



„Endlich ein heißes Eisen angepackt!“

Die Resultate bei Herztransplantationen sind erschreckend schlecht, war in Cardio News 3/2010 zu lesen. Prof. Nägele kommentiert den Beitrag.

Sehr geehrte Damen und Herren, mit Erstaunen habe ich den Leitartikel in Cardio News 3/2010 gelesen. Sollte doch plötzlich je-

mand ehrlich zu diesem Thema recherchieren? Bereits 1992 haben wir auf das Dilemma der Herztransplantation in Deutschland auf-

merksam gemacht (Die Zeit 1992, Transplantationsmedizin 1994).

Die Probleme zur damaligen Zeit waren, dass die wachsenden kon-



servativen Therapiemöglichkeiten nicht ausgenutzt wurden und unseres Erachtens viele Patienten aus Renommégründen unnötig transplantiert wurden, während für wirklich Bedürftige keine Organe mehr da waren.

Deng et al. (BMJ 2000) konnten in ihrer Untersuchung bestätigen, dass in der von ihnen 1997 unter-

suchten Kohorte der in Deutschland Herztransplantierten nur ein Drittel hinsichtlich des Überlebens profitiert haben.

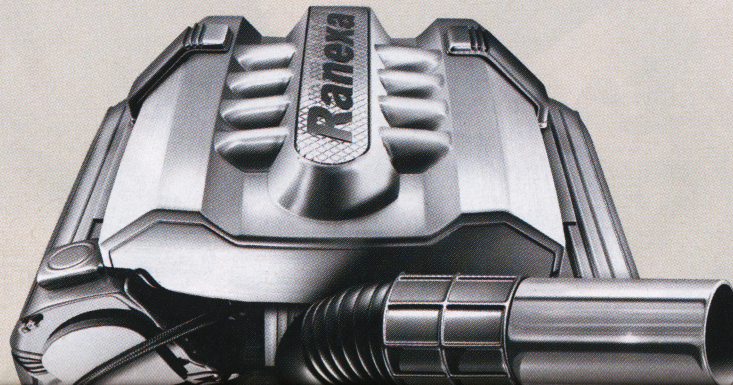
Interdisziplinäres Programm sollte Abhilfe schaffen

In Hamburg wurde deshalb in gutem Einvernehmen von Kardiologen und Herzchirurgen ein interdisziplinäres Programm aufgebaut, um die konservativen Therapiemöglichkeiten wirklich voll auszuschöpfen und nur die wirklich Bedürftigen mit dem größten Gewinn an Lebenserwartung zu transplantieren (Nägele et al. Z Kardiol 1998).

Unsere Berichte darüber wurden in Kreisen von Kardiologen und Herzchirurgen belächelt, unterdrückt und mit rechtlichen Schritten bedroht (z.B. Hetzer, MMW 1992).

Wir haben im Jahr 2000 nochmals in Transplantationsmedizin über die exzellenten Ergebnisse im Nordverbund berichtet (Hirt et al. 2000), möglich wie gesagt durch eine lokale Versorgung und ein konservatives Herzinsuffizienzprogramm – ohne jede Resonanz.

Krise der Herztransplantation



Mehr Sauerstoff.

Mehr Sauerstoff.

Mehr Leistung.

INNOVATION₂

- weniger wiederkehrende Ischämien*¹
- verbesserte Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit^{1,2}
- hämodynamisch neutral^{2,3}

Her Angina pectoris

Efficacy of Ranolazine in Patients With Chronic Angina. J Am Coll Cardiol 2009; 53 (17): 1510-6.

al., Effects of ranolazine with atenolol, amlodipine, or diltiazem on exercise tolerance and angina frequency in patients with severe chronic angina. JAMA 2004; 291 (3): 309-316.

Ranexa®

Retardtabletten, Ranexa® 500 mg Retardtabletten, Ranexa® 750 mg Retardtabletten. Wirkstoff: Ranolazin. **Zusammensetzung:** Eine Retardtablette enthält 375 mg, 500 mg bzw. 750 mg Ranolazin; **sonstige Bestandteile:** Cellulose, Hypromellose, Magnesiumstearat, Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1), mikrokristalline Cellulose, Indigotin-Aluminium-Farblack (E132); **zusätzlich:** Macrogol, Polyvinylalkohol (teilweise hydrolysiert), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisenoxide und Eisenhydroxide, Brillantblau FCF-Aluminium-Farblack (E102), Glyceroltriacetat, Laktose-Monohydrat, Brillantblau FCF-Aluminium-Farblack (E102), Aluminium-Farblack (E102). **Anwendungsgebiete:** Ergänzungstherapie zur symptomatischen Behandlung stabiler Angina pectoris, die unzulänglich kontrolliert werden oder antianginöse Mittel der ersten Wahl (wie Calciumantagonisten) nicht tolerieren. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen einen der Bestandteile, schwere Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min.), mäßige oder schwere Leberfunktionsstörungen, begleitende Anwendung von starken CYP3A4-Inhibitoren (z.B. Itraconazol, Ketoconazol, Voriconazol, Proteasehemmer, Clarithromycin, Telithromycin, Nefazodon), begleitende Anwendung von Antiarrhythmika (Klasse III (z.B. Dofetilid, Sotalol) mit Ausnahme von Amiodaron. **Vorsicht bei Verordnung oder Anwendung:** Ranolazin an Patienten, bei denen eine erhöhte Exposition erwartet wird, bei begleitender Anwendung von P-gp-Inhibitoren, begleitender Verabreichung von P-gp-Inhibitoren, leichten Leberfunktionsstörungen, leichten Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance 30–80 ml/min.), älteren Patienten, Patienten mit geringem Gewicht (< 60 kg) oder mit mäßiger bis schwerer CHF (NYHA-Klassen III–IV), Patienten mit fehlender CYP2D6-Aktivität (schlechte

Metabolisierer, SM), in geringerem Maße auch bei Patienten mit dem CYP2D6-Status „EM“ (extensive Metabolisierer), Patienten mit kongenitalem oder in der Familie aufgetretenem QT-Verlängerungssyndrom, Patienten mit erworbener Verlängerung des QT-Intervalls sowie bei Patienten, die mit einem QTc-Verlängerung induzierenden Arzneimittel behandelt werden, bei Nierenfunktionsstörungen. **Ranexa 750 mg zusätzlich:** Pat. mit seltener hereditärer Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption (wg. Lactose-Gehalt). Enthält den Farbstoff Tartrazin (E102), der allergische Reaktionen auslösen kann. **Nebenwirkungen:** Häufig: Schwindel, Kopfschmerzen, Obstipation, Erbrechen, Übelkeit, Asthenie. Gelegentlich: Anorexie, verminderter Appetit, Dehydratation, Beklemmung, Insomnie, Lethargie, Synkope, Hypästhesie, Somnolenz, Tremor, orthostatischer Schwindel, verschwommenes Sehen, Sehstörung, Vertigo, Tinnitus, fliegende Hitze, Hypotonie, Dyspnoe, Husten, Epistaxis, Bauchschmerzen, Mundtrockenheit, Dyspepsie, Flatulenz, Magenbeschwerden, Pruritus, Hyperhidrose, Schmerz in den Extremitäten, Muskelkrampf, Gelenkschwellung, Dysurie, Hämaturie, Chromaturie, Müdigkeit, peripheres Ödem, Blut-Kreatinin erhöht, Blutharnstoff erhöht, verlängertes korrigiertes QT-Intervall, Thrombozyten- oder Leukozytenzahl erhöht, vermindertes Gewicht. Selten: Desorientiertheit, Amnesie, Bewusstseinsverminderung, Bewusstlosigkeit, Parosmie, eingeschränktes Hörvermögen, periphere Kälte, orthostatische Hypotonie, Engegefühl im Rachen, Pankreatitis, erosive Duodenitis, orale Hypästhesie, allergische Dermatitis, Urtikaria, kalter Schweiß, Ausschlag, erektilile Dysfunktion, hepatisches Enzym erhöht. In Einzelfällen akutes Nierenversagen. Weiterhin: Geringfügige, klinisch nicht signifikante reversible Erhöhungen der Serumkreatininspiegel. **MENARINI INTERNATIONAL OPERATIONS LUXEMBOURG S.A.** Örtlicher Vertreter für Deutschland: BERLIN-CHEMIE AG, 12489 Berlin, (Stand 03.2010)

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Krise der Herztransplantation ist hausgemacht

Die jetzige Krise der Herztransplantation hat noch eine neue Qualität und ist wirklich völlig hausgemacht. Durch die Zerschlagung der lokalen Transplantationsverbände sind erst recht Versorgungslücken aufgetreten und enorme Zusatzkosten und Gefahren durch lange Transportwege hinzugekommen (z.B. zu lange kalte Ischämiezeiten). Wenn jetzt ein Herr Reichart die Situation beklagt, sollte er sich daran erinnern, dass die aktuelle katastrophale Regelung unter seiner Ägide und der anderen großen Zentren durchgedrückt wurde.

Danach doch wieder ein unkritisches Hohelied

Im Übrigen war ich enttäuscht, dass auf Seite 4 nicht weiter kritisch zum Thema diskutiert wurde, sondern dass hier wieder einmal – ein unkritisches Hohelied der herzchirurgischen Segnungen gesungen wurde („immer mehr, immer älter, immer besser, immer nicht invasiver usw.“). Wollten Sie Ihre Leser milde stimmen, bevor auf Seite 6 weitergeblättert wurde?

Trotzdem, ich gratuliere Ihnen, dass endlich jemand dieses heiße Eisen angepackt hat!

» Literatur beim Verfasser

Professor Dr. med. H. Nägele

Ltd. Oberarzt

St. Adolfstift Reinbek

Hamburger Str. 41

21465 Reinbek

<http://publicationslist.org/>

herbert_naegele