

22. JAHRESTAGUNG



KARDIOLOGIE

INTERAKTIV

Feldkirch 2025

Grenzfälle

Diskussionen

Guidelines

Feldkirch – Hotel Montfort

10. und 11. Jänner 2025

Wissenschaftliche Leitung:

M. Frick (Feldkirch)

H. Alber (Klagenfurt)

K. Huber (Wien)

H.-J. Nesser/M. Martinek (Linz)

Bei chronischer Nierenerkrankung zielgerichtet eingreifen - zum Schutz von Nieren und Herz¹

Für Ihre PatientInnen mit chronischer
Nierenerkrankung (CKD) und
Typ-2-Diabetes (T2D)



**Kerendia in KDIGO², ADA³ &
AACE⁴ Leitlinien integriert**



**Kardiovaskuläre
Risiken senken**



**CKD-Progression
verlangsamen**

Kerendia ist der erste und einzige selektive, nicht-steroidale Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist (MRA), der zur Behandlung der CKD bei T2D zugelassen ist.

Handeln Sie jetzt! Kerendia bietet Ihren PatientInnen den Schutz, den sie benötigen.

AACE=American Association of Clinical Endocrinology; ADA=American Diabetes Association;
CKD=chronische Nierenerkrankung; CV=kardiovaskulär; KDIGO= Kidney Disease: Improving Global Outcomes; T2D=Typ-2-Diabetes.

Referenzen: 1. Kerendia (finerenon) Fachinformation Stand 02/2023. 2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. Kidney Int. March 2022. 3. American Diabetes Association. Addendum 11. Chronic kidney disease and risk management: Standards of medical care in diabetes—2022. Diabetes Care. 2022;24(5)(suppl 1):S17-5-S18. 4. Blonde L, Umphrey GE, Sethu Reddy S, et al. American Association of Clinical Endocrinology Clinical Practice Guideline: developing a diabetes mellitus comprehensive care plan—2022 update. Endocrine Pract. 2022;1(1):92-3-104-9. doi:10.4158/CS-2011-9-0472.

Kerendia 10 mg Filmtabletten, Kerendia 20 mg Filmtabletten

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Fachinformation.

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Kerendia 10 mg Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 10 mg Finerenon. Kerendia 20 mg Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 20 mg Finerenon. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose 2910, Magnesiumstearat, Natriumdodecylsulfat. **Filmüberzug:** Hypromellose 2910, Titandioxid, Talkum. Kerendia 10 mg: Eisen(III)-oxid (E172). 45 mg Lactose (als Monohydrat). Kerendia 20 mg: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). 40 mg Lactose (als Monohydrat). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Diuretika, Aldosteronantagonisten. **ATC-Code:** C03DA05. **Anwendungsgebiet:** Kerendia wird angewendet zur Behandlung von chronischer Nierenerkrankung (mit Albuminurie) in Verbindung mit Typ 2-Diabetes bei Erwachsenen. Für Studienergebnisse zu renalen und kardiovaskulären Ereignissen, siehe Fachinformation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Gleichzeitige Behandlung mit starken CYP3A4 Inhibitoren, wie z.B.: Itraconazol, Ketoconazol, Ritonavir, Nelfinavir, Cobicistat, Clarithromycin, Telithromycin, Nefazodon; Morbus Addison. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Inhaber der Zulassung:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Deutschland. **Stand der Information:** 02/2023
MA-M_FIN-AT-0034-2-02.2023

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

herzlich willkommen zur 22. Tagung „Kardiologie Interaktiv“ – die heuer erstmals in Vorarlberg stattfindet.

Seit über zwei Jahrzehnten findet diese Veranstaltung an wechselnden Orten statt, um eine Plattform für den Austausch und die praxisnahe Weiterbildung in der Kardiologie zu bieten. Die Tagung wird in diesem Jahr gemeinsam von den kardiologischen Abteilungen der Klinik Ottakring in Wien (Huber), des Klinikums Klagenfurt (Alber), des Ordensklinikums der Elisabethinen in Linz (Nesser / Martinek) und des LKH Feldkirch (Frick) organisiert.

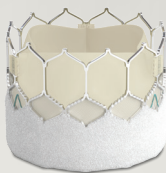
Unser Konzept bleibt beständig: Wir möchten Ihnen praxisrelevante Fortschritte in den wesentlichen kardiologischen Schwerpunktbereichen präsentieren. Dabei greifen wir auf Fallbeispiele aus dem klinischen Alltag zurück, um eine anschauliche Darstellung zu ermöglichen und die Relevanz der Themen zu unterstreichen. Die aktive Teilnahme und der Austausch in Diskussionen stehen wie immer im Mittelpunkt.

Neben einem „update“ über die neuesten ESC-Richtlinien und deren klinischer Relevanz werden unter anderem sowohl medikamentöse als auch interventionelle Behandlungsstrategien für Herzklappenerkrankungen sowie Rhythmusstörungen vorgestellt und diskutiert. Weitere Schwerpunkte bilden die geriatrische Kardiologie und die Adipositas. Unser Ziel ist es, mit dieser Tagung Kolleginnen und Kollegen sowohl aus dem niedergelassenen Bereich als auch aus den Krankenhäusern anzusprechen und zur stetigen Weiterentwicklung des Wissensstandes beizutragen. Wir freuen uns auf ihre Teilnahme!

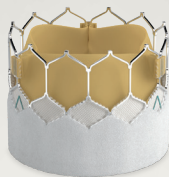
Mit kollegialen Grüßen


K. Huber M. Frick H. Alber M. Martinek H. J. Nesser

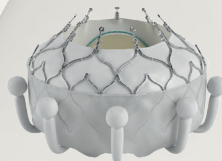
With Edwards Lifesciences,
you have a lifetime
of possibilities.



SAPIEN 3 Ultra
Transcatheter
Heart Valve



**SAPIEN 3 Ultra
RESILIA**
Transcatheter
Heart Valve



EVOQUE
Tricuspid Valve
Replacement
System



PASCAL Precision
Transcatheter Valve
Repair System

Medical device for professional use. For a listing of indications, contraindications, precautions, warnings, and potential adverse events, please refer to the Instructions for Use (consult eifu.edwards.com where applicable).

Edwards, Edwards Lifesciences, the stylized E Logo, EVOQUE, PASCAL, PASCAL Ace, PASCAL Precision, RESILIA, SAPIEN, SAPIEN 3, and SAPIEN 3 Ultra are trademarks or service marks of Edwards Lifesciences Corporation or its affiliates. All other trademarks are the property of their respective owners.

© 2024 Edwards Lifesciences Corporation. All rights reserved. PP--EU-8832 v1.0

Edwards Lifesciences Sàrl • Route de l'Etraz 70, 1260 Nyon, Switzerland • edwards.com



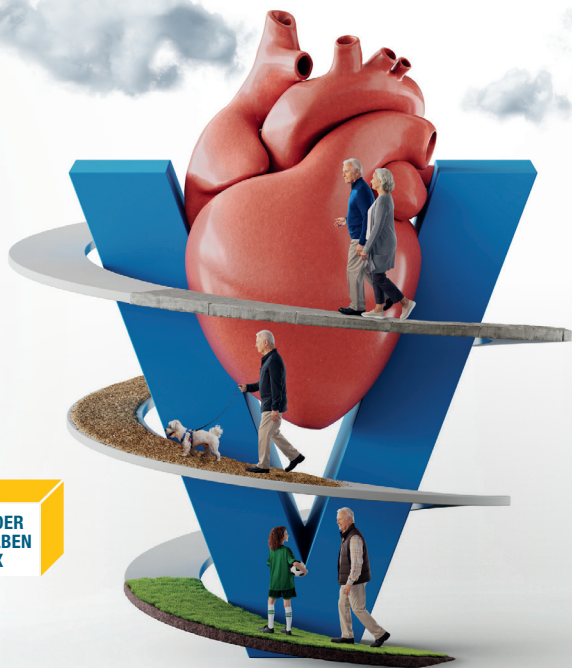
Edwards

PROGRAMM FREITAG, 10. JÄNNER 2025

- 12:55 Begrüßung**
M. Frick (Feldkirch)
- 13:00 – 14:15 Therapieziele und Grenzen bei alten Patient:innen**
Vorsitz: H. J. Nesser (Linz), H. Alber (Klagenfurt)
- 13:00 – 13:15 Welche Patient:innen profitieren von einer PCI?
M. Frick (Feldkirch)
- 13:15 – 13:30 Wer kommt nicht mehr für eine TAVI in Frage?
J. Dörler (Klagenfurt)
- 13:30 – 13:45 Was sind die Voraussetzungen für eine Ablation beim alten Patienten?
M. Martinek (Linz)
- 13:45 – 14:00 Arterielle Hypertonie und Hyperlipidämie: welche Grenzwerte gelten für alte Patient:innen?
K. Leitner (Klagenfurt)
- 14:00 – 14:15 *Panel Diskussion*
- 14:15 – 15:30 Herzinsuffizienz: Update 2025**
Vorsitz: K. Huber (Wien), M. Frick (Feldkirch)
- 14:15 – 14:30 Quadrupele Therapie und mehr: was beinhaltet eine optimale Therapie 2025
L. Auer (Wien)
- 14:30 – 14:45 Disease Management Programme in der Herzinsuffizienz – Gamechanger für die Optimierung der Therapie?
Ph. Hörmann (Feldkirch)
- 14:45 – 15:00 Bedeutung von Mavacamten und Aficamten bei der HOCM
Ch. Ebner (Linz)

TRANSTHYRETIN-AMYLOIDOSE
MIT KARDIOMYOPATHIE:
EINE UNTERDIAGNOSTIZIERTE URSACHE
VON HERZINSUFFIZIENZ^{1,2}

 **Vyndaqel**[®]
(Tafamidis)
61 mg Kapseln



IN DER
GELBEN
BOX

1x täglich oral
VYNDAGEL[®] 61 mg
die einzige ATTR-CM Therapie
mit 5-Jahres-Daten^{3,4}

Signifikante Reduktion der[†]:

Gesamt-
mortalität



CV-bedingten
Hospitalisierungen



Während der gesamten ATTR-ACT LTE Studie über 5 Jahre wurden bei Patient*innen, die kontinuierlich mit Vyndaqel 80/61 mg* behandelt wurden, keine neuen Sicherheitsbedenken festgestellt, und die unerwünschten Ereignisse blieben auf Placebo-Niveau.³

Häufig (> 1/100 bis < 1/10) beobachtete Nebenwirkungen sind Diarrhoe, Hautausschlag und Pruritus.⁴

ATTR-ACT: Eine multizentrische, internationale, randomisierte, doppelblinde, placebo-kontrollierte Phase-3-Studie, in der die gepoolte Vyndaqel-Dosierungen von 20 mg und 80 mg bei 441 Patient*innen mit Wildtyp- oder hereditärer ATTR-CM evaluiert wurden. Patient*innen mit ATTR-CM wurden randomisiert (2:1:2) und 30 Monate lang einmal täglich (qd) mit Vyndaqel 80 mg (Tafamidis-Meglumin), Vyndaqel 20 mg (Tafamidis-Meglumin) oder Placebo behandelt. Nach Abschluss der ATTR-ACT-Studie konnten die Patient*innen bis zu 60 Monate lang an der laufenden LTE-Studie teilnehmen. Patient*innen, die in der ATTR-ACT-Studie Vyndaqel erhielten, erhielten kontinuierlich die gleiche Dosis. Patient*innen der Placebogruppe wurden re-randomisiert (2:1) und erhielten entweder Vyndaqel 80 mg oder 20 mg. Ab Juli 2018 wurde das LTE-Protokoll geändert, und alle Patient*innen auf Vyndaqel 61 mg (Tafamidis) umgestellt.

* Eine einzelne Kapsel Vyndaqel 61 mg (Tafamidis) ist bioäquivalent zu Vyndaqel 80 mg (vier 20-mg-Kapseln Tafamidis-Meglumin) und ist nicht austauschbar auf einer Pro-mg-Basis.

[†] Primäranalyse nach der Finkelstein-Schoenfeld-Methode, einer hierarchischen Kombination beider Komponenten, beginnend mit der Gesamtmortalität.

Die Komponenten der primären Analyse, Gesamtmortalität und kardiovaskulär bedingte Hospitalisationen, wurden einzeln ausgewertet. Die Gesamtmortalität wurde anhand eines Cox-Proportional-Hazards-Modells analysiert, wobei die Behandlung und die Stratifikationsfaktoren als Kovariaten behandelt wurden. Die Analyse der kardiovaskulär bedingten Hospitalisationen basierte auf einem Poisson-Regressionsmodell mit den Faktoren Behandlung, Transthyretin (TTR)-Status (hereditär und Wildtyp), New York Heart Association (NYHA)-Basisklasse (NYHA-Klassen I und II kombiniert gegenüber NYHA-Klasse III), Interaktion zwischen Behandlung und TTR-Genotyp und Interaktion zwischen Behandlung und NYHA-Basisklasse.³

Herztransplantation, kombinierte Herz- und Lebertransplantation und die Implantation eines mechanischen Herzunterstützungssystems wurden in dieser Analyse als Tod gewertet.³

Analyse nicht um Multiplizität bereinigt.³

ATTR-CM, Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie; **CV,** kardiovaskulär

Referenzen: 1. Witteles RM, Bokhari S, Dany T, et al. Screening for transthyretin amyloid cardiomyopathy in everyday practice. *JACC Heart Fail*. 2019;7(8):709-716. 2. Maurer MS, Hanna M, Grogan M, et al. Genotype and phenotype of transthyretin cardiac amyloidosis: THAOS (Transthyretin Amyloid Outcome Survey). *J Am Coll Cardiol*. 2016;68(2):161-172. 3. Elliott P. Long-Term Survival With Tafamidis in Patients With Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy. *Circ Heart Fail*. 2022 Jan;15(1):e008193. 4. Aktuelle Vyndaqel 61 mg Fachinformation. 5. Lockwood PA, Le VH, O'Gorman MT, et al. The bioequivalence of tafamidis 61-mg free acid capsules and tafamidis meglumine 4 x 20-mg capsules in healthy volunteers. *Clin Pharmacol Drug Dev* 2020;9(7):849-854.

PROGRAMM FREITAG, 10. JÄNNER 2025

- 15:00 – 15:15 Tako Tsubo Kardiomyopathie – Update 2025
P.F. Harbich (Wien)
- 15:15 – 15:30 *Panel Diskussion*
- 15:30 – 16:00 Kaffeepause und Ausstellung**
- 16:00 – 16:45 Symposium ATTR Amyloidose,
unterstützt von Pfizer**
Vorsitz: H. Alber (Klagenfurt), M. Martinek (Linz)
- 16:00 – 16:15 Was sind die „red flags“ der kardialen
Amyloidose – ein diagnostischer Algorithmus
M. Frick (Feldkirch)
- 16:15 – 16:30 Aktuelle Optionen in der medikamentösen
Therapie der ATTR-Amyloidose
Ch. Ebner (Linz)
- 16:30 – 16:45 *Panel Diskussion*
- 16:45 – 18:30 Vorhofflimmern und mehr**
Vorsitz: K. Huber (Wien), H.J. Nesser (Linz)
- 16:45 – 17:00 Detektion nach Schlaganfall – was ist die
optimale Strategie?
C.C. Kaufmann (Wien)
- 17:00 – 17:15 Key messages der ESC Guidelines 2024 und
des Ablationskonsensus 2023
M. Martinek (Linz)
- 17:15 – 17:30 Vorhofflimmern und HFpEF –
das tödliche Duo
Ch. Lemes (Linz)
- 17:30 – 18:00 ventrikuläre Extrasystolie – ein Algorithmus für
die klinische Praxis
K. Leitner (Klagenfurt)
- 18:00 – 18:15 *Panel Diskussion*

PROGRAMM SAMSTAG, 11. JÄNNER 2025

09:00 – 10:15 Herzklappenintervention

Vorsitz: M. Frick (Feldkirch), H.J. Nesser (Linz),
M. Martinek (Linz)

09:00 – 09:15 TAVI: von der reinen Implantation
zum Optimieren
H. Alber (Klagenfurt)

09:15 – 09:30 Antikoagulation während und nach TAVI
K. Huber (Wien)

09:30 – 09:45 Transkatheter-Mitralklappenrepair: auch bei
mittelgradiger Mitralklappeninsuffizienz?
Th. Sturmberger (Linz)

09:45 – 10:05 Trikuspidalklappenintervention:
wer profitiert 2025
A. Zirlik (Graz)

10:05 – 10:15 *Panel Diskussion*

10:15 – 11:15 Koronar- und Aortensyndrome: was empfehlen die Leitlinien 2024?

Vorsitz: K. Huber (Wien), M. Martinek (Linz)

10:15 – 10:35 ESC-Leitlinien chronisches Koronarsyndrom
2024: was sind die bedeutendsten
Änderungen im klinischen Alltag
H. Alber (Klagenfurt)

10:35 – 10:55 Akutes Koronarsyndrom mit Schock –
Update 2025
J. Dörler (Klagenfurt)

PROGRAMM SAMSTAG, 11. JÄNNER 2025

- 10:55 – 11:15 ESC-Leitlinien paVK und Aortensyndrome
2024: was sind die bedeutendsten
Änderungen im klinischen Alltag
F. Schmid (Feldkirch)
- 11:15 – 11:45 Kaffeepause – Ausstellung
- 11:45 – 13:00 Kardiologie und Co-Morbiditäten**
Vorsitz: H. Alber (Klagenfurt), M. Frick (Feldkirch)
- 11:45 – 12:05 Optimale und effektive Lipidsenkung bei
Hochrisikopatient:innen
K. Huber (Wien)
- 12:05 – 12:25 SGLT-2 und GLP1-A:
Einfluss auf Herz und Niere
A. Mader (Feldkirch)
- 12:25 – 12:45 GLP1-A und die neuen
Kombinationspräparate bei Adipositas
A. Vonbank (Feldkirch)
- 12:45 – 13:00 *Panel Diskussion*
- 13:00 Verabschiedung und Ausblick auf
„Kardiologie Interaktiv 2026“**
H. Alber (Klagenfurt)

Get together & Open End mit Mittagsbuffet

ORGANISATOREN, SPRECHER, VORSITZENDE

Organisatoren

Kurt Huber
Matthias Frick
Hannes Alber
Martin Martinek
Hans Joachim Nesser

Faculty Wien

Kurt Huber
Lisa Auer
Paul F. Harbich
Christoph C. Kaufmann

Faculty Linz

Martin Martinek
Hans Joachim Nesser
Christian Ebner
Thomas Sturmberger
Christine Lemes

Faculty Klagenfurt

Hannes Alber
Jakob Dörler
Katharina Leitner

Faculty Feldkirch

Matthias Frick
Philipp Hörmann
Arthur Mader
Fabian Schmid
Alexander Vonbank

Eingeladener Gast

Andreas Zirlik (Graz)

ALLGEMEINE HINWEISE

Tagungsort

Hotel Montfort
Galuragasse 7
6800 Feldkirch

Veranstalter

Akademisches Lehrkrankenhaus Feldkirch,
Innere Medizin 1 Abteilung Kardiologie, Prim. Doz. Frick
Carinagasse 47, 6807 Feldkirch

Verantwortlich für das wissenschaftliche Programm

Prim. Priv.-Doz. Dr. Matthias Frick
Prim. Priv.-Doz. Dr. Hannes Alber
Prim. Univ.-Prof. Dr. Kurt Huber
Prim. a.D. MR Univ.-Prof. Dr. Hans-Joachim Nesser/Prim. Priv.-Doz. Dr. Martin Martinek

Organisation / Anmeldung / Sponsoring

Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
Freyung 6/3, 1010 Wien
Frau Sonja Chmella
Tel.: (+43/1) 536 63-32, E-Mail: kardio@maw.co.at

Anmeldung:

<https://registration.maw.co.at/kardiointer25>

Tagungsgebühr:

ÄrztInnen	€ 180,-
ÄrztInnen in Ausbildung	€ 90,-
StudentInnen	Freier Eintritt*
Medizinisches Assistenz- und Pflegepersonal	Freier Eintritt

*Medizinische Universitäten und Fachhochschulen (MUW, SFU...), bis 35 Jahre
Preise inklusive 20% MwSt. **Achtung:** Vor Ort nur Barzahlung



Diese Veranstaltung wurde mit insgesamt 12 Punkten von der Österreichischen Ärztekammer approbiert.

SPONSOREN

