

Junge Herzinfarkte in Zahlen:

- **Jeder 15. Patient** mit einem schweren Herzinfarkt (STEMI) ist **jünger als 45 Jahre**.
- **80%** der jungen Patienten sind **Männer**.
- **85%** waren zum Infarktzeitpunkt **aktive Raucher**.
- Der **aktive Tabakkonsum** ist der **dominierende Risikofaktor**, gefolgt von einer positiven Familienanamnese für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Adipositas.
- Der **Sterblichkeitsnachteil** für junge Patienten ist im Schnitt um das **47-fache erhöht**; für Ältere nur um das 11-fache.
- Der **Anteil junger Patienten** ist von 2006 bis 2013 mit **7% konstant** geblieben.

Abstract P1369, 81. Jahrestagung der DGK, Mannheim

Immer mehr schwache Pumpen!

Die Zahl der Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisierungen in Deutschland stieg zwischen 2000 und 2013 um 65,3% an. Trotz einer Abnahme der Liegedauer von 14,3 auf 10,7 Tage, stieg die Zahl der Krankenhaustage um 20,6% an. Mit einem Anteil von 8,81% aller Sterbefälle nahm die Herzinsuffizienz im Jahr 2012 die führende Position ein. Auch nach 25 Jahren gibt es noch deutliche Unterschiede zwischen Ost und West. Mögliche Erklärungen für die regionalen Differenzen sind Unterschiede in der Prävalenz von Risikofaktoren sowie in der Patientenversorgung. Die Daten entstammen der Krankenhausdiagnosestatistik des statistischen Bundesamts.

Abstract P1792, 81. Jahrestagung der DGK, Mannheim

Bei Herzproblemen nicht im Kreis laufen

... sondern schnurstracks der Besserung entgegen! Denn nicht nur für Hochdruckpatienten hat sich die Behandlungssituation in den vergangenen Jahren deutlich verbessert (S.20). Auch bei der Herzinsuffizienz sind neue Therapieoptionen in Aussicht – wagen Sie mit uns den Blick in die Glaskugel (S.24)! Diese und noch weitere spannenden Beiträge lesen Sie in unserem aktuellen Schwerpunkt zum Thema **Herz & Kreislauf** ab Seite 20.

Melanie Goldschmidt
Redakteurin



25 Schlüsselfragen zum Schlaganfall – Erste S3-Leitlinie zur Sekundärprävention

Neurologen und Schlaganfall-Experten haben den ersten Teil der ersten S3-Leitlinie zur Sekundärprävention von Schlaganfällen vorgestellt: 25 Schlüsselfragen mit konkreten Empfehlungen sollen die Therapieentscheidung erleichtern. Statt seitenlanger Erläuterungen und endloser Diskussionen von Studienergebnissen kommt die neue S3-Leitlinie eher wie ein Praxisleitfaden daher. Ärzte erhalten in der 16-seitigen Kurzversion klare Antworten und, wenn sie wollen, in der Langfas-

sung auch detaillierte Erläuterungen. Die Fachgesellschaften haben die Leitlinie zweigeteilt: Teil 1 erläutert die wichtigsten medikamentösen Ansätze zur Schlaganfallprävention, in Teil 2 (in Entwicklung) folgen weitere Maßnahmen wie Lebensstiländerungen. Geplant ist auch eine Laien-Version für Patienten und Angehörige.

S3-Leitlinie „Sekundärprophylaxe ischämischer Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke – Teil 1“;
<http://www.dgn.org/leitlinien/3024-II-23-II>

Lungenembolie-Prophylaxe: Cava-Schirm ohne Zusatznutzen

Die Zahl der implantierten Cava-Filter zeigt trotz dünner Evidenzbasis eine steigende Tendenz. Die körbchenförmigen Metallfilter sind bei Patienten mit Lungenembolie aber wohl ungeeignet, um Rezidive vorzubeugen – Therapie der Wahl ist die orale Antikoagulation. Bereits 2005 wurde von den Autoren der PREPIC-Studie der Schluss gezogen, dass Cava-Filter vor allem wegen der erhöhten Thromboserate nicht empfohlen werden können. Diese Ergebnisse werden nun durch PREPIC2 bestätigt;

die Daten zeigen weiterhin einen Trend zugunsten der Venenschirmchen: Für PREPIC2 wurden nur Patienten gewählt, die zuvor trotz regelkonformer Antikoagulation eine erneute VTE erlitten oder eine Kontraindikation gegen die Antikoagulation bestand. 193 von 399 erhielten die Zusatzprophylaxe. Gebracht hat es nichts: In der Filter-Gruppe kam es sowohl nach 3 als auch nach 6 Monaten zu Thrombosen.

Mismetti P et al. JAMA 2015; 313 (16):1627-35

Ibuprofen: EMA sieht Herz-Kreislauf-Risiko

Die europäische Zulassungsbehörde EMA sieht beim Einsatz hoher Dosierungen von Ibuprofen ein gering erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. Schon im Gefolge der Diskussionen um die COX-2-Hemmstoffe wurden Hinweise gefunden, dass auch die meisten anderen nicht steroidalen Antirheumatika (NSAR) bei hochdosierter Dauertherapie mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko einhergehen könnten. Die EMA hat sich in einem jetzt fertiggestellten Review noch einmal konkret mit dem viel genutzten Ibuprofen befasst. Die Ergebnisse fallen sehr differenziert aus. Für typische OTC-Tagesdosierungen bis 1200 mg sieht das Komitee keinerlei Erhöhung des kardiovaskulären Risikos. Bei hohen, eher in der antirheumatischen Therapie eingesetzten Dosierungen von 2400 mg pro Tag oder mehr wird ein leicht erhöhtes Risiko für Schlaganfälle und Herzinfarkte konstatiert. Hohe Dosierungen sollten bei Patienten mit schweren Herzerkrankungen deswegen vermieden werden. Die Behörde empfiehlt, einen entsprechenden Hinweis in den Produktinformationen. Insgesamt wiegt der Nutzen des Ibuprofens seine Risiken aber deutlich auf.

EMA/217862/2015, PRAC recommends updating advice on use of high-dose ibuprofen