



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
Web: www.dgk.org

Wir müssen über den Tellerrand unseres Fachgebiets hinausschauen!

Statement Prof. Dr. Nikolaus Marx, Tagungspräsident der 86. Jahrestagung der DGK

Für die diesjährige Jahrestagung habe ich als Tagungspräsident das Oberthema „Der multimorbide Herzpatient – eine interdisziplinäre Herausforderung“ gewählt. Das Thema ist heute ganz besonders aktuell und relevant, weil wir beobachten, wie sehr sich unser Patientenkollektiv in den letzten 30 Jahren gewandelt hat – einerseits durch die älter werdende Bevölkerung und andererseits aufgrund der Tatsache, dass viel mehr Patienten als früher andere Erkrankungen, beispielsweise Krebserkrankungen, überleben. Unsere Herzpatienten weisen daher häufig Komorbiditäten und Multimorbidität auf. Beispielhaft sei hier gesagt, dass mehr als die Hälfte aller Patienten mit einer Herzinsuffizienz zusätzlich unter vier oder mehr Begleiterkrankungen leiden. Die häufigsten Begleiterkrankungen bei kardiovaskulären Patienten sind Diabetes, chronische Nierenerkrankung und COPD. Für Patienten, die eine dieser Erkrankungen gepaart mit einer Herzerkrankung haben, sieht die Prognose deutlich schlechter aus als für ansonsten gesunde Herzpatienten. Ihre Lebensqualität ist geringer und die Sterberate deutlich höher.

Ko- und Multimorbiditäten sind in drei Punkten für uns besonders bedeutsam:

1. Die Begleiterkrankung selber beeinflusst die Prognose unserer Patienten zum Teil enorm. Das Vorliegen von beispielsweise Diabetes oder einer chronischen Niereninsuffizienz hat direkte, negative Auswirkungen auf das Überleben von Patienten mit Herzinsuffizienz oder nach einem Herzinfarkt.
2. Das Vorliegen einer Komorbidität hat Einfluss auf unser ärztliches Handeln und die Therapieempfehlung. So bekommen zum Beispiel Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz zu einem deutlich geringeren Teil nach einem Infarkt die Empfehlung, in eine Reha zu gehen oder das Rauchen einzustellen.
3. Komorbiditäten beeinflussen direkt den Erfolg unserer kardiologischen Therapien. So ist beispielsweise die Mortalität nach einem interventionellen Aortenklappenersatz bei Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz im Vergleich zu Patienten mit normaler Nierenfunktion deutlich erhöht.

Damit stellen sich in Krankenversorgung, Forschung sowie Aus- und Weiterbildung neue Herausforderungen, die wir adressieren müssen. Besonders wichtig ist mir, zu betonen, dass ein interdisziplinärer Blick auf den Patienten enorm weiterhilft. Nephrologen, Diabetologen, Pneumologen, Kar-



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
Web: www.dgk.org

diologen und alle anderen beteiligten Fachrichtungen müssen in einem engen Austausch stehen und die Therapie der Patienten, die an Begleiterkrankungen leiden, gemeinsam besprechen.

Wir stehen dabei vor der großen Herausforderung, dass uns schlicht keine Daten zur optimalen Behandlung multimorbider Patienten vorliegen. Die Kardiologie als evidenzbasiertes Fach beruft sich in ihren Empfehlungen auf große, randomisierte, kontrollierte Studien, in denen Evidenz für interventionelle und medikamentöse Therapien bei herzkranken Patienten generiert wurde. In diesen klinischen Studien sind jedoch Patienten mit Komorbiditäten und Multimorbidität häufig ausgeschlossen, so dass die Therapieempfehlung für diese weiterhin wachsende Gruppe von multimorbiden Patienten aus Daten extrapoliert werden muss, die aber weitestgehend für Patienten ohne Begleiterkrankungen erhoben wurden. Somit ist es von ganz entscheidender Bedeutung, gezielt klinische Studien durchzuführen, in denen Patienten mit Komorbiditäten und multimorbide Patienten eingeschlossen werden. Nur so können wir genaues Wissen darüber erlangen, ob die bisher in der Kardiologie so erfolgreichen Therapien auch bei unseren Patienten mit Begleiterkrankungen effektiv wirken.

Für uns Ärzte muss das heißen, unbedingt über den Tellerrand der Therapien oder Interventionen aus unserem eigenen Fachgebiet hinauszuschauen. Wir müssen immer wieder überprüfen – idealerweise im Rahmen interdisziplinärer Strukturen – ob unser Vorgehen das ideale für den jeweiligen Patienten ist, auch wenn uns die evidenzbasierten Daten nicht zur Verfügung stehen. Das ist besonders wichtig, weil aus kardiologischer Sicht unter Umständen der richtige Blickwinkel fehlt, um die Begleiterkrankung in ihrem gesamten Ausmaß einzuschätzen. Anderen Fachrichtungen geht es genauso. Dies kann dazu führen, dass Patienten möglicherweise nicht die beste, umfassende Therapie bekommen.

Angesichts des immer höheren Alters unserer Patienten und zunehmender Multimorbidität ist es unabdingbar, interdisziplinäre, strukturierte Programme und Versorgungsstrukturen zu etablieren, um eine adäquate Versorgung unserer multimorbiden Herzpatienten sicherzustellen. Diese interdisziplinären Strukturen sollten standardisiert implementiert werden, wie es zum Beispiel in der Onkologie in Tumorboards geschieht. Dieser Aspekt ist im aktuellen Gesundheitssystem und Vergütungssystem jedoch nur unzureichend abgebildet. Um die Einrichtung solch wichtiger Strukturen zu fördern, müssen unbedingt Wege gefunden werden, dies im Vergütungssystem abzubilden, denn die Tatsache, dass immer mehr ältere und multimorbide Patienten behandelt werden, führt beispielsweise zur Verlängerung der Verweildauer bei Krankenhausaufenthalten, und zum limitierten



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
Web: www.dgk.org

Einsatz bestimmter medikamentöser und interventioneller Therapien. Diesen Aspekten muss in jeder Hinsicht Rechnung getragen werden, um sicherzustellen, dass multimorbide Patienten adäquat versorgt werden.

Die Welt unserer Patienten hört jenseits der Tür des Katheterlabors nicht auf und gute Erfolge unserer interventionellen Maßnahmen hängen auch von der adäquaten medikamentösen Behandlung nach dem Eingriff ab. Und diese adäquate Behandlung wiederum kann nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit sichergestellt werden. Dies ist mein ganz dringender Appell an alle Kolleginnen und Kollegen: Betrachten Sie alle Aspekte einer Krankengeschichte und beziehen Sie andere Fachgebiete in die Behandlung Ihrer multimorbiden Patienten ein!

Wir haben im Rahmen der 86. Jahrestagung diverse Sitzungen zu diesem Thema organisiert. Wenn Sie also tiefer in die Thematik einsteigen möchten, lege ich Ihnen die klinischen Sitzungen „Herz und Diabetes“, „Kardio-Onkologie 2020“, „Kardiovaskuläre Erkrankungen bei chronischer Nierenerkrankung“ sowie die Sitzung „COVID 19 und kardiovaskuläre Erkrankungen“ ganz besonders ans Herz. Hier gehen wir in besonderem Maße auf die Bedeutung der Komorbiditäten für Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen ein.

Im Bereich der Grundlagenforschung empfehle ich die Sitzung „Neue Therapiekonzepte in der Kardiologie – from bench to bedside and from bedside to bench“ sowie die Sitzung „Organinteraktion Herz – Darm/Leber“. Hier werden Mechanismen des Organ-Cross-Talks diskutiert und auf pathophysiologische Aspekte der Organinteraktion für kardiovaskuläre Erkrankungen eingegangen.