

► **Koronare Herzkrankheit/Myokardinfarkt/Angina pectoris**  
*Verlängerte duale Plättchenhemmung mit Ticagrelor*  
 Nutzen und Risiko untersucht ..... Seite 3  
*OSLER-Studien zu Evolocumab*  
 Zusatz zur Standardtherapie auch auf längere Sicht sinnvoll ..... Seite 4  
*LDL-Cholesterinsenkung in der ODYSSEY LONG TERM-Studie*  
 Alirocumab auch über 1,5 Jahre effektiv ..... Seite 4  
*Risiko für Koronare Herzkrankheit*  
 Einfluss der Körpergröße nachgewiesen ..... Seite 4  
*Koronarbypass bei Diabetikern*  
 Langzeitmortalität bei Typ 1 erhöht ..... Seite 6  
*Perkutane Koronarintervention bei stabiler KHK*  
 Informierte Entscheidungen Mangelware ..... Seite 6  
*Intensive Blutzuckersenkung*  
 Weniger kardiovaskuläre Komplikationen, unveränderte Mortalität ..... Seite 7  
*SORT OUT VI: Stents der dritten Generation im Vergleich*  
 Zotarolimus-Stent nicht schlechter als Biolimus-Stent ..... Seite 7  
*Intraaortale Ballonpumpe beim akutem Myokardinfarkt*  
 Mortalität nicht gesenkt ..... Seite 12  
*Patienten mit potenziell ischämischem Brustschmerz*  
 Stationäre Aufnahme nach negativer Evaluation meist unnötig ..... Seite 14

► **Herzklappenerkrankungen**  
*Prospektive Daten aus dem GARY-Register*  
 Rückgang der Komplikationen nach TAVI ..... Seite 11

► **Herzrhythmusstörungen**  
*Persistierendes Vorhofflimmern*  
 Adjuvante Substratmodifikation ohne Erfolg ..... Seite 3  
*Ventrikuläre Tachykardie nach Herzinfarkt*  
 Nichtinduzierbarkeit senkt Sterberisiko ..... Seite 6  
*ICD bei pädiatrischen Patienten und angeborener Herzerkrankung*  
 Inadäquate Schocks ohne Nebenwirkungen reduzierbar ..... Seite 15

► **Herzinsuffizienz**  
*Disease-Management-Programme bei Herzinsuffizienz*  
 Nach der Entlassung geht es bergab ..... Seite 3  
*Post-Hoc-Analyse der EXAMINE-Studie*  
 Alogliptin erhöht das Herzinsuffizienz-Risiko offenbar nicht ..... Seite 11  
*Herzinsuffizienz-Epidemie in Olmsted County*  
 Inzidenz hat deutlich abgenommen ..... Seite 12

► **Diverses**  
*Hochnormale Thyreotropin-Konzentrationen*  
 Keine Gefahr für Herz und Gefäße ..... Seite 6  
*Hypoxisch-induzierte Aktivierung des molekularen Schneidewerkzeugs SF3B1*  
 Ketohexokinase C verstärkt Fruktolyse und Herzerkrankung ..... Seite 7  
*Schnelle INR-Aufhebung und effektive Hämostase bei dringenden Eingriffen*  
 4-Faktor-Prothrombinkomplex-Konzentrat effektiver als Plasma ..... Seite 8  
*ROX CONTROL HTN-Studie zu therapierefraktärer Hypertonie*  
 Arteriovenöse Anastomose hilfreich ..... Seite 8  
*Blutdrucksenkung bei Patienten mit Diabetes und Nierenerkrankung*  
 Keine Strategie verlängert das Überleben ..... Seite 8  
*Glykämische Kontrolle bei Intensivpatienten*  
 Ineffektive klinische Praktiken wider besseres Wissen in Gebrauch ..... Seite 11  
*US-Empfehlungen zur körperlichen Aktivität*  
 Schon Minimum bringt nahezu maximalen Überlebensvorteil ..... Seite 12  
*Kombinierte Blutdrucksenkung bei gebrechlichen Senioren*  
 Unter 130 mmHg systolisch steigt die Mortalität ..... Seite 14  
*Überbrückungstherapie bei Warfarin-Unterbrechung*  
 Offenbar mehr Schaden als Nutzen ..... Seite 14

► **Industrie** ..... Seite 15

# Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

wenn wir bisher immer annahmen, dass eine gute medikamentöse Blutzuckereinstellung die Folgen des Typ-2-Diabetes (Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt und Tod) reduzieren würde, so müssen wir bei den neueren Pharmaka (hier Alogliptin) offensichtlich schon zufrieden sein, wenn das kardiovaskuläre Risiko dadurch nicht erhöht wird (Zannad et al., s. S. 11). Ein ernüchterndes Ergebnis! In diesem Sinne müssen wohl auch die jetzt, nach 12-jähriger Beobachtung (!) vorliegenden Resultate der Veterans Affairs Diabetes Trial (VADT) gedeutet werden (Hayward et al., s. S. 7). Obwohl durch die intensive Behandlung mit mehreren blutzuckersenkenden Medikamenten die HbA<sub>1c</sub>-Werte deutlich gesenkt wurden, blieb die Überlebenswahrscheinlichkeit selbst nach dieser langen Zeit unverändert.

Da die kardiovaskulären Ereignisse (MI, Herzinsuffizienz, Schlaganfall etc.) um 17% abgenommen hatten, die Gesamtsterblichkeit aber nicht, müssen logischerweise andere Todesursachen durch die zwangsläufige „multidrug therapy“ zugenommen haben. Alle wirksamen Pharmaka haben auch unerwünschte, negative Effekte – eine unwiderlegbare Tatsache, die man schon in den ersten Stunden einer Pharmakologievorlesung lernt. Wenn deshalb von manchen Kollegen eine möglichst „aggressive“ medikamentöse Senkung der vermeintlich krankheitsverursachenden hohen Blutzucker- oder LDL-C-Werte propagiert wird, dann sollte man immer sofort kritisch fragen, ob dadurch denn auch die Gesamtmortalität reduziert wird, oder ob für die Analyse (umsatzfördernd) nur einzelne, günstig beeinflusste Faktoren herausgesucht wurden.

Ich habe durch die ernüchternden Ergebnisse der Primärprävention mit ASS gelernt, dass die kardiovaskulären Todesursachen dann zwar abnehmen, die blutungsbedingten aber zunehmen und die Gesamtmortalität gleich bleibt. Ein um Rat suchender Patient meinte einmal salopp, ihm sei es gleich, woran er stirbe, er wolle lieber länger leben. Deshalb verzichtete er auf die lediglich todesursachenändernde Pille. Nun möchten aber viele Patienten auch bei unklarer Datenlage lieber ein Medikament einnehmen als nur kritische Worte hören. Und ist ein Pharmakon einmal verordnet, so wird es in der Regel nicht so bald wieder abgesetzt, oft selbst dann nicht, wenn neuere Erkenntnisse die Unwirksamkeit oder gar ein höheres Risiko gezeigt haben. In dieser Hinsicht sind die Unter-

Herausgeber: Erland :

suchungen von Niven wirklich lesenswert. haben nachgewiesen, vermeintlich positive sehr niedrigen Blutz... bei Intensivpatienten (et al., NEJM 2001;345:1... eine rasche Einföhrung lungskonzeptes mit Hypoglykämien erf... diesbezüglichen und besser durchgeführten zeigten das Gegente Mortalität durch die ckereinstellung aufüer (Finfer et al., NEJM... Diese Ergebnisse fande in die entsprechenden den aber nur sehr langs umgesetzt. Deshalb... Mitarbeiter ziemlich dass wir nicht jedes... gebnis gleich als gesi akzeptieren sollten lernen müssten, ineff... lungssmaßnahmen... beenden. Auch vor dem mit etwa 33 Mrd. €... gaben der GKV für... höher sind als die... gesamte ambulante... eine kritische Veron... falsch.

In diesem Sinne wüns einen warmen Sommer wirkungen.

Ihr



Prof. Dr. Erland Erdmann