B. Maisch¹ · R. Dörr²

¹ Klinik für Innere Medizin, Kardiologie und Internistische Intensivmedizin,
 Philipps-Universität und UKGM GmbH Marburg, Marburg, Deutschland

² Praxisklinik Herz und Gefäße, Akademische Lehrpraxisklinik der TU Dresden, Dresden, Deutschland

Leitlinien 2015 – alter Wein in neuen Schläuchen?

Wer kennt es nicht, das biblische Gleichnis vom neuen Wein in alten Schläuchen, das sich bei drei Evangelisten wiederfindet [Matthäus (Mt 9,14–17), Lukas (Lk 5,33–39) und Markus (Mk 2,21–22)]? Niemand fülle, so die Aussage im Neuen Testament, neuen Wein in alte Schläuche. Denn sonst werde der neue, sprudelnde Wein die alten, brüchigen Weinschläuche zerreißen.

Unsere deutsche Redewendung „alter Wein in neuen Schläuchen“ leitet sich zwar von diesem Gleichnis ab. Aber im Umkehrschluss zum Gleichnis im Neuen Testament hat unsere Redensart eine andere Stoßrichtung: Ein alter Inhalt soll in neuer Verpackung, eine alte als neue Idee präsentiert werden. Diesem Eindruck kann sich der Leser bei der Flut neuer Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) beim letzten Kongress in London nicht ganz entziehen.

Natürlich wollen wir als Herausgeber dieses traditionell zum Jahresende erscheinenden Leitlinienheftes von *Herz* aktuelle Informationen zu den neuen Leitlinien in den Vordergrund der kardiologischen Bühne stellen. Aber hinter dem Vorhang der bei den Kongressen zelebrierten „Aufführung“ aktueller Leitlinien kann man sich die Frage nach altem Wein in neuen Schläuchen durchaus stellen. Denn Leitlinien sind „Business“ für die großen medizinischen Gesellschaften, auch für die ESC. Die in Leitlinien genannten Medikamente haben die Chance, zu Blockbustern in der Pharmabranche zu werden. Krankenkassen bestehen beim Ersatz ihrer Leistungen heute auf einer evidenzbasierten Behandlung, die in randomisierten kontrollierten Studien („randomised controlled trials“, RCT) validiert und am besten auch

in den Leitlinien genannt ist. Nicht-gelistete Medikamente verkümmern dagegen nicht selten als Nischenpräparate und bleiben damit für den medizinisch-pharmazeutischen Komplex eine Randerscheinung.

Wenn wir mit dem wohlmeinend kritischen Ansatz der umgekehrten biblischen Redewendung die Leitlinien im Heft 8/2015 betrachten, werden wir feststellen, dass vieles von dem, was in den Leitlinien festgeschrieben wurde, eigentlich längst bekanntes, tradiertes Lehrbuchwissen ist. Deshalb fokussieren die Autoren in diesem Heft auch in ihren Beiträgen auf das tatsächlich Neue.

A. Jobs und H. Thiele stellen bei der Besprechung der ESC-Leitlinien 2015 zum akuten Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Hebung heraus, dass die gleichwertige Empfehlung von Einstundenprotokollen für den Ausschluss eines Myokardinfarkts auch für den V. a. auf Herzinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung gilt. Beim Einstundenprotokoll wird Blut direkt bei Aufnahme und nach einer Stunde zur Bestimmung des Nekrosemarkers Troponin in einem der hochsensitiven Assays abgenommen. Damit dürfte das etablierte Dreistundenprotokoll abgelöst werden, weil rascher entschieden werden kann, ob ein Herzinfarkt vorliegt oder nicht. Neu ist auch die Empfehlung, den radialen Zugang vor dem femoralen für die Koronarangiographie und ggf. die konsekutive Koronarintervention zu verwenden. Ob sich diese Empfehlung wirklich flächendeckend umsetzen lässt, sollte getrost abgewartet werden.

T. Fink, K.H. Kuck und A. Metzner weisen darauf hin, dass eine umfangreiche Aktualisierung der Therapie-

empfehlungen zur Diagnostik, zur medikamentösen und interventionellen sowie zur Device-gestützten Therapie ventrikulärer Tachyarrhythmien vorgenommen wurde, aber die Neuerungen zu vorhandenen Leitlinien einer primär- und sekundärprophylaktischen ICD-Implantation nur punktuell erweitert werden mussten. Ausgeweitet wurden die Empfehlungen zur Katheterablation ventrikulärer Tachykardien.

E.S. Kehmeier und V.T. Schulze kommentieren die ESC- und ESA-Leitlinien 2014 zur kardiovaskulären Beurteilung und dem Management vor nichtkardialen Eingriffen mit der Feststellung, dass die Neufassung vor allem die klinische Einschätzung betont, was ja nicht unbedingt neu wäre. Die Leistungsfähigkeit und der prognostische Wert von Risikoindizes werden zur Entscheidungsfindung bezüglich einer präoperativen Stresstestung oder einer Koronarangiographie herangezogen, und die Einstufung des operationseigenen Risikos wurde überarbeitet.

J.A. Saar und C. Maack legen bei den Leitlinien 2014 zur Lungenembolie Wert auf die Weiterentwicklung der Risiko-Scores sowie den Einsatz eines altersadaptierten D-Dimer-Grenzwertes. Zur Risikoabwägung bei Patienten ohne Schocksymptomatik empfehlen sie die Anwendung des PESI- bzw. sPESI-Scores.

H. Olschewski und G. Kovacs führen aus, dass bei den ESC-Leitlinien zur Pulmonalen Hypertonie (PH) die Einteilung unverändert blieb, aber die Therapie durch neue Medikamente erweitert wurde, was sich besonders hilfreich bei der nichtoperablen chronisch thromboembolischen PH auswirkt.

B. Maisch bilanziert bei den Leitlinien 2015 zum Management der Perikardkrankungen im Vergleich zu 2004, dass Diagnostik, Differenzialdiagnostik, Pathologie und Pathophysiologie weitgehend unverändert geblieben sind. Neue Aspekte ergeben sich hingegen bei der multimodalen Bildgebung, besonders beim MRT, bei der medikamentösen und invasiven Therapie der akuten und chronischen Perikarditis, der konstriktiven Perikarditis, des Perikardergusses und der Herz tamponade sowie bei der nahezu universellen Therapieempfehlung von Colchicin für alle Formen der Perikarditis, unabhängig davon, ob sie akut, chronisch oder rezidivierend auftritt.

Unsere Anfangsfrage, ob es sich bei den Leitlinien der Jahre 2014 und 2015 um alten Wein in neuen Schläuchen handelt, kann man bejahen und doch für ausgewählte Aspekte im Sinne einer kontinuierlichen Fortentwicklung auch zu Recht verneinen. Fortentwicklungen sind auch in der Medizin ohne Erfahrungen aus der Vergangenheit nicht vorstellbar. Also handelt es sich doch um neuen *und* alten Wein in neuen Schläuchen!

Die Herausgeber dieses Heftes wünschen Ihnen ein frohes Weihnachtsfest und eine entspannte Zeit zwischen den Jahren. Bleiben Sie *Herz* auch im Jahr 2016 gewogen.

Ihre

Bernhard Maisch und Rolf Dörr

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. B. Maisch FESC, FACC
Klinik für Innere Medizin, Kardiologie und
Internistische Intensivmedizin
Philipps-Universität und UKGM GmbH Marburg,
Feldbergstr. 45, 35043 Marburg
bermais@gmail.com

Transfettsäuren – die Menge macht's

Geringe Mengen von Transfettsäuren (TFA) im Blut sind entgegen früherer Annahmen auch dann nicht schädlich, wenn die Fette aus industrieller Produktion stammen. Dies zeigt eine neue Studie von Wissenschaftlern der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg und der Ludwig Maximilians Universität München (LMU). Transfettsäuren kommen in Frittierfett vor und werden in der Lebensmittelindustrie beispielsweise Backwaren beigemischt. Daneben gibt es auch natürliche Transfettsäuren, die in geringen Mengen etwa in Milchprodukten und Rindfleisch enthalten sind. Bisher war allerdings nicht klar, ob es eine unbedenkliche Konzentration für den Menschen gibt, und ob Transfettsäuren aus der Lebensmittelproduktion und natürliche Transfettsäuren die Gesundheit unterschiedlich beeinflussen. Deshalb analysierte das Team die Daten von mehr als 300 Teilnehmern der „Ludwigs-hafen Risk and Cardiovascular Health“ Studie (LURIC), die zwischen 1997 und 2000 wegen des Verdachts auf eine Herzerkrankung stationär untersucht und im Schnitt 10 Jahre nachbeobachtet worden waren. Mithilfe hochsensitiver Methode bestimmten die Forscher die Konzentrationen von fünf Transfettsäuren in den roten Blutkörperchen, die als Marker für den jeweiligen Anteil der natürlichen und der industriellen Transfettsäuren dienen. Um auf Korrelationen schließen zu können, wurden die ermittelten TFA-Gehalte hinsichtlich der jeweiligen Krankengeschichten, Todesfälle und Todesursachen analysiert, außerdem gesundheitlich relevante Faktoren wie Rauchen, Body Mass Index (BMI), hoher Blutdruck, Diabetes mellitus und die Einnahme von Cholesterinsenkern.

Die Untersuchungen zeigten, dass höhere TFA-Konzentrationen in den roten Blutkörperchen begleitet waren von einem höheren Gehalt an „schlechtem“ LDL-Cholesterin – allerdings auch mit einem niedrigeren BMI, geringeren Gehalt bestimmter anderer Blutfette und niedrigeren Diabetesrisiko. Zur Überraschung der Forscher waren höhere Konzentrationen der industriellen Transfettsäuren nicht mit einer höheren Gesamtsterblichkeit korreliert. Die Ergebnisse stehen damit im Widerspruch zu vergleichbaren

US-Studien, nach denen hohe Spiegel von industriell produzierten Transfettsäuren unter anderem zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus führen können. Dies könnte in den insgesamt deutlich niedrigeren TFA-Spiegel der deutschen Studienteilnehmer begründet sein. Der TFA-Anteil in den roten Blutkörperchen der LURIC-Probanden lag im Durchschnitt bei unter einem Prozent, während aus den USA in einem vergleichbaren Zeitraum Durchschnittswerte von über 2,6 Prozent berichtet werden.

Die Forscher der deutschen Studie fanden zudem heraus, dass Transfettsäuren in roten Blutkörperchen, wenn sie natürlichen Ursprungs sind, mit einer niedrigeren Gesamtsterblichkeit, vor allem mit einem niedrigeren Risiko für plötzlichen Herztod assoziiert waren.

www.uni-muenchen.de

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2015/09/21/eurheartj.ehv446>