einzige effektive Therapieoption den dauerhaft implantierten Defibrillator (ICD) zu geben. Allerdings hat sich in den vergangenen 30 Jahren durch Entwicklungen bei Herzinsuffizienz-Medikamenten das Risiko eines plötzlichen Herztodes fast halbiert, weshalb die verminderte Pumpfunktion kein guter Indikator mehr ist, so Prof. Deneke.

„Trotz der hohen Rate des plötzlichen Todes nach Myokardinfarkt bei Patienten mit einer niedrigen Auswurffraktion sind allerdings implantierbare Kardioverter-Defibrillatoren 40 bis 90 Tage nach Myokardinfarkt nicht indiziert“, so Prof. Deneke. In der VEST-Studie<sup>1</sup> wurde untersucht, ob ein tragbarer Kardioverter-Defibrillator die Häufigkeit von plötzlichen Todesfällen während dieser Hochrisiko-Periode reduzieren könnte. Nach dem Zufallsprinzip erhielten Patienten mit akutem



# DGK.

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

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: [presse@dgk.org](mailto:presse@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

## Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 10/2018“

Myokardinfarkt und einer Ejektionsfraktion von 35 Prozent oder weniger einen tragbaren Kardioverter-Defibrillator plus leitliniengerechte Therapie (Gerätegruppe) oder nur eine leitliniengerechte Therapie (Kontrollgruppe). Fazit: Bei Patienten mit einem kurz zurück liegenden Myokardinfarkt und einer Ejektionsfraktion von 35 Prozent oder weniger führte der tragbare Kardioverter-Defibrillator nicht zu einer signifikant niedrigeren Rate Arrhythmie-bedingter Todesfälle. „Diese Studie hat jedoch eine Reihe von Mängeln, unter anderem die Motivation der Patienten: Viele in der Gerätegruppe trugen die Weste überhaupt nicht“, so Prof. Deneke. „Moderne Telemedizin-Nachsorgen nach einem intensiven Patiententraining können dies eventuell verbessern.“

Zur Katheterablation, der Verödungstherapie mit Katheterzugang über die Leiste, bei Patienten mit Rhythmusstörungen der Herzkammern („ventrikulären Tachykardien“) nach Herzinfarkt, gibt es nun mehrere Studien, die zeigen, dass die Katheterablation effektiver ist als jede medikamentöse Behandlung in Bezug auf Unterdrückung neuerliche Episoden ventrikulärer Tachykardien. Prof. Deneke: „Doch war kein Effekt hinsichtlich eines besseren Überlebens erkennbar. Der Grund dafür könnte sein, dass es sich in diesen Studien um sehr kranke Patienten handelte, die am Fortschreiten ihrer kardialen Erkrankung verstarben und nicht an einem arrhythmogenen Ereignis.“ Bei Patienten ohne Veränderungen an den Herzkranzgefäßen, also ohne vorangegangenen Herzinfarkt, scheint es so zu sein, dass die Erfolge der Ablation, wenn sie in erfahrenen Expertenzentren durchgeführt wird, ebenfalls sehr gut sind, so Prof. Deneke.

Die Anzahl jener Patienten, die bei ventrikulärer Tachykardie ablatiert wurden, hat sich in den vergangenen zehn Jahren verdreifacht. Pro Jahr werden in Deutschland zwischen 5.000 und 6.000 Ablationen bei ventrikulären Tachykardien durchgeführt. Einige deutschlandweite Zentren haben sich auf die Therapie dieser Patienten spezialisiert, wodurch die Versorgungsstruktur sich deutlich verbessert hat.

„Eine Katheterablation könnte einen ICD bei Kammertachykardien ersetzen, vor allem dann, wenn die Pumpfunktion des linken Ventrikels nicht hochgradig eingeschränkt ist“, so Prof. Deneke. „Prinzipiell ist die Methode aber als Therapie zusätzlich zum ICD gedacht, weil es bisher keine Studie gibt, die zeigt, dass es in diesem Setting zu einer Verbesserung der Prognose kommt.“

<sup>1</sup> Olgin JE et al, Wearable Cardioverter–Defibrillator after Myocardial Infarction, [September 27, 2018](#), N Engl J Med 2018; 379:1205-1215 DOI: 10.1056/NEJMoa1800781

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

Pressesprecher: Prof. Dr. Eckart Fleck (Berlin)

Pressestelle: Kerstin Kacmaz, Tel.: 0211 600 692 43

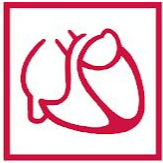
[presse@dgk.org](mailto:presse@dgk.org)

Pressebüro während der DGK Herztage: 030 2065192

B&K–Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler, Tel.: 00436766368930, [kofler@bkkommunikation.com](mailto:kofler@bkkommunikation.com); Roland Bettschart, Tel.:

00436766356775,[bettschart@bkkommunikation.com](mailto:bettschart@bkkommunikation.com)



**DGK.**

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

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: [presse@dgk.org](mailto:presse@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

---

**Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 10/2018“**

*Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine gemeinnützige wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 10.500 Mitgliedern. Sie ist die älteste und größte kardiologische Gesellschaft in Europa. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder und die Erstellung von Leitlinien. Weitere Informationen unter [www.dgk.org](http://www.dgk.org)*