



**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 10/2017“**

## **Mit Verödung gegen den plötzlichen Herztod**

*Rhythmusstörungen der Herzkammern können nur in begrenztem Rahmen durch medikamentöse Therapien verhindert werden. Als wirksamere Methode etabliert sich die Katheter-gestützte Verödungstherapie, die Katheterablation. In erfahrenen Zentren verschwinden die Rhythmusstörungen nach der Ablation bei mehr als 80 Prozent der behandelten Patienten vollständig, berichten Experten bei den DGK-Herztagen in Berlin.*

**Berlin, 13. Oktober 2017** – „Herzrhythmusstörungen der Herzkammern können nur in begrenztem Rahmen durch medikamentöse Therapien verhindert werden. Als wirksamere Methode konnte inzwischen die interventionelle Verödungstherapie, die Katheterablation etabliert werden“, berichtet Prof. Dr. Thomas Deneke (Bad Neustadt an der Saale), Sprecher der Arbeitsgruppe Rhythmologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie bei den DGK-Herztagen in Berlin. Bei einer Ablation werden jene Bereiche des Herzmuskels, von denen die störenden Impulse ausgehen, über geeignete Katheter mit hoher Energie mittels Radiofrequenz „verschorft“. Prof. Deneke: „Welche Personen für eine Katheterablation in Frage kommen und wie die Aussichten auf Erfolg sind, hängt von unterschiedlichen individuellen Faktoren ab, vor allem der zugrundeliegenden Herzerkrankung. In erfahrenen Zentren verschwinden die Rhythmusstörungen nach der Ablation bei mehr als 80 Prozent der behandelten Patienten vollständig.“

### **Cardioverter-Defibrillator: Lebensrettend und riskant**

Das Auftreten von Kammerarrhythmien wie Kammerflimmern und Kammertachykardien nach Möglichkeit zu verhindern ist schon deshalb von Bedeutung, weil sie die gefährlichsten Herzrhythmusstörungen sind. Es kommt zu rasend schnellen, zum Teil chaotischen Kontraktionen des Herzmuskels, die innerhalb kürzester Zeit zum plötzlichen Herztod führen können. Menschen, die aufgrund von Herzerkrankungen wie einer koronaren Herzerkrankung (KHK), eines Herzinfarkts, einer Myokarditis oder einer schweren Herzinsuffizienz ein erhöhtes Risiko haben, Kammerarrhythmien zu entwickeln, werden daher mit einem implantierbaren Cardioverter-Defibrillator (ICD) versorgt. Der ICD gibt beim Auftreten von Kammerarrhythmien einen Elektroschock an das Herz ab und beendet die unkoordinierten und ineffektiven Kontraktionen des Herzmuskels. „Diese therapeutische Strategie ist lebensrettend, kann aber auch eine Schattenseite haben. Aus Registerdaten wissen wir heute, dass ICD-Schocks ihrerseits wiederum ein unabhängiger Risikofaktor für Sterblichkeit sind“, so Prof. Deneke. „Diese Einsicht hat mehrere Konsequenzen. Zum einen muss bei der Programmierung der Geräte darauf geachtet werden, dass sie tatsächlich nur Stromstöße an das Herz abgeben, wenn dies unumgänglich ist. Zum anderen sollte ein optimales Management der Patienten angestrebt werden, das ein Auftreten dieser Kammerarrhythmien möglichst von vorneherein verhindert.“

### **Ablations-Kandidaten**

Kandidaten für eine Katheter-gestützte Ablation zur Verhinderung solcher Kammer-Rhythmusstörungen sind Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen des Herzens. Prof. Deneke: „In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um eine ischämische Kardiomyopathie, also die Folge eines Herzinfarkts oder mehrerer Herzinfarkte, aber auch vieler anderer Erkrankungen, die mit Vernarbungen des Herzmuskels assoziiert sind. Eine weitere Indikation für die Katheterablation sind Extrasystolen, also eine hohe Anzahl an ‚Extraschlägen‘, die auf das Vorhandensein ‚falscher Zündkerzen‘ zurückzuführen sind. Solche Patienten sind gute Kandidaten für eine Katheterablation, nachdem andere Herzerkrankungen als potentielle Ursache ihrer Beschwerden ausgeschlossen wurden.“ Einzelne Extrasystolen sind bei völlig gesunden Personen meist harmlos und werden gar nicht bemerkt. In großer Zahl – bei mehr als 10.000 bis 15.000 pro Tag – können sie jedoch mittelfristig zu einer Schwächung des Herzmuskels führen, die sich letztlich in einer Herzinsuffizienz äußert. Darüber hinaus



# 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 10/2017“**

werden Extrasystolen von manchen Betroffenen auch sehr deutlich wahrgenommen und können so zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität beitragen.

### **Ablation statt implantiertem Defi?**

In der Regel ersetzt die Katheter-Ablation nicht die Implantation eines Defibrillators, sondern ergänzt diese. Denn zum einen erfolgt ICD-Implantation in den meisten Fällen bereits, bevor eine Ablation angedacht wird, und zum anderen gibt ein ICD zusätzliche Sicherheit. „Ob eine Ablation eventuell auch vor oder sogar anstelle einer ICD-Implantation sinnvoll ist, wird aktuell anhand von Studien untersucht“, so Prof. Deneke.

### **Unterschiedliche Ablationsmethoden**

Je nach Art der zugrundeliegenden Störung kann die Katheter-Ablation von innen (endokardial) oder von außen (epikardial) durchgeführt werden. Die endokardiale Intervention ist die gebräuchlichere und einfachere, da dafür der Katheter über das Gefäßsystem von der Leiste aus ins Herz vorgeschoben werden kann. Für den epikardialen Eingriff, der nur in wenigen spezialisierten Zentren in Deutschland durchgeführt wird, muss der Katheter nach Punktion des Herzbeutels durch einen Einstich unterhalb des Brustbeins von außen an das Herz herangeführt werden.

Im Rahmen des Eingriffs erfolgt ein sogenanntes Mapping, eine elektrophysiologische Kartierung, also eine Bestandsaufnahme mit Hilfe spezieller Elektrodenkatheter, die die elektrischen Erregungseigenschaften des Herzens aufzeichnen. Falls möglich versuchen die Untersucher, Herzrhythmusstörung auszulösen und die Kartographierung während der laufenden Herzrhythmusstörung durchzuführen. Diese Vorgangsweise ist allerdings bei vielen Patienten zu belastend oder gefährlich, sodass häufig aus den Ruhebefunden bei normalem Herzrhythmus auf den Mechanismus und Ausgangspunkt der ventrikulären Tachykardie geschlossen werden muss.

### **Informationen:**

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

Pressesprecher: Prof. Dr. Eckart Fleck (Berlin)

Hauptstadtbüro der DGK: Leonie Nawrocki, Tel.: 030 206 444 82

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

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

B&K–Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung, Dr. Birgit Kofler, Tel.: 030 700159676

[kofler@bkkommunikation.com](mailto:kofler@bkkommunikation.com)

*Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine gemeinnützige wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 10.000 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)*