



**Kardiologie**

Laurent S et al.: New drugs, procedures, and devices for hypertension. *Lancet* 380 (2012) 591-600

6



**Onkologie**

Salani R et al.: Gynecologic care for breast cancer survivors: assisting in the transition to wellness. *Am J Obstet Gynecol* 206 (2012) 390-397

33



**Kardiologie**

Dupont M et al.: Exercise as much as you can: solid advice for postmenopausal women. *Menopause* 19 (2012) 489-490

9

**DIE DRITTE SEITE**

Adipositas: Machen XXL-Softdrinks XXL-Menschen?

Verkehrsunfälle: Ratschläge – nein danke

Infektionen von Kindern:

Was sagt das Bauchgefühl des Arztes?

**SCHWERPUNKT KARDIOLOGIE**

CME: Therapie noch lange nicht perfekt – Neue Mittel, Verfahren und „Devices“ im Kampf gegen Hochdruck

CME: Beginn nach Tagen bis Jahren möglich – Was tun bei V. a. Infektion von Schrittmacher oder ICD?

CME: Solider Rat für Betroffene – Nach der Menopause gilt: Bewegung ist gut, etwas mehr ist noch besser ...

Herzinsuffizienz:

Auch bei Sinusrhythmus drohen Thromboembolien

Primärprävention mit Statinen: Wendet sich das Blatt?

Akutes Koronarsyndrom: Bei ACS ohne Revaskularisation Prasugrel und Clopidogrel äquieffektiv

Endokarditis: ein seltener Keim auf der Klappe

Chronische Herzinsuffizienz:

Eplerenon reduziert die Hospitalisierungsraten

Aortenklappen-Ersatz:

Kathetergestützte Implantation bewährt sich

KHK: unermüdliches Ringen um den besseren Stent

Dabigatran bei Vorhofflimmern:

Meilenstein in der Schlaganfallprophylaxe

**EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, MÜNCHEN 2012**

Moderne Kardiologie auf dem Prüfstand

**ANGIOLOGIE**

5 CME: Teil 1: Risikofaktoren, Symptome, KADI – Die pAVK erkennen, bevor Verlust der Extremität droht 18

**DIABETES / ENDOKRINOLOGIE**

5 Typ-2-Diabetes: Stoffwechsel-Risiko je nach Art der Adipositas 20  
 Typ-1-Diabetes: Zucker der späten Jahre 20  
 6 Blutzuckerselbstkontrolle: Präzision und Wirtschaftlichkeit gefordert 20  
 8 Typ-2-Diabetes: frühe Gabe von Liraglutid besonders wirksam 21  
 9 Hypothyreose: Bei erhöhtem TSH-Wert behandeln! 21

**GASTROENTEROLOGIE**

9 Pankreatitis: Lipidsenker-Therapie – Risiko oder Schutz? 22  
 12 Chronische Obstipation: Es gibt individuelle Lösungen des Problems 22  
 12 Cholestase: Doping – ein Volkssport 22

**ATEMWEGE**

14 Rationelle Diagnostik: Was bedeutet der Knoten in der Lunge? 24  
 14 Tiotropium bei COPD: Exazerbationsrisiko signifikant reduziert 24

**DERMATOLOGIE**

16 Chronische Wunden: der Infektion auf den Grund gehen 25  
 Photodynamische Therapie: Aktinische Keratosen innovativ behandeln 25  
 16 Kopfläuse: eine schnelle Kur 25  
 Melanom-Risiko: der Hautkrebs aus dem Sonnenstudio 26  
 Diabetische Fußläsion: Innovative Wundauflagen beschleunigen die Heilung 26

**UROLOGIE**

CME: Zu selten erkannt und behandelt – Überaktive Blase? So kommt man zur Diagnose 27

**NEUROLOGIE**

Akute ischämische Apoplexie: mechanische Alternative zur Thrombolysse 28

**DAS BEDEUTEN DIE SYMBOLE AM ANFANG DER QUELLE:**

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>A</b> Anwendungsbeobachtung | <b>M</b> Metaanalyse                       |
| <b>C</b> Fall-Kontroll-Studie  | <b>R</b> Randomisiert-kontrollierte Studie |
| <b>F</b> Fallbericht           | <b>S</b> Sonstige Studienarten             |
| <b>K</b> Kohortenstudie        | <b>U</b> Übersicht                         |

interior: mauritius images, wikimedia Commons / Jonathan Moore; Fotos auf dieser Seite: vfa / Martin Joppen, Neijron Photo - fotolia.com, Wikimedia Commons / Sara Reefy et. al.



**Geriatric**

*Beckett N et al.: Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to Hypertension in the Very Elderly randomised controlled trial. BMJ 344 (2012) 16*

36

CAVE: Alzheimer – Absetzen von Antipsychotika ein Risiko 28  
 Multiple Sklerose: Blockieren Autoantikörper Kaliumkanal? 28

**SCHMERZ**

Pankreas-CA: Schmerz mit Neurolyse angehen 30  
 Kopfschmerz:  
 Narbennurome nach Kraniotomie machen Probleme 30  
 Pleuritische Schmerzen: Ursachenforschung 30

**WORLD CONGRESS ON PAIN, MAILAND 2012**

Schmerz psychoneurobiologisch 32

**ONKOLOGIE**

CME: Onkologen nur begrenzt zuständig – Wie sieht gute Betreuung nach der ersten Zeit post Brustkrebs aus? 33  
 Prostata-CA: Biopsie ist verbesserungsbedürftig 34  
 Krebs-Metastasierung: weniger Absiedlungen unter ASS 34

**NOTFALLMEDIZIN**

Traumatischer Hirnschaden: Erholung beschleunigbar 35  
 Atypischer Brustschmerz: An das Wellens-Syndrom denken! 35  
 Schwangerschaftskomplikation: Cauda-equina-Syndrom 35

**GERIATRIE**

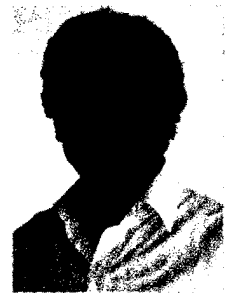
Hochdruck jenseits der 80: Hochbetagte profitieren von Therapie 36  
 Gicht: effektive Senkung der Harnsäure bei Senioren 36  
 Neue Einsatzgebiete für die Prävention mit B-Vitaminen 36

**DER GASTKOMMENTAR**

Honorar-Ergebnis für 2013:  
 Ein Tropfen auf den heißen Stein? 37  
**IM FOKUS** 21  
**STENO** 26  
 Forschung & Entwicklung 24  
 Bestellcoupon 38  
 Impressum 34  
 Für die Praxis 38  
 CME Zertifizierte Fortbildung: der Fragebogen 39

**Ausgeplaudert**

Betablocker gelten als Standardmedikation für KHK-Patienten, vor allem wenn sie einen Herzinfarkt hinter sich hatten. Die Evidenz für diese Maßnahme stammt aus Postinfarkt-Studien, die vor der Ära der modernen Rekanalisations- und sonstigen Therapien durchgeführt wurden. Die Empfehlung wurde dann extrapoliert auf alle Patienten mit KHK und sogar auf solche mit Risikofaktoren, aber keiner KHK-Manifestation. Es war bis dato offen, ob dies gerechtfertigt war.



Inzwischen wurde die Betablocker-Indikation in einer Beobachtungsstudie überprüft, die Patienten mit zurückliegendem Infarkt, solche mit KHK ohne Infarkt und solche nur mit Risikofaktoren enthielt (*Bangalore S et al., JAMA 2012, 1340-1349*). Das Follow-up betrug im Mittel 44 Monate. Das primäre Beurteilungskriterium, zusammengesetzt aus kardiovaskulärem Tod, nichttödlichem Herzinfarkt und nichttödlicher Apoplexie, wurde durch Betablocker-Einnahme nicht signifikant in positiver Richtung beeinflusst. Bei Patienten nur mit Risikofaktoren erhöhten Betablocker die Ereignisrate. Bei Infarkt, der weniger als ein Jahr zurücklag, wurde die Hospitalisierungsrate etwas reduziert.

Mein Doktorvater – er galt damals als der Betablocker-Papst Deutschlands – bemerkte am Rande einer Veranstaltung: „Ein Mann muss ein bisschen Hochdruck haben.“ – Die Studie kann das schlechte Gewissen all derer erleichtern, die nach bisheriger Einschätzung Betablocker nehmen sollten, es aber im Hinblick auf ihre Potenz nicht taten.

Dr. med. Wilfried Ehnert  
 Chefredakteur  
 ehner@gfi-online.de

Foto: goodluz - fotolia.com