

Inhalt

► Schwerpunkt: Elektrokardiographie

<i>Linksventrikuläre Hypertrophie</i>	
Mit neu auftretendem VHF verbunden.....	Seite 7
Prävalenz von EKG-Anomalien bei jungen Menschen	
Häufig, aber meist unspezifisch	Seite 7
Regelmäßige körperliche Freizeitaktivität im Alter	
Günstig für die Herzfrequenzvariabilität.....	Seite 8
Arrhythmien bei nicht ischämischer dilatativer Kardiomyopathie	
Risikostratifikation durch Kombinationen mehrerer Tests optimierbar	Seite 9
Automatisierte Fernüberwachung	
Erfolgreichere Nachbeobachtung	Seite 9

► Koronare Herzkrankheit/Myokardinfarkt/Angina pectoris

<i>Hemmung der Lipoprotein-assoziierten Phospholipase A2 bei stabiler KHK</i>	
Nutzen nur bei sekundären Endpunkten beobachtet.....	Seite 5
Blutdruck und kardiovaskuläre Erkrankungen	
Zusammenhänge anders als vermutet	Seite 6
Verschiedene Stents im Vergleich	
Stents mit Medikamenten meist besser als reine Metallstents	Seite 8
Medikamente-freisetzende Stents im 5-Jahres-Vergleich	
Längere Nachbeobachtung lohnt sich.....	Seite 8
Prolaktinkonzentrationen im Serum	
Positiv mit der (kardiovaskulären) Mortalität assoziiert.....	Seite 12
Humane atherosklerotische Karotisplaques	
Marker für Ruptur-anfälligen Phänotyp identifiziert	Seite 13

► Herzklappenerkrankungen

<i>TAVI mit selbstexpandierender Aortenklappe</i>	
Bessere Überlebensraten nach einem Jahr.....	Seite 5

► Herzinsuffizienz

<i>Kardiale Resynchronisationstherapie bei leichter Herzinsuffizienz</i>	
Bei Linksschenkelblock vorteilhaft.....	Seite 5

► Diverses

<i>Bariatrische Operationen bei adipösen Typ-2-Diabetikern</i>	
Blutzucker auch nach 3 Jahren eher unter Kontrolle als ohne OP.....	Seite 2
Obstruktive Schlafapnoe	
Kombination aus Gewichtsabnahme und CPAP senkt Diabetes-Risiko.....	Seite 2
Obstruktive Schlafapnoe	
CPAP effektiver als Sauerstoffsupplementierung	Seite 4
Blutdruckziel beim septischen Schock	
Höherer Zielwert führt nicht zu besserem Outcome	Seite 4
Akutes Lungenversagen	
Statine nicht sinnvoll.....	Seite 4
Systematischer Review mit Meta-Analyse zeigt:	
Diabetes erhöht Schlaganfallrisiko von Frauen stärker.....	Seite 9
Genomweite Analyse zu Adipositas und DNA-Methylierung	
Hoher BMI - erhöhter Methylierungsgrad	Seite 12
Wenn Diabetiker andere Zuckerkrankte beraten	
Kein Nutzen für Selbstmanagement und Wohlbefinden feststellbar	Seite 12
Nebivolol und Valsartan als Fixdosis-Kombination	
Effektive und gut verträgliche Option für Hypertoniker	Seite 13

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

diesmal kommt der Angriff aus der entgegengesetzten Richtung. Warf man uns Ärzten bisher in der gedruckten Öffentlichkeit oft vor, Apparatemedizin zu betreiben und zu wenig Zeit für Gespräche und die genaue körperliche Untersuchung zu haben, so heißt es jetzt im Gegensatz, beispielhaft in der FAZ-Überschrift vom 27.06.2014, „Computer werden die Ärzte ersetzen“. Im weiteren Text meint der technisch versierte Journalist, „die Medizin eigne sich hervorragend für Automatisierung und Digitalisierung ... und Diagnostik ist in der Praxis nichts anderes, als einen Algorithmus zu machen und alle Krankheiten auszuschließen“. Zuerst dachte ich, ein Kaufmännischer Direktor eines rote Zahlen schreibenden Klinikums hätte den Artikel verfasst. Soll es doch Ökonomen unter diesen geben, die sowieso meinen, dass sich ein Krankenhaus am besten rechnet, wenn es keine Ärzte und nur wenige Patienten gibt. Zusätzlich liest man fast täglich in der Fachpresse, dass die Automatisierung und die Telemedizin auf dem Vormarsch sei und die Onlinediagnose und telefonische Therapieunterstützung den Arztbesuch ersetzen könne. Auch in dieser aktuellen Ausgabe referieren wir wiederum 2 diesbezüglich interessante Publikationen. Zum einen berichten Varma et al., dass das tägliche Home Monitoring bei ICD-Trägern in 91% erfolgreich war und gegenüber der konventionellen Überwachung auch bezüglich der Regelmäßigkeit der notwendigen ICD-Kontrollen signifikante Vorteile hatte (siehe S. 9). Offensichtlich ist die Internet-Übertragung einfacher elektronischer Daten eines Schrittmachers oder ICD also gut machbar. Andererseits beschrieben Chan et al. (siehe S. 12), dass die „Telefonmedizin“ hinsichtlich des metabolischen Risikos und der Zufriedenheit bei Typ-2-Diabetikern keine besseren Ergebnisse zur Folge hat. In der Studie wurden einige sehr gut eingestellte Diabetiker speziell geschult; sie riefen andere Diabetiker regelmäßig an, um sie auf die optimale Lebensweise und die zeitgerechte Medikamenteneinnahme hinzuweisen. Dieser „Arztersatz“ erwies sich aber nicht als vorteilhaft. Entsprechend weiß man seit vielen Jahren, dass das Telefonmonitoring selbst bei Herzinsuffizienz die Überlebenswahrscheinlichkeit nicht verbessert (Chaudhry et al., NEJM 2010; 363:2301, van Veldhuisen et al., Circulation 2012; 125:2965), obwohl es viele Versuche aob. die bei diesem Syndrom anaeb-



Herausgeber: Erland Erdmann

vante Daten direkt zu einem medizinischen Fachmann (Hausarzt, telemedizinisches Zentrum, Klinik) zu übertragen und sofort darauf zu reagieren, wenn es nötig sein sollte. Bei lebensbedrohlichen Zuständen könnte zum Beispiel sogar eine automatische Alarmierung des Arztes erfolgen, so dass frühzeitig lebensrettende Hilfe veranlasst werden könnte. Viele weitere kluge Anwendungsmöglichkeiten mit Vernetzung über das Internet sind vorstellbar. Natürlich ist die Telemedizin nicht umsonst zu haben. Zusätzliche Kommunikationsgeräte, ein speziell ausgestattetes Mobiltelefon oder einen „Personal Digital Assistant“ neben vielen komplexen Datenschutz-gerechten Endgeräten und teuren Spezialcomputern in Praxen und Kliniken benötigt man schon. Die dafür geeigneten Apparate und Software gibt es, viele Anbieter sind am Markt, das wirtschaftliche Potential ist groß. Wir Ärzte sollten uns aber gut überlegen, ob das persönliche Gespräch, die sich oft erst dadurch ergebenden Probleme beziehungsweise die Indikation zur gezielten Untersuchung, der ermunternde Zuspruch und der auch in kritischer Situation zusehender Händedruck zugunsten einer anonymisierten Zentralisierung der Medizin aufgegeben werden können. Selbstverständlich kann man im Krankenhaus nachts einen Radiologen einsparen und das CT des Kranken in der Notaufnahme online in Indien beurteilen lassen, wie es uns die geschäftstüchtigen Einflüsterer empfehlen. Ich bezweifle aber, dass das die Zukunft der medizinischen Betreuung sein wird. Der Kranke braucht den Arzt, der seine Gedanken, Emotionen und Persönlichkeitsmerkmale erfasst und sie in die Diagnose und Therapie einfließen lässt. Das ist die ärztliche Kompetenz, darin ersetzt ihn kein Computer. Bezeichnenderweise erschien der oben erwähnte FAZ-Artikel im Wirtschaftsteil, in dem Empathie und Berufsethos wie Fremdwörter anmuten.