

Herz 2022 · 47:1–3
<https://doi.org/10.1007/s00059-021-05092-5>
 Angenommen: 22. November 2021

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021



Leitlinien 2021 – im Rückblick der Blick voraus?

Bernhard Maisch^{1,3} · Rolf Dörr²

¹ Philipps-Universität Marburg und Herz- und Gefäßzentrum Marburg, Marburg, Deutschland

² Praxisklinik Herz und Gefäße, Dresden, Deutschland

³ Marburg, Deutschland

Das erste Heft des Jahres 2022 von *Herz/ Cardiovascular Diseases* nimmt die Leitlinien des letzten Jahres ins Visier. Dem prüfenden Blick auf die Empfehlungen der European Society of Cardiology (ESC), oft schon niedergelegt in deutschen Pocket-Leitlinien, oder auf vergleichende Leitlinien jenseits der Grenzen Europas haben sich die Autoren der Beiträge nicht entzogen. Dem Leser wünschen die Herausgeber dieses Heftes die Gelassenheit, die Fülle der Informationen, mal alt mal neu, einzuordnen und im Praxisalltag umzusetzen. Vor allem hoffen wir auf eine unermüdliche Bereitschaft zu lernen. Wir halten es dabei mit dem irischen Dramatiker und Nobelpreisträger für Literatur George Bernard Shaw (26.07.1856 bis 02.11.1950), der 94 Jahre alt wurde und noch im Alter von 92 Jahren dazu schrieb: „Ich lerne noch immer in meinem zweiundneunzigsten Jahr.“

Lernen kann man von Altem, nicht nur von Neuem. So sind auch Leitlinien strukturiert. Sie ergänzen Bewährtes früherer Leitlinien mit Bewährtem aus aktuellen Studien. Erstaunliches lernen kann man auch, wenn Stagnation prävaliert wie im lernenden Leitfaden zur COVID-19 („coronavirus disease 2019“)-Pandemie der ESC [1], der auf dem Stand vom 10. Juni 2020 verharret geblieben ist. Damit ist der Bewertung in *Herz* aus dem Vorjahr nichts hinzuzufügen [2] außer der Fehlanzeige zu den Mutationen und Varianten des Virus, der Impfung als Schutz vor SARS-CoV-2 („severe respiratory syndrome coronavirus 2“) sowie den neuen Therapiemöglichkeiten u. a. mit monoklonalen Antikörpern und Proteasehemmern für den Fall einer gravierenden Erkrankung. Vorläufige Bilanz: Ein vielversprechender Versuch, der leider auf halbem Weg steckengeblieben ist.

Erfolgreich umgesetzt wurden im Jahr 2021 die Leitlinien zur kardiopulmonalen Reanimation [3]. G. Michels, J. Pöss und H. Thiele kommentieren schwerpunktmäßig die Kapitel zu Basismaßnahmen, erweiterten Maßnahmen der Erwachsenenreanimation und zur Postreanimationsbehandlung. Lesenswert sind auch die Kapitel zur Epidemiologie und zu lebensrettenden Systemen. Bewährte Teile sind unverändert geblieben wie die Bedeutung der Ausgangslage, d. h. das frühzeitige Erkennen des Kreislaufstillstands, das Absetzen des Notrufs und die qualitativ hochwertige Herzdruckmassage.

J. Bauersachs und S. Soltani setzen ihre Schwerpunkte bei den ESC-Leitlinien 2021 zur Herzinsuffizienz [4] auf die therapeutischen Empfehlungen der Standardmedikamente auch bei HFmrEF („heart failure with mildly reduced ejection fraction“), die auch bei HFrEF („heart failure with reduced ejection fraction“) eingesetzt werden, d. h. die Vierfachkombination aus Angiotensin-Rezeptor-Nepriylisin-Inhibitor (ARNI) bzw. ACE („angiotensin-converting enzyme“)-Hemmer, Betablocker und Mineralokortikoidrezeptorantagonist (MRA). Eine echte Neuentdeckung ist die Klasse-I-Empfehlung für die Behandlung mit SGLT2 („sodium-glucose linked transporter 2“)-Inhibitoren (SGLT2i) bei Patienten mit HFrEF unabhängig vom Vorliegen eines Diabetes mellitus. Da spielt die neue Benennung der Herzinsuffizienz mit mild reduzierter Ejektionsfraktion (HFmrEF; EF: 41–49%, früher „mid-range“, jetzt „mildly reduced“) nur eine Nebenrolle. Als Ergänzung des medikamentösen Therapiespektrums bei einer Verschlechterung der Herzinsuffizienz bei Anwendung der „fantastic four“ [5] hat Vericiguat, ein

Stimulator der löslichen Guanylatzyklase, eine IIB-Empfehlung erhalten [6].

F.S. Nettersheim und S. Baldus setzen die Schwerpunkte in der Besprechung der gemeinsamen kardiologisch-herzchirurgischen Leitlinie von ESC und European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) zu Herzklappenerkrankungen auf die kritische Rolle des Herz-Teams zum Management von Herzklappenerkrankungen [7] bei Therapieentscheidungen, die revidierte Definition der schweren sekundären Mitralklappeninsuffizienz und die Empfehlung für eine katheterbasierte Edge-to-edge-Rekonstruktion der Mitralklappe sowie das Potenzial von kathetergestützten Trikuspidalklappeneingriffen bei inoperablen und Hochrisikopatienten.

8 Jahre liegen die letzten Leitlinien zur Schrittmacher- und Resynchronisationstherapie der ESC zurück. Zu den aktuellen Leitlinien [8] kommentieren A. Keelani, A. Traub, J. Vogler und R. Tilz das optimale perioperative Management der Schrittmacher- und ICD(implantierbarer Kardioverter-Defibrillator)-Implantation, denn immer noch ist eine Komplikationsrate von 5–15% nach Device-Implantationen nicht tolerabel. Neu ist, dass bei rezidivierenden Reflexsynkopen die Schrittmachertherapie zu einem Empfehlungsgrad I aufgewertet wurde. Bei der kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) hat sich bis auf die Anhebung der QRS-Verbreiterung auf 130 ms als erfolgversprechend wenig geändert. Ob Patienten mit Linksschenkelblock mit CRT-D (d.h. mit Defibrillator) oder CRT-P (d.h. ohne Defibrillator) besser fahren, ist weiterhin ungeklärt.

Obwohl keine Leitlinie, aber doch diskussionsanregend, hat das Positionspapier der ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases zur Diagnose und Behandlung der kardialen Amyloidose die Diskussion über deren Diagnostik und Therapie befeuert. S. Pankuweit und R. Dörr zeigen diagnostische Essentials in Klinik und Labor, aber auch in der szintigraphischen Bildgebung auf [9]. Bei 9 unterschiedlichen Typen einer kardialen Amyloidose kann gegenwärtig nur die kardiale Transthyretin(ATTR)-Amyloidose nicht-invasiv und ohne zusätzliche Endomyokardbiopsie, basierend auf einer Knochen-/Herzszintigraphie mit Technetium-99m-markierten Bisphosphonaten, diagnostiziert werden. Bei diesen Patienten kommt es zu einer Anreicherung des Radionuklids im Herzmuskel, der sich normalerweise bei einer Knochenszintigraphie nie darstellt. Die Therapie sollte in Absprache mit dem Hämatologen erfolgen. Tafamidis ist derzeit das einzige Medikament, für das in einer randomisierten Studie an Patientinnen und Patienten mit Wildtyp- (ATTRwt) und hereditärer ATTR (ATTRv) sowie Kardiomyopathie eine Wirksamkeit nachgewiesen wurde. Wirksame Therapien reduzieren die Produktion der mutierten (Lebertransplantation) und der gesamten TTR (genetische Silencer) oder stabilisieren die zirkulierenden TTR-Moleküle (Stabilisatoren) und verhindern so ihre Dissoziation oder Spaltung in amyloidogene Fragmente.

In den USA haben sich das American College of Cardiology (ACC), die American Heart Association (AHA) und das Joint Committee on Clinical Practice Guidelines mit den zum Jahresende erscheinenden Praxisleitlinien zur Evaluierung und Diagnostik des Thoraxschmerzes von der Praxis verabschiedet, Leitlinien über ätiologisch definierte kardiale Krankheiten oder klinische Syndrome zu verfassen. Ihre neueste, 99 Seiten lange Praxisleitlinie beleuchtet das Leitsymptom des Thoraxschmerzes [10]. Ob dies ein Fortschritt oder Rückschritt ist, wird sich zeigen. Denn natürlich war der Thoraxschmerz bei den Leitlinien zur akuten oder chronischen koronaren Herzkrankheit (KHK) diesseits und jenseits des Atlantiks auch stets integraler Bestandteil der Leitlinien zum akuten Koronarsyndrom, zur chronischen KHK oder zum dissoziierenden Aortenaneurysma. Er begegnet uns bei den Chest Pain Units in Deutschland seit 2008 [11], die im Jahr 2020 ihr neuestes deutsches Update erfahren haben [12]. Der Perspektivenwechsel von Krankheitsentitäten zum singulären Symptom eignet sich gut für eine Vorlesung oder eine Fortbildung in Differenzialdiagnose sowie als Auswahl im Differenzialdiagnosekanon eines Internisten und Allgemeinmediziners. Die AWMF(Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.)-Leitlinie 15 der deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) zum Thoraxschmerz

verfolgte bereits 2011 diesen Ansatz [13]. Die für 2015 vorgesehene Revision wurde bis dato nicht vorgenommen.

Neue Akzente zur Prävention kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität setzen die Leitlinien 2021 zur Prävention [14], die von I. Fegers-Wustrow, F. Wimbauer und M. Halle detailliert besprochen werden. Sie schlagen einen stufenweisen, am Alter orientierten und individualisierten Ansatz der Präventionsziele unter Verwendung des SCORE2(Systematic Coronary Risk Evaluation [Update])- und des SCORE2-OP(Older Persons)-Systems zur Risikostratifizierung vor. Neu ist die Sichtweise, die kardiovaskuläre Prävention in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen der Welt und hinsichtlich des regional uneinheitlichen Umweltschutzes zu betrachten und sich nicht nur auf das klassische individuelle kardiale Risikoprofil zu beziehen. Dieser universelle Anspruch ist richtig und ambitioniert zugleich. Er sollte aber nicht dazu führen, dass Umwelt und genetische Prädisposition als Entschuldigung für das individuelle Versagen in der Sekundär- und Primärprävention erhalten müssen.

Die Herausgeber dieses Hefts zu den aktuellen Leitlinien wünschen den Lesern zu Beginn des neuen Jahres 2022 Gesundheit, kluges Management in der Behandlung unserer Patienten und unveränderte Neugier auf Neues trotz der schwierigen pandemischen Lage. Leitlinien haben die Retrospektive im akademischen Gepäck und die Perspektive im Visier. Denn, um es mit Voltaire zu sagen: „Alle Menschen sind klug – die einen vorher, die anderen nachher.“ Leitlinien helfen uns, dass wir bei den Klugen zur ersteren Gruppe gehören.

Ihre

Prof. Dr. med. Bernhard Maisch
Dr. med. Rolf Dörr

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Bernhard Maisch
Feldbergstr. 45, 35043 Marburg, Deutschland
bermaisich@gmail.com

Interessenkonflikt. B. Maisch und R. Dörr geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. ESC (2020) The European society for cardiology ESC guidance for the diagnosis and management of CV disease during the COVID-19 pandemic. <https://www.escardio.org/Education/COVID-19-and-Cardiology/ESC-COVID-19-Guidance>. Zugegriffen: 15. Nov. 2021
2. Maisch B (2021) Die ESC zu COVID-19-keine Leitlinie, aber ein lernender Leitfaden. Herz 46:46–55
3. Gräsner JT, Herlitz J, Tjelmeland IBM et al (2021) European resuscitation council guidelines 2021: epidemiology of cardiac arrest in europe. Resuscitation 161:61–79
4. McDonagh TA, Metra M, Adamo M et al (2021) 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 42(36):3599–3726
5. Bauersachs J (2021) Heart failure drug treatment: the fantastic four. Eur Heart J 42(6):681–683
6. Armstrong PW, Pieske B, Anstrom KJ, VICTORIA Study Group et al (2020) Vericiguat in patients with heart failure and reduced ejection fraction. N Engl J Med 382:1883–1893
7. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F et al (2021) 2021 ESC/EACTS guidelines for the management of valvular heart disease. Developed by the task force for the management of valvular heart disease of the European society of cardiology (ESC) and the European association for cardio-thoracic surgery (EACTS). Eur Heart J. <https://doi.org/10.1093/EURHEARTJ/EHAB395>
8. Glikson M, Nielsen JC, Kronborg MB et al (2021) 2021 ESC guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: developed by the task force on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy of the European society of cardiology (ESC) with the special contribution of the European heart rhythm association (EHRA). Eur Heart J 42:3427–3520A
9. Garcia-Pavia P, Rapezzi C, Adler Y et al (2021) Diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis. A position statement of the European society of cardiology working group on myocardial and pericardial diseases. Eur J Heart Fail 23(4):512–526
10. Gulati M, Levy PD, Mukherjee D et al (2021) 2021 AHA/ACC/AASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR guideline for the evaluation and diagnosis of chest pain: a report of the American college of cardiology/American heart association joint committee on clinical practice guidelines. J Am Coll Cardiol. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.07.053>
11. Breuckmann F, Post F, Giannitsis E et al (2008) Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung für Chest-Pain Units. Kardiologie 2(5):389–394
12. Giannitsis E, Post F, Haerer W et al (2020) Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung für „Chest Pain Units“. Update 2020. Kardiologie 14:466–479
13. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2011) DEGAM-Leitlinie 15 Brustschmerz. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-53-Leitlinien/Leitlinien-Entwurf/053-023_Brustschmerz/LL-15_Langfassung_Brustschmerz.pdf (AWMF-Register Nr. 053/023). Zugegriffen: 10. Nov. 2021
14. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM et al (2021) 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 42(34):3227–3337

Nationale Herz-Kreislauf-Strategie gefordert: Zeit für eine bessere Patientenversorgung drängt

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind Volkskrankheiten und gehen häufig mit erheblichen körperlichen und psychischen Belastungen oder gar Pflegebedürftigkeit einher. Weil Herz-Kreislauf-Krankheiten trotzdem nur am Rande des öffentlichen und politischen Interesses stehen, haben die herzmedizinischen Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK), Deutsche Gesellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK) gemeinsam mit der Patientenvertretung Deutsche Herzstiftung ein Positionspapier vorgelegt, in dem sie von der Bundespolitik dringend eine nationale Herz-Kreislauf-Strategie für eine bessere Versorgung von Patient*innen und innovative Forschung in Deutschland fordern. „In Anbetracht der unverändert hohen Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen müssen für unsere Patient*innen vergleichbar große Anstrengungen unternommen werden wie beispielsweise im Bereich der Krebsforschung und -behandlung“, erklärt Prof. Dr. Stephan Baldus, Präsident der DGK. „Die Bundesregierung unterstützt das Deutsche Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung gerade einmal mit 13 % des Betrages, der dem Deutschen Krebsforschungszentrum zur Verfügung steht.“ Die Gesellschaften beschreiben in ihrem Papier konkrete Ansätze für eine wesentliche Verbesserung der Defizite in Forschung und Versorgung und wenden sich mit der dringenden Bitte um Unterstützung an die Vertreter*innen der Bundespolitik. Im Mittelpunkt stehen die folgenden Punkte: Die **Stärkung der Grundlagenforschung** und von Projekten, die dazu führen, diese Ergebnisse in den klinischen Alltag umzusetzen, sind ein ganz wesentliches Instrument zur Verbesserung der Patientenversorgung. Große Studien der letzten Jahre haben deutlich gemacht, dass allgemeine Therapieempfehlungen um individuelle, auf das Krankheitsprofil der einzelnen Person abgestimmte Behandlungen erweitert werden müssen, um den Patient*innen bestmöglich helfen zu können. Besonders software- und KI-basierte Forschungsstrategien müssen daher in den Fokus rücken und durch die Politik unterstützt werden – ebenso wie industrie-

unabhängige klinische Studien, die neueste Forschung für Patient*innen verfügbar machen. Die interdisziplinäre und intersektorale Patientenbetreuung durch den **Aufbau von Versorgungsnetzwerken** ist ein weiterer Ansatz, der nicht nur das Patientenwohl verbessern, sondern auch die Kosten des Gesundheitssystems begrenzen kann. „Es muss nicht nur die ambulante Versorgung gestärkt werden, die viele Krankeneinweisungen durch frühzeitiges Eingreifen verhindern kann, sondern auch die in unserem Gesundheitssystem vorgegebenen starren Strukturen aufgebrochen werden, die im Moment die notwendige Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete erschweren“, so Baldus. Eine wichtige Voraussetzung für effektive Versorgungsnetzwerke ist eine Initiative zur **Digitalisierung der medizinischen Versorgung** in Deutschland. Der Einsatz telemedizinischer Versorgungsprogramme vor allem in Regionen mit geringer Facharztdichte kann die Sicherheit, die Lebensqualität und die Überlebensprognose vieler Patient*innen verbessern. Obwohl überzeugende wissenschaftliche Evidenz für den Erfolg der Telemedizin vorliegt, wird dieses Instrument bisher nur begrenzt eingesetzt. Zuletzt betonen die Expert*innen in ihrem Papier die Wichtigkeit von Programmen zur **Früherkennung von Risikopatient*innen**, wie es sie bereits in anderen Bereichen gibt, beispielsweise bei der Brust- und Darmkrebsvorsorge. Die Prognose und der Therapieerfolg kann bei vielen Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch eine frühzeitige und konsequente medikamentöse Behandlung von kritischen Vorerkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz deutlich verbessert werden. Auch Herzrhythmusstörungen früh zu erkennen und rechtzeitig zu behandeln, gehört dazu. Diese Erkrankungen können mit einfachen und kostengünstigen Mitteln wie Langzeit-Blutdruckmessung oder einem EKG und Untersuchungen des Blutes diagnostiziert werden.

Quelle: www.dgk.org