

Sechster Stock, Aufzug vorhanden: Wie wäre es mit Treppensteigen?

Sixth Floor, Elevator Available: How About Using the Stairs?

Körperliche Aktivität zählt (neben dem Rauchverzicht) zu den wirksamsten Maßnahmen in puncto Lebensverlängerung und Beeinflussung kardiovaskulärer Risikofaktoren. Leichter gesagt, als getan: Versuche der Integration in den Alltag scheitern nicht selten am inneren Schweinehund.

Am einfachsten ist es vielleicht, sich bei der Alternative Aufzug versus Treppensteigen für Letzteres zu entscheiden, insbesondere weil die Aktivität bezüglich der verausgabten Energie als „intensiv“ gilt. Schon täglich sieben Minuten eines solchen Trainings sind laut Studien mit einer Verminderung koronarer Todesfälle um 62 % assoziiert.

An Versuchen, Menschen an ihrem Arbeitsplatz zu motivieren, lieber Treppen zu steigen als Aufzüge zu benutzen, hat es in der Vergangenheit nicht gefehlt – z.B. mit ermunternden/abschre-

ckenden Hinweisschildern, Bildern, Musik oder auch positivem Feedback. Auch an öffentlichen Plätzen wie Einkaufszentren, Bahnhöfen, Flughäfen oder Universitätsgebäuden sind entsprechende Interventionen versucht worden.

Nicht alle Versuche waren erfolgreich. *Grosso modo* war die Akzeptanz an öffentlichen Plätzen aber besser als am Arbeitsplatz, wie eine systematische Übersichtsarbeit von 2015 zeigte.

Von den zahlreichen Arbeiten will ich in aller Kürze auf eine nicht mehr ganz neue, aber mit einfachen Mitteln durchgeführte Studie hinweisen, die in *El Paso* an der texanisch-mexikanischen Grenze stattfand.

Dabei ging es überraschender Weise nicht darum, mithilfe von Treppen statt mit einem Aufzug den Grenzzaun bzw. die Grenzmauer zu überwinden, die ja vom amerikanischen Präsidenten erweitert

bzw. neu erbaut werden sollen. Vielmehr sollte sechs Monate lang untersucht werden, routinemäßig angebrachte, gut lesbare und lustige Schilder in Spanisch und Englisch (60 x 60 cm) an Treppen, Aufzügen und Rolltreppen (mit der Aufforderung, man möge doch lieber zu Fuß die Treppe benutzen) wirksam waren.

Jeweils zwei unauffällig positionierte Beobachter dokumentierten genau, was an vier prominenten Stellen in der Stadt (Flughafen, Bankgebäude, Universitätsbibliothek, Büroturm) geschah.

Das Studienergebnis: Die Intervention war hochsignifikant wirksam – bei Frauen übrigens deutlich nachhaltiger als bei Männern!

Coleman KJ, Gonzalez EC. Promoting stair use in a US-Mexico border community. *Am J Public Health* 2001; 91: 2007–9. Frei unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446923/pdf/0912007.pdf

Plötzliche Gedächtnisstörungen und Desorientierung: Ihre Diagnose?

Sudden Memory Impairment and Disorientation: What is Your Diagnosis?

Eine 65-jährige, gesunde Frau fährt zu einem Begräbnis einer guten Freundin und erlebt dort erschütternde Szenen von Trauer und Verzweiflung. Im Anschluss kommt es bei ihr zu plötzlichen Gedächtnisstörungen und Desorientierung; sie fragt die Umstehenden wiederholt nach Ort und Zeit sowie nach den teilnehmenden Personen.

Es wird ein Krankenwagen gerufen, der sie zur nächsten Klinikambulanz bringt. In der Notfallaufnahme telefoniert sie mit ihrem Bruder – einem Neurologen. Die Frau wird für eine Nacht stationär zur Beobachtung aufgenommen und einer ausführlichen Diagnostik unterzogen, darunter:

- CT-Schädel („zum Ausschluss einer intrazerebralen Blutung“),
- MRT-Angiogramm der intrazerebralen und Nackengefäße,
- EEG,
- EKG, Echokardiografie („zum Ausschluss von Emboliequellen“),
- umfangreiches Labor,

- diverse Konsiliaruntersuchungen.

Alle diagnostischen Resultate sind normal.

Um welche Diagnose könnte es sich handeln?

Der Bruder der Frau beruhigt seine Schwester am Telefon; es sei nichts Schlimmes. Er spricht mit dem behandelnden Aufnahmekarnt und beide „scherzen“ über die exzellente Prognose der vorliegenden Symptomatik. Das Telefonat konnte allerdings die stationäre Aufnahme und die geschilderte, ausführliche Diagnostik nicht verhindern. Natürlich auch nicht die nachfolgende Rechnung: 42.000 US-Dollar.

Die meisten von Ihnen werden schon vermutet haben, dass es sich hier um eine transiente globale Amnesie (TGA) gehandelt hat. Dazu passt, dass die Patientin innerhalb von rund sechs Stunden völlig beschwerdefrei war.

Die Geschichte ist natürlich mitnichten erfunden und wurde in der *JAMA Internal Medicine* publiziert. Der u.a. mit dem Massachusetts General Hospital assoziierte Neurologe heißt Steven H. Horovitz, ist heute 77 Jahre alt und praktiziert immer noch in der Bostoner Parkman Street.

Die TGA, deren genaue Ätiologie und Pathogenese bis heute unbekannt ist, hat eine jährliche Inzidenz zwischen 3.4 und 10.4 pro 100.000 Personen. Als positive diagnostische Kriterien gelten:

- Anfall von Zeugen beobachtet,
- keine fokalen neurologischen oder kognitiven Defizite,
- keine Krampfaktivitäten,
- keine Bewusstseins- oder Identitätsstörungen,
- Dauer unter 24 Stunden.

Trotz aller bislang beruhigenden Studien: Die langfristige Prognose der TGA ist immer noch nicht zweifelsfrei geklärt.

Nur ein Beispiel: Rezidive sollen bei geschätzt 2,9–23,8 % der Betroffenen auftreten. Alleine schon dieser massive Unterschied zeigt, wie wenig wir wirklich wissen (dies betrifft insbesondere auch mögliche langfristige kognitive Defizite). Die bisher veröffentlichten Arbeiten haben relativ kleine Patientenkollektive (maximal 100 Patienten) höchstens sechs Jahre lang nachverfolgt.

Eine kürzlich erschienene Studie beruht auf der Datenbasis des Rochester Epidemiology Projects (REP). Rochester ist eine (nach deutscher Definition) kleine Großstadt von gerade einmal 100.000 Einwohnern, Hauptstadt des Verwaltungsbezirks Olmstedt County im US-Bundesstaat Minnesota. Weit über die Grenzen der USA bekannt ist die hier lokalisierte Mayo Clinic (www.mayoclinic.org), eine Non-Profit-Organisation mit rund 2000 Krankenhausbetten, fast 60.000 Mitarbeitern und angeschlossener Medizinischer Fakultät.

Im REP wurden seit 1966 epidemiologische Daten von über 500.000 Einwohnern (sechs Millionen Personenjahre) dokumentiert, die jemals im Olmstedt County gewohnt haben.

Die o.g. Untersuchung umfasst alle 221 Patienten mit TGA (50,2 % Frauen), die zwischen Januar 1985 und Dezember

2010 im Olmstedt County diagnostiziert wurden, und vergleicht sie mit 221 Kontrollpersonen gleichen Alters und Geschlechts über im Mittel 12 Jahre. Beim Vergleich der zerebro- bzw. kardiovaskulären Risikofaktoren zeigte sich, dass Diabetes häufiger bei den Kontrollen, Vorgeschichte einer Migräne häufiger bei den TGA-Patienten vorkam. Alle Teilnehmer waren im Mittel um die 65 Jahre alt.

Primäre Endpunkte der Studie waren Schlaganfall oder TIA, zerebrale Anfälle, leichte kognitive Beeinträchtigung (*mild cognitive impairment*, MCI) bzw. Demenz.

Die Ergebnisse

- 172 Patienten (77,8 %) erhielten – wie die im Fallbericht geschilderte Frau – bei der initialen Diagnostik ein CT des Kopfs, 47 (21,3 %) ein NMR. Keine der Untersuchungen zeigte eindeutige pathologische Auffälligkeiten.
- Von den 72 durchgeführten EEGs (32,6 %) zeigten sieben eine Verlangsamung im Bereich des Temporallappens.
- Im Mittel 4,2 Jahre nach dem ersten Ereignis erlitten 12 Patienten (5,4 %) eine und zwei Patienten (0,9 %) vier weitere Episode/n.

- In den zwölf Jahren der Nachverfolgung starben in der TGA-Gruppe 142, in der Kontrollgruppe 127 (sekundärer Endpunkt; Differenz nicht signifikant).
- Auch bei keinem der primären Endpunkte ergaben sich signifikante Unterschiede.

Quintessenz

Die transiente globale Amnesie (TGA) ist eine gutartige, vorübergehende Erkrankung. Patienten mit TGA und einer Nachverfolgungszeit bis zu 12 Jahren

- leiden in der Vorgeschichte zwar vermehrt an Migräne
- und bekommen in 5,4 % ein TGA-Rezidiv.
- Sie haben aber – auch nach einem Rezidiv – kein vermehrtes, krankheitsspezifisches Risiko von Schlaganfall, TIA, zerebraler Anfälle oder kognitiver Beeinträchtigung
- und auch kein erhöhtes Sterberisiko.

Arena JE, Brown RD, Mandrekar J, Rabinstein AA. Long-term outcome in patients with transient global amnesia: a population-based study. *Mayo Clin Proc* 2017; 92: 399–405. Frei unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5682935/pdf/nihms909185.pdf

Körperliche Untersuchung: Evidenzbasis?

Physical Examination: Evidence-Based?

Ein Titelbild des schweizerischen Medizin-Forum/Swiss Medical Forum – dem Fortbildungsorgan der FMH = Foederatio Medicorum Helveticorum, die 40.000 Schweizer Kollegen und Kolleginnen vertritt – zeigte einen Patienten, der von einer Ärztin durch die Kleidung auskultiert wurde!

Das gefiel einem Leser gar nicht. Prof. Dr. med. Reinhard Schumacher (Pädiater und vormalig Chef der Universitäts-Kinderradiologie in Mainz) machte seinem Unmut Luft und schrieb den folgenden Leserbrief: „Mit großer Freude habe ich dem Titelbild des offiziellen Fortbildungsorgans der FMH entnommen, dass die Auskultation jetzt standardmäßig durch die Bekleidung vorgenommen werden soll. Gratulation!

Auf jeden Fall eine einfache, die Effizienz steigernde Methode. Danke!“

Das wiederum veranlasste PD Dr. med. Philip Tarr (Co-Chefarzt, Medizinische Universitätsklinik des Kantons-spital Baselland) im Namen der Autoren eines Artikels über Infektionen bei erwachsenen Flüchtlingen (Notter J, Labhardt N, Hatz C, et al. Infektionen bei erwachsenen Flüchtlingen. *Schweiz Med Forum* 2016; 16: 1067–74) zu einer ungehaltenen Replik. Sie beginnt so:

„Der Leserbrief des Kollegen Schumacher bedient Emotionen, kommt aber leider ohne Argumente oder Hinweise auf relevante Literatur daher. Diese Zuschrift zeigt vor allem eines: Wie so oft lohnt sich eine differenzier-

te Betrachtungsweise. Könnte eine Schicht Kleidung zwischen dem Stethoskop der Ärztin und der Haut des Patienten den Auskultationsbefund dämpfen?“

Der Brief endet mit der Aussage: „Die Herz- und Lungenauskultation durch eine Schicht Kleider hindurch scheint ähnlich sensitiv wie auf nackter Haut und kann eine geeignete Technik im Hinblick auf einen kulturell sensitiven Umgang mit unseren Patientinnen und Patienten darstellen.“

Die Replik, die zur Untermauerung der o.g. Aussage 16 Literaturstellen aufgeführt ist frei verfügbar unter https://medicforum.ch/de/resource/jf/journal/file/download/article/smf/de/smf.2017.02921/smf_02921.pdf.