

Aus dem Inhalt

► Schwerpunkt: Beatmungsmedizin/schlafbezogene Atmungsstörungen

Diastolischer Blutdruck am Morgen bei nicht hypertonen OSA-Patienten	Seite 6
Unterschiede zwischen Geschlechtern bei schlafbezogenen Atmungsstörungen	Seite 6
Lebensqualität bei Jugendlichen mit OSAS unter CPAP-Therapie.....	Seite 8
Allergische und nicht allergische Rhinitis bei obstruktiver Schlafapnoe	Seite 8
Prävalenz Obstruktiver Schlafapnoe beim akuten Koronarsyndrom.....	Seite 8
CPAP versus automatische Druckanpassung bei Aerophagie	Seite 9
Sauerstoff versus Sauerstoff plus Heim-NIV nach akuter COPD-Exazerbation..	Seite 9
Wirkung von CPAP auf Patienten mit Obstruktiver Schlafapnoe.....	Seite 10
Kardiovaskuläre und Stoffwechsel-Marker bei positivem Atemwegsdruck..	Seite 14
Obstruktive Schlafapnoe und Depression	Seite 15
Nicht invasive Beatmung bei intensivmedizinischer versorgten Senioren ...	Seite 15
Selbstwirksamkeit und Kurzzeitadhärenz gegenüber CPAP bei Kindern.....	Seite 16
Stimulation oberer Atemwege und Einfluss auf die Schlafarchitektur	Seite 16
Kinder mit Obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom früh erkennen.....	Seite 18
Stridor nach Extubation und Wahrscheinlichkeit erneuter Intubation	Seite 20
Lebenserhaltende Maßnahmen bei chronischem Organversagen	Seite 20

► COPD

Individualisiertes Risiko bei Lungenvolumenreduktion	Seite 2
COPD-Risiko bei Rauchern	Seite 3
Uneinigkeit über Kriterien für Asthma-COPD-Overlap-Syndrom.....	Seite 10
Klinische Merkmale einer COPD mit Überschneidung zum Asthma.....	Seite 10
Nicht diagnostizierte COPD.....	Seite 12
Doxycyclin bei ambulant behandelten COPD-Exazerbationen.....	Seite 14
Aktivität und Trainingsmotivation bei COPD-Patienten	Seite 18
Status des Nikotinkonsum und COPD	Seite 19
Lebenserhaltende Maßnahmen bei chronischem Organversagen	Seite 20

► Pneumo-Onkologie

Avelumab bei vorbehandeltem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom.....	Seite 12
Prophylaktische kraniale Bestrahlung versus Beobachtung beim ED-SCLC ..	Seite 20

► Asthma

Erkrankungen des autistischen Spektrums und Asthma im Kindesalter	Seite 3
Mepolizumab als Add-on-Therapie beim schweren eosinophilen Asthma	Seite 4
Asthma und Risiko für Koronare Herzkrankheit	Seite 4
Atopie-Phänotypen bei Kindern und Asthmarisiko	Seite 6
Alfacalcidol als Ergänzung zur Standard-Asthmatherapie	Seite 9
Wirkung von akutem psychischen Stress auf Asthma	Seite 15
Stillen, mütterliches Asthma und Wheezing im ersten Lebensjahr	Seite 18

► Infektionen

Verschreibung von Antibiotika bei AURI	Seite 4
Einfluss von HIV und ART auf TB-Risiko bei Kindern.....	Seite 12
Krankheitslast durch nicht tuberkulöse Mykobakterien in Deutschland.....	Seite 16
Computergestützte Bilddatenanalyse bei Tuberkulose	Seite 21

► Verschiedenes

Aktivitätsassoziierte Dyspnoe bei Männern und Frauen.....	Seite 2
Lungeneffekte einer Androgendeprivationstherapie beim Prostatakarzinom ...	Seite 3
Umweltverschmutzung und globale Krankheitslast, 1990–2015.....	Seite 14
Veränderte Praxis bei schwerer Bronchiolitis	Seite 19
Rauchen und Krankheitslast in 195 Ländern	Seite 21
Nicht maligne Pleuraergüsse durch Organdysfunktion	Seite 21

► Forschung, Hochschule & Verbände

.....	Seite 24
-------	----------

► Industrie.....

.....	Seite 27
-------	----------

..... Seite 31

Editorial

Arzt versus Computer

Sind Computer die besseren Ärzte? Die aktuellen Schlagzeilen in Print- und Online-Medien erwecken diesen Eindruck. „IBMs Künstliche Intelligenz schlägt menschliche Ärzte bei Diagnose“ hieß es 2016.¹ „Ärzte ratlos: Künstliche Intelligenz stellt Diagnose und rettet Frau das Leben“.² Solche Überschriften schüren Ängste. Einerseits auf Seiten der Mediziner: Werden wir eines Tages durch Computer ersetzt? Andererseits bei Patienten: Muss ich meine Gesundheit einer Maschine anvertrauen?

Die Angst der Ärzte ist historisch begründet: Die Computerisierung bzw. Digitalisierung der Arbeitswelt geht stets mit der Veränderung von Berufsbildern einher. Einige Berufe (z. B. die Datentypistin) sterben aus, andere (z. B. Webdesigner) entstehen neu. Sind mit der Weiterentwicklung der künstlichen Intelligenz menschliche Ärzte vom Aussterben bedroht? Sicher nicht. Dafür gibt es einige gute Gründe.

1) In der Medizin gibt es selten eine einzige, alleinige Wahrheit. Leitlinienautoren können ein Lied davon singen. Es gibt kaum ein Thema, zu dem unter Experten nicht unterschiedliche Ansichten existieren. Moderne Leitlinien spiegeln dies wider, indem bei entscheidenden Aussagen das Ergebnis der Abstimmung im Expertengremium angegeben wird. Selten findet man dort Einstimmigkeit. Wie soll nun einem Computer vermittelt werden, zu welchem Schluss er aufgrund der vorliegenden Informationen gelangen soll, wenn wir akzeptieren, dass auch Experten zu verschiedenen Lösungen kommen?

2) Verlässliche Zahlen sind eine Illusion. Wir arbeiten regelmäßig mit Messwerten, die eine mathematische Exaktheit suggerieren. Man muss sich dabei allerdings klarmachen, dass Grenzwerte einfach der Arbeitserleichterung dienen, sie haben selten einen Absolutheitsanspruch. Muss ein Patient mit COPD, bei dem ein FEV₁ von 51 % vom Soll gemessen wird, grundsätzlich anders behandelt werden als jemand, dessen FEV₁ bei 49 % vom Soll liegt? Uns ist bewusst, dass allein die normale Schwankungsbreite zwischen 2 Messungen einen Unterschied von 2 Prozentpunkten ausmachen kann. Einmal GOLD 2, einmal GOLD 3: Würde ein menschlicher Arzt hier apodiktisch vorgehen? Sicher, GOLD erlaubt nun die Anpassung der Therapie aufgrund der Symptomatik und der Exazerbationsrate, insofern

Herausgeber:
Justus de Zeeuw

tritt der gemessene FEV₁-Wert in den Hintergrund. Dennoch macht das Beispiel deutlich, dass wir mit vielen willkürlich gewählten Grenzziehungen arbeiten, die eine gewisse Unschärfe mit sich bringen.

3) Irren ist menschlich. Im ersten Augenblick mag es so erscheinen, dass genau dieses Problem durch Computer gelöst würde. Allerdings ist hier mit Mensch nicht der Arzt gemeint, sondern der Patient. Es gehört zu unserer täglichen Arbeit, mit den Informationen umzugehen, die wir von unseren Patienten erhalten. Dabei sind Irrtümer inbegriffen. So wie ein Kriminologe weiß, dass Beobachtungen von Augenzeugen mit Vorsicht zu genießen sind, weil schon die Art der Frage die Antwort beeinflussen kann, ist es auch in der Medizin. Die Art, wie wir fragen, beeinflusst die Antwort unseres Gegenübers. Gesprächsführung ist eine hohe Kunst, die weit über das Abarbeiten eines Fragenkataloges hinausgeht. Selbst wenn es gelänge, Künstliche Intelligenz mit der Fähigkeit zu einer exzellenten Gesprächsführung auszustatten, wären ihr Grenzen gesetzt. Da, wo es um Empathie geht, ist der Mensch nicht durch einen Computer zu ersetzen. Solange dem Gesprächspartner bewusst ist, dass er sich im Dialog mit einem Computer befindet, kann wahre Empathie nicht entstehen. Einen weiteren Aspekt beim Umgang mit Menschen stellt der Intellekt dar. Nicht jeder Patient ist in der Lage, ihm gestellte Fragen in geeigneter Weise zu beantworten. Je nach Berufsgruppe beträgt

Fortsetzung auf Seite 2