Ein „ERNSTES“ Wort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesen schweren, durch ein einziges kleines Virus bestimmten Zeiten, stehen wir jeden Tag vor neuen Entscheidungen, für die es historisch keine adäquaten Beispiele gibt.

Kliniken in Deutschland sollen alle planbaren Operationen, Eingriffe und Aufnahmen bis auf Weiteres verschieben, um freie Kapazitäten für Corona-Patienten zu haben. Das haben die Ministerpräsidenten und die Bundesregierung beschlossen und so setzen es die Länder nun um.

Die DGK hat nun am 19.3.2020 zur Notfallversorgung von Patienten mit akuten Herzerkrankungen während der Corona-Pandemie Stellung bezogen. Danach dürfen wir unser Augenmerk für die nicht an COVID-19 erkrankten kardiologischen Risikopatienten keinesfalls verlieren und müssen diese weiterhin leitliniengerecht behandeln; dazu gehören laut DGK-Rundschreiben Patienten mit akutem Koronarsyndrom, symptomatischer hochgradiger Aortenstenose, hochgradiger Mitralinsuffizienz, dekompensierter Herzinsuffizienz, akuter Lungenembolie und lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen.

Der BIK stimmt der Empfehlung in vollem Umfang zu, ist aber der Meinung, dass weitere Patientenkollektive (hier als Semi-Risikopatienten bezeichnet) ebenfalls erheblich durch Verschieben das notwendigen Eingriffes auf unbestimmte Zeit (mindestens aber >4 Wochen) quoad vitam gefährdet sind, zumindest aber das Risiko gravierender Komplikationen in der Wartezeit bis zum Eingriff tragen. Wir haben in unserem Newsletter dieses Semi-Risiko-Kollektiv genauer definiert und raten dringend dazu, diese Patienten gründlich in Augenschein zu nehmen und dann auch leitliniengerecht zu behandeln.

In diesem Sinne wünscht der BIK Ihnen eine gute Zeit in schwerer Zeit; bleiben Sie tapfer und gesund! Gemeinsam stehen wir das durch!

Ihr

Prof. Dr. med. E. G. Vester,
Düsseldorf

BIK Berufsverband Interventioneller Kardiologen

BIK IM ÜBERBLICK

Informationen des Berufsverbands Interventioneller Kardiologen e.V. – März 2020

Stellungnahme des BIK zur Indikationsstellung für interventionelle therapeutische Maßnahmen bei kardiologischen „Semi“-Risikopatienten

„Setzen wir uns für unsere Herzpatienten ein - auch und gerade in der Corona-Krise!“

Die Corona-Krise stellt gerade für kardiologische Abteilungen potentiell eine massive Herausforderung dar, weil:

1. Herzkranke Patienten, insbesondere die älteren, durch eine COVID-19-Infektion besonders bedroht sind und einen Großteil der Corona-Hochrisikogruppe ausmachen.

2. Internistisch-kardiologische Abteilungen erheblich durch die intensivmedizinische Versorgung von Corona-Patienten gefordert, teils auch überfordert sind und sein werden.

3. wir Ärzte mit Patientenängsten vor einer Corona-Ansteckung in Praxis und Klinik konfrontiert werden: auffällig ist, dass viele Patienten wegen einer möglichen Ansteckungsgefahr die Praxis oder/und das Krankenhaus meiden, so dass beispielsweise ACS-Symptome ignoriert oder verspätet zur Kontaktaufnahme mit einem Arzt führen, was zu einer Verschlechterung der Prognose führt.

Der BIK positioniert sich zur Verschiebung elektiver interventioneller Eingriffe wie folgt:

Der politisch geforderte generelle Verzicht auf elektive Eingriffe muss in der Kardiologie individuell gehandhabt werden, da die kardiologischen Eingriffe im Vergleich zu elektiven orthopädischen und abdominal-chirurgischen Operationen etc. außerhalb der Tumorchirurgie neben den symptomatischen Besserungen oft auch prognostische Implikationen haben.

Alle u.g. Patienten hätten im Fall einer Corona-Infektion ohne Behebung des kardialen Problems ein deutlich erhöhtes Risiko schwerer kardiovaskulärer Komplikationen bis hin zum Tod.

Auch ohne eine Corona-Infektion hätten die unten aufgeführten Patientengruppen ein erhöhtes Risiko ernster kardiovaskulärer Komplikationen, wenn ihr Eingriff auf ungewisse Zeit (mind. >4 Wochen) verschoben würde!

Koronare Herzerkrankung

Außerhalb der absoluten Notfallindikationen (STEMI/NSTEMI) sind folgende Eingriffe bei entsprechenden Kapazitäten indiziert:

- Alle Troponin-negativen akuten Koronar-Syndrome mit Ruhe-Beschwerden und/oder EKG-Veränderungen,
- Alle Patienten mit stabiler AP CCS III mit hoher Vor-Test-Wahrscheinlichkeit für eine KHK und/oder nachgewiesener Ischämie,
- Alle Patienten mit stabiler Angina pectoris und hochgradig eingeschränkter Pumpfunktion.

Fortsetzung Seite 2

Herzklappenerkrankungen
Patienten mit symptomatischer Aortenklappenstenose **mit Rezidivhospitalisierung innerhalb der letzten 4 Wochen** (Linksherzdekompensation/Synkope) und intermediärem bis hohem OP-Risiko sollten bei morphologischer Eignung und fehlender Möglichkeit einer Aortenklappenvalvuloplastie als Bridging (begleitende Aorteninsuffizien) dringlich eine TAVI erhalten.
Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz (HFrEF) im Stadium NYHA III-IV, hochgradig-eingeschränkter Pumpfunktion, sekundärer schwerer Mitralklappeninsuffizienz **mit Rezidivhospitalisierung innerhalb der letzten 4 Wochen** (Linksherzdekompensation) sollten bei morphologischer Eignung für eine kathetergeführte Mitralklappenintervention eine solche Therapie dringlich erhalten.

Herzrhythmusstörungen
Patienten mit symptomatischer AV-Blockierung sowie Patienten mit hochgradig eingeschränkter Pumpfunktion, KHK und hohem Risiko für einen plötzlichen Herztod sollten dringlich eine Herzschrittmacher-Therapie respektive ICD/CRT-Implantation erhalten. Patienten mit anhaltender, symptomatischer, supraventrikulärer oder ventrikulärer Tachykardie sollten unter bestimmten Bedingungen eine Katheterablation mit kurativem Ansatz erhalten.

Vorhofohr-Verschluss
Vorhofflimmer-Patienten mit **rezidivierenden** Blutungen unter oraler Antikoagulation (OAK oder NOAK, **letztes Rezidiv innerhalb 4 Wochen**), einem CHA_2DS_2-VASC Score >2, einem HASBLED-Score >3, bei denen eine erneute Antikoagulation als Bridging nicht vertretbar ist, sind dringlich einem Vorhofohrverschluss zu unterziehen.

Literatur: 1) Szerlip S, Anwaruddin S, Aronow HD, et al. Considerations for Cardiac catheterization laboratory procedures during the COVID-19 pandemic. Cath Cardiovasc Interv. 2020;Epub ahead of print. 2) Clerkin KJ, Fried JA, Raikhelkar J, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and cardiovascular disease. Circulation. 2020;Epub ahead of print. 3) Hill JA, McGuire DK, de Lemos JA. Science in a time of crisis. Circulation. 2020;Epub ahead of print.

Zu beachten sind die üblichen Corona-Kriterien des RKI bei der Selektion der Patienten:
1. Der Patient hat typische Symptome - etwa Husten oder Atemnot
2. Der Patient hatte direkten Kontakt zu einem Covid-19-Erkrankten
3 Der Patient gehört zur Risikogruppe
4. Der Patient gehört zu medizinischem Personal in Kontakt mit einer Risikogruppe
5. Der Patient hat eine schwere Vorerkrankung

Die stationäre Aufenthaltsdauer ist für die Eingriffe zu minimieren (PCI 1-2 Tage, TAVI/Mitralklappenintervention 5 Tage, PM-ICD 1-bis 2 Tage, Katheterablation 2-3 Tage, LAA-Verschluss 2 Tage), um nicht unnötig lange Bettenkapazitäten zu beanspruchen.

Wichtig im Hinblick auf die Versorgung der Corona-Patienten ist, dass die genannten Eingriffe bei den kardiologischen Patienten in aller Regel keine Intensivkapazität binden; nur in den allerwenigsten Fällen wird eine postinterventionelle Intensivüberwachung notwendig, und das meist auch nur nach komplikativem Verlauf.

Die Verfügbarkeit von Betten für kardiologische Elektiveingriffe sollte analog zur Tumorchirurgie vor Ort (Task Force) unter Berücksichtigung der Bettenkapazitäten und Priorisierung des Krankenhauses in der Corona-Patientenversorgung geregelt werden.

Wir unterstützen die Initiative unseres Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung, Prof. Dr. Andreas Zeiher, vom 19.03.2020.

Für den BIK e.V.: Prof. Dr. E.G. Vester, Dr. H.J. Berger, PD Dr. W. Bocksch, Prof. Dr. A. Bufe, PD Dr. B. Witzenbichler

Düsseldorfer Cardiosymposium: Risikopatienten im Zeichen von COVID-19

Mittwoch, 22. April 2020, 16.30 Uhr (Online Teilnahme möglich, Anmeldung über www.cardiomd.info)

Referenten

Dr. med. Nicola Cicco
Klinik für Kardiologie, Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf

Prof. Dr. med. Stefan Krüger
Klinik für Pneumologie, Florence-Nightingale-Krankenhaus Düsseldorf

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Falcke
Beigeordneter für Gesundheit, Landeshauptstadt Düsseldorf

Prof. Dr. med. Christian Meyer
Klinik für Kardiologie, Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf

Dr. med. Lisa Reinshagen
Klinik für Kardiologie, Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf

Prof. Dr. med. Jörg Timm
Institut für Virologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Prof. Dr. med. Carsten Tschöpe
Medizinische Klinik, Campus Virchow, Charité Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. med. Ernst G. Vester
Vorsitzender des Berufsverbands Interventioneller Kardiologen (BIK e.V.), Düsseldorf

Programm

Virologischer Hintergrund
Was wissen wir über SARS-CoV-2? Wie gefährlich ist es wirklich?

Kardiopulmonale Risikostratifizierung
Wer ist gefährdet, worauf müssen wir achten?

Fallbeispiele: Klinischer Verlauf bei Schwererkrankten
Überlebenschancen auf der Intensivstation

Herausforderungen und Aufgaben der Gesundheitspolitik
Wie weit müssen/dürfen Schutzmassnahmen gehen?

Podiumsdiskussion
Haben wir bisher alles richtig gemacht und alles Notwendige getan? Wo liegen die Aufgaben der Zukunft?

Systematisches Management vernetzter Erkrankungen in Zeiten von COVID 19 (1)
Umgang mit herzinsuffizienten Patienten mit und ohne Diabetes

Systematisches Management vernetzter Erkrankungen in Zeiten von COVID 19 (2)
Herz und Niere – ein Duo Infernale?

Herzinsuffizienz
Komplexe und innovative Fallbeispiele