

## Inhalt

► <b>Schwerpunkt: Herzinsuffizienz</b>	
<i>Akut dekompensierte Herzinsuffizienz</i>	
Sacubitril-Valsartan reduziert NT-proBNP-Konzentration stärker als Enalapril ...	Seite 4
<i>Elektive nicht kardiale Operationen</i>	
Herzinsuffizienz signifikant mit postoperativer Mortalität assoziiert .....	Seite 6
<i>Distanz im 6-Minuten-Gehtest bei Herzinsuffizienz</i>	
Niedriger Ausgangswert und Abnahme mit schlechterer Prognose verbunden .....	Seite 8
<i>Reduzierter Salzkonsum bei Herzinsuffizienz</i>	
Wenig Evidenz für aktuelle Empfehlungen .....	Seite 10
<i>COAPT-Studie: Transkatheter-Mitralklappenreparatur bei Herzinsuffizienz</i>	
Hospitalisierungen und Mortalität reduziert .....	Seite 11
<i>Von Krankenschwestern geführte Herzinsuffizienz-Kliniken in der Primärversorgung</i>	
Bedarf an stationärer Versorgung reduziert .....	Seite 12
<i>Zentrale Schlafapnoe bei Herzinsuffizienz</i>	
Phrenicus-Stimulation offenbar hilfreich .....	Seite 14
<i>„HeartFailurematters.org“ und e-Vita-Plattform auf dem Prüfstand</i>	
Effekte auf die Selbstfürsorge halten nicht lange an .....	Seite 15
<i>Zwei-Jahres-Daten zu HeartMate 3 bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz</i>	
Funktionsstatus und Lebensqualität verbessert .....	Seite 15
<i>Ventrikuläre Arrhythmien und Herzinsuffizienz bei kardialer Sarkoidose</i>	
Raten bleiben unabhängig von der Behandlung hoch .....	Seite 15
<i>Herzinsuffizienz</i>	
Empagliflozin verbessert die diastolische Funktion direkt .....	Seite 16
<i>Renale Denervierung bei Herzinsuffizienz</i>	
Progression im Schweinemodell verhindert .....	Seite 17
► <b>Koronare Herzkrankheit/Myokardinfarkt/Angina pectoris</b>	
<i>Icosapent Ethyl bei Hypertriglyceridämie</i>	
Kardiovaskuläres Risiko deutlich reduziert .....	Seite 6
<i>Transplantate der Brustwandarterie als Koronararterien-Bypass</i>	
Mortalität mit bilateralen Transplantaten nach zehn Jahren nicht niedriger .....	Seite 6
<i>Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs</i>	
Supplementierung mit marinen Omega-3-Fettsäuren hilft nicht .....	Seite 8
<i>Kardiovaskuläre Ergebnisse nach akutem Koronarsyndrom</i>	
Leicht reduziertes Risiko mit Alirocumab .....	Seite 10
<i>Primärprävention mit Acetylsalicylsäure</i>	
Weniger kardiovaskuläre Ereignisse, mehr schwere Blutungen .....	Seite 10
<i>Metaanalyse zur Statintherapie bei älteren Menschen</i>	
Nutzen in der Primärprävention bei Menschen über 75 Jahren fraglich .....	Seite 12
<i>Verzehr von Milchprodukten</i>	
Mortalität und schwere kardiovaskuläre Erkrankungen reduziert .....	Seite 14
<i>Gleichwertigkeit von Antiangiinosa</i>	
Leitlinien beruhen nicht auf Evidenz, sondern auf klinischen Überzeugungen ...	Seite 18
<i>Acetylsalicylsäure zur Primärprävention</i>	
Ohne kardiovaskuläre Vorerkrankungen mehr Schaden als Nutzen .....	Seite 18
<i>Fehlanpassung der Prothese bei TAVR</i>	
In schwerer Form bei zwölf Prozent .....	Seite 19
► <b>Kardiomyopathie</b>	
<i>TRED-HF-Studie zur dilatativen Kardiomyopathie in Remission</i>	
Absetzen der Medikation keine gute Idee .....	Seite 4
<i>Hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie</i>	
Alkohol-Septumablation bewährt sich .....	Seite 19
► <b>Herzklappenerkrankungen</b>	
<i>MITRA-FR-Studie: Sekundäre Mitralklappeninsuffizienz</i>	
Zusatz der perkutanen Reparatur alleiniger Pharmakotherapie nicht überlegen ..	Seite 11
<i>Rehospitalisierung nach perkutaner Mitralklappenreparatur</i>	
LVEF, Troponin-T-Baselinewert und NYHA-Klasse als Prädiktoren identifiziert	Seite 12
<i>Erhöhte Mortalität bei Trikuspidalklappeninsuffizienz</i>	
Unabhängig von Lungendruck und Rechtsherzinsuffizienz .....	Seite 14
► <b>Herzrhythmusstörungen</b>	
<i>Zusatz von Acetylsalicylsäure zu Warfarin</i>	
Oft ohne therapeutische Indikation und einhergehend mit mehr Blutungen .....	Seite 16
<i>Metabolisches Syndrom bei Vorhofflimmern</i>	
Mit MACE assoziiert .....	Seite 17
► <b>Diverses</b>	
<i>Linksseitige infektiöse Endokarditis</i>	
Partiell orale antibiotische Behandlung ist der intravenösen nicht unterlegen .....	Seite 4
<i>Antihypertensive Behandlung bei leichter Hypertonie</i>	
Bei niedrigem Risiko mehr Schaden als Nutzen .....	Seite 8
<i>US-Leitlinien zu körperlicher Aktivität</i>	
Zweite Ausgabe erschienen .....	Seite 11
<i>Anthrazyklin-induzierte Kardiotoxizität</i>	
Serielle MRT zeigt Potenzial zur Identifizierung früher Stadien .....	Seite 16
<i>Blutdruck während des Schlafens</i>	
Marker für das Gefäßrisiko und therapeutisches Ziel für die Prävention .....	Seite 18
► <b>Forschung, Hochschule &amp; Verbände</b> .....	Seite 20
► <b>Industrie</b> .....	Seite 25
► <b>Termine</b> .....	Seite 27

## Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

manche durchaus wichtige Themen in der kardiovaskulären Medizin schleppen sich jahrzehntelang durch die wissenschaftliche Literatur, ohne das Stadium kontroverser Meinungen bei unsicherer Evidenzlage zu verlassen. Man wundert sich dann oft, mit welcher Häufigkeit und Verve selbst international hoch angesehene Journale immer wieder vorhersehbar fruchtlose Diskussionen publizieren. Schon dem Apotheker Theodor Fontane war gegen Ende des 19. Jahrhunderts offensichtlich bekannt, dass Digitalis das Leben Herzinsuffizienter nicht verlängert. Dementsprechend lässt er den Major Dubslav von Stechlin beim Besehen der ihm rezeptierten Flasche mit Fingerhutextrakt bereits ahnen, dass es jetzt bald zu Ende geht – und außerdem: „Die Tropfen nahmen ihm den Appetit, so dass er noch weniger aß, als ihm gestattet war.“ Die Nebenwirkungen der Therapie waren damals also erheblich. 2018 gab es mindestens 20 Veröffentlichungen in hochrangigen Zeitschriften über das Pro und Contra der Herzglykoside bei HFrEF mit und ohne Vorhofflimmern, ohne dass wir hinsichtlich der Indikationsstellung weitergekommen sind. Ob uns die demnächst hoffentlich fertiggestellte prospektive, doppelblinde, kontrollierte und bundesweit unter Hannoveraner Leitung durchgeführte DIGIT-HF-Studie mit Digitoxin eine klare Antwort bringen wird, bleibt abzuwarten.

Auch die primärpräventive Therapie mit Aspirin (ASS) gehört in die Kategorie, bei der sich das Nebenwirkungsrisiko einerseits und der positive erwünschte Effekt andererseits die Waage halten (Mahmoud et al., S. 18). Erneut zeigt eine große Metaanalyse von 13 randomisierten Einzelstudien mit 164.225 Patienten und einem langen Follow-up keinen wesentlichen Vorteil der primärpräventiven Behandlung (Zheng SL et al., S. 10). Die Number-Needed-to-Treat (NNT) für ein verhindertes kardiovaskuläres Ereignis war 265, die Number-Needed-to-Harm (NNH) für eine wesentliche Nebenwirkung (in der Regel Blutung) war 210. Wenn ASS zusätzlich zu Vitamin-K-Antagonisten mit eher fraglicher Zusatzindikation verordnet wird (z. B. zur Prävention der koronaren Herzerkrankung oder des kolorektalen Karzinoms, bei stabiler

ischämischer KHK, bei PAVK oder zur Sekundärprophylaxe des nicht thromboembolischen Schlaganfalls), übersteigt das ernsthafte Blutungsrisiko in der Regel deutlich die positive antiatherosklerotische Wirkung (Schafer et al., S. 16). Eigentlich sind ja die sich aufhebenden Vor- und Nachteile der ASS-Wirkung in der Primärprävention seit vielen Jahren gut bekannt. Trotzdem wird immer wieder versucht, doch noch eine zumindest geringe positive Gesamtwirkung des Thrombozytenaggregationshemmers nachzuweisen. Man fragt sich, wer mit welcher Intention heute noch derartige (redundante) Studien finanziert? Natürlich ist der Markt für primärpräventive Pharmaka sehr groß.

Ähnlich problematisch verhält es sich wohl mit der antihypertensiven Therapie bei nur gering erhöhten Blutdruckwerten und/oder bei alten Menschen. Immer wieder wird versucht, durch eine „intensive“ antihypertensive Behandlung die Schlaganfall- oder Herzinfarktrate zu reduzieren. Nun haben Sheppard et al. (S. 8) bei 19.143 bisher unbehandelten Hochdruckpatienten ohne kardiovaskuläre Vorerkrankungen mit Werten von 140/90–159/99 mm Hg (mittleres Alter 55 Jahre, Follow-up 5,8 Jahre) keinen Vorteil der Blutdrucksenkung bei dieser milden Hypertonie gefunden, sondern nur eine Häufung von Nebenwirkungen durch die Antihypertensiva. Immer wieder gibt es Expertenmeinungen und Versuche, besonders bei Älteren niedrige Zielblutdruckwerte anzustreben. Dass ein deutlich erhöhter Blutdruck auch bei Älteren und sogar bei Hochbetagten unbedingt behandelt

Fortsetzung siehe Seite 3