

Hirnschrittmacher

Kassenpflicht erweitert



Foto: Rolf Zimmermann, FotoGrafikZentrum InseleSpital

Die Tiefenstimulation des Hirns zur Behandlung der Dystonie gehört seit 1. Juli 2011 zu den Pflichtleistungen

der Krankenkassen. Die Technik der sogenannten tiefen Hirnstimulation wird bei Patienten mit Parkinson oder Zittern seit Jahren verwendet und ist kassenpflichtig. Dies galt bis anhin aber nicht bei schweren Dystonien (Verkrampfungen und fehlerhafte Muskelspannung), obwohl die tiefe Hirnstimulation hier oft als einzige Hoffnung auf Linderung gilt. Der im Brustbereich implantierte Schrittmacher schickt über Kabel unter der Haut gezielte elektrische Impulse ins Gehirn, was zu einer Verbesserung der Dystonie führt. Nun wird die Behandlung der Dystonie mit

dem Hirnschrittmacher durch die Krankenversicherungen neu vergütet, sofern die Behandlung durch Medikamente nicht die gewünschte Wirkung zeigt. Voraussetzung sei weiterhin, dass der Patient durch ein kompetentes Team von Fachleuten aus verschiedenen Spezialgebieten betreut wird (stereotaktische Neurochirurgie, Neurologie mit Spezialgebiet Bewegungsstörungen, Neuroradiologie). In einer Pressemitteilung weist das InseleSpital Bern darauf hin, dass die neue Zulassung auf Antrag der Berner erfolgt sei und am InseleSpital seit 1998 schon bei über 100 Patientinnen und Patienten ein Hirnschrittmacher eingepflanzt wurde.

RBO❖

Metaanalyse

Intensive Blutzuckersenkung bei Typ-2-Diabetes enttäuscht

Effektivere therapeutische Möglichkeiten führen zu ambitionierteren Behandlungszielen, von denen man sich auch gleich einen Vorteil für die Patienten verspricht. Diese Entwicklung war in den letzten Dekaden beispielsweise bei Bluthochdruck, Dyslipidämien und bei der Blutzuckerkontrolle im Rahmen eines Typ-2-Diabetes sehr schön zu verfolgen. Französische Forscher haben nun eine Metaanalyse zur intensivierten Blutzuckersenkung publiziert, die eine deutliche Kluft zwischen theoretischem Anspruch und praktischer Wirklichkeit erkennen lässt. Sie schlossen 13 randomisierte kontrollierte Studien ein. Von den 34 533 Patienten mit Typ-2-Diabetes erhielten 18 315 eine intensive blutzuckersenkende Therapie und 16 218 eine Standardbehandlung. Weder die Gesamtmortalität (Risk ratio [RR]

1,04, 99%-Konfidenzintervall [KI] 0,91–1,19) noch die kardiovaskulären Todesfälle (RR 1,11, 95%-KI 0,86–1,43) wurden signifikant beeinflusst. Die intensive Therapie war zwar mit Risikoreduktionen bei nicht tödlichen Myokardinfarkten (RR 0,85, 95%-KI 0,74–0,96, $p < 0,001$) und Mikroalbuminurie (RR 0,90, 95%-KI 0,85–0,96, $p < 0,001$), aber auch mit einem mehr als zweifach erhöhten Risiko für schwere Hypoglykämien (RR 2,33, 95%-KI 21,62–3,36, $p < 0,001$) assoziiert. Über einen Zeitraum von 5 Jahren müssten 17 bis 150 Patienten behandelt werden, um einen Myokardinfarkt zu verhindern, und 32 bis 142 Patienten, um eine Episode von Mikroalbuminurie zu verhindern. Dem steht 1 Fall von schwerer Hypoglykämie auf 15 bis 52 Patienten gegenüber. In einer nur die Studien mit

hoher Qualität (Jadad Score > 3) umfassenden Analyse war die intensive Blutzuckersenkung mit keinerlei signifikanten Risikoreduktionen, aber mit einem um 47 Prozent erhöhten Herzinsuffizienzrisiko assoziiert ($p < 0,001$). Die Autoren stellen enttäuscht fest, dass die Gesamtergebnisse ihrer Metaanalyse für die intensive Blutzuckerkontrolle nur beschränkte Vorteile ergeben und dass sie weder eine Reduktion um 9 Prozent noch eine Zunahme um 19 Prozent bei der Gesamtsterblichkeit oder eine 43-prozentige Zunahme der kardiovaskulären Todesfälle ausschliessen können. Damit bleibe das Nutzen-Risiko-Verhältnis bei der Verhütung mikro- und makrovaskulärer Ereignisse ungewiss.

HB❖

BMJ 2011;343:d4169 doi: 10.1136/bmj.d4169

Assoziation

Kurz- sowohl als Langschläfer haben ein höheres Herzkreislaufrisiko

Foto: people collection



Eine systematische Übersicht und Metaanalyse ergab 15 prospektive Studien zum Zusammenhang zwischen Schlafdauer und Herzkreislauferkrankungen mit 474 684 Teilnehmern und Teilnehmerinnen und 16 067 kardiovaskulären Ereignissen (KHK, Stroke sowie Gesamtgefäßerkrankungen). Eine kurze Schlafdauer ($\leq 5-6$ Stunden pro Nacht) war mit einem höheren Risiko, an KHK oder Stroke zu erkranken oder zu sterben,

assoziiert, nicht aber mit einem erhöhten Gesamtrisiko für Herzkreislauferkrankungen. Auch eine lange Schlafdauer ($> 8-9$ Stunden pro Nacht) ging mit einem erhöhten KHK-, Stroke- sowie auch Herzkreislaufrisiko einher. Was es zu bedeuten hat? Bei langer Schlafdauer ist an bisher nicht bekannte Grunderkrankungen zu denken, notorische Kurzschläfer sind als kardiovaskuläre Risikoindividuen zu betrachten, so die Autoren. **HB**❖

European Heart Journal (2011) 32, 1484–1492.
doi:10.1093/eurheartj/ehr007

Sertralin und Mirtazapin

Antidepressiva bei Alzheimer konnten nicht überzeugen

Bei Demenzpatienten sind Depressionen häufig, und dann werden gern Antidepressiva eingesetzt. Eine doppelblinde, plazebokontrollierte Studie hat diese Praxis nun bei Alzheimerpatienten mit den beiden in Grossbritannien am häufigsten Antidepressiva Sertralin und Mirtazapin überprüft und kommt zu einem negativen Ergebnis. Die Abnahme der Depressionsscores nach 13 Wochen zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den 111 Kontrollen und den 117 mit Sertralin oder Mirtazapin behandelten Demenzkranken. Auch zwischen den mit den beiden Antidepressiva aktiv behandelten Gruppen bestand kein Unterschied in der Beeinflussung der Depression. Diese negativen Ergebnisse hielten bis zum Studienende nach 39 Wochen an. Bei den Kontrollpatienten wurde über weniger Nebenwirkungen berichtet (26%) als in der Gruppe mit Sertralin

(43%) oder Mirtazapin (41%), und signifikant weniger Nebenwirkungen wurden als schwer qualifiziert. Die Autoren stellen fest, dass die Studie zwar ein negatives Ergebnis erbrachte, aber einen Einfluss auf die Praxis haben sollte. Angesichts der im Plazebovergleich dokumentierten fehlenden Wirkung auf eine klinisch bedeutsame Depression bei Alzheimerdemenz sei von der Praxis Abstand zu nehmen, Depressionen bei diesen Patienten mit Antidepressiva zu behandeln. Sie räumen aber auch methodische Schwächen ein. Überdies seien die hier bei Alzheimerpatienten in geriatrischen Institutionen gewonnenen Resultate nicht auf weniger komplexe Fälle von Depressionen bei Demenz in der Hausarztpraxis zu übertragen. **HB**❖

Lancet 2011; published online July 18.
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60830-1.

Was sonst noch geschah

Patent für Rechenmaschine



Unter der Schweizer Patentnummer CH51140 wird am 1. August 1911 ein Patent für eine «Thomas-Rechenmaschine mit Tasteneinstellung und Druckwerk» erteilt. Patentinhaber ist die deutsche Firma Seidel und Naumann. Thomas-Rechenmaschinen sind mechanische Rechner mit sogenannten Staffelwalzen. Es handelt sich dabei um Walzen mit Zähnen in gestaffelter Länge, die je nach Umdrehung verschiedene Zahlenwerte repräsentieren. Das Prinzip wurde von Gottfried Wilhelm Leibniz im 18. Jahrhundert entwickelt und von Charles Xavier Thomas, der 1820 die erste serienmässige Rechenmaschine auf den Markt brachte, im 19. Jahrhundert perfektioniert. Die Rechenmaschine von Seidel und Naumann könnte so ausgesehen haben wie oben abgebildet (Foto: www.rechnerlexikon.de).

Friedenskongress in Bern

Die seit Frühjahr 1911 auch in der Schweiz aktive Carnegie-Stiftung lädt am 14. August zu einem Kongress nach Bern ein. Es geht um wirtschaftliche Zusammenhänge, Ursachen und Folgen des Kriegs. Die Globalisierung der Wirtschaft war bereits damals ein Thema. So wird in der «Harenbergschen Chronik»-Ausgabe 1911 von diesem Kongress zitiert: «... die Wirtschaften der einzelnen Völker haben aufgehört, sich selbst zu genügen; sie erscheinen in zunehmendem Masse nur mehr als Glieder einer Weltwirtschaft...».

Gestorben im August 1911



Am 1. August 1911 starb Konrad Duden (1829–1911). Der Gymnasiallehrer publizierte 1880 das erste «Vollständige Orthographische Wörterbuch der deutschen Sprache» und begründete so das bis heute gültige Standardwerk der Rechtschreibung. **RBO**❖