

<b>► Schwerpunkt: Koronare Herzkrankheit/Myokardinfarkt/Angina pectoris</b>	
<i>Präventive Angioplastie beim Myokardinfarkt mit Mehrgefäß-KHK</i>	
Lohnenswerter Eingriff .....	Seite 2
<i>Akute Koronarsyndrome ohne ST-Streckenhebung</i>	
Vorbehandlung mit Prasugrel nicht ratsam .....	Seite 2
<i>Kardiovaskuläre Outcomes bei Typ-2-Diabetikern unter Saxagliptin</i>	
Tendenziell schlechter als unter Placebo .....	Seite 3
<i>Door-to-balloon-Zeiten bei primärer PCI aufgrund eines STEMI</i>	
Signifikant verbessert – Krankenhausmortalität jedoch unverändert .....	Seite 4
<i>Prävention kardialer Ereignisse bei Typ-2-Diabetikern</i>	
Erhöhtes NT-proBNP weist den Weg bei der Auswahl der Patienten .....	Seite 4
<i>Therapie des Typ-2-Diabetes nach akutem Koronarsyndrom</i>	
Kardiovaskuläre Sicherheit von Alogliptin belegt .....	Seite 4
<i>Metabolisches Syndrom bei Herzinfarktpatienten</i>	
In der Klinik diagnostizierbar – mit schlechter Prognose .....	Seite 8
<i>Heterotope ischämische Präkonditionierung</i>	
Myokardschäden und Mortalität geringer .....	Seite 10
<i>Instabile Angina pectoris oder Non-STEMI</i>	
Nach Angiographie ist Prasugrel wirkungsvoller als Clopidogrel .....	Seite 12
<b>► Herzrhythmusstörungen</b>	
<i>Katheterablation bei VHF mit systolischer HI</i>	
Ventrikelfunktion kann sich normalisieren .....	Seite 7
<i>Vorhofflimmern bei obstruktiver Schlafapnoe</i>	
Im Tiermodell durch renale sympathische Denervierung reduziert .....	Seite 11
<b>► Herzinsuffizienz</b>	
<i>Schmaler QRS-Komplex</i>	
Kardiale Resynchronisationstherapie eher schädlich .....	Seite 3
<i>Ausdauertraining bei HFPEF</i>	
Mechanismus der Verbesserung unklar .....	Seite 12
<b>► Herzklappenerkrankungen</b>	
<i>Dabigatran alternativ zu Warfarin bei mechanischen Herzklappen</i>	
Nicht zu empfehlen .....	Seite 6
<i>Endokarditis der Herzklappenprothese</i>	
Hohe 1-Jahres-Mortalität .....	Seite 10
<b>► Diverses</b>	
<i>Symptomatische venöse Thromboembolien</i>	
Edoxaban besser als Warfarin .....	Seite 3
<i>Pulmonal-arterielle Hypertonie</i>	
Riociguat verbessert Belastungskapazität und sekundäre Endpunkte .....	Seite 6
<i>Chronische thromboembolische pulmonale Hypertonie</i>	
Belastungskapazität und Gefäßwiderstand profitieren von Riociguat .....	Seite 6
<i>Echokardiographisches Screening auf Erkrankungen</i>	
Nicht lohnenswert .....	Seite 7
<i>Pulmonal-arterielle Hypertonie</i>	
Morbidität und Mortalität unter Macitentan gesenkt .....	Seite 8
<i>Apixaban bei akuten venösen Thromboembolien</i>	
Besser als die übliche Therapie .....	Seite 8
<i>Pulmonal-arterielle Hypertonie</i>	
Neue Kanalopathie identifiziert .....	Seite 10
<i>Lakunärer Schlaganfall</i>	
Blutdruck besser unter 130 mmHg halten .....	Seite 11
<i>Einfluss von Antihypertensiva auf das Brustkrebsrisiko</i>	
Durch Kalziumkanalblocker erhöht .....	Seite 11
<b>► Industrie .....</b>	
Seite 13	
<b>► Termine .....</b>	
Seite 15	

## Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

kürzlich verirrte ich mich auf die Seiten des Centers for Disease Control ([www.cdc.gov/diabetes/atlas/countydata/Diabetes\\_Prevalence.pdf](http://www.cdc.gov/diabetes/atlas/countydata/Diabetes_Prevalence.pdf)) und fand dort in graphisch gut gemachten Landkarten, dass in den USA in den letzten Jahren das Gewicht der Erwachsenen unglaublich zugenommen hat und ziemlich parallel dazu auch die Zahl der Diabetiker. 2010 gab es in vielen Bundesstaaten etwa 30% der Bevölkerung mit einem BMI >30 kg/m<sup>2</sup> und >11% mit Diabetes Typ 2.

Zufällig las ich zur selben Zeit ein Interview mit einem bekannten Schauspieler, der seiner Rolle wegen gewaltig an Gewicht zugenommen und nun einen behandlungsbedürftigen Diabetes hatte. Auf die Frage des Journalisten, ob er jetzt hungern wollte, gab er zur Antwort, dass sein Arzt den Diabetes ja mit Pillen gut unter Kontrolle hätte und er sich die Hungertortur nicht antun müsste. Es ist immer wieder erstaunlich, wie viel Vertrauen manche Laien in unsere therapeutischen Möglichkeiten haben! Leider wissen wir Ärzte genau, dass es kaum eine Krankheit gibt, deren Folgen durch Medikamente vollständig beseitigt werden – und das gilt besonders für den Diabetiker, der heutzutage zwar nicht mehr im hyperosmolaren oder ketoazidotischen Koma, aber dafür an den makrovaskulären Folgen – Herzinfarkt und Schlaganfall – stirbt und an den mikrovaskulären Folgen – Niereninsuffizienz, Sehstörungen und der Polyneuropathie – lange leidet. Schon das metabolische Syndrom, welches das National Heart, Lung, and Blood Institute definiert hat als abdominelle Fettleibigkeit, Dyslipidämie, Hypertonie, Insulinresistenz, proinflammatorischen und prothrombotischen Zustand (Circulation 2004; 109:433) korreliert eindeutig mit kardiovaskulären Ereignissen – und das besonders nach durchgemachtem Herzinfarkt (J Am Coll Cardiol. 2013;62:704, S. 8).

Wer aber nun meint, eine gute Diabetesbehandlung mit Blutzuckersenkenden Medikamenten verhindert zukünftige Infarkte, Apoplexien oder Todesfälle, der findet lediglich für das „uralte“ Metformin diesbezüglich eine gewisse präventive Wirksamkeit. Allerdings wird diese schon durch die Kombination mit Sulfonylharnstoffen in das Gegenteil einer um 60% höheren Mortalität verkehrt, wie man seit der UKPD-Studie weiß (Lancet 1998;352:854). Neuere orale Antidiabetika werden gleich



Herausgeber: Erland Erdmann

gar nicht daraufhin untersucht, ob sie die kardiovaskuläre Letalität senken, man ist bereits zufrieden, wenn sie sie nicht erhöhen.

Sie werden in diesem Journal lesen, dass auch die beiden neuen Dipeptidyl-Peptidase-4 (DPP-4)-Inhibitoren Saxagliptin (S. 3) und Alogliptin (S. 4) die kardiovaskulären Ereignisse gegenüber Placebo keinesfalls vermindern. Gleiches gilt für die Hemmstoffe des Natrium-Glukose-Cotransporters 2 (SGLT2) Dapagliflozin und Canagliflozin, sodass ich zumindest verstehen kann, warum der G-BA dem Negativ-Urteil des IQWiG zu Dapagliflozin gefolgt ist. Noch kennen wir die Ergebnisse der im Augenblick in kontrollierten Outcome-Studien geprüften Wirkstoffe Sitagliptin, Liraglutid, Exenatid etc. nicht. Meines Wissens ist für die neueren oralen Antidiabetika lediglich für Pioglitazon eine Senkung von Herzinfarkt, Schlaganfall und Tod nachgewiesen worden (Lancet 2005; 366: 1279). Wichtiger also als eine sehr strenge Diabeteseinstellung scheint die gute kardiologische Behandlung zu sein, also die korrekte Blutdruckeinstellung mit ACE-Hemmern und Betablockern sowie die Statintherapie. Dies zeigt die PONTIAC-Studie (besonders bei Patienten mit erhöhtem NT-proBNP) mal wieder recht eindeutig (J Am Coll Cardiol. 2013;62:1365; S. 4). Der Typ-2-Diabetes ist wesentlich eine kardiovaskuläre Krankheit und sollte dementsprechend (auch) vom Kardiologen behandelt werden.

In diesem Sinne grüße ich Sie herzlich und wünsche Ihnen eine erfreuliche Adventszeit

Mit herzlichen kollegialen Grüßen  
Ihr

Prof. Dr. Erland Erdmann, Köln