28.8.–31.8.2026

ESC 2026
München

Kongressausgabe von info@CardioSuisse





MÜNCHEN 2026: KARDIOLOGIE IN BEWEGUNG

Liebe Leserinnen und Leser,

Neben der kompakten Zusammenfassung wichtiger Neuigkeiten besitzt diese Ausgabe für uns eine sehr traurige Bedeutung. Sie enthält die letzten Beiträge von Prof. Walter F. Riesen, der am 9. September unerwartet von uns gegangen ist.
Über viele Jahre hat Walter die ESC-Zeitungen als kenntnisreicher und unermüdlicher wissenschaftlicher Leiter begleitet. Mit grosser Sorgfalt, breitem Fachwissen und einem sicheren Gespür für die klinisch relevanten Entwicklungen verstand er es, die Fülle eines ESC-Kongresses einzuordnen und verständlich aufzubereiten. Walter wird uns im medinfo Verlag nicht nur als herausragender Wissenschaftler fehlen, sondern auch als verlässlicher Kollege und Mensch, der die Schweizer Kardiologie über Jahrzehnte mitgeprägt hat.
Noch kurz zuvor hatte Walter vom 28. bis 31. August 2026 wie in den vergangenen Jahren am Europäischen Kardiologie-Kongress teilgenommen. Der ESC-Kongress in München brachte 33800 Teilnehmer aus 170 Ländern zusammen. Wegweisende Studiendaten, drei neue ESC-Leitlinien und die fünfte universelle Definition des Myokardinfarkts wurden vorgestellt.

Neben zwölf Hot-Line- und 30 Late-Breaking-Science-Sessions widmeten sich zahlreiche Beiträge der künstlichen Intelligenz in der Kardiologie. Dazu gehörte auch eine gemeinsame Session der Schweizerischen und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie mit dem Titel «How AI in imaging impacts cardiology – insights from Germany and Switzerland». Die Schweiz gehörte gemessen an der Teilnehmerzahl zu den zehn am stärksten vertretenen Nationen, war auch in der Faculty gut repräsentiert und kann stolz auf die ausserordentlich hohe Zahl angenommener Abstracts von Forschern aus der Schweiz sein.

Auch auf dem Weg nach München wurde Kardiologie ganz konkret gelebt: Seit ihrer Gründung fährt die **«Tour de Coeur»** jedes Jahr an den jeweiligen Austragungsort des ESC-Kongresses und ist damit zu einer festen Tradition geworden.
Dieses Jahr führte die Strecke in sechs Etappen über 570 Kilometer und 6050 Höhenmeter von Basel durch den Schwarzwald, die Schwäbische Alb und das Allgäu bis nach München.
Wir haben diese Initiative während meiner Präsidentschaft der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie ins Leben gerufen, um ein sichtbares Zeichen für Bewegung, Prävention und Gemeinschaft zu setzen. In den ersten Jahren diente die Tour zugleich der Mittelbeschaffung für die kardiovaskuläre Forschung und insbesondere der Förderung junger Forscher im Rahmen des Otto Hess Trainee Award. Bis heute verbindet sie sportliches Engagement mit wissenschaftlicher Nachwuchsförderung und kollegialem Austausch.



Die verschiedenen Beiträge dieser Kongresszeitung werden durch fünf Interviews mit Schweizer Kongressteilnehmern ergänzt.

Ganz im Sinne von Walter wünschen wir Ihnen eine anregende Lektüre. Wir hoffen, dass die ausgewählten Beiträge, Interviews und Videos aus München wertvolle Impulse für Ihren klinischen Alltag geben.

Eleonore E. Droux
Verlegerin & Publizistische Leitung

Prof. Dr. med. Hans Rickli
Präsident der Stiftung Hoch-Health

Ohne komplizierte Rechnung?

MAGNESIUM
Diasporal®

Die Lösung: 1 × täglich, 12 mmol*, 100% Citrat[1,2,3]

12 mmol*

Mg

Magnesium
nur 1x Einnahme
pro 24 Stunden

1 × TÄGLICHE EINNAHME[1]
12 mmol[1*]
KASSENZULÄSSIG[4]

Leistung, die ankommt.

- 1 × tägliche Einnahme[1,2,3]
- 12 mmol[1*]
- kassenzulässig[4]

3 Li Lithium 6.94	4 Be Beryllium 9.0122		
11 Na Sodium 22.990	12 Mg Magnesium 24.305		
19 K Potassium 39.098	20 Ca Calcium 40.078	21 Sc Scandium 44.956	



kassenzulässig[4]

* entsprechend der zugelassenen Dosierung

Referenzen
1) Fachinformation Magnesium-Diasporal® 300 unter www.swissmedicinfo.ch, abgerufen September 2023 **2)** Magnesium-Diasporal® 100 CitraCaps unter www.swissmedicinfo.ch, abgerufen September 2023 **3)** Fachinformation Magnesium-Diasporal® 300 zuckerfrei unter www.swissmedicinfo.ch, abgerufen September 2023 **4)** Spezialitätenliste des Bundesamt für Gesundheit unter www.spezialitaetenliste.ch, Stand September 2023. Alle Referenzen werden auf Anfrage abgegeben.

Gekürzte Fachinformation: Magnesium-Diasporal® 100 CitraCaps, Kapseln / Magnesium-Diasporal® 300, Granulat / Magnesium-Diasporal® 300 zuckerfrei, Granulat. **Wirkstoff:** Magnesium ut Magnesii citras; 100 mg Magnesium (= 4.0 mmol) pro Kapsel bzw. 301 mg Magnesium (= 12.4 mmol) pro Sachet. **Indikation:** Prophylaxe und Therapie tachykarder Herzrhythmusstörungen, bei koronarer Herzkrankheit, bei neuromuskulärer Übererregbarkeit, tetanisches Syndrom, muskuläre Krampfzustände, Myositis ossificans, Rezidivprophylaxe der Calcium-Oxalat-Urolithiasis, Präeklampsie, Eklampsie, Magnesium-mangelzustände, bei erhöhtem Magnesiumbedarf. **Dosierung:** Für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren 1 × 3 Kapseln bzw. 1 Sachet pro Tag. Anwendungsdauer: mind. 6 Wochen. **Kontraindikationen:** Akute oder chronische Niereninsuffizienz, Magnesium-Ammoniumphosphat-Steindiathese, Exsikkose. **Vorsichtsmassnahmen:** bei bradykarden Störungen der Erregungsleitung im Herzen, bei eingeschränkter Nierenfunktion. **Interaktionen:** Tetracycline, Fluoride, Cholecalciferol. **Schwangerschaft/Stillzeit:** kann eingenommen werden. **Unerwünschte Wirkungen:** Gelegentlich: weicher Stuhl. **Packungen:** Packung zu 120 Kapseln bzw. 20 und 50 Sachets; Abgabekategorie: B; kassenzulässig; Doetsch Grether AG, 4051 Basel; Stand der Informationen: August 2017. Ausführliche Information siehe www.swissmedicinfo.ch.

DOETSCH GRETHER AG, 4051 Basel, Tel. 061 287 34 11, info@doetschgrether.ch, www.doetschgrether.ch

DOETSCH GRETHER

DG.R.03.022025.103

ESC-Kongress 2026
Highlights Sessions

Der ESC-Kongress 2026 in München unterstrich die wachsende Bedeutung der Herz-Kreislauf-Medizin. In mehr als 1750 Sitzungen wurden aktuelle Entwicklungen in der kardiovaskulären Forschung und Patientenversorgung vorgestellt. Zu den Höhepunkten gehörten zwölf Hot-Line- und dreissig Late-Breaking-Science-Sitzungen sowie die Veröffentlichung von drei ESC-Leitlinien und der gemeinsam mit dem ACC, der AHA und der World Heart Federation erarbeiteten fünften universellen Definition des Myokardinfarkts. Mehr als 180 der knapp 700 eingereichten Studien wurden zeitgleich in führenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften publiziert.

Ein zentrales Thema war der Einsatz künstlicher Intelligenz in der kardiovaskulären Versorgung. Maschinelles Lernen und KI wurden nicht mehr als Zukunftsvision, sondern als bereits verfügbare klinische Werkzeuge diskutiert, die Präzision und Sicherheit verbessern können. «Die entscheidende Frage ist, wie wir sie sinnvoll als ‹Co-Piloten› einsetzen können», sagte Prof. Tomasz Guzik, Vorsitzender des Programmkomitees des ESC-Kongresses.

Imaging

Prof. Dr. med. Christoph Gräni vom Inselspital Bern präsentierte fünf Arbeiten aus der kardiovaskulären Bildgebung: REVEAL, CMR GUIDE, TAVI-ALPURA, TARGET-CTCA und AiTTRIX.

REVEAL

In der REVEAL-Studie wurde der neue PET-Radiotracer ^{124}I-Evuzamitid zur nicht invasiven Diagnose der kardialen Amyloidose untersucht. Die prospektive, multizentrische Studie umfasste 170 auswertbare Patienten und erreichte ihre beiden primären Endpunkte: Die Sensitivität betrug 94 %, die Spezifität 86 %. In sekundären Analysen wurde die diagnostische Leistung auch bei der Leichtketten-Amyloidose (AL) und der Transthyretin-Amyloidose (ATTR) untersucht.
^{124}I-Evuzamitid befindet sich noch in klinischer Prüfung und ist bisher von keiner Gesundheitsbehörde zugelassen. Die Ergebnisse wurden gleichzeitig in JAMA publiziert.

TAVI-ALPURA

TAVI-ALPURA ist ein KI-basiertes klinisches Entscheidungsinstrument zur Vorhersage der langfristigen Gesamtmortalität und der kardiovaskulären Mortalität nach einer Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI). Das Modell wurde anhand einer Schweizer Kohorte entwickelt und in einer japanischen Kohorte extern validiert. Es zeigte eine bessere prognostische Leistung als herkömmliche Risikomodelle.

AiTTRIX

AiTTRIX ist ein auf maschinellem Lernen basierendes Modell zur individuellen Risikoeinschätzung bei Transthyretin-Amyloid-Kardiomyopathie (ATTR-CM). Entwickelt und validiert wurde es anhand von 850 bestätigten ATTR-CM-Fällen aus drei Kohorten in der Schweiz und in Wien.
Das Modell prognostiziert das kombinierte Risiko für Gesamtmortalität und Hospitalisation wegen Herzinsuffizienz. Es schnitt besser ab als die etablierten Staging-Systeme der Mayo Clinic und des UK National Amyloidosis Centre (NAC). Die Verbesserung der 3-Jahres-AUC betrug gegenüber dem Mayo-System je nach Kohorte 3 bis 19 % und gegenüber dem NAC-System 5 bis 12 %.

Fazit zur Bildgebung

Prof. Gräni fasste die Entwicklung der kardiovaskulären Bildgebung in fünf Zielen zusammen:
- Erkrankungen früher erkennen
- Befunde umfassender charakterisieren
- Veränderungen besser quantifizieren
- Risiken intelligenter prognostizieren
- klinische Entscheidungen mit grösserer Sicherheit treffen

Die Studie CMR GUIDE wird in Hot Line 1, TARGET-CTCA in Hot Line 4 ausführlich behandelt.

Arrhythmien und Device-Therapie

Prof. Isabelle C. Van Gelder aus Groningen stellte fünf Studien zu Arrhythmien und Device-Therapien vor: DANISH-CRT, ABLATE versus PACE, NEXAF, IDEAL-AF und Syncope-Stopper.

DANISH-CRT

DANISH-CRT untersuchte bei Patienten mit Herzinsuffizienz und Linksschenkelblock, ob eine gezielte Platzierung der linksventrikulären Stimulationselektrode am Ort der spätesten elektrischen Aktivierung bessere Ergebnisse erzielt als die konventionelle Platzierung in einem posterolateralen, nicht apikalen Koronarsinusast. Der kombinierte primäre Endpunkt aus Tod oder erster ungeplanter Hospitalisation wegen Herzinsuffizienz trat in beiden Gruppen ähnlich häufig auf. Die Ergebnisse unterstützen daher keine routinemässige elektrische Kartierung zur gezielten Elektrodenplatzierung.

ABLATE versus PACE

In ABLATE versus PACE wurden Patienten ab 75 Jahren mit symptomatischem persistierendem Vorhofflimmern und erhaltener linksventrikulärer Ejektionsfraktion entweder mit einer Pulmonalvenenisolation (PVI) oder mit einer Herzschrittmacherimplantation und anschliessender AV-Knoten-Ablation behandelt.
Nach zwölf Monaten war der kombinierte primäre Endpunkt unter Schrittmacherimplantation und AV-Knoten-Ablation seltener als unter PVI (24 % gegenüber 46 %). Dieser Endpunkt umfasste Hospitalisationen wegen atrialer Arrhythmien oder Herzinsuffizienz, ambulante elektrische Kardioversionen und die Umstellung auf eine kardiale Resynchronisationstherapie. Bei Mortalität, kardiovaskulären Komplikationen und Lebensqualität bestanden keine statistisch signifikanten Unterschiede.
Die Studien NEXAF und IDEAL-AF werden in Hot Line 8, Syncope-Stopper in Hot Line 10 ausführlich behandelt.

Herzinsuffizienz

Prof. Theresa McDonagh aus London stellte aktuelle Studien, neue beziehungsweise wiederentdeckte Therapieansätze und die ESC-Leitlinien 2026 zur Herzinsuffizienz vor. Im Mittelpunkt standen:

- etablierte Wirkstoffe wie Hydralazin/Isosorbiddinitrat, Metformin und Digitalisglykoside
- neue interventionelle Ansätze wie die pulmonalarterielle Denervierung
- die neue Einteilung und Nomenklatur der Herzinsuffizienz
- aktualisierte Therapieempfehlungen der ESC

Eine wesentliche Änderung der ESC-Leitlinien betrifft die Einteilung nach der linksventrikulären Ejektionsfraktion: Die Kategorie HFmrEF entfällt. Unterschieden wird neu zwischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF; LVEF < 50 %) und Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF; LVEF ≥ 50 %). Zudem werden medikamentöse, gerätebasierte und interventionelle Therapien neu bezeichnet und systematisch eingeordnet.
DANHEART mit H-HeFT und Met-HeFT sowie PADN-PH-LHD werden in Hot Line 6 ausführlich behandelt; die neuen ESC-Empfehlungen sind im Dokument «Guidelines» zusammengefasst.

Koronare Herzkrankheit, akute Koronarsyndrome und akute kardiale Behandlung

Prof. Marco Roffi von den Hôpitaux universitaires de Genève ordnete die Ergebnisse der Studien AMUNDSEN, SWITCH-SWEDEHEART, PREMIUM und DISCO klinisch ein. Die Studie AMUNDSEN wird in Hot Line 2, SWITCH-SWEDEHEART und PREMIUM in Hot Line 3 sowie DISCO in Hot Line 12 ausführlich behandelt.

Valvuläre, myokardiale, perikardiale, pulmonale und kongenitale Herzkrankheiten

Prof. Stefan Blankenberg vom Universitären Herz- und Gefässzentrum Hamburg stellte fünf Studien vor: TRIC-I-HF, NOTION-4, ACASA-TAVI, EMPAVR und POET-II. Die Arbeiten befassten sich mit der interventionellen Behandlung der Trikuspidalinsuffizienz, der subklinischen Klappenthrombose nach TAVI, der medikamentösen Unterstützung des kardialen Remodellings nach Aortenklappenersatz sowie einer individualisierten Antibiotikatherapie bei infektiöser Endokarditis.
Die Studien TRIC-I-HF, NOTION-4 und ACASA-TAVI werden in Hot Line 7, POET-II in Hot Line 1 ausführlich behandelt.

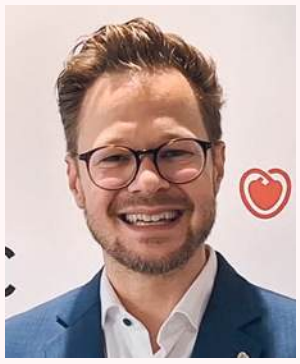
EMPAVR

Die randomisierte, placebokontrollierte EMPAVR-Studie untersuchte Empagliflozin bei 206 Patienten mit schwerer symptomatischer Aortenstenose, die sich einer TAVI unterzogen. Nach sechs Monaten zeigte sich gegenüber Placebo keine signifikant stärkere Abnahme der auf die Körperoberfläche normierten linksventrikulären Masse. Auch bei NT-proBNP und dem Gesundheitsstatus gemäss KCCQ-12 ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Empagliflozin führte somit in dieser Studienpopulation nicht zu einem zusätzlichen günstigen kardialen Remodelling nach TAVI.
TRIC-I-HF, NOTION-4, ACASA-TAVI und POET-II werden im Dokument «Hot Lines» ausführlich behandelt.

> Fortsetzung Seite 5

Interview

Im Gespräch mit Prof. Dr. Dr. med. Christoph Gräni, Bern



? Was waren die wichtigsten Themen in Ihrem Fachbereich auf dem ESC-Kongress?
Für mich waren drei Entwicklungen besonders prägend. Erstens die zunehmende Integration von **künstlicher Intelligenz in die klinische Bildgebung** – nicht mehr nur als Forschungsinstrument, sondern für Akquisition, Quantifizierung, Risikostratifizierung und klinische Entscheidungsunterstützung. AI war auch das offizielle Spotlight-Thema des ESC 2026. Zweitens sehen wir bei der koronaren Bildgebung einen klaren Wandel **von der reinen Stenosebeurteilung hin zur Quantifizierung der gesamten Atheroskleroselast und damit zur Identifikation des vulnerablen Patienten**. Drittens ermöglichen neue Technologien wie die **Photon-Counting-CT** eine bisher nicht erreichte räumliche Auflösung und quantitative Gewebecharakterisierung. Gleichzeitig wird Multimodalität wichtiger: CT, MRI, Echo und Nuklearkardiologie werden zunehmend komplementär und patientenzentriert eingesetzt.

? Welche neue Studie hat Sie überrascht?
Am meisten überrascht hat mich **TARGET-CTCA Studie**, die ich am Kongress auch als Discussant kommentieren durfte. Die Hypothese war sehr plausibel: Patienten mit Thoraxschmerzen, bei denen ein Myokardinfarkt ausgeschlossen ist, die aber anhand des hochsensitiven Troponins ein intermediäres Risiko haben, könnten von einer gezielten Koronar-CT profitieren. Bei über 3000 Patienten zeigte sich nach drei Jahren jedoch praktisch kein Unterschied bei Myokardinfarkt oder kardialem Tod. Das ist eine wichtige Erinnerung daran, dass **mehr anatomische Information nicht automatisch zu besseren klinischen Outcomes führt**. Bildgebung muss eine konkrete therapeutische Konsequenz haben und deshalb ist das klinische Setting wichtig (Nota bene: das Koronar-CT hat eine IA Indikation beim chronischen Koronarsyndrom und ist dort etabliert).

? Welche Studienergebnisse haben das grösste Potenzial, die aktuellen Standards zu verschieben?
Langfristig finde ich die Daten zu **subklinischer Atherosklerose** besonders relevant. REACT zeigte bei 16808 asymptomatischen Personen, dass Atherosklerose bereits im jungen Erwachsenenalter nachweisbar ist und insgesamt bei 57 % gefunden wurde. Gleichzeitig zeigen die neuen SCAPIS-Daten, dass eine automatisierte AI-basierte Quantifizierung der koronaren Plaquelast zusätzliche prognostische Information über klassische Risikofaktoren, Calciumscore und konventionelle CT-Beurteilung hinaus liefert. Für mich deutet dies auf einen möglichen Paradigmenwechsel hin: **weg von der alleinigen Suche nach der relevanten Stenose, hin zur Erfassung der gesamten Plaquelast und des individuellen Atheroskleroserisikos**. Aber wir müssen vorsichtig bleiben: Diese Daten rechtfertigen heute (noch) kein generelles CCTA-Screening asymptomatischer Menschen.

? Welche Studie(n) hat den grössten Einfluss auf Ihre klinische Tätigkeit?
Im Bereich der kardialen Amyloidose ist **CARDIO-TTRansform** ebenfalls sehr relevant. Trotz einer deutlichen TTR-Suppression erreichte Eplontersen in der Gesamtpopulation mit ATTR-Kardiomyopathie den primären Endpunkt aus kardiovaskulärer Mortalität und rezidivierenden kardiovaskulären Ereignissen nicht. Man muss hervorheben, dass diese Patienten bereits sehr gut behandelt waren: Insbesondere bei bereits mit einem TTR-Stabilisator behandelten Patienten zeigte sich somit kein klarer zusätzlicher Nutzen. Das ist für die Frage zukünftiger Kombinationstherapien sehr wichtig. Des Weiteren gab die **CMR GUIDE** viel zu reden. Sie zeigte bei Patienten mit LVEF 36-50 % und Myokardnarbe im MRI keinen signifikanten Vorteil der ICD-Strategie im primären Endpunkt. Die geringe Ereigniszahl, Crossovers und der kombinierte Endpunkt aus plötzlichem Herztod und überlebten hämodynamisch relevanten Arrhythmien erschweren jedoch die Interpretation. Da nur Patienten mit Narbe randomisiert wurden, bleibt offen, ob die Narbe einen besonderen ICD-Nutzen vorhersagt. Das positive Signal bei jüngeren Patienten ist daher vor allem hypothesengenerierend.

? Welchen Stellenwert haben die neuen Guidelines? Wesentliche Erneuerungen oder eher Korrekturen?
Dieses Jahr sind es teilweise **substantielle Änderungen und nicht nur kosmetische Anpassungen**. Besonders deutlich ist dies bei den neuen Herzinsuffizienz-Guidelines: Die bisherige Kategorie HFmrEF wurde aufgegeben und die Klassifikation vereinfacht – HFrEF wird nun als LVEF < 50 % und HFpEF als ≥ 50 % definiert. Auch die Rolle des Herz-MRI wird klarer formuliert; bei vermuteter Kardiomyopathie oder unklarer Ätiologie einer Herzinsuffizienz wird kontrastverstärktes CMR mit einer Klasse-I-Empfehlung aufgeführt. Daneben gibt es erstmals eigene ESC-Guidelines für **kardiovaskuläre Erkrankungen bei chronischer Nierenerkrankung** und erstmals eine ESC-Guideline zur **kardialen Rehabilitation**; zusätzlich wurde die fünfte Universal Definition des Myokardinfarkts veröffentlicht. In der Bildgebung sehe ich eher eine Evolution als eine Revolution – aber die Bildgebung wird zunehmend als Grundlage für Phänotypisierung, Ätiologie und individualisierte Therapie in den verschiedenen Guidelines verankert.

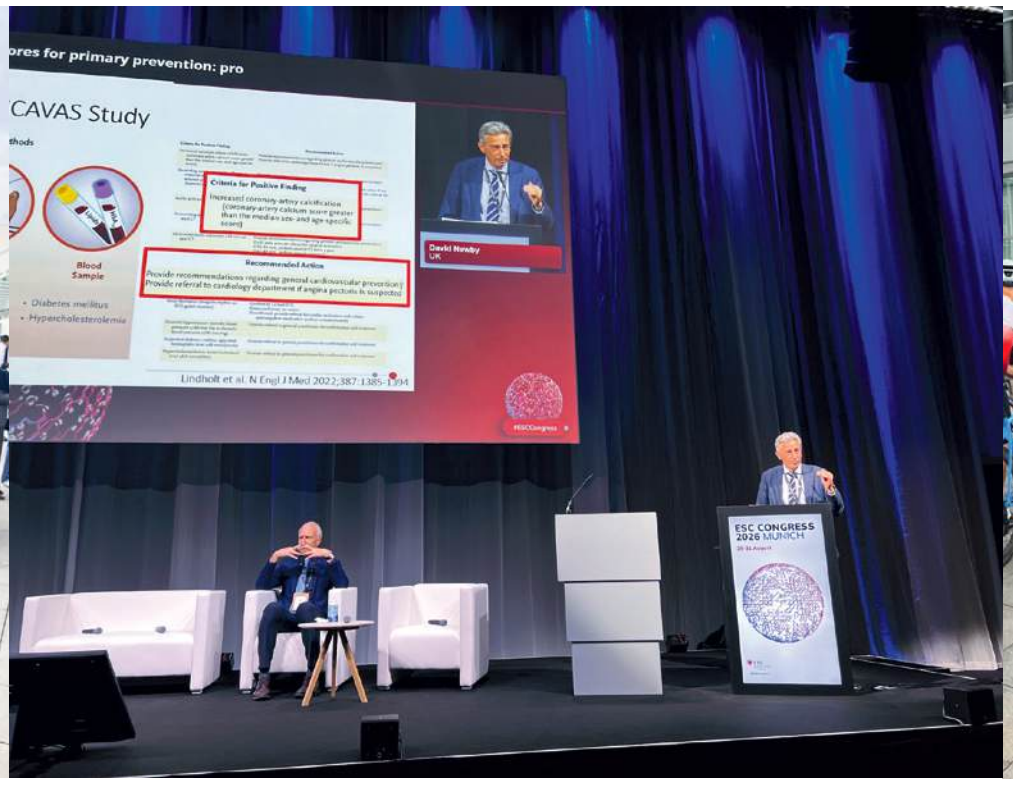
? Wie ist die Sichtbarkeit der Schweizer Forschungsgruppen im internationalen Vergleich?
Die Schweiz war auch 2026 **sehr sichtbar**, gerade wenn man ihre Grösse berücksichtigt. Eine formale Länder-Rangliste würde ich daraus nicht ableiten, aber die Präsenz ging deutlich über klassische Abstract-Präsentationen hinaus. Um nur einige Beispiele zu nennen: **Christian Müller** aus Basel präsentierte mit PRESC1SE-MI eine Hot-Line-Studie; die TAVI-PCI-Studie wurde von **Barbara Stähli** vom Universitätsspital Zürich in einer Hot Line vorgestellt; **Laurent Roten** aus Bern präsentierte die PIFPAF-PFA-Studie zur Pulsed-Field-Ablation bei persistierendem Vorhofflimmern, die zeitgleich in JAMA publiziert wurde; **Matthias Wilhelm** aus Bern war Co-Chair der neuen ESC-Guideline zur kardialen Rehabilitation. **Marco Valgimigli** aus Lugano hielt die renommierte Andreas-Grüntzig-Lecture. Bern war in der Bildgebung und digitalen Kardiologie prominent vertreten.
Bezeichnend war die gemeinsame Session von der ESC und der European Society of Radiology (ESR), **wo ich die Kardiologie in der kardialen Bildgebung vertreten durfte**: Der Saal war voll bis auf den letzten Platz. Das zeigt zweierlei – das Interesse an kardialer Bildgebung ist enorm, und die Zusammenarbeit zwischen Radiologie und Kardiologie wird in diesem Bereich nicht mehr als Konkurrenz, sondern als Voraussetzung für gute Patientenversorgung verstanden. Unser Team durfte zudem Imaging-basiertem Risk Prediction sowie unserer gleichzeitig in JAMA Cardiology publizierten AI-Arbeit zur Risikoprädiktion bei ATTR-Kardiomyopathie, dem AiTTRIX-Score https://ai-cvm.com/software/aittrix: und der Arbeit über einen neuen Risikoscore bei TAVI- Patienten, TAVI-ALPURA https://ai-cvm.com/software/tavi-alpura, publiziert im Lancet Digital Health, vorstellen. Insgesamt zeigt das, dass Schweizer Gruppen international nicht nur quantitativ präsent sind, sondern insbesondere bei **Hot Lines, Guidelines, eingeladenen State-of-the-Art-Sessions und hochrangigen Publikationen** eine hohe Sichtbarkeit haben. Nicht zuletzt stand der Kongress unter der ESC-Präsidentschaft des Zürchers Thomas F. Lüscher (ESC-Präsident 2024–2026), für den München der letzte Kongress im Amt war.

Eleonore Droux

Zum Video-Interview
unter www.medinfo-verlag.ch/videos









Interventionelle Kardiologie und kardiovaskuläre Chirurgie

Prof. Davide Capodanno von der Universität Catania präsentierte aktuelle Entwicklungen bei Patienten mit STEMI und Mehrgefässerkrankung sowie bei komplexen Koronarinterventionen.

Revaskularisation bei STEMI und Mehrgefässerkrankung

Bei hämodynamisch stabilen Patienten mit STEMI und Mehrgefässerkrankung wird eine vollständige Revaskularisation während des Indexeingriffs oder innerhalb von 45 Tagen empfohlen. Ob eine nicht infarktbedingte Koronarstenose behandelt werden soll, wird konventionell anhand ihres angiographischen Schweregrades beurteilt.
Die angiographisch abgeleitete fraktionelle Flussreserve ermöglicht eine funktionelle Beurteilung ohne Druckdraht. Sie liefert neben einem distalen FFR-Wert auch Informationen über den longitudinalen Druckabfall und kann zur Planung der PCI eingesetzt werden:

- funktionell relevante Stenose: PCI und leitliniengerechte medikamentöse Therapie
- funktionell nicht relevante Stenose: leitliniengerechte medikamentöse Therapie ohne PCI

Die AIR-STEMI-Studie untersuchte diese Strategie bei Patienten mit STEMI und Mehrgefässerkrankung. Die mittels funktioneller Koronarangiographie gesteuerte Revaskularisation reduzierte den kombinierten Endpunkt aus Tod, Myokardinfarkt, zerebrovaskulärem Ereignis oder ischämiebedingter Revaskularisation gegenüber einer rein angiographisch gesteuerten Strategie (8,9 % gegenüber 13,7 %; HR 0,62). Gleichzeitig wurden weniger nicht infarktbedingte Läsionen behandelt.

PCI des distalen linken Hauptstamms

Bei komplexen Koronarinterventionen einschliesslich der PCI des linken Hauptstamms wird eine intrakoronare Bildgebung zur Steuerung des Eingriffs empfohlen.
Der intravaskuläre Ultraschall (IVUS) kann insbesondere zur Beurteilung mittelgradiger Hauptstammstenosen eingesetzt werden. Die optische Kohärenztomographie (OCT) bietet eine höhere räumliche Auflösung, eine detailliertere Gewebecharakterisierung und eine präzisere Darstellung von Bifurkationen. Sie kann deshalb besonders bei Läsionen an der distalen Hauptstammbifurkation hilfreich sein.
Die Studie AIR-STEMI wird in Hot Line 4 ausführlich behandelt.

Hypertonie

Prof. Maciej Tomaszewski aus Manchester stellte neue nicht medikamentöse und medikamentöse Ansätze zur Behandlung der Hypertonie vor.

Kaliumangereicherter Salzersatz

Bei kaliumangereichertem Salz wird ein Teil des Natriumchlorids durch Kaliumchlorid ersetzt. Typische Zubereitungen enthalten etwa 75 % Natriumchlorid und 25 % Kaliumchlorid. Die blutdrucksenkende Wirkung beruht sowohl auf der geringeren Natriumaufnahme als auch auf der höheren Kaliumzufuhr. Vorsicht ist bei fortgeschrittener chronischer Nierenkrankheit sowie bei einer Behandlung mit kaliumsparenden Diuretika oder anderen Medikamenten geboten, die den Kaliumspiegel erhöhen.

RNA-basierte Therapieansätze

Zilebesiran ist eine kleine interferierende RNA (siRNA), die auf die hepatische Bildung von Angiotensinogen abzielt. Tonlamarsen ist ein Antisense-Oligonukleotid mit demselben therapeutischen Ziel. Beide Ansätze sollen durch eine länger anhaltende Hemmung der Angiotensinogen-Synthese den Blutdruck senken.

Hemmung der Aldosteronsynthase

Baxdrostat hemmt selektiv die Aldosteronsynthase und zeigte bei unkontrollierter beziehungsweise therapieresistenter Hypertonie eine klinisch relevante Blutdrucksenkung, ohne die Kortisolsynthese wesentlich zu beeinträchtigen. Darüber hinaus betonte Prof. Tomaszewski die weiterhin unzureichende Therapieadhärenz und deren schwerwiegende Folgen.

Pharmakologie

Prof. Bianca Rocca von der Universität Bari präsentierte pharmakologische Strategien zur Verbesserung der Wirksamkeit und Sicherheit kardiovaskulärer Therapien. Schwerpunkte waren:

- das Schliessen von Evidenzlücken, unter anderem zur Statintherapie bei älteren Menschen und zur Antikoagulation bei Vorhofflimmern mit mittlerem Schlaganfallrisiko
- neue Wirkmechanismen wie die Faktor-XIa-Hemmung bei akuten Koronarsyndromen und nicht kardioembolischen Schlaganfällen
- langwirksame RNA-basierte Therapien zur gezielten Genstilllegung
- innovative Verfahren wie die Elektroporation und Ansätze zur kardialen Regeneration

Die Studie STAREE wird in Hot Line 2 ausführlich behandelt.

Digitale Gesundheit

Prof. Charalambos «Charis» Antoniades aus Oxford stellte die wichtigsten Entwicklungen im Bereich der digitalen Gesundheit vor. Im Mittelpunkt standen der Einsatz künstlicher Intelligenz und digitaler Lösungen in der kardiovaskulären Diagnostik, Risikostratifizierung und Patientenversorgung. Die grosse Zahl an KI-bezogenen Beiträgen verdeutlichte den Stellenwert des Themas am ESC-Kongress. Diskutiert wurde insbesondere, wie KI als klinischer «Co-Pilot» eingesetzt werden kann, um Entscheidungen zu unterstützen, Arbeitsabläufe zu verbessern und die Sicherheit der Patientenversorgung zu erhöhen.

Grundlagenforschung

Prof. Ingrid Fleming aus Frankfurt am Main berichtete über die wichtigsten basiswissenschaftlichen Beiträge des Kongresses. Insgesamt wurden 523 Abstracts aus 43 Ländern eingereicht und 358 Beiträge angenommen. Das Programm umfasste unter anderem eine Young-Investigator-Award-Session, zwei Advances-in-Science-Sessions, 14 mündliche Abstract-Sessions sowie moderierte ePoster- und ePoster-Round-Sessions.

Entzündung, Gefässalterung und Thromboinflammation

In der Session «Late-Breaking Basic and Translational Science» wurden neue Erkenntnisse zu Entzündung, Gefässalterung und Thromboinflammation vorgestellt. Eine Arbeit zeigte eine dosisabhängige Assoziation zwischen Luftverschmutzung und dem Verlust des Y-Chromosoms, wobei der IL-6-Signalweg als möglicher Mechanismus diskutiert wurde.
Weitere Beiträge befassten sich mit der Rolle der Neutrophilen bei der vaskulären und zerebrovaskulären Alterung. Dabei wurde zwischen der Alterung zirkulierender Neutrophiler und den funktionellen Veränderungen der Neutrophilen in einem gealterten Organismus unterschieden. Zudem wurde gezeigt, dass retikulierte, besonders reaktive Thrombozyten die thromboinflammatorische Reaktion beim akuten Koronarsyndrom verstärken können.

FBXO7-PHGDH-Serin-Achse

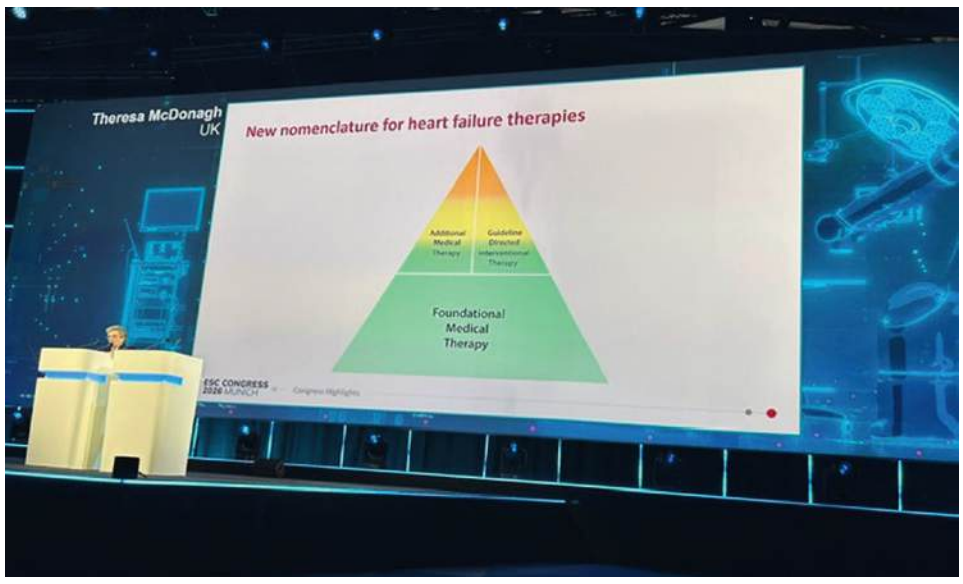
Experimentelle Daten weisen darauf hin, dass FBXO7 den Serinstoffwechsel bei kardialer Hypertrophie reguliert. FBXO7 stabilisiert das Enzym PHGDH durch eine nicht kanonische K6-Ubiquitinierung und trägt damit zur Aufrechterhaltung der Serinsynthese bei. Diese unterstützt die Proteinsynthese und das adaptive Wachstum der Kardiomyozyten. Die FBXO7-PHGDH-Serin-Achse könnte damit einen neuen Ansatzpunkt zur Prävention maladaptiver kardialer Hypertrophie und Herzinsuffizienz darstellen.

BioVAT-HF-DZHK20

BioVAT-HF-DZHK20 untersucht die Implantation von aus induzierten pluripotenten Stammzellen hergestelltem menschlichem Herzmuskelgewebe bei Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz. Das gezüchtete Gewebe wird mittels Thorakotomie auf die Oberfläche des Herzmuskels aufgebracht. Die Phase-I/II-Studie untersucht vor allem Sicherheit, Verträglichkeit und geeignete Dosierung. Darüber hinaus werden mögliche Verbesserungen der Herzfunktion und der klinischen Beschwerden erfasst. Das Verfahren stellt einen neuartigen Ansatz zur biologischen Unterstützung und Regeneration des geschädigten Herzmuskels dar.

WFR

ESC-Kongress 2026
Guidelines und Konsensusdokumente



Neue Nomenklatur für Herzinsuffizienz-Therapien, vorgestellt am ESC-Kongress 2026.

Fifth Universal Definition of Myocardial Infarction (2026)

Die «Fifth Universal Definition of Myocardial Infarction» ist ein aktualisiertes globales Konsensusdokument zur Definition und Klassifikation des Myokardinfarkts. Es wurde von einer gemeinsamen Taskforce der European Society of Cardiology (ESC), des American College of Cardiology (ACC), der American Heart Association (AHA) und der World Heart Federation (WHF) erarbeitet.
Ziel der neuen Definition ist es, die Klassifikation stärker an der zugrunde liegenden Pathophysiologie und am klinischen Diagnoseprozess auszurichten. Dadurch sollen Myokardinfarkte im klinischen Alltag und in Studien einheitlicher diagnostiziert und für Patienten verständlicher beschrieben werden.

Neue Klassifikation des Myokardinfarkts

Die bisherige numerische Einteilung in die Typen 1, 2, 3, 4a–c und 5 wird durch drei klinisch ausgerichtete Kategorien ersetzt:

- **Primärer Myokardinfarkt:** Er entsteht spontan infolge einer akuten Erkrankung der Koronararterien. Neben der klassischen Atherothrombose nach Plaqueruptur oder Plaqueerosion gehören dazu die spontane Koronararteriendissektion (SCAD), Koronarembolien, Koronarspasmen sowie bestimmte Formen von Restenose, Stentthrombose und Bypassversagen.
- **Sekundärer Myokardinfarkt:** Eine andere akute Erkrankung verursacht ein Missverhältnis zwischen Sauerstoffangebot und Sauerstoffbedarf des Herzmuskels. Mögliche Auslöser sind unter anderem schwere Hypoxämie, Anämie, Hypotonie, ausgeprägte Hypertonie, Infektionen oder anhaltende Tachyarrhythmien. Die neue Definition enthält objektivere Kriterien, um einen sekundären Myokardinfarkt von einer akuten, nicht ischämischen Myokardschädigung abzugrenzen.
- **Prozedurassoziierter Myokardinfarkt:** Dieser entsteht als Komplikation eines perkutanen oder chirurgischen kardialen Eingriffs. Berücksichtigt werden Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff auftreten. Dazu gehören neben PCI und Bypassoperationen auch strukturelle Herzinterventionen und Katheterablationen.

Troponin und diagnostische Kriterien

Eine akute Myokardschädigung ist durch einen Anstieg und/oder Abfall des kardialen Troponins definiert, wobei mindestens ein Messwert oberhalb der geschlechtsspezifischen 99. Perzentile des jeweiligen Tests liegen muss. Für die Diagnose eines Myokardinfarkts sind zusätzlich klinische Hinweise auf eine akute Myokardischämie erforderlich.
Die konsequente Verwendung geschlechtsspezifischer Troponin-Grenzwerte soll insbesondere einer Unterdiagnose bei Frauen entgegenwirken. Dabei handelt es sich nicht um einen einheitlichen Grenzwert: Massgebend sind die geschlechts- und testspezifischen Referenzwerte des verwendeten Troponin-Assays.

Stellenwert der Bildgebung

Die neue Definition stärkt die Rolle der koronaren und kardialen Bildgebung. Koronarangiographie, intravaskuläre Bildgebung, funktionelle Untersuchungen, Echokardiographie, kardiale Magnetresonanztomographie und Koronar-CT-Angiographie können dazu beitragen, den zugrunde liegenden Mechanismus zu identifizieren und einen Myokardinfarkt von einer nicht ischämischen Myokardschädigung abzugrenzen.

Anpassung an die ICD-11

Gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation wurden ICD-11-Codes vorgeschlagen, die auf die neue Klassifikation abgestimmt sind. Sie sollen eine präzisere Erfassung von Myokardinfarkten ermöglichen und internationale Vergleiche sowie die epidemiologische Forschung verbessern. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung wurden diese Codes von den zuständigen WHO-Gremien noch geprüft.
Die differenziertere Codierung könnte zudem dazu beitragen, bisher unzureichend erfasste Ursachen wie die spontane Koronararteriendissektion besser zu untersuchen. SCAD betrifft überwiegend Frauen und wird neu der Kategorie des primären Myokardinfarkts zugeordnet.

ESC-Leitlinien 2026 zur Behandlung der Herzinsuffizienz

Die ESC-Leitlinien 2026 führen grundlegende Änderungen bei der Klassifikation, Stadieneinteilung und Bezeichnung von Herzinsuffizienztherapien ein.

Neue Einteilung nach der Ejektionsfraktion

Die bisherige Kategorie «Herzinsuffizienz mit leicht reduzierter Ejektionsfraktion» (HFmrEF; LVEF 41–49 %) entfällt. Neu werden zwei Phänotypen unterschieden:

- Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF): LVEF < 50 %
- Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF): LVEF ≥ 50 %

Damit soll die Klassifikation vereinfacht und berücksichtigt werden, dass Patienten mit einer LVEF zwischen 41 und 49 % hinsichtlich Pathophysiologie und Therapieansprechen eher Patienten mit HFrEF ähneln.

Digitalisglykoside

Die Empfehlung für Digitalisglykoside wurde aufgewertet. Digoxin oder Digitoxin sollten bei Patienten mit symptomatischer HFrEF und einer LVEF ≤ 40 % trotz optimaler Basistherapie in Betracht gezogen werden, um das Risiko einer Hospitalisation wegen Herzinsuffizienz zu reduzieren. Die Empfehlung entspricht der Klasse IIa mit Evidenzgrad B1.

Stadien der Herzinsuffizienz

Die Leitlinien übernehmen eine Einteilung in die Stadien A bis D:

- **Stadium A:** Risikofaktoren für Herzinsuffizienz, aber noch keine strukturelle Herzerkrankung
- **Stadium B:** strukturelle oder funktionelle Veränderungen ohne Symptome
- **Stadium C:** symptomatische Herzinsuffizienz
- **Stadium D:** fortgeschrittene Herzinsuffizienz

Diese Einteilung soll den Fokus stärker auf Prävention, Früherkennung und rechtzeitige Intervention bei Risikopersonen lenken.

Neue Nomenklatur der Herzinsuffizienztherapie

Die medikamentösen und interventionellen Therapien werden neu gegliedert:

- **Foundational Medical Therapy (FMT):** medikamentöse Basistherapie mit Klasse-I-Empfehlung zur Reduktion von Hospitalisationen wegen Herzinsuffizienz und/oder Mortalität
- **Additional Medical Therapy (AMT):** zusätzliche Medikamente für bestimmte Patientengruppen oder zur Verbesserung von Symptomen und Lebensqualität
- **Guideline-Directed Interventional Therapy (GDIT):** leitliniengerechte gerätebasierte und interventionelle Therapien

Zudem wird der Begriff «akute Herzinsuffizienz» teilweise durch «dekompensierte Herzinsuffizienz» ersetzt, da eine klinische Verschlechterung nicht immer plötzlich eintritt.

ESC-Leitlinien 2026 zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronischer Nierenkrankheit

Diese erstmals eigenständig veröffentlichten ESC-Leitlinien befassen sich mit der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Patienten mit chronischer Nierenkrankheit. Sie wurden in Zusammenarbeit mit der European Renal Association erarbeitet und richten sich an alle Fachbereiche, die Patienten mit kardiovaskulären und renalen Erkrankungen behandeln.
Grundlage ist das Konzept «STAMP on CKD»:

- **Screen:** Untersuchung auf eine chronische Nierenkrankheit mittels geschätzter







glomerulärer Filtrationsrate (eGFR) und Albuminurie

- **Triage:** Einschätzung des kardiovaskulären und renalen Risikos
- **Address CKD Risk:** frühzeitige Behandlung beeinflussbarer renaler und kardiovaskulärer Risiken
- **Modify CVD Management:** Anpassung der kardiovaskulären Diagnostik und Therapie an die eingeschränkte Nierenfunktion
- **Plan Health Services:** Planung einer koordinierten, fachübergreifenden Versorgung

Bei allen Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen – einschliesslich Hypertonie, koronarer Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, peripherer arterieller Verschlusskrankheit und Schlaganfall – sollen sowohl die eGFR als auch die Albuminurie bestimmt werden.

Zur Bestätigung einer chronischen Nierenkrankheit sind wiederholte Messungen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten erforderlich.

Die Leitlinien betonen zudem den frühzeitigen Einsatz nierenschützender und kardiovaskulär wirksamer Therapien sowie die enge Zusammenarbeit zwischen Kardiologie, Nephrologie und Innerer Medizin.

ESC-Leitlinien 2026 zur kardiologischen Rehabilitation

Die ESC-Leitlinien 2026 sind die ersten eigenständigen ESC-Leitlinien zur kardiologischen Rehabilitation. Zuvor waren entsprechende Empfehlungen auf verschiedene Leitlinien und wissenschaftliche Dokumente verteilt.

Kardiologische Rehabilitation wird darin nicht auf körperliches Training beschränkt, sondern als mehrteilige Intervention verstanden. Sie umfasst:

- individuell angepasstes Ausdauer- und Krafttraining
- Kontrolle und Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren
- Unterstützung bei Lebensstiländerungen und Therapieadhärenz
- Schulung und Förderung der Gesundheitskompetenz
- psychosoziale und psychologische Unterstützung

Die Rehabilitation soll sich an den medizinischen, funktionellen, psychosozialen und persönlichen Bedürfnissen des Patienten orientieren. Neben Patienten nach einem akuten Koronarsyndrom oder mit Herzinsuffizienz werden weitere Gruppen berücksichtigt, etwa Patienten nach chirurgischem oder kathetergestütztem Aortenklappenersatz, mit angeborenen Herzfehlern, Vorhofflimmern oder potenziell kardiotoxischer Krebstherapie.

Auch telemedizinische und digitale Rehabilitationsangebote werden behandelt. Sie sollen den Zugang erleichtern und die klassische Rehabilitation im Zentrum sinnvoll ergänzen. Hohes Alter, Gebrechlichkeit oder Begleiterkrankungen gelten grundsätzlich nicht als Gründe, eine kardiologische Rehabilitation vorzuenthalten.

WFR

Wenn Bilder unterschiedliche Geschichten erzählen

Multimodale Bildgebung bei entzündlichen Herzerkrankungen am ESC-Kongress 2026

Mehr als 33 000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer machten den ESC Congress 2026 in München zum bislang grössten Kongress in der Geschichte der European Society of Cardiology. Zwischen neuen Leitlinien, künstlicher Intelligenz und aktuellen klinischen Studien rückte dabei auch ein Gebiet in den Fokus, das Kardiologinnen und Kardiologen diagnostisch weiterhin vor besondere Herausforderungen stellt: die entzündlichen Erkrankungen des Herzmuskels.

Genau diesem Thema widmete sich am letzten Kongresstag die Session **«Catching inflammatory cardiomyopathies early: practical guides for diagnosis, treatment, and follow-up».** Drei Vorträge spannten den Bogen von der Diagnostik bis zur Therapie: Prof. Dr. med. Vanessa Ferreira von der University of Oxford beleuchtete zunächst die Rolle der kardialen Magnetresonanztomographie (MRI) bei der Myokarditis. Anschliessend zeigte Prof. Dr. med. Aju P. Pazhenkottil vom Universitätsspital Zürich, welchen zusätzlichen Nutzen die Kombination von kardialer MRI und 18F-Fluordeoxyglukose (FDG) Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bietet. Prof. Dr. med. Bettina Heidecker von der Charité Berlin führte die Session schliesslich von der Bildgebung zur modernen Therapie entzündlicher Kardiomyopathien. Eine gemeinsame Diskussion rundete die Stunde ab.



Nicht PET oder MRI – sondern PET und MRI

Unter dem Titel **«Hybrid imaging at its best: harnessing the combined strength of cardiac magnetic resonance and positron emission tomography-computed tomography»** rückte Prof. Pazhenkottil eine zentrale Botschaft in den Mittelpunkt: Moderne Herzbildgebung sollte nicht als Wettbewerb verschiedener Verfahren verstanden werden. Entscheidend ist vielmehr, für die jeweilige klinische Frage die richtige Methode einzusetzen – und ihre Informationen sinnvoll miteinander zu kombinieren.

Besonders deutlich wird dies bei der Myokarditis und der kardialen Sarkoidose. Bei Verdacht auf Myokarditis bleibt die kardiale MRI die zentrale bildgebende Methode. Sie kann Ödem, Gewebeschädigung sowie Fibrose und Narbenbildung darstellen. Die FDG-PET wird dagegen selektiver eingesetzt. Bei der kardialen Sarkoidose hingegen verändert sich das Bild grundlegend: Hier haben sowohl MRI als auch FDG-PET einen hohen Stellenwert, weil beide Verfahren unterschiedliche biologische Aspekte der Erkrankung erfassen.

Die MRI zeigt insbesondere Struktur, Gewebeschädigung und Narben. Die FDG-PET macht dagegen metabolisch aktive Entzündung sichtbar und erlaubt zudem eine Quantifizierung der metabolischen Entzündungsaktivität sowie die Suche nach extrakardialem Befall. Gerade bei der Sarkoidose ist dies klinisch relevant, da die kardiale Beteiligung lange unbemerkt bleiben kann, gleichzeitig aber mit AV-Blockierungen, ventrikulären Arrhythmien, Herzinsuffizienz und plötzlichem Herztod verbunden sein kann.

Bildgebung wird zum Instrument der Therapie

Der Nutzen endet jedoch nicht mit der Diagnosestellung. Serielle PET-Untersuchungen können zeigen, ob eine antiinflammatorische Therapie tatsächlich zu einer Abnahme der Entzündungsaktivität führt und damit Entscheidungen über Fortführung oder Reduktion der Immunsuppression unterstützen. Gleichzeitig liefern PET und MRI wichtige prognostische Informationen.

Auch die Evidenz für den kombinierten Ansatz wächst. In einer von Prof. Pazhenkottil vorgestellten Untersuchung führte die Ergänzung der MRI durch PET bei 45 Prozent der untersuchten Patientinnen und Patienten zu einer Neueinstufung der Wahrscheinlichkeit einer kardialen Sarkoidose.

Der Vortrag mündete deshalb weniger in einem Plädoyer für eine bestimmte Untersuchungsmodalität als in einen pragmatischen klinischen Algorithmus: klinischen Verdacht erkennen, strukturelle und funktionelle Veränderungen erfassen, das Myokard mit MRI charakterisieren und bei entsprechender Fragestellung die aktive Entzündung mittels FDG-PET darstellen. Die Ergebnisse sollten anschliessend interdisziplinär zusammengeführt werden.

Die Schlussbotschaft war entsprechend einfach – und vielleicht gerade deshalb einprägsam: Die entscheidende Frage lautet nicht PET versus MRI. Entscheidend ist zu wissen, welche Frage jede Methode beantwortet.

Damit fügte sich der Zürcher Beitrag nahtlos in die gesamte ESC-Session ein: Früher erkennen, die Erkrankung biologisch besser verstehen und Bildgebung nicht nur zur Diagnostik, sondern zunehmend auch zur Steuerung der Therapie einsetzen. Gerade bei entzündlichen Kardiomyopathien könnte dieses Zusammenspiel verschiedener Verfahren künftig entscheidend dazu beitragen, aus immer besseren Bildern auch bessere klinische Entscheidungen zu treffen.

Eleonore Droux

ESC-Kongress 2026
Hot Lines

Der diesjährige Kongress der ESC fand in der Messe München statt. Die Tagung war wiederum hervorragend besucht mit über 30 000 Teilnehmern aus der ganzen Welt und einem hervorragenden wissenschaftlichen Programm unter dem Motto «Transforming cardiology together». Dieses Jahr erhielt das wissenschaftliche Komitee eine rekordverdächtige Anzahl von late breaking clinical trials, die das bemerkenswerte Innovationstempo in der Kardiologie widerspiegeln. In insgesamt 59 Trials, die in 12 Hot Lines präsentiert wurden, wurden neue Medikamente, Devices, Imaging-Techniken, digitale Innovationen und neue Behandlungen vorgestellt und viele der wichtigsten Fragen behandelt, mit denen Kliniker heute konfrontiert sind.







HOT LINE 1

In der Hot Line 1 wurden fünf klinische Studien zu Kardiomyopathie, Endokarditis, Antikoagulation und Gerätetherapie vorgestellt.

CARDIO-TTRansform

Kein klarer Gesamtnutzen von Eplontersen

Die Studie wurde von **Prof. Mathew Maurer** von der Columbia University, New York, vorgestellt. In der gross angelegten CARDIO-TTRansform-Studie wurde der Transthyretin-Gen-Silencer Eplontersen bei Patienten mit ATTR-CM untersucht. Insgesamt zeigte sich trotz der Unterdrückung des zirkulierenden Serum-Transthyretins über einen Zeitraum von bis zu 140 Wochen kein Unterschied hinsichtlich der kardiovaskulären Mortalität und der wiederkehrenden kardiovaskulären Ereignisse zwischen Eplontersen und Placebo.

Die primären Ergebnisse schienen durch die Einnahme von Stabilisatoren zu Studienbeginn beeinflusst zu sein: Bei Patienten, die eine Hintergrundtherapie mit Stabilisatoren erhielten, zeigte sich kein klarer Nutzen, während bei Patienten ohne Stabilisator-Therapie unter Eplontersen weniger Ereignisse des primären Endpunkts auftraten.

SINGLE-AF

Antikoagulation bei mittlerem Schlaganfallrisiko

Die Studie «Anticoagulation for atrial fibrillation with intermediate stroke risk» wurde von **Prof. Boyoung Joung** von der Yonsei University in Seoul, Südkorea, präsentiert.

Die SINGLE-AF-Studie belegt, dass eine direkte orale Antikoagulation mit einem DOAK bei Patienten mit mittlerem Schlaganfallrisiko das Risiko unerwünschter klinischer Ereignisse nach 24 Monaten um 69 % senkt.

Untersucht wurden Personen mit Vorhofflimmern und einem mittleren Schlaganfallrisiko (CHA_2DS_2-VASc-Score von 1 bei Männern und 2 bei Frauen). Die Behandlung mit einem DOAK war im Vergleich zu keiner Antikoagulation deutlich überlegen. Reduziert wurden Schlaganfälle, systemische Embolien, schwere Blutungen und kardiovaskuläre Todesfälle. Die Studie schliesst eine wichtige Evidenzlücke und wurde zeitgleich im «New England Journal of Medicine» (NEJM) veröffentlicht.

ACACIA-HCM

Aficamten bei nicht-obstruktiver hypertropher Kardiomyopathie

Die ACACIA-HCM-Studie untersuchte den kardialen Myosin-Inhibitor Aficamten im Vergleich zu Placebo bei Patienten mit symptomatischer, nicht-obstruktiver hypertropher Kardiomyopathie (nHCM).

Die Phase-3-Studie erreichte ihre dualen primären Endpunkte und zeigte eine statistisch signifikante Verbesserung der Symptomlast sowie der körperlichen Leistungsfähigkeit. Es ist die erste klinische Studie, die klinisch bedeutsame Verbesserungen bei dieser Form der Kardiomyopathie dokumentiert, für die es bisher kaum zugelassene Therapieoptionen gab.

«Die Ergebnisse der ACACIA-HCM-Studie sind eine wirklich positive Nachricht für Patienten mit symptomatischer nicht-obstruktiver HCM», sagte der leitende Studienleiter Dr. Ahmad Masri von der Oregon Health and Science University in Portland. «Zum ersten Mal konnten wir klinisch bedeutsame Verbesserungen der Symptome und der körperlichen Belastbarkeit mit einer Behandlung nachweisen, die auf die Ursache der Erkrankung abzielt.»

POET-II

Kürzere Antibiotikatherapie bei Endokarditis

Die von **Prof. Henning Bundgaard** vorgestellte POET-II-Studie untersuchte, ob bei Patienten mit linksseitiger infektiöser Endokarditis je nach Ansprechen auf die Therapie kürzere Antibiotikatherapien eingesetzt werden könnten.

Eine massgeschneiderte Strategie verkürzte die Antibiotikatherapie im Vergleich zur Standardtherapie um zwei Wochen, ohne dass dabei grössere Sicherheitsbedenken auftraten. Diese Ergebnisse sind bemerkenswert, da kürzere Antibiotikatherapien zahlreiche Vorteile für die Patienten und das Gesundheitssystem mit sich bringen.

CMR GUIDE

MRT-gestützte Auswahl für eine ICD-Therapie

Die CMR-GUIDE-Studie untersuchte die kardiale Magnetresonanz-gestützte Behandlung einer leichten bis mittelschweren linksventrikulären systolischen Dysfunktion mit einem implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (ICD).

Derzeit werden ICDs zur Vorbeugung des plötzlichen Herztodes bei bestimmten Patienten mit Herzinsuffizienz empfohlen, nämlich bei solchen, deren linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) trotz optimierter Herzinsuffizienzmedikation auf 35 % oder weniger gesunken ist. Wie der leitende Forscher, Prof. Joseph Selvanayagam vom Flinders Medical Centre in Adelaide, Australien, feststellte, treten die meisten plötzlichen Herztode jedoch bei Patienten mit leichten bis mässigen LVEF-Senkungen auf, die derzeit nicht für einen ICD zur Primärprävention infrage kommen.

«In der CMR-GUIDE-Studie wurde nun untersucht, ob ein ICD die Ergebnisse bei Patienten mit einer LVEF von 36–50 % verbessern könnte, bei denen Anzeichen einer Myokardvernarbung vorliegen – ein Risikofaktor für den plötzlichen Herztod», sagte er.

Studiendesign und untersuchte Population

Die Studie wurde an 18 Zentren in Australien, Deutschland und dem Vereinigten Königreich durchgeführt. Insgesamt wurden 353 Patienten mit ischämischer oder nicht-ischämischer Kardiomyopathie, einer LVEF von 36–50 % unter optimaler Herzinsuffizienztherapie und einer durch kardiovaskuläre Magnetresonanztomographie bestätigten Myokardvernarbung in die Studie aufgenommen.

Die Patienten wurden im Verhältnis 1:1 randomisiert und erhielten entweder einen ICD oder einen implantierbaren Loop-Recorder (ILR), der ausschliesslich den Herzrhythmus überwachte. Die meisten Teilnehmer waren über 70 Jahre alt (68 %), und 18 % waren Frauen.

Primärer Endpunkt neutral

Der primäre Endpunkt – plötzlicher Herztod oder hämodynamisch signifikante ventrikuläre Arrhythmien – unterschied sich nicht signifikant zwischen der ICD- und der ILR-Gruppe. Er trat bei 7,8 % der Patienten in der ICD-Gruppe und bei 9,2 % der Patienten in der ILR-Gruppe auf (Hazard Ratio [HR] 0,76; 95 %-Konfidenzintervall [KI] 0,37–1,58).

Mögliches Signal bei Patienten unter 70 Jahren

In einer vorab festgelegten Subgruppenanalyse war die ICD-Implantation bei Patienten unter 70 Jahren mit einer Reduktion des primären Endpunkts um 72 % verbunden. Bei Patienten im Alter von 70 Jahren oder älter wurde dagegen kein Nutzen beobachtet.

Der sekundäre Endpunkt «plötzlicher Herztod» war in der ICD-Gruppe im Vergleich zur ILR-Gruppe signifikant reduziert (1,7 % gegenüber 5,8 %; HR 0,26; 95 % KI 0,07–0,95).

«Insgesamt war der primäre Endpunkt neutral», schlussfolgerte Prof. Selvanayagam. «Jüngere Patienten schienen jedoch einen klinischen Nutzen aus ICDs zu ziehen.»

WFR







HOT LINE 2

Im Mittelpunkt der Hot Line 2 standen Prävention und Risikominderung. Präsentiert wurden Studien zu Statinen bei älteren Menschen, zur PCSK9- und IL-6-Hemmung, zur subklinischen Atherosklerose, zur Antikoagulation nach intrakranieller Blutung sowie zur RSV-Impfung.

STAREE

Statine zur Primärprävention bei älteren Menschen

Die placebokontrollierte australische Studie STAREE («Statins for Reducing Events in the Elderly») untersuchte das Nutzen-Risiko-Profil von Statinen bei gesunden älteren Menschen im Hinblick auf das krankheitsfreie Überleben. Prof. Sophia Zoungas, Sydney, stellte die zeitgleich publizierten Studiendaten vor.

Insgesamt wurden 9971 Personen randomisiert. Das Durchschnittsalter betrug 74,7 Jahre, der Frauenanteil 52 %. Über ein medianes Follow-up von 5,9 Jahren war das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse in der Atorvastatin-Gruppe gegenüber der Placebo-Gruppe um 30 % reduziert (6,0 % vs. 8,3 %; HR 0,70; 95 %-KI 0,61–0,82; p<0,001).

Kein signifikanter Vorteil beim behinderungsfreien Überleben

Das Risiko für Tod, Demenz oder anhaltende körperliche Behinderung unterschied sich nicht wesentlich zwischen den beiden Gruppen (12,8 % vs. 13,6 %; HR 0,94; 95 %-KI 0,84–1,05; p=0,25). Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse traten sowohl in der Atorvastatin- als auch in der Placebo-Gruppe bei 2,7 % der Personen auf.

Nebenwirkungen im Zusammenhang mit Muskeln, Leber und Diabetes waren in der Atorvastatin-Gruppe etwas häufiger als unter Placebo: Muskelbeschwerden traten bei 1,1 % vs. 0,9 %, Leberbeschwerden bei 0,2 % vs. 0,1 % und Diabetes bei 1,1 % vs. 0,7 % der Personen auf.

AMUNDSEN

Intensive LDL-Senkung bereits vor der PCI

In der von Prof. Gilles Montalescot von der Sorbonne Université in Paris präsentierten AMUNDSEN-Studie wurde eine sofortige intensive Cholesterinsenkung mit Evolocumab mit der Standardtherapie verglichen. Eingeschlossen wurden Patienten, die mit einem Herzinfarkt hospitalisiert wurden und sich einer dringenden perkutanen Koronarintervention unterzogen.

Nach einem Jahr erreichten 82 % der Patienten unter Evolocumab das in der Studie festgelegte LDL-Cholesterin-Ziel. Unter der Standardtherapie waren es 40 %.

In der Primäranalyse wurde im ersten Jahr unter Evolocumab keine frühzeitige Verringerung der Gesamtmortalität oder der ungeplanten kardiovaskulären Hospitalisationen beobachtet.

TRANQUILITY

Anhaltende Senkung von Entzündungsmarkern

Die von Prof. Deepak Bhatt, Boston, präsentierte Phase-2-Studie TRANQUILITY untersuchte Pacibekitug, einen langwirksamen monoklonalen Antikörper gegen Interleukin-6 (IL-6). An der randomisierten, doppelblinden Studie nahmen 143 Erwachsene mit chronischer Nierenerkrankung im Stadium 3–4 und erhöhtem hs-CRP teil.

Ausgeprägte Reduktion des hs-CRP

Pacibekitug bewirkte eine anhaltende, dosisabhängige Senkung des hochsensitiven C-reaktiven Proteins. Die mediane zeitlich gemittelte Veränderung des hs-CRP-Werts gegenüber dem Ausgangswert bis Tag 180 betrug bei einer Dosierung von 15 mg Pacibekitug alle 30 Tage –89 %, verglichen mit +7 % unter Placebo (p<0,0001).

Pacibekitug wurde gut vertragen. Es gab nur wenige Therapieabbrüche und keine eindeutigen dosisabhängigen Sicherheitssignale.

REACT

Stille Atherosklerose bereits im jungen Erwachsenenalter

Die dänisch-spanische prospektive Kohortenstudie REACT untersuchte die Prävalenz der asymptomatischen Atherosklerose mittels Ultraschall und koronarer Computertomographie-Angiographie bei Erwachsenen unterschiedlicher Altersgruppen. Prof. Henning Bundgaard, Kopenhagen, stellte die zeitgleich publizierten Studiendaten vor.

Insgesamt wurden 16 808 Erwachsene eingeschlossen. Das mittlere Alter betrug 45 Jahre, der Frauenanteil 51,4 %. Bei 57,1 % der untersuchten Personen lag eine asymptomatische Atherosklerose vor (95 %-KI 56,3–58,0).

Bereits in der jüngsten Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren wurde bei 8,7 % der Männer und 6,7 % der Frauen eine stille Atherosklerose festgestellt. Die Prävalenz stieg mit zunehmendem Alter an. In jüngeren Altersgruppen war die Atherosklerose meist peripher und auf ein einzelnes Gefäss beschränkt. Mit zunehmendem Alter stiegen das Plaquevolumen und die Prävalenz einer multiarteriellen Beteiligung deutlich an. Eine isolierte Atherosklerose der Koronararterien war in allen Altersgruppen selten und betraf höchstens 9,3 % der Männer und 5,0 % der Frauen.

SCORE2 erkennt nur einen kleinen Teil der Betroffenen

Nur ein kleiner Anteil der Personen mit asymptomatischer Atherosklerose wurde durch SCORE2 als Hochrisikogruppe erkannt. Lediglich 17 Personen (0,5 %) mit einer auf ein Gefäss beschränkten stillen Atherosklerose und 97 Teilnehmende (3,8 %) mit einer kombinierten peripheren stillen Atherosklerose gehörten gemäss SCORE2 zur Gruppe mit hohem 10-Jahres-Risiko.

Die Studie zeigte, dass stille Atherosklerose bereits im frühen Erwachsenenalter nachweisbar ist und Prävalenz sowie Plaquevolumen alters- und geschlechtsabhängig deutlich ansteigen. Die Studie wurde zeitgleich im «New England Journal of Medicine» publiziert.

ENRICH-AF

Antikoagulation nach intrakranieller Blutung

Die optimale Strategie zur Prävention eines ischämischen Schlaganfalls bei Patienten mit Vorhofflimmern und einer vorangegangenen intrakraniellen Blutung ist unklar. Diese Patienten waren aus den grossen wegweisenden Studien zu oralen Antikoagulanzien ausgeschlossen worden.

«Dies stellt uns vor ein schwieriges klinisches Dilemma, das angesichts unserer alternden Bevölkerung immer häufiger auftritt», erklärte Prof. Ashkan Shoamanesh von der McMaster University in Hamilton, Kanada, der leitende Prüfarzt der ENRICH-AF-Studie. Daten aus kleineren Studien deuteten darauf hin, dass eine orale Antikoagulation bei Überlebenden einer intrakraniellen Blutung mit Vorhofflimmern einen Netto-Gesamtnutzen bieten könnte. Mit ENRICH-AF sollten deshalb Wirksamkeit und Sicherheit der oralen Antikoagulation bei diesen Patienten genauer untersucht werden.

Offene Studie mit verblindeter Endpunktbewertung

Bei ENRICH-AF handelte es sich um eine von Forschern initiierte, offene und ereignisgesteuerte Studie mit verblindeter Endpunktbewertung. Sie wurde an 174 Standorten in 20 Ländern durchgeführt und schloss Patienten mit Hochrisiko-Vorhofflimmern und einer vorangegangenen intrakraniellen Blutung ein.

Nach einer Überprüfung durch das Daten- und Sicherheitsüberwachungsgremium im Jahr 2023 wurden aus Sicherheitsgründen keine weiteren Patienten mit lobärer intraparenchymaler Blutung oder konvexaler Subarachnoidalblutung aufgenommen.

Edoxaban oder keine Antikoagulation

Die teilnahmeberechtigten Patienten wurden im Verhältnis 1:1 randomisiert. Sie erhielten entweder einmal täglich 60 mg Edoxaban – mit einer Dosisanpassung auf 30 mg gemäss Packungsbeilage – oder keine Antikoagulation. In der Kontrollgruppe war je nach Entscheidung des behandelnden Arztes entweder keine antithrombotische Therapie oder eine Monotherapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer vorgesehen.

Die Studienpopulation umfasste 948 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 77 Jahren; 39 % waren Frauen.

Schwere Blutungen unter Edoxaban häufiger

Der primäre Sicherheitsendpunkt – schwere Blutungen gemäss der International Society on Thrombosis and Haemostasis – trat bei 11,6 % der Patienten unter Edoxaban und bei 5,2 % der Patienten ohne Antikoagulation auf (HR 2,23; 95 %-KI 1,39–3,59; p<0,001).

Individuelle Entscheidungen bleiben entscheidend

«Unsere Ergebnisse sprechen nicht für den Einsatz von Edoxaban bei nicht selektierten Patienten mit Vorhofflimmern nach einer intrakraniellen Blutung, unterstreichen jedoch die Notwendigkeit eines individualisierten Entscheidungsansatzes», kommentierte Prof. Shoamanesh.

Laufende Studien, darunter die doppelblinde, randomisierte ASPIRE-Studie zum Vergleich von Apixaban mit Aspirin, sollen die Evidenzbasis erweitern. Darüber hinaus soll eine prospektive Metaanalyse der individuellen Teilnehmerdaten aller Studien – COCROACH – zusätzliche Erkenntnisse zur optimalen individuellen Schlaganfallprävention bei dieser besonders gefährdeten Patientengruppe liefern.

DAN-RSV

RSV-Impfung senkt kardiorespiratorische Hospitalisationen

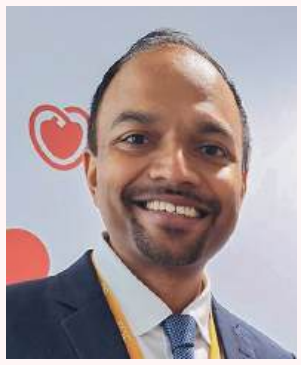
Neue Daten verdeutlichen, dass eine RSV-Infektion das Risiko für Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt und Arrhythmien erhöht. Impfstoffe zur Prävention kardiorespiratorischer Hospitalisationen zeigten eine hohe Wirksamkeit gegen schwere RSV-Verläufe.

Die bivalente RSVpreF-Impfung senkte das Risiko für RSV-bedingte Hospitalisationen aufgrund von Atemwegserkrankungen deutlich. Eine genauere Analyse der DAN-RSV-Studie zeigte, dass insbesondere ältere Menschen mit Vorerkrankungen wie Herzinsuffizienz von der Impfung profitieren, da kardiorespiratorische Hospitalisationen reduziert werden. Dies berichtete Prof. Tor Biering-Sørensen, Kopenhagen, in seiner Präsentation.

WFR

Interview

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Aju P. Pazhenkottil, Zürich



? Was waren die wichtigsten Themen in Ihrem Fachbereich auf dem ESC-Kongress?
Ein grosses Thema war klar die künstliche Intelligenz (KI) – insbesondere ihre zunehmende Rolle in der kardialen Bildgebung und Risikoprädiktion. Der ESC hatte KI 2026 sogar als offizielles Spotlight-Thema gewählt. Daneben standen Prävention, individualisierte Therapie und die immer frühere Erkennung kardiovaskulärer Erkrankungen im Zentrum. Auch die kardiale Amyloidose war mit neuen diagnostischen und therapeutischen Ansätzen prominent vertreten. Zunehmend rückt auch die Bedeutung der Herz-Hirn-Achse und die enge Wechselwirkung zwischen mentaler Gesundheit und kardiovaskulären Erkrankungen in den Fokus.

? Welche neue Studie hat Sie überrascht?
Besonders spannend fand ich die REACT-Studie. Sie zeigt, dass subklinische Atherosklerose bereits bei jungen Menschen nachweisbar ist und mit dem Alter stark zunimmt. Das unterstreicht, dass Prävention möglicherweise deutlich früher beginnen muss, als wir bisher gedacht haben. In REACT wurde bereits bei etwa 1 von 13 Personen zwischen 18 und 29 Jahren subklinische Atherosklerose gefunden.

? Welche Studienergebnisse haben das grösste Potenzial, die aktuellen Standards zu verschieben?
Ich sehe mehrere Bereiche. Besonders interessant sind Daten, die zeigen, dass wir Therapieentscheidungen stärker durch funktionelle und bildgebende Informationen individualisieren können. Beispielsweise zeigte AIR-STEMI bei Patienten mit STEMI und Mehrgefässerkrankung Vorteile einer funktionell gesteuerten Strategie gegenüber alleiniger Angiographie.

? Welche Studie hat den grössten Einfluss auf Ihre klinische Tätigkeit?
Für mich als Spezialist für kardiale Bildgebung ist REACT besonders relevant. Die Studie unterstützt die Idee, Bildgebung künftig gezielter auch zur individualisierten Risikostratifizierung und Prävention einzusetzen. Weitere prospektive Studien müssen nun zeigen, ob eine bildgebungsbasierte Steuerung präventiver Massnahmen gegenüber den heutigen Strategien tatsächlich einen zusätzlichen klinischen Nutzen bringt – ein spannender Schritt in Richtung Präzisionsmedizin bei Atherosklerose.

? Welchen Stellenwert haben die neuen Guidelines? Wesentliche Erneuerungen oder eher Korrekturen?
Es sind mehr als nur kleinere Anpassungen. Besonders bei der Herzinsuffizienz gibt es relevante konzeptionelle Änderungen: Die bisherige Kategorie der Herzinsuffizienz mit leicht reduzierter Ejektionsfraktion (heart failure with mildly reduced ejection fraction (HFmrEF)) wurde aufgehoben und die Einteilung anhand einer EF-Grenze von 50 Prozent vereinfacht. Zudem gibt es erstmals eigene ESC-Guidelines zur kardialen Rehabilitation sowie zu kardiovaskulären Erkrankungen bei chronischer Niereninsuffizienz.

? Wie ist die Sichtbarkeit der Schweizer Forschungsgruppen im internationalen Vergleich?
Die Schweiz ist international sehr gut sichtbar. Schweizer Zentren sind über verschiedene kardiovaskuläre Subspezialitäten hinweg hervorragend vernetzt und regelmässig an internationalen Studien beteiligt. Entscheidend ist heute zunehmend die Zusammenarbeit in grossen internationalen Forschungsnetzwerken.

Eleonore Droux

Zum Video-Interview
unter www.medinfo-verlag.ch/videos

HOT LINE 3

Hot Line 3 befasste sich mit der antithrombotischen Therapie nach akuten Koronarsyndromen (ACS) und Stentimplantation.
LIBREXIA ACS: Die Phase-3-Studie zum Nutzen der Zugabe des Faktor-XIa-Hemmers Milvexian zur DAPT-Standardtherapie nach der PCI wurde vorzeitig abgebrochen, da der primäre Endpunkt (kardiovaskulärer Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall) nicht erreichbar war. Prof. Philippe-Gabriel Steg (Paris) stellte die Daten in der Session Hot Line 3 vor. In Bezug auf die Sicherheit wurde keine Erhöhung schwerer Blutungen (BARC 3 oder 5) im Vergleich zu Placebo festgestellt (beide ca. 3 %).

PREMIUM: Verzicht auf Aspirin zum Zeitpunkt einer primären PCI bei STEMI.
Die japanische PREMIUM-Studie, präsentiert von Prof. Gaku Nakazawa, verfehlte ihren primären Endpunkt und konnte keine Nichtunterlegenheit einer upfront aspirinfreien Prasugrel-Monotherapie gegenüber der standardmässigen 12-monatigen dualen Plättchenhemmung (DAPT) bei MACE-Ereignissen nachweisen.
A-CLOSE untersuchte, ob eine Clopidogrel-Monotherapie einer verlängerten dualen Thrombozytenaggregationshemmung (DAPT) bei Hochrisikopatienten ein Jahr nach einer perkutanen Koronarintervention (PCI) ebenbürtig (nicht-unterlegen) ist. Die Clopidogrel-Monotherapie senkte das Blutungsrisiko, ging jedoch mit einem höheren Ischämierisiko und einer höheren Mortalität einher.
Die verlängerte DAPT bot folglich einen besseren Schutz vor ischämischen Ereignissen, erkauft durch mehr Blutungen, wie Prof. Byeong-Keuk Kim (Yonsei University College of Medicine) feststellte.

Epidaurus
Bislang fehlten Belege für die optimale Therapie zur Vorbeugung von Schlaganfällen und Blutgerinnseln bei Patienten mit Vorhofflimmern, die bereits einen Herzinfarkt erlitten hatten.
In der EPIDAURUS-Studie wurde eine hochwirksame Thrombozytenaggregationshemmung mit einer Standard-Thrombozytenaggregationshemmung verglichen, jeweils in Kombination mit direkten oralen Antikoagulanzien. Hochwirksame Thrombozytenaggregationshemmer erhöhten das Blutungsrisiko, ohne dass sich ein Nutzen hinsichtlich kardiovaskulärer Ereignisse zeigte, was ihren routinemässigen Einsatz bei Patienten mit Vorhofflimmern und einem Herzinfarkt nicht rechtfertigt. Die Studie wurde von Prof. Konstantinos D. Rizas, (St. Gallen/Schweiz) präsentiert.

WFR

HOT LINE 4

Die Hot Line 4 widmete sich den neuesten Erkenntnissen in der Diagnostik von Brustschmerzen und der akuten Herzversorgung.

PRESC1SE MI
Bewertung der Sicherheit und Wirksamkeit des ESC-Troponin-Algorithmus (0/1 Stunde) im Vergleich zu Standardversorgungspfaden bei Patienten mit Myokardinfarkt, vorgestellt von Prof. Christian Eugen Müller und Jasper Boeddinghaus vom Universitätsspital Basel, Schweiz. Die cluster-randomisierte Studie untersuchte an 67.624 Patientenvorstellungen in 20 Krankenhäusern weltweit, ob die Einführung des schnelleren 0/1-Stunden-Troponin-Algorithmus (wiederholte Blutabnahme nach einer Stunde) im Vergleich zum herkömmlichen 0/3-Stunden-Algorithmus die Effizienz in der Notaufnahme verbessert. PRESC1SE-MI bestätigt die Sicherheit (Nicht-Unterlegenheit). Der 0/1-Stunden-Algorithmus erwies sich als absolut sicher. Die Rate an Todesfällen oder neuen Typ-1-Herzinfarkten innerhalb von 30 Tagen war in beiden Gruppen fast identisch (1,1 % vs. 1,2 %). Entgegen den Erwartungen führte die schnellere Laboruntersuchung nicht zu einem kürzeren Aufenthalt in der Notaufnahme. Die mittlere Verweildauer blieb in beiden Gruppen bei exakt 309 Minuten. Auch die Rate der direkten Entlassungen stieg nicht an.
Fazit: Ein schnellerer Ausschluss des Infarkts per Laborwert beschleunigt den gesamten Krankenhausablauf nicht automatisch, da andere logistische Faktoren in den Notaufnahmen die Wartezeiten dominieren.

AIR-STEMI
Untersuchung funktioneller Koronarangiographie-Strategien bei Patienten mit ST-Hebungs-Myokardinfarkt (STEMI) und Mehrgefässerkrankung (vorgestellt von Prof. Simone Biscaglia vom Universitätsklinikum Ferrara). Die Studie zeigte, dass eine vollständige Revaskularisierung bei STEMI-Patienten mit Mehrgefässerkrankung mithilfe der angiografisch abgeleiteten fraktionellen Flussreserve (angio-FFR) sicherer ist und das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse im Vergleich zur reinen Angiografie senkt.

TARGET-CTCA
In TARGET-CTCA wurde die Rolle der frühzeitigen Computertomographie-Koronarangiographie (CTCA) und der hochsensitiven Troponin-Bestimmung bei der Abklärung akuter Brustschmerzen in Notaufnahmen untersucht.
Die von Prof. Nicolas Mills (Edinburgh) präsentierte Studie zeigte, dass eine routinemässige CT-Koronarangiographie (CTCA) bei Patienten mit mittlerem Risiko und Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom das Risiko eines nachfolgenden Myokardinfarkts oder eines Herztodes nicht senkt, sobald ein Myokardinfarkt ausgeschlossen wurde.

WFR

Interview

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Gabriela Kuster

? Was waren die wichtigsten Themen in Ihrem Fachbereich auf dem ESC-Kongress?

Von Bedeutung war sicherlich, dass die Kardio-Onkologie zum ersten Mal an einem ESC-Kongress eine eigene Late Breaking Clinical Science Session erhalten hat, in der sehr sorgfältig durchgeführte randomisierte Studien, aber auch grosse prospektive Kohortenstudien vorgestellt wurden. Inhaltlich standen die Inzidenz früher und spät auftretender kardiovaskulärer Toxizitäten sowie die Identifikation der «most at risk» Populationen weiterhin im Vordergrund, in deren Zusammenhang KI-unterstützte Risikostratifizierung und multimodales Imaging einen immer grösseren Stellenwert einnehmen werden. Ebenfalls für das Fachgebiet von Bedeutung war der Kick-off des neuen Journals EHJ – Cardio-Oncology, welches mit **Prof. Thomas Marwick** als Editor-in-Chief einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Evidenz in der Kardio-Onkologie leisten wird.



? Welche neue Studie hat Sie überrascht oder wird einen Einfluss auf Ihre klinische Tätigkeit haben?

Zwei wichtige RCTs für die Kardio-Onkologie waren aus meiner Sicht HER-SAFE und RADICAL PC-2. HER-SAFE hat gezeigt, dass in einer sorgfältig ausgewählten, Low-Risk-Population von Brustkrebs-Patientinnen, die sich unter Therapie mit RAAS-I +/- Betablocker von einer Anti-HER2-Kardiotoxizität vollständig erholt hatten, das Absetzen der Herzinsuffizienztherapie sicher war, mit erneutem Abfall der Herzfunktion in lediglich einer Patientin über die Beobachtungszeit von einem Jahr. Zwar setzt dies eine gute Risikostratifizierung und engmaschige Nachkontrollen voraus, könnte aber von Bedeutung sein v.a. bei jüngeren Patientinnen, die einer lebenslangen Herzinsuffizienztherapie gegenüber eher zurückhaltend eingestellt sind.
RADICAL PC-2 hingegen hat gezeigt, dass die routinemässige kardio-onkologische Anbindung unselektionierter Patienten mit Prostata-Karzinom zwar die Cholesterinkontrolle verbessert, aber keinen Einfluss auf harte kardiovaskuläre Endpunkte hat.

Diese Resultate unterstreichen, dass eine spezialisierte kardio-onkologische Betreuung selektiv und Risiko-basiert erfolgen soll. Beide Studien zeigen somit auf, dass die Identifikation solcher Risikogruppen in Zukunft von grösster Bedeutung sein wird.

? Welchen Stellenwert haben die neuen Guidelines? Sind es wesentliche Erneuerungen oder bloss leichte Korrekturen der bestehenden Guidelines?

Die neuen Guidelines haben aus meiner Sicht einen grossen Stellenwert, und zwar nicht nur die erstmaligen Guidelines zum Management von kardiovaskulären Erkrankungen bei chronischer Nierenerkrankung und zur kardialen Rehabilitation, die es im Vorfeld so nicht gegeben hat. Auch die Überarbeitung der Guidelines zur Herzinsuffizienz und die 5. universelle Definition des Myokardinfarkts sind meines Erachtens wichtig, da sie grundlegende konzeptionelle Revisionen beinhalten, die das Krankheitsverständnis wieder näher an die zugrundeliegenden Pathomechanismen und die Pathophysiologie heranbringen.

? Wie ist die Sichtbarkeit der Schweizer Forschungsgruppen im internationalen Vergleich?

Die Schweiz hat einmal mehr einen hervorragenden Beitrag geleistet und war sowohl in den Hotline-Sessions mit zwei Präsentationen aus Basel (**Prof. C. Müller, Prof. J. Boeddinghaus**) und je einer aus Zürich (**Prof. B. Stähli**) und St. Gallen (**Prof. K. Rizas**), als auch bei den Abstract-Präsentationen und in Guideline-Kommitees stark und kompetent vertreten.

Eleonore E. Droux

HOT LINE 5

EMAIL-HF

Der Schwerpunkt von EMAIL-HF lag auf dem Einsatz von SGLT2-Hemmern bei Herzinsuffizienz mithilfe einer digitalen Strategie. Sie wurde von Dr. Mariam Elmegaard (Herlev Hospital, Kopenhagen Dänemark) vorgestellt.
Die Studie zeigte, dass eine registerbasierte digitale Strategie die Einleitung einer gemäss den Leitlinien empfohlenen Therapie mit SGLT2-Hemmern bei Patienten mit Herzinsuffizienz mehr als verdoppelt hat. Das Hauptziel war die Untersuchung, ob die Nutzung landesweiter Gesundheitsregister zur Identifizierung unbehandelter Herzinsuffizienzpatienten und deren Einladung zu einer fachärztlichen Konsultation (oder einem Telefonat) die Behandlungsraten verbessert. Wichtigste Ergebnisse waren die Verdopplung der Behandlung. Durch die proaktive digitale Ansprache hat sich die Einleitung einer Therapie mit SGLT2-Hemmern im Vergleich zur Standardversorgung mehr als verdoppelt.

Remote Exercise SWEDEHEART

Remote Exercise SWEDEHEART ist eine cluster-randomisierte Crossover-Studie zur Bewertung der kardialen Telerehabilitation, vorgestellt von Prof. Maria Bäck (Göteborg). Die Studie untersuchte, ob die Teilnahme an EBCR-Sitzungen gesteigert werden kann, was sowohl auf Gruppenebene als auch für einzelne Patienten zu gesundheitlichen Vorteilen beitragen könnte, einschliesslich eines gleichberechtigteren Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Die Einführung von Ferntrainingsoptionen führte nicht zu einer Steigerung der Gesamtabschlussquote bei Rehabilitationsprogrammen (13,8 % während der Interventionsphase gegenüber 13,6 % in den Kontrollphasen). Nur eine kleine Minderheit der in Frage kommenden Patienten schloss die Standardrehabilitation ab. Wenn verfügbar, nutzten die Patienten das Ferntraining aktiv – es machte etwa 38 % der aufgezeichneten Trainingseinheiten aus, während die restlichen 62 % in den Zentren absolviert wurden. Die körperliche Leistungsfähigkeit verbesserte sich in beiden Gruppen gleichermassen. Das Ferntraining erwies sich als sehr sicher und wies eine niedrige Rate an unerwünschten Ereignissen von 0,17 schwerwiegenden Ereignissen pro 1000 Patientenstunden auf (im Vergleich zu 0,47 beim Training in den Zentren).

ADHERE-ASCVD:

Untersuchte die adaptive digitale Öffentlichkeitsarbeit zur Verbesserung der Adhärenz zur Statintherapie. Sie wurde von Dr. Ankeet S. Bhatt (San Francisco) präsentiert. Dabei wurde eine automatisierte, in das Gesundheitssystem integrierte digitale Aufklärungsmassnahme zur Bekämpfung der mangelnden Therapietreue bei der Statintherapie untersucht. An dieser pragmatischen, sequenziellen, randomisierten Studie mit Mehrfachzuordnung nahmen 20604 Erwachsene mit etablierter atherosklerotischer kardiovaskulärer Krankheit (ASCVD) oder hohem ASCVD-Risiko teil, die einen Rückstand bei den Nachfüllungen ihrer Statine zeigten.

Die digitale Öffentlichkeitsarbeit funktioniert:

In der ersten Phase führten digitale Erinnerungen zu einem bescheidenen, aber signifikanten Anstieg der 14-Tage-Wiederauffüllrate von 14.4% im Vergleich zu 12.0% in der Kontrollgruppe. Dies entspricht einem relativen Anstieg von 20%.
Das Portal Messaging triumphierte: Die sichere Nachrichtenübermittlung über das Patientenportal sorgte für die höchste Erstnachfüllrate.
Zweite Erinnerungen zahlten sich aus: Bei Patienten, die die erste Nachricht zunächst ignoriert hatten, führte eine weitere Erinnerung am 14. Tag dazu, dass die Erfüllungsquote von 10.4% auf 13.0% anstieg.
Ein Wechsel des Kommunikationskanals brachte keinen Vorteil. Eine Änderung der Kommunikationsmethode (z.B. der Wechsel von E-Mail zu SMS) führte zu keiner nennenswerten Verbesserung gegenüber dem einfachen Weiterleiten der Nachricht über den ursprünglichen Kanal.

Nachhaltige kurzfristige Zuwächse.

Die kumulierten Nachfüllraten über 28 Tage sprachen für die digitale Reichweite vom Vorort (24.9% vs. 21.2%).

Klinische Erkenntnisse:

Die Studie zeigte, dass diese automatisierte, in die IT-Systeme des Gesundheitswesens integrierte, digitale Patientenansprache mit geringem Personalaufwand Patienten wirksam dazu anregen kann, wieder präventive Lipidtherapien aufzunehmen. Experten, die sich mit der Studie befassen, betonen jedoch, dass diese digitalen Tools zwar dazu beitragen, unmittelbare Lücken zu schließen, jedoch weiterhin erhebliche Lücken bei der Therapietreue bestehen und bei Patienten mit sehr geringer Therapietreue möglicherweise weiterhin langwirksame Therapeutika (wie das zweimal jährlich zu verabreichende Inclisiran) erforderlich sind.

WFR



Interview

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Isabella Sudano



? Welche Themen standen in Ihrem Fachbereich im Mittelpunkt? Welche Studien haben Sie besonders beeindruckt oder könnten die klinische Praxis verändern?
Für mich war die Prävention das wichtigste Thema. In diesem Bereich wurden zahlreiche Studien präsentiert. Besonders relevant ist die STAREE-Studie. Sie zeigte bei Personen über 70 Jahren, die mit einem Statin behandelt wurden, eine Reduktion der kardiovaskulären Ereignisse um 30 %. Das Ergebnis ist nicht überraschend, aber dennoch bedeutsam, da der Einsatz von Statinen in der Primärprävention bei Menschen über 70 Jahren sehr kontrovers diskutiert wird.
Überrascht hat mich dagegen die REACT-Studie. Sie zeigte, dass mittels Gefässultraschall der Karotis- und Femoralarterien sowie Koronar-CT-Angiographie bei 57 % der asymptomatischen Personen eine Atherosklerose diagnostiziert werden konnte. Bemerkenswert ist, dass die Mehrheit der Personen mit Plaques in den Karotis- und Femoralarterien einen Calcium-Score von 0 aufwies. Dies spricht dafür, sich bei der Beurteilung nicht allein auf den Calcium-Score zu beschränken.

? Welchen Stellenwert haben die neuen ESC-Leitlinien? Handelt es sich um grundlegende Neuerungen oder eher um Anpassungen bestehender Empfehlungen?
Am ESC 2026 wurden zwei erstmals eigenständige Leitlinien vorgestellt: die Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation und die Leitlinie zu kardiovaskulären Erkrankungen bei Patienten mit chronischer Nierenkrankheit. Letztere wurde gemeinsam von Fachleuten aus der Inneren Medizin, der Kardiologie und der Nephrologie erarbeitet und hat deshalb einen hohen Stellenwert für den klinischen Alltag.

? Wie beurteilen Sie die internationale Sichtbarkeit der Schweizer Forschungsgruppen?
Ich finde, die Schweizer Forschungsgruppen waren international gut sichtbar. In einer Hot-Line-Session wurde die TAVI-PCI-Studie von Prof. Barbara Stähli präsentiert. Die Studie zeigte, dass bei Patienten, für die sowohl eine TAVI als auch eine PCI vorgesehen waren, eine «TAVI-zuerst»-Strategie nach einem Jahr einer «PCI-zuerst»-Strategie nicht unterlegen war.
Am ESC wurden zudem weitere Studien mit Schweizer Beteiligung präsentiert. Mehrere Experten aus der Schweiz waren am wissenschaftlichen Programm und an der Erarbeitung von Leitlinien beteiligt. Darüber hinaus wurden mehrere Forschungsprojekte aus der Schweiz ausgezeichnet.

Eleonore E. Droux

Zum Video-Interview
unter www.medinfo-verlag.ch/videos

HOT LINE 6

Die Hot Line 6 befasste sich mit neuen und neu bewerteten Behandlungsansätzen bei Herzinsuffizienz. Im Mittelpunkt standen etablierte Medikamente, ein neuartiger Relaxin-Rezeptor-Agonist, die Denervation der Pulmonalarterie sowie ein teambasiertes Versorgungsmodell.

DANHEART: H-HeFT und Met-HeFT

Die beiden DANHEART-Studien H-HeFT und Met-HeFT untersuchten ältere, etablierte Wirkstoffe bei Patienten mit Herzinsuffizienz und reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF).

H-HeFT

In H-HeFT wurde die Kombination aus Hydralazin und Isosorbiddinitrat zusätzlich zur leitliniengerechten Herzinsuffizienztherapie mit Placebo verglichen. Die Studie zeigte keinen eindeutigen klinischen Nutzen der zusätzlichen Behandlung. Die Interpretation wurde unter anderem durch Therapieabbrüche, Nebenwirkungen und Unterschiede zwischen den untersuchten Patientengruppen erschwert. Die Ergebnisse stützen daher keinen routinemässigen Einsatz dieser Kombination bei allen Patienten mit HFrEF.

Met-HeFT

Met-HeFT untersuchte Metformin bei 940 Patienten mit HFrEF und Typ-2-Diabetes, Prädiabetes oder einem erhöhten Diabetesrisiko. Nach einer mittleren Beobachtungszeit von 3,7 Jahren trat der kombinierte Endpunkt aus Tod, Verschlechterung der Herzinsuffizienz, akutem Myokardinfarkt oder Schlaganfall bei 25,1 Prozent der Patienten unter Metformin und bei 23,4 Prozent unter Placebo auf. Der Unterschied war nicht statistisch signifikant.
Metformin kann somit weiterhin zur Blutzuckerkontrolle eingesetzt werden, verbesserte in dieser Studie jedoch weder die kardiovaskuläre Prognose noch den Verlauf der Herzinsuffizienz.

LUMINARA

LUMINARA war eine Phase-IIb-Studie zur Untersuchung von AZD5462, einem oral einzunehmenden Relaxin-Rezeptor-Agonisten, bei chronischer Herzinsuffizienz. Insgesamt wurden 375 Patienten mit unterschiedlichen Ausprägungen der linksventrikulären Dysfunktion untersucht.
Bei Patienten mit einer linksventrikulären Ejektionsfraktion von höchstens 35 Prozent zeigte die niedrigste Dosis eine Verringerung des linksventrikulären endsystolischen Volumenindex. Der Unterschied gegenüber Placebo verfehlte jedoch knapp die statistische Signifikanz. Bei Patienten mit einer Ejektionsfraktion von 41 bis 55 Prozent wurde eine signifikante Verringerung des systemischen Gefässwiderstands beobachtet.
AZD5462 wurde insgesamt gut vertragen. Die Ergebnisse liefern erste Hinweise auf günstige kardiale und hämodynamische Effekte, belegen aber noch keinen klinischen Nutzen. Dieser muss in grösseren Studien mit klinischen Endpunkten geprüft werden.

PADN-PH-LHD

PADN-PH-LHD untersuchte die Denervation der Pulmonalarterie bei Patienten mit pulmonaler Hypertonie infolge einer Linksherzerkrankung. Dabei werden Nervenfasern in der Wand der Pulmonalarterie mittels Katheterablation behandelt. Die Kombination aus Pulmonalarterien-Denervation und leitliniengerechter medikamentöser Therapie wurde mit der alleinigen medikamentösen Behandlung verglichen. Eine klinische Verschlechterung trat bei 25,7 Prozent der Patienten nach Denervation und bei 51,5 Prozent der Patienten in der Kontrollgruppe auf. Die Ergebnisse sprechen für einen möglichen Nutzen des Verfahrens. Zur Bestätigung sind jedoch weitere Studien erforderlich.

TIME-HF

TIME-HF untersuchte ein pflegegeleitetes, teambasiertes Versorgungsmodell, das durch eine mobile Gesundheitsanwendung unterstützt wurde. An der Studie nahmen 1 507 Patienten mit HFrEF teil, von denen mehr als die Hälfte in ländlichen Regionen lebte.
Die leitliniengerechte medikamentöse Therapie wurde in der Interventionsgruppe konsequenter umgesetzt. Nach zwei Jahren lebten 84,0 Prozent der Patienten ohne Hospitalisation, verglichen mit 79,4 Prozent unter der üblichen Versorgung. Zudem war die Sterblichkeit um 22 Prozent reduziert.
Die Studie zeigt, dass strukturierte, multidisziplinäre Versorgungsmodelle die Umsetzung der medikamentösen Therapie verbessern und sich günstig auf klinische Ergebnisse auswirken können.

WFR

HOT LINE 7

Die Hot Line 7 konzentrierte sich auf aktuelle Entwicklungen in der interventionellen und strukturellen Kardiologie. Im Mittelpunkt standen die Behandlung der Trikuspidalinsuffizienz, die Blutungsprävention nach TAVI, die zeitliche Abfolge von TAVI und PCI sowie antithrombotische Strategien nach TAVI.

POPular ACE TAVI

POPular ACE TAVI verglich die routinemässige mit der selektiven Gabe von Protamin nach einer transfemoralen TAVI. Protamin neutralisiert die Wirkung des während des Eingriffs eingesetzten Heparins. Die routinemässige Protamin-Gabe verringerte den kombinierten Endpunkt aus Gesamtmortalität und klinisch relevanten Blutungen innerhalb von 30 Tagen. Gleichzeitig wurde ein geringer, aber statistisch signifikanter Anstieg anaphylaktischer Reaktionen beobachtet. Die Ergebnisse sprechen grundsätzlich für eine routinemässige Protamin-Gabe, sofern das individuelle Anaphylaxierisiko berücksichtigt wird.

TAVI PCI

Die von Prof. Barbara Stähli vom Universitätsspital Zürich präsentierte TAVI-PCI-Studie untersuchte Patienten mit schwerer Aortenstenose und begleitender koronarer Herzkrankheit, bei denen sowohl eine TAVI als auch eine perkutane Koronarintervention vorgesehen waren. Verglichen wurde eine TAVI-zuerst-Strategie mit einer PCI-zuerst-Strategie. Nach einem Jahr war die TAVI-zuerst-Strategie hinsichtlich des kombinierten kardiovaskulären und Blutungsendpunkts der PCI-zuerst-Strategie nicht unterlegen. Die Ergebnisse unterstützen eine individuelle Festlegung der Behandlungsreihenfolge durch das Herzteam.

TRIC-I-HF

TRIC-I-HF verglich bei Patienten mit schwerer Trikuspidalinsuffizienz und hohem Risiko für Herzinsuffizienzereignisse die transkathetergestützte Trikuspidalklappenreparatur in Kombination mit einer medikamentösen Therapie mit der alleinigen medikamentösen Behandlung. Nach einem Jahr war die interventionelle Behandlung beim kombinierten Endpunkt aus Gesamtmortalität, Hospitalisation aufgrund von Herzinsuffizienz und fehlender Verbesserung der Lebensqualität überlegen. Nach drei Jahren lebten 52,4 Prozent der interventionell behandelten Patienten ohne Tod oder Hospitalisation aufgrund von Herzinsuffizienz, verglichen mit 21,0 Prozent in der Kontrollgruppe.

ACASA-TAVI

ACASA-TAVI untersuchte bei Patienten ohne anderweitige Indikation für eine orale Antikoagulation zwei antithrombotische Strategien

Interview

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Alexander Breitenstein



? Was waren die wichtigsten Themen in Ihrem Fachbereich auf dem ESC-Kongress?
Im Bereich Rhythmologie waren aus meiner Sicht die in der Schweiz unter der Leitung von **Prof. Roten** am Inselspital und **PD Dr. Badertscher** vom Universitätsspital Basel durchgeführte PIFPAF-PFA Studie und die CMR-GUIDE Studie, welche die Relevanz von Narbengewebe bei Patienten mit einer mässig eingeschränkten LVEF bezüglich einem Benefit von ICD-Implantationen untersucht hat.

? Welche neue Studie hat Sie überrascht?
Überrascht hat mich die DANISH-CRT Studie welche gezeigt hat, dass eine elektrisch optimal positionierte linksventrikuläre Elektrode für die kardiale Resynchronisation keinen Vorteil bringt gegenüber der konventionellen, rein «anatomisch» gesteuerten Implantation einer Elektrode.

? Welche Studienergebnisse haben das grösste Potenzial, die aktuellen Standards zu verschieben?
Die PIFPAF-PFA-Studie hat aus meiner Sicht das grösste Potenzial, die bisherigen Standards bei der Thematik Vorhofflimmern zu verändern. Obwohl die Studie formal negativ ausfiel und hinsichtlich des primären Endpunkts-dem Auftreten atrialer Arrhythmien mit einer Dauer von mehr als 30 Sekunden- kein signifikanter Vorteil durch eine zusätzliche Ablation der linksatrialen Hinterwand gegenüber einer alleinigen Pulmonalvenenisolation nachgewiesen werden konnte, lieferte sie dennoch eine wichtige Erkenntnis: Die gesamte atriale Arrhythmielast war bei einer ausgedehnteren Ablation signifikant geringer.
Dieses Ergebnis stellt die klinische Aussagekraft des bisher etablierten primären Endpunkts in Vorhofflimmerstudien infrage. Während dieser bereits kurze Arrhythmieepisoden von mehr als 30 Sekunden als Rezidiv wertet, berücksichtigt er weder deren Häufigkeit noch deren Gesamtdauer. Die Arrhythmielast könnte hingegen ein wesentlich aussagekräftigerer Parameter für den tatsächlichen klinischen Nutzen einer Ablationsstrategie sein.
Die PIFPAF-PFA-Studie liefert somit wichtige Argumente dafür, den klassischen Endpunkt zukünftiger Vorhofflimmerstudien zu überdenken und möglicherweise durch einen klinisch relevanteren Parameter wie die gesamte Arrhythmielast zu ergänzen oder zu ersetzen.

? Welche Studie hat den grössten Einfluss auf Ihre klinische Tätigkeit?
Die PIFPAF-PAF Studie, da sie eben aufzeigt, wie ältere klassische Standards in der Beurteilung einer Therapie mit der Zeit angepasst werden sollten.

? Welchen Stellenwert haben die neuen Guidelines? Wesentliche Erneuerungen oder eher Korrekturen?
Insbesondere die neuen Herzinsuffizienz-Guidelines sind von grosser Bedeutung für den klinischen Alltag. Wesentliche Neuerungen wie die vereinfachte Einteilung der Herzinsuffizienz-Phänotypen anhand der linksventrikulären Ejektionsfraktion (≥ 50 % und < 50 %), die Stadieneinteilung in vier Kategorien (A–D) sowie die überarbeitete Nomenklatur der medikamentösen und interventionellen Therapie, werden die klinische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz massgeblich beeinflussen und die bisherigen Behandlungsstrategien nachhaltig prägen.

? Wie ist die Sichtbarkeit der Schweizer Forschungsgruppen im internationalen Vergleich?
Die Schweiz war auch am diesjährigen ESC-Kongress hervorragend vertreten. Mit zahlreichen wissenschaftlichen Beiträgen sowohl im präklinischen als auch im klinischen Bereich sowie einer starken Präsenz in Form von Präsentationen, Symposien und Beiträgen zu den Late Breaking Clinical Trials unterstrich sie ihre bedeutende Rolle in der internationalen kardiovaskulären Forschung.

Eleonore Droux

Video
unter www.medinfo-verlag.ch/videos

nach TAVI: einen direkten Faktor-Xa-Hemmer und eine Monotherapie mit Acetylsalicylsäure. Die Antikoagulation verringerte nach einem Jahr das Auftreten hypoattenuierter Klappensegelverdickungen, sogenannter HALT-Befunde. Bei Blutungen, thromboembolischen Ereignissen und der Gesamtmortalität zeigte sich jedoch kein signifikanter Unterschied. Der günstigere bildgebende Befund führte somit nicht zu einem nachweisbaren klinischen Vorteil.

NOTION-4
NOTION-4 verglich nach TAVI eine dreimonatige Behandlung mit einem direkten oralen Antikoagulans und anschliessender Plättchenhemmung mit einer alleinigen Plättchenhemmung.
Die vorübergehende Antikoagulation verringerte nach drei Monaten die Häufigkeit von HALT-Befunden. Nach zwölf Monaten war dieser Unterschied jedoch nicht mehr nachweisbar. Gleichzeitig trat der kombinierte Endpunkt aus Gesamtmortalität, Schlaganfall sowie schweren oder lebensbedrohlichen Blutungen in der Antikoagulationsgruppe häufiger auf. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Verringerung subklinischer Klappensegelthrombosen nicht zwangsläufig mit einem klinischen Nutzen verbunden ist. Sie sprechen gegen eine routinemässige orale Antikoagulation nach TAVI, wenn keine andere Indikation dafür besteht.

WFR

HOT LINE 8

Die Hot Line 8 fokussierte auf neue Antworten und Managementstrategien bei Vorhofflimmern.

AFFIRMO
Die internationale Studie untersuchte, ob ein Mobile-Health-gestützter Ansatz nach dem ABC-Konzept die Versorgung von älteren multimorbiden Patienten verbessern und ungeplante Hospitalisierungen reduzieren kann. Das ABC-Konzept umfasst 3 Säulen: die Schlaganfallvermeidung durch Antikoagulation (A), besseres Symptommanagement (B) und optimale Behandlung der Komorbiditäten (C)
Es wurden langfristige klinische Ergebnisse, die Haltbarkeit der Klappen sowie das Management nach dem Eingriff untersucht.
Es zeigte sich kein signifikanter Vorteil der Mobile-Health-gestützten Versorgungsmassnahmen in dieser bereits sehr gut versorgten Population. Dabei war die Nutzung der Mobile-App gering und der Gesundheitszustand in der Interventionsgruppe insgesamt gut erhalten.

PVI-SHAM-AF
Die randomisierte Studie, an der 9 Zentren aus Deutschland teilnahmen, untersuchte, ob die PVI gegenüber der Schein-Intervention zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität über 6 Monate führt. Primärer Endpunkt war die Änderung des Gesamtscores des Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life Questionnaire (AFEQT) von Baseline bis Monat 6. Insgesamt nahmen 262 Personen an der Studie teil, 173 in der PVI-Gruppe und 89 Personen in der Sham-Gruppe. In Bezug auf den primären Endpunkt zeigte sich keine Überlegenheit der PVI gegenüber der Scheinprozedur. Vorteile ergaben sich hinsichtlich der Freiheit von Vorhofflimmern-Rezidiven und der Vorhofflimmern-Last.

NEXAF
NEXAF untersuchte, welche klinischen Auswirkungen eine Verringerung der Trainingsintensität bei Ausdauersportlern hat, bei denen ein vorübergehendes Vorhofflimmern diagnostiziert wurde.
Es wurden die folgenden Resultate berichtet:
Vorhofflimmern-Belastung: Reduzierung der Gesamtdauer des Vorhofflimmerns um 45 % im Vergleich zur Kontrollgruppe.
Krankenhausaufenthalte: Rückgang der Gesamtzahl der Krankenhausaufnahmen um 37 % und Reduzierung der AF-bedingten Krankenhausaufenthalte um 46 %.
Fitness und Vitalparameter: Verbesserung der kardiovaskulären Fitness und Senkung der Ruheherzfrequenz
Lebensqualität: Nach einem Jahr zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied bei den Vorhofflimmern-spezifischen Lebensqualitätswerten zwischen den beiden Gruppen.

IDEAL-AF
In der IDEAL-AF-Studie wurde untersucht, ob sich die Rhythmusergebnisse und die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten mit persistierendem Vorhofflimmern und signifikanten Niederspannungszonen durch individuell angepasste Strategien zur Niederspannungs-Ablation, die auf fibrotische Bereiche abzielen, verbessern lassen, ohne dass es zu schweren unerwünschten Ereignissen kommt.
Die IDEAL-AF-Studie zeigte, dass eine ergänzende Niederspannungszonenablation im Anschluss an die Isolation der Lungenvenen die Rhythmusergebnisse und die Lebensqualität bei persistierendem Vorhofflimmern verbessert. Es wurden individuell angepasste Strategien zur Niederspannungsablation untersucht, die auf fibrotische Bereiche abzielen und zur Behandlung von persistierendem Vorhofflimmern eingesetzt werden.

WFR

HOT LINE 9

Die «Hot Line 9» konzentrierte sich auf neue Durchbrüche bei der Senkung der Triglyceridwerte und der Blutdruckkontrolle.
Patienten mit schwerer Hypertriglyceridämie weisen erhöhte Triglyceridwerte im Blut auf, was mit einem hohen Risiko für eine akute Pankreatitis verbunden ist.
In den Studien SHASTA-3 und SHASTA-4, präsentiert von Prof. Gerald Watts, senkte Plozasiran (eine siRNA gegen APOC3), das Patienten mit schwerer Hypertriglyceridämie alle drei Monate subkutan verabreicht wurde, die Triglyceridwerte nach einem Jahr um rund
80 %. Im Vergleich zu Placebo wurde eine signifikante Verringerung der Fälle akuter Pankreatitis festgestellt. Diese Wirksamkeitsergebnisse sowie das günstige Sicherheitsprofil unterstreichen das Potenzial von Plozasiran als vielversprechende Therapie für Patienten, denen derzeit nur begrenzte Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.
CRHCP (China Rural Hypertension Control Project) vorgestellt von Prof. Yingxian Sun, präsentierte Langzeitdaten (7-jährige Nachbeobachtungszeit), die bestätigen, dass eine von nichtärztlichen lokalen Gesundheitsversorger geleitete intensive Blutdruckkontrolle (Ziel <130/80 mmHg) das Demenzrisiko signifikant senkt.
Meta-Analyse zu blutdrucksenkenden Therapien vorgestellt von Prof. Kazem Rahimi (Oxford), mit individuellen Patientendaten zu blutdrucksenkenden Therapien über das gesamte Spektrum kardiovaskulärer Risiken hinweg.
ECLIPSE-CKD, vorgestellt von Dong Shui (Harbin, China), untersuchte die klinischen Auswirkungen und das Potenzial einer Salzsubstitution in der Ernährung bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung (CKD).
Die Studie zeigte, dass kaliumangereicherte Salzersatzstoffe den Blutdruck bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer chronischer Nierenerkrankung (CKD-Stadien G2–G3a) nach 3 Monaten wirksam senken, ohne dass es zu einem signifikanten Anstieg der Hyperkaliämie kommt.

WFR

HOT LINE 10

Hot Line 10 stellte klinische Studien vor, die sich auf die Behandlung von unerklärlichen Synkopen konzentrierten, wobei Studien wie ASPIRED und Syncope Stopper im Mittelpunkt standen.
ASPIRED, vorgestellt von Prof. Matthew James Reed (Edinburgh), untersuchte den Nutzen einer sofortigen ambulanten EKG-Überwachung bei unerklärlichen Synkopen Die ASPIRED-Studie war eine multizentrische, offene, randomisierte kontrollierte Studie mit 2233 Patienten mit Synkopen, deren Ursache nach einer initialen Untersuchung in der Notaufnahme ungeklärt blieb, von 45 britischen Kliniken. Die Intervention bestand aus einem 14-tägigen ambulanten EKG-Monitoring unmittelbar nach der Randomisierung im Vergleich zur Standardversorgung. Der primäre Endpunkt, die Rate patientenberichteter Synkopenrezidive nach 12 Monaten, unterschied sich nicht signifikant zwischen beiden Gruppen.
Die wichtigsten Ergebnisse waren eine Steigerung des Arrhythmie-Nachweises von 9 % auf 22 % durch das frühe, 14-tägige EKG-Monitoring, eine Verkürzung der medianen Zeit bis zur Diagnose von 55 auf 22 Tage. Ein Häufigerer Einsatz von Schrittmachern (6,8 % vs. 4,6 %) und Antiarrhythmika (10,8 % vs. 7,3 %). Die beobachtete Halbierung der Gesamtmortalität nach einem Jahr (1,5 % vs. 2,9 %) muss in Folgestudien weiter validiert werden.
Syncope-Stopper, vorgestellt von Dr. Jeremy William (Melbourne), bewertete den Nutzen einer frühzeitigen Implantation eines permanenten Herzschrittmachers bei der Behandlung von Synkopen. Wichtigste Ergebnisse waren
Primärer Endpunkt: Eine frühzeitige Stimulation senkte den kombinierten klinischen Endpunkt.
Rezidive: Deutlich reduzierte Rezidivraten bei Synkopen im Vergleich zur Standardüberwachung. Auswirkungen auf die klinische Praxis, was für eine zeitnahe, an Risikowertungen orientierte Gerätetherapie anstelle einer verzögerten Beobachtung spricht.

WFR



HOT LINE 11

Der Schwerpunkt von HOT LINE 11 lag auf Fortschritten in den Bereichen Atherosklerose und komplexe Koronarinterventionen.
Die EVAOLD-Studie untersuchte die optimale Behandlungsstrategie für ältere Patienten (ab 80 Jahren) nach einem NSTE-MI (Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarkt).
Die randomisierte Nicht-Unterlegenheitsstudie verglich eine bildgebungsgestützte, selektive invasive Strategie (Stresstest zuerst, Angiographie nur bei moderater bis schwerer Ischämie) mit einer routinemässigen invasiven Strategie (direkte Angiographie für alle ohne vorherigen Stresstest).

Die Kernergebnisse der Studie sind

- Keine Nicht-Unterlegenheit nachgewiesen: Die selektive, bildgebungsgestützte Strategie war der routinemässigen invasiven Strategie bei älteren Patienten nicht ebenbürtig.
- Vorzeitiger Studienabbruch wegen Aussichtslosigkeit (Futility): Die Studie wurde nach einer geplanten Zwischenanalyse nach 587 von ursprünglich 1.756 geplanten Patienten vorzeitig abgebrochen, da die statistische Wahrscheinlichkeit (Conditional Power) für den Nachweis der Nicht-Unterlegenheit zu gering war.
- Ereignisraten nach 1 Jahr: Der primäre Endpunkt MACCE (Kombination aus Gesamtmortalität, nicht-tödlichem Herzinfarkt und nicht-tödlichem Schlaganfall) trat bei 24,1 % der Patienten in der Bildgebungsgruppe auf, verglichen mit 20,7 % in der routinemässig invasiven Gruppe (Hazard Ratio 1,22; 95 %-KI 0,86–1,72; p=0,27 für Nicht-Unterlegenheit).
- Kein Unterschied bei Blutungen: Schwere Blutungen (BARC-Typ ≥ 3) unterschieden sich zwischen den Gruppen nicht signifikant (3,9 % vs. 4,5 %).

Klinische Schlussfolgerung

Obwohl die Stresstest-gestützte Strategie die Gesamtzahl der Angiographien und deren direkte Komplikationen senkte, schnitten Patienten mit der routinemässigen Standard-Herzkatheteruntersuchung bei den harten kardiovaskulären Endpunkten numerisch besser ab. Die Studienleiter um Prof. Gilles Barone-Rochette betonten zudem, dass die logistische Umsetzung von Belastungs-Bildgebungen bei über 80-Jährigen im klinischen Alltag oft eine erhebliche Herausforderung darstellt. Ein routinemässig invasives Vorgehen bleibt daher auch im hohen Alter der bevorzugte Pfad, sofern der Patient klinisch stabil und für einen Eingriff geeignet ist
ISOLEDS: Diese von Prof. Yong Zeng (Peking) vorgestellte randomisierte Studie verglich die Führung durch optische Kohärenztomographie (OCT) mit derjenigen durch intravaskulären Ultraschall (IVUS) bei der perkutanen Koronarintervention (PCI) bei echten distalen Bifurkationsläsionen der linken Hauptkoronararterie.
Die offene, randomisierte Nichtunterlegenheitsstudie umfasste 664 Betroffene an 24 Zentren in China. Nach einer Nachbeobachtungszeit von 12 Monaten zeigte sich die OCT-gesteuerte PCI als statistisch nicht unterlegen gegenüber der IVUS-gesteuerten PCI bezüglich des primären Endpunkts (Target Lesion Failure / TLF). Die Raten lagen bei 14,4 % (OCT) vs. 19,6 % (IVUS) (adjustierte Hazard Ratio 0,90; p für Nichtunterlegenheit = 0,0003).

Prof. Yong Zeng betonte, dass die Ergebnisse keine klinische Äquivalenz oder Überlegenheit beweisen. In der Praxis bietet die OCT zwar eine höhere räumliche Auflösung, benötigt jedoch eine stärkere Kontrastmittelspülung und ist bei grossen Hauptstamm-Anatomien technisch anspruchsvoller als IVUS. Fazit: Die OCT kann in erfahrenen Zentren und bei passend ausgewählter Koronaranatomie als sinnvolle und sichere Alternative zum klassischen IVUS bei komplexen Hauptstamm-Stentings herangezogen werden

CorCal: Vergleich des Koronararterien-Kalzium-Scores (CAC) direkt mit gepoolten Kohorten-Gleichungen zur Primärprävention atherosklerotischer Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ASCVD), vorgestellt von Dr. Brent Muhlestein.

In der CorCal-Outcomes-Studie stellten die Forscher keinen Unterschied bei schweren kardiovaskulären Ereignissen fest, wenn die Einleitung einer Statintherapie auf der Grundlage des koronaren Kalziumscores erfolgte, im Vergleich zur herkömmlichen Risikofaktorbewertung unter Verwendung von Pooled-Cohort-Gleichungen.

In der Studie wurden 5.772 Patienten (Durchschnittsalter 64 Jahre; 51 % Frauen) randomisiert und erhielten entweder eine Empfehlung zur Einleitung einer Statintherapie auf der Grundlage ihres CAC-Werts oder ihres PCE-Werts. Nach einer Nachbeobachtungszeit von etwa vier Jahren traten bei fast 3 % der Patienten in beiden Gruppen schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse auf, und das Nichtunterlegenheitskriterium wurde nicht erfüllt.

CoCAP untersuchte die duale Thrombozytenaggregationshemmung (DAPT) im Vergleich zur Aspirin-Monotherapie hinsichtlich der Durchgängigkeit des Transplantats nach einer koronaren Bypass-Operation (CABG) bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom (ACS).

Die zwölfmonatige duale Thrombozytenaggregationshemmung (DAPT) mit Ticagrelor plus Aspirin verbesserte die Offenheitsrate von Venenbypässen nach einer Bypass-Operation (CABG) im Vergleich zu einer alleinigen Therapie mit Aspirin nicht signifikant.

WFR

HOT LINE 12

Hot Line 12 gab Einblicke in die Versorgung nach Herzstillstand, Lungenembolie und Herzoperationen. Es wurden Ergebnisse aus der DISCO-plus-Metaanalyse, den Studien HeartRunner, PRAGUE-26 und LAACS-2 präsentiert.

DISCO

Koronarangiographie nach einem Herzstillstand ausserhalb des Krankenhauses ohne ST-Hebung. Die DISCO-Studie (Direct or Subacute Coronary Angiography in Out-of-hospital Cardiac Arrest) hat gezeigt, dass eine sofortige Koronarangiographie bei Patienten ohne ST-Strecken-Hebung nach einem Herzstillstand ausserhalb des Krankenhauses (OHCA) die 30-Tage-Überlebensrate im Vergleich zu einer verzögerten Strategie nicht verbessert.

HeartRunner

Die Sudie untersuchte die Überlebensrate bei Herzstillstand ausserhalb des Krankenhauses nach Alarmierung von Ersthelfern aus der Bevölkerung. Die Ergebnisse zeigten, dass die smartphone-gestützte Alarmierung von Ersthelfern aus der Bevölkerung die 30-Tage-Überlebensrate bei Patienten mit einem Herzstillstand ausserhalb des Krankenhauses nicht signifikant verbessert hat. Die 30-Tage-Überlebensrate lag in der Interventionsgruppe bei 15 % im Vergleich zu 17 % in der Kontrollgruppe, was keinen statistisch signifikanten Unterschied darstellt. Herz-Lungen-Wiederbelebung durch Umstehende: Die Rate der von Umstehenden durchgeführten Herz-Lungen-Wiederbelebung stieg signifikant von 75 % auf 86 %, wenn Ersthelfer alarmiert wurden. Einsatz von Defibrillatoren: Der Einsatz automatisierter externer Defibrillatoren (AEDs) durch Ersthelfer stieg von 6 % auf 14 %. Die Forscher stellten keine Sicherheitsbedenken im Zusammenhang mit der Intervention fest. Schlussfolgerung: Während sich die kurzfristige Überlebensrate insgesamt nicht veränderte, bestätigen die Daten, dass mobile Einsatzkräfte-Netzwerke die Qualität der sofortigen Laien-Erste-Hilfe-Massnahmen vor Ort erheblich verbessern.

PRAGUE-26

Die PRAGUE-26-Studie hat gezeigt, dass die konventionelle kathetergestützte Thrombolyse in Kombination mit einer Antikoagulation das Risiko für einen kurzfristigen Tod, eine erneute Lungenembolie oder eine kardiorespiratorische Dekompensation bei Patienten mit einer akuten Lungenembolie mit mittlerem bis hohem Risiko im Vergleich zur alleinigen Antikoagulation signifikant senkt.

LAACS-2

LAACS-2 war eine multizentrische, randomisierte, offene Überlegenheitsstudie, in die erwachsene Patienten mit oder ohne Vorerkrankung durch Vorhofflimmern, unabhängig von ihrem CHA_2DS_2-VASc-Score, aufgenommen wurden, die zur elektiven erstmaligen Herzoperation überwiesen wurden. Die Patienten wurden im Verhältnis 1:1 randomisiert einer Herzoperation mit gleichzeitiger LAA-Okklusion oder einer Herzoperation allein zugewiesen. Die Ausschlusskriterien waren begrenzt und umfassten eine vorangegangene Operation am offenen Herzen, eine aktive Endokarditis sowie einen geplanten LAA-Verschluss oder eine AF-Ablation als Teil des chirurgischen Eingriffs. Für den LAA-Verschluss wurde die Verwendung des epikardialen AtriClip-Implantats (AtriCure Inc., West Chester, OH, USA) empfohlen, da damit im Vergleich zur chirurgischen LAA-Resektion höhere Raten einer vollständigen LAA-Abschottung berichtet wurden. Die chirurgische Exzision war jedoch nach Ermessen des Operateurs ebenfalls zulässig.

Der primäre Endpunkt war ein Komposit aus ischämischem oder hämorrhagischem Schlaganfall, einschliesslich transitorischer ischämischer Attacke (TIA), unabhängig vom Vorliegen entsprechender Läsionen im CT oder MRT. Die Ereignisse wurden von Neurologen bewertet, die hinsichtlich der Behandlungszuordnung verblindet waren. Die Nachbeobachtung erfolgte durch Abfrage nationaler elektronischer Gesundheitsregister.

Von den 747 Patienten, die der LAA-Verschlussgruppe zugewiesen wurden, unterzogen sich 676 tatsächlich einem chirurgischen LAA-Verschluss, während 703 die Nachbeobachtungszeit vollständig absolvierten. In der Kontrollgruppe wurden 753 Patienten der alleinigen Herzoperation zugewiesen; dennoch unterzogen sich fünf Patienten einem LAA-Verschluss, und 711 schlossen die Nachbeobachtungszeit ab. Das Durchschnittsalter der Studienpopulation betrug 67 Jahre, wobei männliche Patienten deutlich überwogen (81 %). Eine Vorerkrankung mit Vorhofflimmern wurde nur bei 4,1 % der Patienten angegeben, während zu Studienbeginn bei 7,5 % eine orale Antikoagulation verordnet war. Die Indikation für die Operation war in fast 60 % der Fälle eine CABG, während Mitral- und Aorteninterventionen 7,6 % bzw. 30 % der Eingriffe ausmachten. Der primäre Endpunkt trat bei 32 Patienten in der LAA-Verschlussgruppe und bei 38 Patienten in der Kontrollgruppe auf, was einer Hazard Ratio von 0,854 (95 % KI, 0,534–1,368; p = 0,517) entspricht. Somit führte der begleitende chirurgische LAA-Verschluss nicht zu einer signifikanten Senkung des Risikos für den primären Endpunkt. Eine Subgruppenanalyse deutete auf einen potenziellen Nutzen des chirurgischen LAA-Verschlusses bei Patienten mit einem höheren CHA_2DS_2-VASc-Ausgangswert (≥ 3) hin.

WFR



IMPRESSUM

VERLAG
Aerzteverlag **medinfo** AG
Seestrasse 141 • 8703 Erlenbach
Tel. 044 915 70 80 • Fax: 044 915 70 89
www.medinfo-verlag.ch

VERLEGERIN & PUBLIZISTISCHE LEITUNG
Eleonore E. Droux

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG
Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Berichterstattung und Redaktion:
Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen (WFR)
Eleonore E. Droux

Bilder:
Eleonore E. Droux

COPYRIGHT
Aerzteverlag **medinfo** AG Erlenbach.
Alle Rechte beim Verlag. Nachdruck, Kopien von Beiträgen und Abbildungen, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlags.

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGSORT
Zürich

DRUCK: Werner Druck & Medien AG
Leimgrubenweg 9 • 4053 Basel

ISSN: 3043-131X

Beilage zu «info@CardioSuisse»

LEQVIO®
inclisiran

Transform LDL-C management

Wählen Sie LEQVIO® für eine frühzeitige, effektive und nachhaltige LDL-C-Reduktion[1-6,#]

LEQVIO® senkt das LDL-C[†] mit zwei Injektionen pro Jahr[*] und hilft Ihren Patienten, ihr LDL-C-Ziel frühzeitig zu erreichen und langfristig zu halten.[1-6,§]

Keine echte Patientin.

LEQVIO® (Inclisiran) ist bei Erwachsenen mit Hypercholesterinämie (einschliesslich heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie) oder gemischter Dyslipidämie begleitend zu einer Diät indiziert in Kombination mit einer maximal tolerierten Statin-Dosis mit oder ohne andere lipidsenkende Therapien bei Patienten, die eine zusätzliche Low Density Lipoprotein Cholesterin (LDL-C) Senkung benötigen, oder allein oder in Kombination mit anderen lipidsenkenden Therapien bei Patienten, die statinintolerant sind oder für die Statine kontraindiziert sind.[1]

Die LDL-C senkende Wirkung von LEQVIO® wurde bei ASCVD Patienten evaluiert, deren LDL-C-Wert trotz maximal verträglicher Statintherapie ≥ 70 mg/dL blieb[5] und bei Patienten, die innerhalb von 5 Wochen vor dem Screening nach einer ACS-Hospitalisierung entlassen wurden und trotz Statintherapie ein LDL-C von ≥ 70 mg/dL aufwiesen.[6] **†** Ausgehend von der Baseline. ***** LEQVIO® wird zu Behandlungsbeginn, nach 3 Monaten und danach alle 6 Monate durch medizinisches Fachpersonal verabreicht.[1] **§** Bei den wichtigsten unerwünschten Ereignissen, die in klinischen Studien mit LEQVIO® beobachtet wurden, handelte es sich zumeist um mittelschwere Nebenwirkungen an der Injektionsstelle, darunter Reaktionen an der Injektionsstelle (3.1 %), Schmerzen (2.2 %), Rötungen (1.6 %) und Hautausschlag (0.7 %) (8.2 % mit LEQVIO® gegenüber 1.8 % mit Placebo).[1]

ACS: akutes Koronarsyndrom; **ASCVD:** atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung; **LDL-C:** Low density lipoprotein cholesterin.

Referenzen: 1. Fachinformation LEQVIO® (Inclisiran), www.swissmedicinfo.ch **2.** Wright RS, Raal FJ, Koenig W, et al. Inclisiran administration potently and durably lowers LDL-C over an extended-term follow-up: the ORION-8 trial. Cardiovasc Res. 2024;120(12):1400 – 1410. doi:10.1093/cvr/cvae109. **3.** Ray KK, Wright RS, Kallend D, et al. Two phase 3 trials of inclisiran in patients with elevated LDL cholesterol. N Engl J Med. 2020;382(16):1507 – 1519. doi:10.1056/NEJMoa1912387. **4.** Ray KK, Landmesser U, Leiter LA, et al. Inclisiran in patients at high cardiovascular risk with elevated LDL cholesterol. N Engl J Med. 2017;376(15):1430 – 1440. doi:10.1056/NEJMoa1615758. **5.** Koren MJ, Rodriguez F, East C, et al. An «inclisiran first» strategy vs usual care in patients with atherosclerotic cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol. 2024;83(20):1939 – 1952. doi:10.1016/j.jacc.2024.03.382. **6.** Knowlton KU, Naver AM, Anderson JL, et al. LDL-C management with inclisiran plus usual care vs usual care alone in participants with recent acute coronary syndrome: VICTORION-INCEPTION. Presented at: National Lipid Association's 2025 Annual Scientific Sessions; May 29 – June 1, 2025; Miami, FL.

Novartis stellt die aufgeführten Referenzen auf Anfrage zur Verfügung. LEQVIO® and the LEQVIO® logo are registered trademarks of Novartis AG. Licensed from Alnylam Pharmaceuticals, Inc.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Für weitere Informationen siehe Fachinformation/Patienteninformation LEQVIO® auf www.swissmedicinfo.ch.
Abgabekategorie: B

Leqvio® (Inclisiran)
Kurzfachinformation
Information professionnelle abrégée
Informazione professionale breve
Succint information for professionals

NOVARTIS

Novartis Pharma Schweiz AG
Suurstoffi 14, 6343 Rotkreuz

FA-11490801 / 10/2025