Trotz obiger Einschränkungen stellt die Studie einen wertvollen Beitrag zum Bridging bzw. Nicht-Bridging dar und wird die Diskussion neu beleben. In der aktuellen Leitlinie des American College of Chest Physicians (ACCP) von 2012 [2] beträgt der Empfehlungsgrad bezüglich der Frage „Bridging ja oder nein“ lediglich Grad 2C und befindet sich damit auf dem Niveau einer Expertenmeinung. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die obigen Ergebnisse in zukünftigen Leitlinien zu einem höheren Empfehlungsgrad führen werden.

Nach wie vor gilt, dass man bei Patienten mit VHF und VKA-Therapie vor einem invasiven Elektiveingriff eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung unter Abschätzung des jeweiligen Thromboembolie- und des mit dem Eingriff verbundenen Blutungsrisikos durchführen sollte. Hierbei sind die Begleiterkrankungen und insbesondere auch die Komedikation zu berücksichtigen. Es ist davon auszugehen, dass bei hohem Thromboembolierisiko auch in Zukunft in den Leitlinien das Bridging bei den VKA-Patienten empfohlen werden wird. Wünschenswert wäre ein Vergleich der Regime volle Antikoagulation mit NMH vs. reduzierte Dosis (halbtherapeutisch bzw. doppelte Hochrisikophylaxedosis).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. H. Schinzel
Gerinnungspraxis im CardioCentrum Mainz
Wallstr. 3–5, 55122 Mainz
mbeutel@cardiopraxis-mainz.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Schinzel und S. Nitschmann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Bauersachs R, Schellong S, Haas S et al (2007) Überbrückung der oralen Antikoagulation bei interventionellen Eingriffen. Dtsch Arztebl 104:1237–1244
2. Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA et al (2012) Perioperative management of antithrombotic therapy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis. 9th ed: American College of Chest Physicians-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 141:326–350S
3. Schinzel H (2005) Perinterventionelles Management bei Patienten mit oraler Antikoagulation (Bridging). Vasc Care 9:34–47

Internist 2015 · 56:1212
DOI 10.1007/s00108-015-3792-y
Online publiziert: 29. September 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

B.M.W. Schmidt

Zentrale Notaufnahme Innere Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

Erratum zu: Die häufigsten Elektrolytstörungen in der Notaufnahme. Was ist sofort zu tun?

Im Beitrag wurde fälschlicherweise im „Fazit für die Praxis“ zweimal das Wort *Hypernatriämie* anstelle von *Hyponatriämie* abgedruckt. Die inhaltlich korrekten Sätze lauten:

- Die Hyponatriämie ist die häufigste Elektrolytstörung in der Notaufnahme.
- Die Therapie der Hyponatriämie erfordert eine diagnostische Einordnung ihrer Genese.

Die Redaktion bittet, den Fehler zu entschuldigen.

Korrespondenzadresse

PD Dr. B.M.W. Schmidt M.Sc
Zentrale Notaufnahme Innere Medizin,
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
schmidt.bernhard@mh-hannover.de

Interessenkonflikt. B.M.W. Schmidt gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Online-Version des Originalartikels können Sie unter <http://dx.doi.org/10.1007/s00108-015-3670-7> finden.