

medintern

3/2017

Pharmaunabhängige Fortbildung: schnell und kompakt

NETZWERK:

Uro-GmbH Nordrhein

ALLGEMEINMEDIZIN:

FSME – Es muss nicht
immer ein Zeckenbiss sein

CME-FORTBILDUNG

Patient hat dem Arzt bei mangelhafter Zahnprothese vor Inanspruchnahme weiterer Nachbehandlungen Gelegenheit zur Nachbesserung zu geben

Einem Patienten, der die durch einen Zahnarzt angebrachte Prothese durch einen Nachbehandler austauschen lässt, ohne zuvor dem Zahnarzt Gelegenheit zur Nachbesserung zu geben, stehen grundsätzlich keine Gewährleistungsansprüche zu. Zudem kann sich der Patient nicht auf die Unzumutbarkeit der Nachbesserung berufen, wenn die Nachbesserungsverpflichtung allein die Prothese betrifft. Dies resultiert aus einer Berufungsentscheidung des Oberlandesgerichts (OLG) Dresden vom 06.12.2016 (Az. 4 U 1119/16).

In dem betreffenden Fall forderte ein Patient von einem Zahnarzt Aufwendungs- und Schadensersatz in Höhe von 6.096,15 Euro wegen einer mangelhaften zahnprothetischen Behandlung, konkret der fehlerhaften Herstellung einer zahntechnischen Oberkieferprothese. Anstatt dem Zahnarzt Gelegenheit zur Nachbehandlung und Überarbeitung der fehlerhaften Prothese zu geben, hatte sich der Patient direkt an einen anderen Zahnarzt gewandt, um die mangelhafte Prothese ausbessern zu lassen. Der Patient begründete den Abbruch der Behandlung mit einem gestörten Vertrauensverhältnis zu dem ursprünglichen Zahnarzt. Das OLG war wie schon das erstinstanzliche Landgericht der Ansicht, dass

dem Patienten wegen des Mangels bezüglich der Oberkieferprothese, der durch einen Sachverständigen gerichtlich festgestellt worden war, ein Aufwendungsersatz- oder ein Schadensersatzanspruch nicht zusteht. Das beruht darauf, dass der klagende Patient dem ursprünglich behandelnden Zahnarzt vor der selbst veranlassten Mangelbeseitigung keine Nacherfüllungsfrist gesetzt hatte. Eine Fristsetzung wäre aber nötig gewesen im Sinne des Werkvertragsrechts, das hier im Gegensatz zum Dienstvertragsrecht einschlägig ist, da eine spezifisch zahnärztliche Heilbehandlung nicht vorliegt, sondern eine technische Anfertigung einer Prothese. Der Patient ist daher, da er den Mangel der Werkleistung durch den nachbehandelnden Zahnarzt hat beseitigen lassen, ohne dem Beklagten die Möglichkeit zur Nacherfüllung zu geben, mit allen betreffenden Gewährleistungs- oder Schadensersatzansprüchen ausgeschlossen.

Eine Fristsetzung zur Nacherfüllung war gemäß dem OLG auch nicht entbehrlich. Insbesondere hat der Beklagte nämlich die Mangelbeseitigung an der Prothese nicht ernsthaft und endgültig verweigert. Auch war die Mängelbeseitigung für den Patienten zumutbar. Von einer Unzumutbarkeit ist

nur auszugehen, wenn aus Sicht des Patienten aufgrund objektiver Umstände das Vertrauen auf ordnungsgemäße Durchführung der Mängelbeseitigung nachhaltig erschüttert wäre oder wenn die Nachbesserung dem Patienten im Verhältnis zum Ergebnis der Mängelbeseitigung unzumutbare Unannehmlichkeiten bereiten würde. Das war vorliegend nicht gegeben, insbesondere da sich der Mangel nur auf den zahntechnischen Teil der Prothese bezog und am Patienten selbst kein Eingriff vorgenommen werden musste.

Das OLG hat in seiner Entscheidung letztlich klargestellt, dass im zahnärztlichen Bereich die Regeln des Gewährleistungsrechts anzuwenden sind, wenn Prothesen anzufertigen sind. Insbesondere ist dem Arzt bei einem Mangel in der Behandlung unter Beachtung der werkvertraglichen Vorschriften dann die Gelegenheit zur Nacherfüllung zu geben, jedenfalls soweit dies dem Patienten zumutbar ist.

Dr. Daniela Hattenhauer

Dr. Clemens Butzert

Rechtsanwälte

*Praxisgruppe Health Care,
Pharma und Life Sciences*

HEUKING KÜHN LÜER WOJTEK



ärztliches Berufsrecht



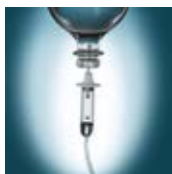
Arbeitsrecht in der Arztpraxis



Gebührenrecht



Vertragsgestaltung



Werberecht



Beratung bei der Wahl
ärztlicher Kooperations- und
Rechtsformen



Arznei- und Heilmittelrecht



Arzthaftung

Rechtssicherheit für Ärzte

Mit einem interdisziplinären Team von Rechtsanwälten und Steuerberatern beraten und vertreten wir Einzelpraxen und kooperierende Gemeinschaften sowohl bei besonderen Herausforderungen wie Praxisgründung/-konzeptionierung, Praxisan- und -verkauf sowie Gestaltung von Kooperationen und Praxisnetzwerken als auch im täglichen Praxisgeschäft. Unsere übergreifende Beratung umfasst unter anderem Rechtsgebiete wie ärztliches Berufs-, Zulassungs- und Vertragsarztrecht, Werberecht, Vertragsgestaltung für Ärzte, ärztliches Gebührenrecht und Arbeitsrecht in der Arztpraxis.

www.heuking.de

Berlin
Chemnitz
Düsseldorf
Frankfurt

Hamburg
Köln
München
Stuttgart
Brüssel
Zürich

RECHTSANWÄLTE UND STEUERBERATER

medintern – Pharmaunabhängiger Informationsdienst von Ärzten für Ärzte: schnell und kompakt Fachblatt für Ärzte-Netzwerke

Das ist die Fachliteratur der letzten drei Monate, von Praxisärzten gelesen, ausgewertet und zusammengefasst – für Allgemein- und Fachärzte.



Meditorial	1
Netzwerk	2
MedNews kompakt	6
Zertifizierte Fortbildung	18
Buchtipps	20
Pharmanews	20

Auflösung der CME-Fragen aus der letzten medintern-Ausgabe

	medintern Nr. 2/2017									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A							X		X	X
B		X								
C			X					X		
D	X			X	X					
E						X				

Impressum

Herausgeber

WOLNZACHER ANZEIGER
E. Kastner KG
Schloßhof 2–6 | 85283 Wolnzach

Autoren

Dr. med. Regina Biesenecker (rb)
Dr. med. Bernd Bosse (bb)
Dr. med. Ulrike Bosse (ub)
Dr. med. Thomas Fenner (tf)
Dr. med. Sven Heimbürger (sh)
Dr. med. Klaus Hess (kh)
Dr. med. Gusti Heun (gh)
Dr. med. Michael Heun (mh), Gutachter
E. Kastner (ek), Verleger
Dr. med. Karin Kernt (kk)
Dr. med. Christoph Liebich (cl)
Dr. med. Nils Postel (np)
Dr. med. Charles Sassen (hls)
Dr. med. Daniel Sattler (ds)
Dr. med. Hartmut Sauer (hs)
Dr. rer. nat. Dipl.-Pharm. Benjamin Seibt (bs)
Dr. med. Michael Zellner (mz)

Projekt- und Anzeigenleitung

Kornelia Huditz
Tel.: 0 84 42 / 92 53-712
khuditz@kastner.de

Abonnement

medintern erscheint viermal jährlich
Jahresabo zum Preis von 50,- €
Bestellung beim medintern Verlag
oder online auf www.med-intern.com
und per E-Mail: abo@med-intern.com

Verlag

W. A.
E. Kastner KG
Schloßhof 2–4 | 85283 Wolnzach
Tel.: 0 84 42 / 92 53-0
Fax: 0 84 42 / 22 89
www.med-intern.com

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die weltgrößte Fachmesse für Medizin, die "MEDICA", öffnet am 13.11.2017 bis zum 17.11.2017 in Düsseldorf erneut ihre Pforten. Das Team der medintern wird für Sie vor Ort sein und nach den Neuigkeiten im Gesundheitswesen Ausschau halten. Messen und Kongresse nutzen wir gerne, um unsere Kunden persönlich kennen zu lernen. Nehmen Sie Kontakt mit uns auf. Wir würden uns freuen, auf diese Weise unsere Geschäftsverbindungen zu vertiefen. Nationale und internationale Besucher aus mehr als 100 Ländern werden die medica besuchen. Somit ist wieder für ein unverwechselbares internationales Flair gesorgt. Wie im Vorjahr sind viele namhafte Hersteller von Medizintechnik und Medizinprodukten vor Ort und stellen sich den Fragen der Interessenten. Die Stadt Düsseldorf stellt sich dieser Herausforderung und bietet wieder zahlreiche Möglichkeiten, die Abende abwechslungsreich zu gestalten. Kommen Sie gut an Ihrem Ziel an und nehmen Sie viele interessante Informationen mit nach Hause.

Jetzt wünsche ich Ihnen spannende Unterhaltung mit der medintern.

meditoriale Grüße

Kornelia Huditz

Kornelia Huditz,
Projektleitung

13–16 NOVEMBER 2017
DÜSSELDORF GERMANY



Nordrheins Urologen packen es an!

Die Uro-GmbH Nordrhein ist die Managementgesellschaft für die nordrheinischen Urologen. Sie wurde im Herbst 2008 von neun urologischen Ärztenetzen gegründet und vertritt etwa 300 niedergelassene Urologen in Nordrhein. Das sind rund 90 Prozent aller Urologen dieses Gebiets.

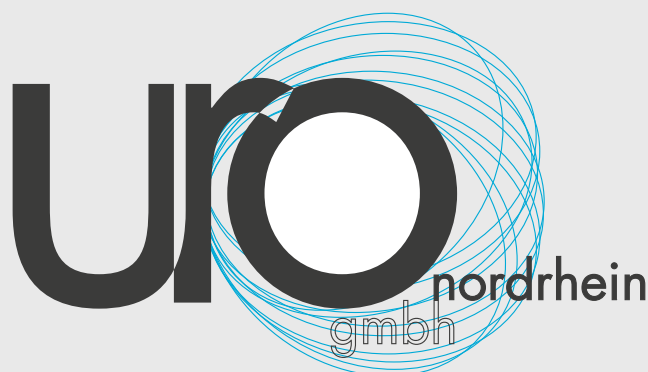
Um die urologische Grundversorgung ihrer Patienten zu gewährleisten, bleibt den Urologen Nordrhein nicht viel. Nicht nur, dass die Mitteilungen der KV Nordrhein über festgesetzte Regelleistungsvolumina (RLV) bei den Urologen regelmäßig blankes Entsetzen und Ratlosigkeit auslösen, auch angekündigte Honorarsteigerungen haben sich in der Vergangenheit nur als Mogelpackung entpuppt. Dank gemeinschaftlicher Geschlossenheit gelingt es der Uro-GmbH Nordrhein, der Managementgesellschaft für niedergelassene Urologen in Nordrhein,

seit 2008 politischen Widerstand auszuüben, um sich zumindest teilweise zur Wehr zu setzen. Seit Gründung haben sie eine Vorreiterrolle für andere Netzwerke eingenommen. Unter Leitung der drei Geschäftsführer Dr. Michael Stephan-Odenthal, Dr. Reinhold Schaefer und Oliver Frielingsdorf kämpfen die Urologen für eine gemeinsame politische Strategie im Gesundheitssystem. So erachtet das Netzwerk die Konzeption und Förderung von Kooperationen sowie Fortbildungen für Mitglieder und deren Personal als ebenso wichtig wie politische Einflussnahmen bei Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und bundesweiten

Entscheidungsträgern. „Wir setzen uns zum Wohle unserer Mitglieder und unserer Patienten um eine gerechtere Vergütung und Mitbestimmung im Gesundheitssystem ein“, erläutert Dr. Stephan-Odenthal, ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH, die sich im Herbst 2008 aus neun urologischen Ärztenetzen als Dachorganisation zusammengeschlossen hat. „Unser vorrangiges Ziel ist die Erhaltung der freien Ärzteschaft.“ Die Gründung der Uro-GmbH Nordrhein erfolgte auch als Ergänzung zum Berufsverband, der aufgrund wirtschaftlicher, aber auch politischer Gründe nicht so frei agieren kann. Die Uro-GmbH Nord-

Von links nach rechts: Oliver Frielingsdorf – Kaufmännischer Geschäftsführer, Dr. med. Michael Stephan-Odenthal – Ärztlicher Geschäftsführer, Dr. med. Reinhold M. Schaefer – Ärztlicher Geschäftsführer





rhein kann Öffentlichkeit und Urologen unabhängig aufklären. Zur Finanzierung dieser Ziele müssen Gewinne erwirtschaftet werden. Für die Mitglieder des Netzwerks, die keine Beiträge entrichten müssen, weil die Uro-GmbH Nordrhein in anderen Geschäftsfeldern gut arbeitet, steht der wirtschaftliche Nutzen im Fokus. Dieser wird durch die Abwicklung von Verträgen, Einflussnahme auf KV-Bedingungen und Verbesserung der Patientenversorgung sichergestellt.

Mitglieder informieren

Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit im Netzwerk sind Fortbildungen für Mitglieder. „Kein Mediziner kann sich Fort- und Weiterbildungen entziehen. Wie in anderen Berufen sind Fachärzte auf stetige qualitätssichernde Maßnahmen angewiesen, um erfolgreich in ihrem Beruf zu sein“, erklärt Dr. Reinhold Schaefer die Hintergründe. Um qualitativ hochwertig zu arbeiten, muss auch das Personal geschult werden. Weiterbildungen zur onkologisch verantwortlichen Medizinischen Fachangestellten werden seit 2009 unter Federführung der Uro-GmbH Nordrhein und der wissenschaftlichen Leitung von Dr. Reinhold Schaefer durchgeführt. Hier können Mitglieder des Netzwerks mittlerweile Kurse mit Uro-GmbH-eigenem Zertifikat besuchen, welche sowohl die Ärztekammer Nordrhein als auch die Bundesärztekammer anerkennt. Hinzu kamen im letzten Jahr auch Kursprojekte zum „hygienebeauftrag-

ten Arzt“ und auch zu MFA-Qualifizierung. „In einer Zeit, in der sich das medizinische Wissen alle fünf Jahre verdoppelt, ist es uns ein wichtiges Anliegen, Fort- und Weiterbildung zu koordinieren und durchzuführen“, meint Schaefer. „Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung muss jede Praxis implementieren, solange uns die Politik keine Vorgaben diktiert. Schließlich sind wir die Experten und nicht die Referenten aus der Politik.“

Neben qualitativer Fortbildung nutzen Uro-GmbH Mitglieder auch praxisnahe wirtschaftliche und rechtliche Expertentipps. Wichtige Hinweise bei Rechtsfragen zur vertragsärztlichen Vergütung, bei Auseinandersetzungen mit der KV oder Regressverfahren sind Hilfestellungen, die viele Mitglieder schätzen. Zudem stellt das Netzwerk den Mitgliedern professionelles Infomaterial bereit. Darin informiert die Uro-GmbH über relevante politische Veränderungen, kündigt juristisch geprüfte Proteste und qualifizierte Fortbildungen an.

Verhandlungen mitbestimmen

Seit 2008 hat sich viel an der Bekanntheit der Managementgesellschaft verändert. Heute nehmen die landespolitischen und bundespolitischen Organisationen die Uro-GmbH Nordrhein anders wahr; sie hat sich als wirksame Interessenvertretung und Managementgesellschaft etabliert und ist bekannt. Belege dafür liefern zahlreiche geführte Gespräche und Verhandlungen auf höchster KV-Ebene und

mit Krankenkassenvertretern. Auch wurden Grundlagen geschaffen, die Verhandlungen mit den Krankenkassen erleichtern. In den letzten Jahren hat das Netzwerk ein System zur Datenerfassung aller relevanten Wirtschafts- und Behandlungsdaten zur Stärkung der organisierten Urologen eingeführt, an dem viele Mitglieder teilnehmen. „Durch den Aufbau dieses Datenpools führen wir Verhandlungen mit Krankenkassen und KVen nun auf Augenhöhe. Fakten und Daten des Verhandlungspartners können – sofern nötig – angezweifelt und als Argumente verworfen werden, da wir alle nötigen Daten der Urologengruppe in Nordrhein selbst zusammenfassen“, erläutert Oliver Frielingsdorf.

„Ein einzelner Urologe wäre in dieser Situation machtlos“

Beim Thema Interessenvertretung, die notwendig ist, um die wirtschaftliche Situation zu verbessern, wird auch deutlich, wie wichtig ein Zusammenschluss unter den Fachärzten ist. Einzelne Urologen oder auch lokale Netzwerke wären machtlos, wenn sie Interessen gegenüber den Big Playern im Gesundheitswesen durchsetzen wollen. Auch deshalb haben die Urologen mit der Uro-GmbH Nordrhein eine Managementgesellschaft gegründet. Heute vertritt sie in Nordrhein etwa 90 Prozent aller Urologen und wird auch dadurch als Verhandlungspartner besser wahrgenommen. Zudem arbeitet das Netzwerk mit

dem Berufsverband der Urologen in Nordrhein Hand in Hand, sodass im Sinne der Urologen eine gute Ausgangsbasis zur Interessenvertretung besteht. Durch die Arbeit in Netzwerken gibt es zudem eine weit aus bessere Möglichkeit, auch Patienten mit an Bord zu holen und gegen ausartende Einsparungen zu protestieren. „Patienten sind wie Ärzte auch Wähler und entscheiden mit ihrer Stimme letztlich auch über die Bildungen von Regierungen und deren Entscheidungen. Der Push-Pull-Effekt eines Zusammenschlusses muss als entscheidendes Kriterium der Einflussnahme erkannt und genutzt werden. Es gilt, die freie Ärzteschaft in Deutschland zu erhalten. Dies ist im Interesse aller, sowohl der Ärzte, vor allem aber der Patienten und Bürger, denn sie sind es, die unter den Einsparungen am meisten leiden.“

Viele Aufgaben für die Zukunft

Sicher ist für niedergelassene Ärzte was die Zukunft betrifft eigentlich nur eines: Nichts ist sicher! Umso wichtiger ist die Etablierung von strategischen Allianzen, an denen die Uro-GmbH Nordrhein kontinuierlich arbeitet. So haben die Urologen die Hoffnung, dass wirtschaftlich denkende Kassen die Ausgestaltung von Selektivverträgen für die ambulante Versorgung weiter vorantreiben. Auch sehen sie Chancen darin, dass die erweiterten Möglichkeiten zur integrierten Versorgung unter Einbeziehung der Pharmaindustrie Aktivitäten beleben werden. Dennoch bleibt auch die traurige Gewissheit, dass das Gesundheitssystem nicht zukunftssicher ist und auf lange Sicht eine Systemänderung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung – weg vom ressourcenfressenden Verwaltungsdinosaurier hin zu einer modernen Versorgungsstruktur für alle Patienten – letztes Mittel sein wird. Damit eine Systemänderung nicht in „Wild-West-Manier“ erfolgt, bedarf es innovativer Strukturen wie der Uro-GmbH Nordrhein, die sowohl der modernen medizinischen Versorgung der Patienten als auch dem wirtschaftlichen Überleben der Ärzte in einer sozialen marktwirtschaftlichen Gesellschaft verpflichtet sind. Was die Patienten ganz sicher nicht brauchen, sind 160 Verwaltungsorgane mit unzähligen Versorgungspöstchen, die die Gelder der Patienten schlucken. Vielleicht gelingt es der Uro-GmbH Nordrhein, das Verhältnis von Verwaltungskosten und Kosten für ärztliche Versorgung wieder ins richtige Lot zu rücken. Prognosen zeigen zudem, dass



FOTO: Fotolia © Monkey Business

der Behandlungsbedarf in keiner anderen Facharztgruppe bis 2025 so stark steigen wird wie in der Urologie. Daher sehen die Urologen nicht nur die Wichtigkeit für neue Kooperationsformen der Praxen untereinander und stärkere Vernetzung mit Kliniken, sondern auch mehr Bemühungen für den Nachwuchs, insbesondere in der ambulanten Versorgung in ländlichen Regionen.

Grundlage dafür seien jedoch verlässliche Rahmenbedingungen aus der Politik und feste Vergütungsgrundsätze für ärztliche Leistungen. Ansonsten mache Selbstverwaltung keinen Sinn, müsse das System in Frage gestellt und der Sicherstellungsauftrag von Ärzteseite zurückgegeben werden.

www.urologen-nrw.de



FOTO: © pixabay

Pressemeldung

Praxis4More

von der HzV-Abrechnung zum Arztinformationssystem

Als die ICW AG aus Walldorf einen Partner suchte, um ihr Programm Hausarzt+, mit dem die Ärzte Selektivverträge abrechnen konnten, in Baden-Württemberg auszurollen, kamen sie schnell auf das Wertheimer Unternehmen Cokom rund um Klaus Langguth und Achim Krimmer. Das Team hatte sich als Systemhaus in den letzten 20 Jahren in der Betreuung der Ärzte in allen Fragen rund um IT in der Praxis einen guten Namen gemacht.

Nach dem erfolgreichen Rollout arbeitete man vertrauensvoll zusammen. So war es naheliegend, dass die Cokom nach dem Ausstieg der ICW die Software und das Netz der Konnektoren für die Abrechnung der Selektivverträge in Baden-Württemberg selbst übernahm. Unter dem Dach der Cokom One GmbH entwickelte man die Lösung kontinuierlich zu einem vollwertigen Arztinformationssystem weiter, das alle Abrechnungsarten aus einem Guss beherrscht. So wurde aus Hausarzt+ schließlich Praxis4More.

Mittlerweile arbeiten ca. 400 Arztpraxen mit Praxis4More, davon ca. 60 Praxen mit dem kompletten Arztinformationssystem. Als nächster Schritt steht nun an, die bundesweite Präsenz von Praxis4More in den Praxen zu erhöhen.

Das Cokom-Team aus Informatikern und medizinischem Fachpersonal entwickelte in Kooperation mit langjährigen Kunden in den Arztpraxen konsequent ein System, dass sich in der Praxis bewährt. Dabei sind folgende Punkte wichtig:

Ein solides technisches Fundament, basierend auf der Microsoft-.NET-Technologie. Eine einheitliche, durchdachte Windows-Oberfläche hat nicht nur etwas mit dem Aussehen zu tun. Der ästhetische Aspekt ist Nebenprodukt, viel wichtiger ist die intuitive Bedienbarkeit. Kennt man beispielsweise Programme wie MS Word, ist die Bedienung von Praxis4More mit wesentlich weniger Aufwand erlernbar. Das spart Zeit und Geld. Die stabile SQL-Datenbank schafft Sicherheit.

Ein anderes Beispiel: Praxis4More lässt es zu, verschiedene Fenster zu öffnen, auch mit mehreren unterschiedlichen Patienten oder Funktionen, wie z.B. den Terminkalender. So kann man schnell zwischendurch ein Rezept ausdrucken, ohne umständlich den gerade aktiven Patienten zu verlassen.

Effizienz im Praxis-Alltag: Die wichtigsten Funktionen sind auch per Tastaturkürzel nutzbar. Kleinere Updates werden im laufenden Betrieb eingespielt, größere bedingen nur eine minimale Ausfallzeit des Systems. Auch die Abrechnung ist in weniger Zeit erledigt, weil die Abrechnungsprüfungen bereits im Vorfeld durchlaufen werden.

Unter dem Motto „Ein Preis, alles drin“ verzichtet Cokom One GmbH bewusst auf Ausweis einzelner Module in der Preisliste. Mit einem fairen Preis kann die Praxis alle Funktionen, auch die Geräteanbindung, das integrierte Archiv, den Terminkalender oder auch die werbefreie Medikamentendatenbank nutzen, ohne separat zu zahlen. So wurde beispielsweise auch der bundeseinheitliche Medikationsplan integriert, ohne dass zusätzliche Kosten anfielen.



Achim Krimmer, Geschäftsführer
Cokom One GmbH

1. KV, GOÄ, HzV, DMP, DaleUV, HzV § 73b SGB, Facharztverträge § 73c SGB, Integrierte/Besondere Versorgung § 140a SGBKV, GOÄ, HzV, DMP, DaleUV, HzV § 73b SGB, Facharztverträge § 73c SGB, Integrierte/Besondere Versorgung § 140a SGB



Weitere Informationen: www.cokom-one.de Tel.: (09342) 96 21 - 60

ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS

Vermeidung von M. Basedow-Rezidiven

(gh) Fünfzig Prozent aller Patienten mit einem Morbus Basedow haben nach erfolgreicher Therapie mit einem Thyreostatikum ein Rezidiv. Eine kausale Therapie der Autoimmunthyreopathie gibt es nicht. Eine dauerhafte Remission unter gleichzeitiger Behandlung der Hyperthyreose ist das Ziel der Therapie. Bei der Blutanalyse findet sich ein erhöhtes FT3 und FT4 bei supprimiertem TSH und einem deutlich erhöhten Titer der stimulierenden TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK).

„Bei einem Rezidiv wird im Allgemeinen die Indikation für eine definitive Therapie, Operation oder Radiojodtherapie gestellt“, sagt Dr. Damiano Librizzi, Marburg. Die Erfolgsrate der Radiojodtherapie liegt bei etwa 90 %, das Schilddrüsenvolumen nimmt um ca. 20 ml ab. Bei zusätzlicher Gabe von Glukocorticoide kommt es bei ca. 60 % der Patienten zu einer Besserung der endokrinen Orbitopathie. „Bei Malignomverdacht, Kompressionssyndrom, mittelgroßen und großen Strumen, sofortigem Kinderwunsch oder einer thyreotoxischen Krise sollte keine Radiojodtherapie durchgeführt werden“, empfiehlt Librizzi.

„Im Hinblick auf die Rezidivhäufigkeit ist die Operation der Radiojodtherapie überlegen“, so Prof. Ayman Agha, München-Bogenhausen. Heutiger Standard ist die Thyreodektomie oder die fast totale Resektion, da so das Rezidivrisiko minimiert wird. Das endokrine Orbitopathie-Risiko ist nach operativer Therapie im Vergleich zur Radiojodtherapie deutlich geringer. Entscheidend ist eine lebenslange Hormonsubstitution sowohl nach operativer Therapie als auch nach Radiojod-Therapie.

Aufgrund neuerer Daten wird bei Patienten mit fehlender oder kleiner Struma, niedrigem TRAK-Titer bei geringer Hyperthyreose alternativ eine thyreostatische Langzeittherapie diskutiert. Es zeigt sich, dass auch nach mehrjähriger Behandlung mit Thyreostatika eine anhaltende Remission erzielt werden kann.

MMW 9-2017 S. 28

Schlafapnoe und Demenzerkrankung

(bb) Eine Schlafapnoe kann bestimmte Demenzformen (ApoE-e4-Non Carrier, nicht bei ApoE-e4 Carriern) verschlimmern. Dies konnte innerhalb der PREADVICE-Studie (7547 Patienten) gezeigt werden. 7,3 % der Patienten litten an einer Schlafapnoe (Untersuchung über einen Zeitraum von 7,5

Jahren). Bisher wurde nach Aussagen der Autoren nur in einer einzigen kleineren prospektiven Studie (52 Patienten) mit leichter bis mittelschwerer Demenz und gleichzeitig vorhandener Schlafapnoe ein positiver Effekt einer CPAP-Therapie bei diesen Patienten beschrieben. Neben der Reduktion der Schläfrigkeit verbesserten sich die Schlafarchitektur und die kognitive Leistungsfähigkeit (neuropsychologischer Composit Score). Eine Verbesserung der kognitiven Flexibilität und des verbalen Lernens konnten nachgewiesen werden. Größere Studien müssen die Wirksamkeit der CPAP-Therapie belegen. Ein Problem stellt die zum Teil mangelnde Compliance der betroffenen Patientengruppe dar. Eventuell könnte eine nasale Sauerstoffgabe eine Alternative für diese Patienten darstellen.

MedWelt 3, 2017, S123-124

Demenz und Testosteronmangel

(bb) Eine Alzheimer-Erkrankung kann durch niedrige Testosteronspiegel prädisponiert sein. Neben dem Testosteron können auch ein veränderter Östradiolspiegel und das Sexualhormon-bindende-Globulin (SHBG) zur Pathogenese einer Alzheimer-Demenz beitragen. Eine Arbeitsgruppe fand hohe Spiegel von SHBG bei Patienten mit Alzheimer – Demenz. Bisher ist unklar, ob diese Zusammenhänge nicht doch durch Komorbiditäten zu erklären sind. Denkbar ist auch eine Korrelation mit der häufig gleichzeitig bestehenden Kachexie, subklinischer Hypothyreose und anderen Erkrankungen. Andere Arbeitsgruppen konnten nachweisen, dass Testosteron allgemein (Versuche an Zellkulturen, Tierversuche) eine protektive Wirkung auf die Hirnfunktion hat. Die Autoren machen noch einmal deutlich, dass eine allgemeine Empfehlung zur Testosterongabe zur Verbesserung der Hirnfunktion bei den betroffenen Patienten oder gar Gesunden anhand dieser Ergebnisse noch nicht gegeben werden kann, weil noch weitere Studien erforderlich sind.

Dt med. Wochenschrift 2017, 142, 1102- 1105

Wie effektiv ist Alternate-Day Fasting?

(gh) Alternate-Day Fasting heißt der neue Diättrend: einen Tag hungern, einen Tag schwelgen. Eine Dauerdiät durchzustehen ist bekanntermaßen schwierig und führt zu häufigen Abbrüchen. Als Alternative werden intermittierende Diäten populär. Das Alternate-Day-Fasting (ADF) mit Fasttagen, an denen nur 25 % des Kalorienbedarfs erlaubt sind in Abwechslung mit Festtagen ohne Kalori-

enbeschränkung ist der neue Hit. Daten aus USA, die Ergebnisse einer sechsmonatigen Diät und abschließenden Gewichtskontrollen aufweisen, signalisieren jedoch, dass unter ADF auffallend hohe Abbrüche stattfanden (38 % vs. 29 % bei konventioneller Diät). Während unter täglicher Diät die Kalorienzufuhr weitgehend eingehalten wurde, lag diese mit ADF an Fasttagen über den Vorgaben und an Festtagen darunter. Am Ende der Gewichtsreduktionsphase hatten die Probanden die Kalorienzufuhr im Mittel um 21 % (ADF) und 24 % (konventionelle Diät) gedrosselt. Später legten die Anwender beider Strategien ohne Unterschied wieder an Gewicht zu. „Unsere Daten zeigen, dass die Annahme, dass es leichter ist, nur jeden zweiten Tag Kalorien einzusparen, nicht zutrifft“, so die Autoren. Das ADF ist nach vorliegenden Daten auf Dauer schwerer einzuhalten als eine tägliche Diät.

MMW 9-2017 S. 19



FOTO: © pixabay

Therapie bei irritativ-toxischem Analekzem

(mh) Perianaler Juckreiz bei irritativ-toxischem Ekzem wird in der Regel durch Stuhlsekret verursacht. Hauptauslöser sind sekretierende Hämorrhoiden. Neben dem Einsatz von Flohsamenschalen empfiehlt Dr. Bernhard Lenhard, Heidelberg, zusätzlich Steroidsalben oder Cremes mit 1 %igem Hydrocortison. Bei häufig rezidivierenden Ekzemen sollten Steroidlotionen oder Cremes mit Hydrocortison-Präparaten (Posteriorcort®) zum Einsatz kommen. In der Regel kommt es zu einer signifikanten Reduktion des Juckreizes und Brennens bei guter Verträglichkeit.

MMW 9-2017 S. 73

FSME – Es muss nicht immer ein Zeckenbiss sein

(gh) Eine FSME-Infektion, die nicht durch Zeckenbiss übertragen wurde, ist erst-

ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS

mals in Deutschland nachgewiesen, durch Verzehr von aus Rohmilch hergestelltem Ziegenkäse. Ausserdem wurde eine FSME-Erkrankung erstmals durch eine Auwald-Zecke (*Dermacentor reticulatus*), die bisher als absolut frei von FSME-Viren galt, nachgewiesen. Die FSME ist inzwischen auch in den Niederlanden angekommen, wo bisher noch nie ein Fall beobachtet wurde.

Das Robert-Koch-Institut meldet einen Anstieg der Erkrankungsfälle 2016 in Deutschland um 56 % gegenüber dem Vorjahr.

Den zuverlässigsten Schutz vor einer FSME-Erkrankung bietet die Impfung. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt allen Personen, die sich in FSME-Risiko-Gebieten im Beruf oder Freizeit aufhalten, sich konsequent impfen zu lassen. Große Erfolge werden aus Österreich gemeldet, wo eine Durchimpfungsrate von rund 90 % erreicht wurde und die Anzahl gemeldeter FSME-Infektionen nur wenige Fälle pro Jahr beträgt.

MMW 9-2017 S. 73

Neuer Marker zur Frühdiaagnose eines Gehirntumors

(gh) US-Forschern könnte die Entdeckung eines Markers zum frühzeitigen Nachweis von Gliomen gelungen sein. Durch Bluttests könnten Gliome bis zu fünf Jahre früher nachgewiesen werden. Blutproben von Patienten, bei denen in den folgenden Jahren ein Gliom diagnostiziert wurde, verglichen sie mit einer Kontrollgruppe. Es wurden 277 Zytokine analysiert. Bei den Proben der Tumorpatienten fand sich bei vier Zytokinen eine schwächere Interaktion, was mit einem größeren Gliom-Risiko korrelierte, und zwar bereits Jahre vor der Diagnose des Gehirntumors. Eine abgeschwächte Immunreaktion könnte somit eine Rolle bei der Tumorgenese oder dem Tumorwachstum spielen, so die Autoren.

DMW 14-2017 S. 1021

Knopfbatterie aus kindlicher Nase sofort entfernen

(gh) Kinder stecken sich gerne kleine Gegenstände in die Nase, so auch nicht selten eine Knopfbatterie. „Diese Fälle sind als gravierend einzustufen, man muss sie unmittelbar versorgen!“, so Prof. Heinrich Iro, Erlangen. Da die Batterie bereits nach kurzer Zeit korrodiert, kann es zu chemischen und thermischen Schäden mit Ulzerationen und Kolliquationsnekrosen in der Nasenschleimhaut kommen. „Bereits nach vier Stunden haben sie eine Septumperforati-

on!“, so Iro. In den USA existiert bereits eine Datenbank, „button battery database“. In 2017 wurden 112 Fälle mit Knopfbatterien in der Nase von Kleinkindern registriert.

MMW 11-2017 S. 8

Regelmäßiger Nussverzehr mindert das Lungenkrebsrisiko

(mh) Studien aus Italien und den USA belegen, dass Personen, die regelmäßig Nüsse verzehren, möglicherweise ein vermindertes Risiko für Lungenkrebs haben. Die Autoren berichten, dass die Wahrscheinlichkeit, an Lungenkrebs zu erkranken, bei Probanden mit dem höchsten Nussverzehr um 26 % bzw. 14 % geringer war als bei den Nussverächtern der niedrigsten Quintile. Diese Beobachtung galt auch für Raucher.

MMW 13-2017 S. 3

Restless-Legs-Syndrom mit hoher Assoziation von Nierenerkrankungen mit Eisenmangel

(gh) Das RLS ist mit einer Vielzahl von Assoziationen mit anderen Erkrankungen beschrieben. Ein systematisches Review mit Auswertung von Studien über Eisenmangel, Anämie, Nierenerkrankung, arterieller Hypertonie und kardiovaskulären Ereignissen sowie neurologischen Erkrankungen ergab nun, dass lediglich für Eisenmangel und Nierenerkrankungen eine gesicherte Assoziation besteht. Bei allen anderen Erkrankungen war der Zusammenhang gering. Unwahrscheinlich ist eine Assoziation mit einer Anämie ohne Eisenmangel. Die praxisrelevante Erkenntnis ist, dass ein Eisenmangel beim RLS zu beheben und eine vorliegende Nierenerkrankung soweit wie möglich zu behandeln ist.

MMW 11-2017 S. 34

Folgen des Klimawechsels

(gh) Folgen des Temperaturanstiegs in der Atmosphäre und der Ozeane führt zu Phänomenen, die sich direkt oder indirekt auf pathogenetische Faktoren auswirken. Die Veränderungen der klimatischen Bedingungen wirken sich auf Art und Häufigkeit von Infektionskrankheiten aus. Die Erderwärmung verläuft dysproportional, d.h. die Temperatur der Ozeane steigt stärker als die der Luft. Dies hat zur Folge, dass der Flüssigkeitsgehalt der Atmosphäre steigt und in der Folge größere Wolken mit Starkregen und Wolkenbrüchen auftreten werden. In der Folge werden Überträger infektiöser Erkrankungen bessere Lebensbedingungen vorfinden, Hitzeperi-

oden in Europa werden dazu führen, dass endemische Mücken- und Zeckenpopulationen sich empfindlich ausbreiten werden. Wir werden daher in Europa subtropische und tropische Krankheitserreger vorfinden und uns damit auseinandersetzen müssen. Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen werden besonders betroffen sein, wenn die Atemluft sich physikalisch verändert und ein erhöhter Feuchtigkeitsgehalt zur Veränderung der Partikeldichte (Feinstaub) führt. In Ballungsgebieten wird der Ozongehalt ansteigen, die Lufttemperatur und verstärkte Temperaturunterschiede werden zu einer veränderten Pollenexposition führen. Auseinandersetzen müssen wir uns mit Hitzestress, Hitze-Inseln und Extremwetterlagen, die zu einem Anstieg der Morbidität insbesondere in urbanen Ballungszentren führen werden. Zunahme von Morbidität und Mortalität durch neue Klimaverhältnisse werden die Lebensbedingungen in unseren Breitengraden eindrucksvoll bestimmen. In den Arztpraxen werden unmittelbare Konsequenzen des Klimawandels evident sein. Ob sich diese schleichend einstellen ist fraglich, und ob es noch ein weiter Weg sein wird, bis auch von unserer Berufsgruppe der Ruf nach speziellem politischem Engagement laut wird, ist zunehmend zweifelhaft.

MMW 13-2017 S. 38

Schützt Kaffeeegenuss vor Leberzellkarzinom?

(gh) Eine Metaanalyse von 18 Kohortenstudien mit nahezu 2,3 Millionen Probanden ergab, dass sich das Leberkrebsrisiko möglicherweise durch Erhöhung des täglichen Kaffeekonsums senken lässt. Die Autoren definieren als Erhöhung zwei zusätzliche Tassen Kaffee pro Tag (Obergrenze fünf Tassen Kaffee täglich). Die Wahrscheinlichkeit für ein Leberzellkarzinom bei erhöhtem Kaffeekonsum war um 35 % niedriger als bei normalem Konsum.

MMW 11-2017 S. 3



FOTO: © Petr Kratochvil

DERMATOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag**Rauchen und Warzen**

(cl) Rauchen verlängert die Primärbehandlung von Warzen und erhöht auch das Rezidivrisiko, wie eine Studie mit 199 Probanden zeigte. Rauchen erhöhte das Rückfallrisiko auf das fünffache im Vergleich zu Nichtraucher.

J Eur Acad Dermatol Venerol 2017; 31: 712-6



FOTO: © pixabay

Hautveränderungen unter Drogeneinnahme

(cl) Plötzliche und unerklärliche Veränderungen an Haut und Nägeln wie zum Beispiel Mees-Streifen können nicht nur durch eine Thalliumvergiftungen verursacht werden, sondern sollten den Arzt auch differenzialdiagnostisch an Drogenmissbrauch des Patienten denken lassen. Auffällig können hier dünner werdende Haare, welche ihre Pigmentierung verlieren, ferner trockene und gereizte Haut sein.

Br J Dermatol 2017; 176: 1021-7

Hautkrebs – die häufigste Krebserkrankung in Deutschland

(gh) Die entscheidende Ursache für die Entstehung von Hautkrebs ist die UV-Strahlung. Die Erbsubstanz in der Haut wird verändert, zelleigene Reparatursysteme werden geschädigt, Zellen sind nicht mehr lebensfähig unter UV-Bestrahlung. In der Folge kommt es zur Induktion von Hauttumoren, so Prof. Claus-Detlev Klemke, Karlsruhe. Das Basalzellkarzinom stellt einen kugeligen Tumor z.B. an der Nase mit Ulzerationen oder mit Telangiektasien dar. Häufig ist das Basalzellkarzinom auch am Körperstamm zu finden, so Klemke. Um eine Vorstufe Carcinoma in situ des Plattenepithelkarzinoms handelt es sich bei aktinischen Keratosen. Es finden sich typischerweise hyperkeratotische Papeln und Plaques. Bei Verdacht soll exzidiert werden. Die Tumordicke bildet analog zum malignen Melanom einen wichtigen

prognostischen Marker. Bei der Behandlung von epithelialen Hauttumoren ist die schnittrandkontrollierte Chirurgie Goldstandard. Andere Optionen wie Therapien mit Immunmodulatoren, lokale Chemotherapeutika oder Diclofenaccrème-Anwendungen, Kryotherapie, ablativ Laser oder photodynamische Therapie sollte anhand der Ausdehnung sowie der Lokalisation des Tumors und dem Wunsch des Patienten erfolgen.

Beim malignen Melanom ist die Frühdiagnose entscheidend für die Prognose. Mit der Tumordicke und dem Auftreten von Ulzerationen sinkt die Überlebenschance deutlich. Therapie der Wahl ist auch hier die Operation mit entsprechenden Sicherheitsabständen. Der sogenannte Schildwächterlymphknoten sollte biopsiert werden, Fernmetastasen soweit möglich operativ entfernt werden. Darüber hinaus stehen heute Signaltransduktionsinhibitoren, die Immuntherapie mit CTLA-4-Hemmern oder PD-1-Inhibitoren neben einer Strahlen- oder Chemotherapie zur Verfügung.

MMW 11-2017 S. 19

GYNÄKOLOGIE NEWS**Liegendtransport bei Blasensprung – ein alter Zopf?!**

(rb) Risikofaktoren für einen Nabelschnurvorfall bei frühem Blasensprung sind Lageanomalien wie Beckenendlage (3,5 %) und Querlage (6,5 %) sowie Polyhydramnion und Frühgeburtlichkeit, insbesondere vor der 32. SSW. Am häufigsten ereignet sich ein Nabelschnurvorfall bei Multipara mit 6 und mehr Geburten, diese machen zwei Drittel der Fälle aus. Die Inzidenz des frühen Blasensprungs liegt bei 3 %, bei reifem Kind bei 8 %, davon ein Drittel zuhause. Insgesamt ist aber die Datenlage dazu dünn. Das höchste Risiko für einen Nabelschnurvorfall besteht unmittelbar nach dem Blasensprung. Er ist ein seltenes Ereignis, die Inzidenz wird mit 0,14-0,62 % bei einem Gestationsalter mit potentiell lebensfähigem Kind angegeben. Das Risiko bei reifem Kind in Schädellage liegt bei 0,4-0,5 auf 1000 Geburten. Nur ca. 2 % des Nabelschnurvorfalls ereignet sich außerhalb der Klinik. Die meisten (47 %-62 %) ereignen sich unter der Geburt nach geburtshilflichen Maßnahmen wie z.B. der Amniotomie. Es gibt international keine oder uneinheitliche Empfehlungen zur Prophylaxe des Nabelschnurvorfalls bei frühem Blasensprung

GYNÄKOLOGIE NEWS

und keine Daten zur Effektivität dieser Maßnahmen. In Großbritannien gibt es eine Leitlinie, die die Einnahme einer „knee-chest-position“ nach frühem Blasensprung empfiehlt, in Deutschland wird z.T. die Empfehlung zum sofortigen Hinlegen und Liegendtransport ausgesprochen, aber nur von wenigen Frauen befolgt (10 %).

Bei manifestem Blasensprung hat die rasche Entbindung bei hochgeschobenem Köpfchen (Sektio innerhalb von 20 Minuten) eine gute Prognose. Von der Empfehlung zum Liegendtransport bei vorzeitigem Blasensprung ab der 36. SSW wird deshalb abgesehen. Die Empfehlung, möglichst schnell eine geburtshilfliche Klinik aufzusuchen, bleibt.

FRAUENARZT 58 (2017)

HNO NEWS**Wattestäbchen – Die Hersteller freut's, die Ärzte warnen**

(hs) Die Q-Tips, so der Name des Marktführers, (Das „Q“ sollte für Quality stehen) sind eine amerikanische Erfindung aus den 20er-Jahren. Seit 2004 hat die Pelzgruppe die Lizenz für Deutschland zur Produktion und Namensführung erworben.

Die Ware ist äußerst billig, 1 Q-Tip kostet weniger als 1 ct. Es gibt auch noch die viel günstigeren Konkurrenten. 900 Millionen Wattestäbchen wurden alleine in der Pelzfabrik im vergangenen Jahr produziert und das Geschäft wächst bis zu 5 % pro Jahr.

Auf der Rückseite der Verpackung steht nach wie vor in Großdruck „nicht in den Gehörgang einführen!“. Das Ohrstäbchen ist ein Reinigungswerkzeug, das sein Ziel im Namen trägt und doch so geformt ist, das es optimal in den schmalen Gehörgang vordringen kann. Es soll tupfend und drehend außen an der Ohrmuschel verwendet werden, vielleicht auch beim Schminken helfen oder bei der Säuberung der Modelleisenbahn... aber keinesfalls soll es ins Ohr vorstoßen. Denn das Ohr wird durch das Geschiebe und Gedrehe vom massiertem Ohrschmalz nicht befreit, sondern verstopft, die Folgen sind bekannt. Eine Studie der Forscher der Ohio State University hat Krankenhausdaten von 2010 ausgewertet und dabei mehr als 263.000 Kinder wegen Wattestäbchen bedingter Ohrverletzungen aufgelistet. Die Warnhinweise auf der Packung oder die seitens der Ärzte erreichen nur eine Minderheit.

Süddeutsche Zeitung Magazin Nr. 35 v. 25.08.2017

HNO NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag**Radiologische Diagnostik bei Sinusitiskomplikationen**

(hs) Die Arbeitsgemeinschaft Kopf- und Halsdiagnostik der Deutschen Röntgengesellschaft hat für die Untersuchung der Nasennebenhöhlen das Computertomogramm (CT) als Goldstandard empfohlen.

Die akute Sinusitis ist keine Indikation für eine Bildgebung. Es ist sogar im Gegenteil zu beachten, dass eine Verschattung der Nasennebenhöhlen ein häufiger Zufallsbefund in der Schnittbildgebung ist. Beispielsweise zeigen sich bei 20 – 40 % aller magnetresonanztomographischen Untersuchungen des Mittelgesichts Schleimhautschwellungen im Bereich der Nasennebenhöhlen, wobei eine Schleimhautschwellung als eine Verdickung auf über 3 mm definiert ist.

Die Sinusitis kann als Komplikation jedoch zu Orbitalphlegmone, einer Meningitis, einem epiduralen Abszess sowie einer Sinus-Cavernosus-Thrombose führen. Bei klinischem Verdacht auf eine derartige Komplikation ist die Schnittbildgebung indiziert. Hier wird zunächst in der Regel ein CT durchgeführt. Es empfiehlt sich auch die intravenöse Injektion von Kontrastmitteln, um einen subperiostalen Abszess erkennen zu können. Auch eine eitrige Meningitis kann, wenn sie von einem subduralen Empyem begleitet wird, mittels CT erkannt werden. In einem solchen Fall findet sich eine subdurale Flüssigkeitsansammlung sowie eine vermehrte Kontrastmittelanreicherung der Arachnoidia.

Im Gegensatz zur akuten Sinusitis ist die chronische Sinusitis an einer Volumenreduktion der betroffenen Nasennebenhöhlen zu erkennen. Die knöchernen Wände sind in der Regel im Vergleich zu nichtbetroffenen Nebenhöhlen deutlich verdickt. Im Gegensatz hierzu weisen Pilzinfektionen zusätzlich Verkalkungen innerhalb der Verschattung auf.

Neuroradiologische Aspekte in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Forum HNO (19) 2017

Peritonsillarabszess

– Vorteile der kranialen Tonsillotomie

(hs) Beim Peritonsillarabszess (PTA) wird vielfach ausschließlich eine Inzisionsdrainage (ID) vorgenommen, was regelhaft ein schmerzhaftes Nachspreizen erfordert. Deswegen wurde an der HNO Abteilung der Maria Hilf Klinik in Mönchengladbach in Intubationsnarkose neben der Inzision eine zusätzliche Tonsillotomie des oberen Tonsillarpols (IDTT) vorgenommen. Die Patienten blieben durchschnittlich 3 Tage in der

Klinik. Die anfänglich erhöhten Entzündungswerte haben sich rasch reduziert, auch blieben Nachblutungen aus, abgesehen von gelegentlich blutgefärbtem Sputum.

Nur 1/3 der insgesamt über 100 Patienten der retrospektiven Studie bekamen ein Analgetikum – Metamizol bzw. Ibuprofen. Insgesamt war das Schmerzaufkommen gegenüber dem konventionellen Vorgehen deutlich reduziert, wie anhand einer visuellen Analogskala festgestellt werden konnte.

Windfuhr et al. bei der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde e.V. in Düsseldorf

Morbus Hunter: HNO-Arzt sieht Kinder mit der behandelbaren seltenen Erkrankung zuerst

(hs) Otitiden und andere HNO-Symptome gehören zu den frühesten Anzeichen dieser progredienten multisystemischen Erkrankung, der seltenen Mucopolysaccharidose Typ II (MPS II, M. Hunter). Fast allen Patienten gemeinsam ist eine im Kleinkindesalter einsetzende Vergröberung der Gesichtszüge mit Sattelnase, prominenter Stirn, Makroglossie, verdickten Lippen sowie Mikrozephalie. 40 % der Kinder mit MPS II leiden unter rezidivierenden Otitiden, oft schon im 1. Lebensjahr (neben Leisten- und Nabelhernien) ist dies eins der Frühsymptome, die bereits im Säuglingsalter auftreten. Etwa ab Ende des 2. Lebensjahres findet sich bei jedem 3. Patienten eine nasale Obstruktion; mit 3-4 Jahren leiden etwa 2/3 der Kinder an einer Tonsillenhyperplasie und adenoiden Wucherungen verbunden mit Paukenergüssen. Der HNO-Arzt hat hier also eine Weichenstellerfunktion, um betroffene vorwiegend männliche junge Patienten einer Enzyersatztherapie zu zuführen.

Kompakt Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 2/2017

Kindlicher Kopfschmerz

– kein routinemäßiges MRT

(hs) Wenn bei Kindern mit lokalisiertem Kopfschmerz keine neurologischen Auffälligkeiten vorliegen, ist es einer britischen Studie zufolge unwahrscheinlich, dass den Beschwerden eine ernste Ursache zugrunde liegt. Ein routinemäßiges MRT halten die Studienautoren deshalb für unnötig.

Am Queen's University Hospital in Essex wurden 292 Patienten zwischen 5 und 17 Jahren mit lokalisiertem Kopfschmerz untersucht, nach der International Classification of Headache Disorders wurde in 192 Fällen eine Migräne, in 30 Fällen ein Spannungskopfschmerz und bei 22 Kindern und Jugendlichen ein medikamentös indizierter

Kopfschmerz diagnostiziert. Bei 43 Patienten wurden die Beschwerden als unspezifisch eingeordnet. Nur bei 4 % der MRT-Untersuchungen ergaben sich Auffälligkeiten, dabei handelte es sich ausschließlich um unspezifische Zufallsbefunde. Bei keinem dieser Patienten war eine operative Intervention erforderlich.

Schmerzmedizin 2017;33 (4)



FOTO: © KasugaHuang

Kindliche Schlafapnoe:

Tonsillektomie oder Tonsillotomie?

(hs) Eine US-Studie legt nahe, dass zur Therapie der obstruktiven Schlafapnoe die intrakapsuläre Tonsillektomie und Adenotomie bei vielen Kindern ebenso wirksam ist wie die extrakapsuläre Tonsillektomie.

Vergrößerte Gaumenmandeln und Adenoide sind die häufigste Ursache einer obstruktiven Schlafapnoe (OSA). Die Autoren vom Albert Einstein College of Medizin in New York haben in einer retrospektiven Querschnittsstudie insgesamt 54 Kinder und Jugendliche zwischen 2 und 18 Jahren untersucht, unter denen 30 % adipös und 38 % Asthmatiker waren.

Hinsichtlich der klinischen Ergebnisse waren keine signifikanten Unterschiede erkennbar. Auch die postoperative, maximal 2 Jahre nach der OP durchgeführte Polysomnographie zeigte in beiden Gruppen ähnlich gute Ergebnisse. Eine Einschränkung machten die Kollegen jedoch bei Kindern mit Asthma und Adipositas. Hier sei ein Therapieversagen nach Komplettentfernung deutlich seltener als nach intrakapsulärer Tonsillotomie.

HNO-Nachrichten 1/2017)

Kein Gehörschaden durch Vibration, Infraschall, Ultraschall oder Körperschall

(hs) Im Rahmen der Begutachtung der beruflichen Lärmschwerhörigkeit werden häufig auch andere physikalische Einwirkungen (z.B. Vibration, Ultraschall usw.) als

HNO NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Schädigungsursachen oder als Co-Faktoren der Betroffenen geltend gemacht. Dies ist u.a. dann zu beobachten, wenn die nachgewiesene Schallbelastung als Schwerhörigkeitsursache alleine wahrscheinlich nicht ausreichend gemacht werden kann. Der Gutachter sollte sich hier doch am Fachwissen orientieren und sich nicht an einer wohlwollenden Hilfestellung für den Probanden aufgrund von Mutmaßungen hinreißen lassen, so Prof. Tilmann Brusis vom Institut für Begutachtung aus Köln in einem Beitrag der Zeitschrift Laryngo-Rhino-Otologie (2017/96). Wie er ausführlich darstellt gibt es keine gesicherten Hinweise dafür, dass Vibrationen, Infraschall (z.B. vom Schädelknochen übertragener Lärm auf das Innenohr) an industriellen Arbeitsplätzen das Gehör allein oder in Kombination mit einer Lärmeinwirkung schädigen können. Derartige physikalische Einwirkungen spielen für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit keine Rolle.

Laryngo-Rhino-Otologie (200/2017;96)

Hörtests funktionieren mit entsprechender App auch am heimischen Computer

(hs) Die Häufigkeit von Hörverlusten wird in den nächsten Jahrzehnten noch deutlich zunehmen. Das flächendeckende Angebot entsprechender Hörtests durch geschultes Personal kann somit leicht an seine Grenzen stoßen. US-amerikanische HNO-Ärzte aus Boston haben jetzt untersucht, ob sich mit einer entsprechenden Software das eigene Hörvermögen nicht auch am heimischen Computer testen lässt. Die zu Hause durchgeführte automatisierte Reinton-Audiometrie war in dem ersten Experiment in den Bereichen von 500 bis 8000 Hz weitgehend äquivalent mit der manuell in der Klinik durchgeführten Audiometrie. Nur sehr niedrige Frequenzschwellen (250 Hz) waren am heimischen Computer ungenau, was nach Aussage der Autoren möglicherweise auf niedrigfrequente Hintergrundgeräusche in der häuslichen Umgebung zurückzuführen ist. Dies bestätigte sich auch im zweiten untersuchten Kollektiv. Somit könnten solche computerbasierten Tests in Zukunft z.B. für das Monitoring bei progressivem oder fluktuierendem Hörverlust genutzt werden, schreiben die Autoren.

Laryngo-Rhino-Otol (200/2017;96)

Hilfe bei Epistaxis

(gh) Nachdem die direkten oralen Antikoagulantien (DOAK) verfügbar und zunehmend in Gebrauch sind, muss bei

Patienten mit schwer beherrschbarem Nasenbluten ein ursächlicher Zusammenhang unterstellt werden. Für den direkten Thrombininhibitor Dabigatran gibt es inzwischen ein spezifisches Antidot, bei akuten Interventionen im Rahmen von Hausbesuchen dürfte dieses wohl selten verfügbar sein.

Für solche Fälle empfiehlt Prof. Heinrich Iro, Erlangen, das Tamponieren der Nase mit Tranexamsäure-getränkten Schaumstoffschwämmchen. Infolge der antifibrinolytischen Wirkung kommt es, belegt durch Studien, bei 71 % der Patienten mit Epistaxis innerhalb von zehn Minuten zum Stillstand der Blutung (bei normalen Tamponaden nur bei 31 %). „Damit können sie einigen Patienten einen operativen Eingriff ersparen“, so Iro.

MMW 12-2017 S. 9

INFEKTIOLOGIE NEWS

Bei unkomplizierter Zystitis Verzicht auf Antibiotika

(mh) Aufgrund der Evidenzlage kann eine akute unkomplizierte Zystitis (AUZ) bei Frauen durchaus mit alleiniger symptomatischer Therapie als Alternative zum Einsatz von Antibiotika erwogen werden, so Prof. Kurt Naber, Straubing. Es sollte jedoch ein Präparat mit antiphlogistischen, spasmolytischen, analgetischen und antiadhäsiven Effekten eingesetzt werden, z.B. die pflanzliche Dreierkombination Canephron® N. Die Wirksamkeit dieses Phytotherapeutikums wurde in einer offenen Pilotstudie an 125 Frauen mit AUZ belegt. Bei 98 % der Frauen mit AUZ war eine antibiotische Behandlung nicht erforderlich. Während der siebentägigen Therapie gingen die Symptome kontinuierlich zurück. Rezidive wurden bis zum 37. Tag nicht beobachtet, unerwünschte Ereignisse traten nicht auf.

MMW 9-2017 S. 74

Botulinumtoxin zur Therapie der allergischen Rhinitis

(gh) Aus einer Pilotstudie aus Singapur ergab sich, dass Botulinumtoxin Typ-A (BTX-A) ein wirksames Mittel gegen allergische Rhinitis ist. Zehn Patienten mit allergischer Rhinitis durch Hausstaubmilben erhielten jeweils 12,5 Einheiten BTX-A verdünnt in 0,3 ml Kochsalzlösung in die hintere laterale Nasenwand injiziert. Der

INFEKTIOLOGIE NEWS

Total Nasal Symptom Score (TNSS) sank im Mittel von 15,1 auf 7,6 nach zwei Wochen bzw. 7,7 nach vier Wochen. Am deutlichsten besserten sich die Rhinorrhö, Niesreiz, verstopfte Nase und Juckreiz. Die Lebensqualität wurde spürbar günstig beeinflusst.

MMW 14-2017 S. 3



FOTO: © CCO

Hepatitis C in Deutschland vor dem Ende?

(mh) Nach dem die Hepatitis C klar zu diagnostizieren ist und mit neuen Medikamenten einfach, verträglich und kosteneffektiv therapiert werden kann, stellt sich die Frage, ob diese Hepatitisform in Deutschland eliminiert werden kann. Weltweit wird die Zahl der an Hepatitis C (HCV) Infizierten auf 70 Millionen und in Deutschland auf ca. 250.000 Personen geschätzt. Die Dunkelziffer liegt bei ca. 40 %, so Prof. Michael Manns, Hannover.

Da infolge diskreter Symptome viele Personen nicht wissen, dass sie an einer HCV erkrankt sind, wurde die „Initiative pro Leber“ der Deutschen Leberhilfe e.V. ins Leben gerufen. Mit der Frage „Bin ich Chris?“ sollen möglichst viele Menschen mit erhöhtem Risiko sich testen lassen. „Nur wer weiß, dass er krank ist, kann behandelt werden, wer behandelt wird, hat eine sehr hohe Chance auf Heilung.“

Ein einfacher Bluttest kann Klarheit schaffen“, so Prof. Manns. Die derzeitige Zahl an Neuerkrankungen in Deutschland liegt bei 5.500 jährlich. Derzeit werden 25.000 Patienten in Deutschland behandelt. Ziel ist, bis 2030 die Hepatitis einzudämmen oder ganz zu eliminieren. Voraussetzung dafür ist, viele Patienten mit erhöhtem HCV-Risiko zu beraten und zum notwendigen Antikörpertest zu veranlassen.

MMW 13-2017 S. 8

KARDIOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag**Dabigatran – Antidot Idarucizumab hat sich in Notfällen bewährt**

(bb) Das Antidot wurde in einer Studie von 503 älteren multimorbiden Patienten unter Dabigatran-Therapie mit lebensbedrohlichen Blutungen (Gruppe A) wie z.B. gastrointestinale Blutungen, intrakranielle Blutungen, traumatische Blutungen etc. und bei Patienten (Gruppe B) mit dringend notwendigen Operationen als zweizeitige Bolusinfusion (5 mg Idarucizumab im Abstand von 15 Minuten) appliziert. Im Durchschnitt kam es nach 2,5 Stunden zur 100%igen Blutstillung (Gruppe A). In der Gruppe B konnte im Durchschnitt nach 1,6 h mit der Operation begonnen werden. Bei 6,8 % der Patienten kam es innerhalb von 90 Tagen zu thrombembolischen Ereignissen. Die Mortalitätsraten lagen nach 30 und 90 Tagen in der Gruppe A bei 13,5 % und 18,8 % und in der Gruppe B bei 12,6 % und 18,9 %. Das Medikament ist weltweit in 61 Ländern an 8200 Kliniken vorhanden und wurde von der Firma Boehringer als unbedenklich eingestuft.

CardioNews 07/08 2017 S.9

Einsatz von Entzündungshemmern zur Senkung kardiovaskulärer Ereignisse

(bb) In der CANTOS-Studie (Canakinumab Anti-inflammatory Thrombosis outcomes study) hat man Canakinumab (ACZ855) bei mehr als 10.000 Patienten mit einem Myokardinfarkt und einer gleichzeitigen CRP-Erhöhung getestet. Es handelt sich hierbei um einen monoklonalen Antikörper, welcher selektiv Interleukin-1 beta bindet. Die Hemmung des Interleukins hat in der Studie eine deutliche Reduktion des Fortschreitens der Arteriosklerose bei den betroffenen Patienten gezeigt. Damit erhärtet sich der Verdacht, dass in der Entstehung von Plaques Entzündungsprozesse eine wichtige Rolle spielen, welche durch Canakinumab gehemmt werden können. Die Therapiekosten liegen bei 60.000 Dollar pro Jahr.

CardioNews 07/08 2017 S.4

Indikation für einen ICD

– neu überdenken?

(bb) Das Risiko für einen plötzlichen Herztod ist bei einer myokardialen Insuffizienz, verursacht durch eine linksventrikuläre systolische Dysfunktion, signifikant erhöht. In den Leitlinien wird deshalb bei einer Herzinsuffizienz NYHA 2-3 und Auswurf-fraktion unter 35 % die Implantation eines

ICD empfohlen. Die Studien hierzu stammen aber aus einer Zeit, in der die Pharmakotherapie noch nicht so weit entwickelt war, wie es in der heutigen Zeit der Fall ist (z.B. ACE-Hemmer, AT1-Rezeptorblocker, Angiotensin-Rezeptor Neprilysin-Inhibitor (ARNI); es handelt sich hier um eine Kombination Sacubitril/Valsartan oder Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten etc.). Für diese Wirkstoffe ist jeweils ein positiver Effekt zur Behandlung der Herzinsuffizienz und damit der Senkung der Wahrscheinlichkeit für einen plötzlichen Herztod dokumentiert. Die Autoren analysierten 12 Studien zu diesem Thema und stellten fest, dass allein durch eine moderne Pharmakotherapie (bei Patienten ohne ICD) die Inzidenz des plötzlichen Herztodes um 44 % abgenommen hat. Die Empfehlung der Autoren besteht darin, mindestens 3 Monate Einstellungszeit mit modernen Pharmaka zu gewährleisten. Die Implantation eines ICD könnte sich dadurch unter Umständen erübrigen.

CardioNews 07/08 2017 S.8.

Schlechte Prognose für Koronarpatienten bei hoher Variabilität des LDL-Cholesterins

(mh) Sollte bei Postinfarktpatienten unter Statintherapie bei aufeinanderfolgenden Messungen eine Variabilität des LDL-Cholesterins auftreten, ist dies als prognostisch ungünstiges Zeichen zu bewerten. Dies fanden New Yorker Kardiologen in der IDEAL-Studie anhand einer Post-hoc-Analyse heraus. Mit jedem Anstieg der LDL-Variabilität erhöhte sich das Risiko für ein weiteres Koronareignis um 7 %. Die Herzinfarktrate stieg um 11 %, Todesfälle um 19 %. Lediglich Schlaganfälle waren nicht signifikant häufiger.

Blutdruckschwankungen waren mit höheren Komplikationsraten ebenfalls assoziiert. Eine Beziehung zwischen LDL-Variabilität und zu erwartenden kardiovaskulären Ereignissen ist zwar schon in der Framingham-Studie festgehalten. Hier waren jedoch mehrheitlich herzgesunde Menschen beteiligt. Anhand der vorliegenden Analyse zeigt sich jedoch, dass diese Korrelation auch für Hochrisikopatienten unter Statinbehandlung Gültigkeit hat.

MMW 12-2017 S. 19

Paroxysmales Vorhofflimmern ist häufig untertherapiert

(mh) Im Gegensatz zum persistierenden oder permanenten Vorhofflimmern erfolgt bei paroxysmalem Vorhofflimmern häufig keine adäquate Therapie durch konsequente Antiko-

agulation, so das Ergebnis einer Studie aus Großbritannien. Die Analyse bei ca. 180.000 Patienten mit Vorhofflimmern ergab, dass eine orale Antikoagulationstherapie bei Patienten mit paroxysmalen Rhythmusstörungen nur halb so groß war wie in der Vergleichsgruppe mit länger anhaltendem Vorhofflimmern. Durch Kontraindikationen oder Unterschiede im Schlaganfallrisiko konnte die Differenz nicht erklärt werden. Die Autoren vermuten, dass angesichts dieser Befunde „von einer hohen Zahl vermeidbarer ischämischer Schlaganfälle bei Patienten mit paroxysmalem Vorhofflimmern ausgegangen werden muss“.

MMW 12-2017 S.3

Keine Reduktion der geistigen Fähigkeiten durch niedrige LDL-Werte

(mh) Die häufig geäußerten Befürchtungen, dass niedrige LDL-Cholesterinwerte die neurokognitiven Fähigkeiten negativ beeinflussen, sind infolge neuer Erkenntnisse unbegründet. Mit der Einführung der PCSK9-Hemmer hat diese Frage neue Präsenz gewonnen. Die monoklonalen Antikörper senken in Kombination mit einem Statin den Cholesterinspiegel um zusätzliche 45-65 %. Nachdem Cholesterin wichtige physiologische Funktionen im Bereich der Neuronen des Gehirns wahrnehmen, könnten theoretisch neurokognitive Vorgänge negativ beeinflusst sein.

Eine Metaanalyse hatte einen schwachen Hinweis auf solche Nebenwirkungen ergeben. Neuerdings gibt es jedoch weitere Untersuchungen, die den Verdacht weitgehend ausräumen. In einer Studie konnte ein kausaler Zusammenhang mit der Entwicklung von Demenzerkrankungen oder Parkinson nicht festgestellt werden, wenn niedrige Cholesterinspiegel durch Genvariationen von PCSK9 bedingt waren. Bei der Auswertung von zwei weiteren Studien von Patienten mit Alirocumab und LDL-Cholesterinwerten < 25 mg/dl fanden sich nicht mehr Nebenwirkungen als bei Werten > 25 mg/dl. Auch traten keine neurologischen Ereignisse wie periphere Neuropathien, neurokognitive Erkrankungen, Amnesie, Verwirrtheit oder Demenz bei den beobachteten Patienten auf. Bei einer prospektiven Untersuchung mit Evolocumab auf kognitive Fähigkeiten schnitten Patienten unter einer Zusatztherapie mit dem PCSK9-Inhibitor bei Tests von Exekutivfunktion, Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Reaktionszeit nicht schlechter ab als Patienten unter alleiniger Statin-Therapie.

MMW 12-2017 S. 19

KARDIOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Vorsicht bei Herzinsuffizienz und Eisenmangel

(mh) Als ausgesprochen prognostisch ungünstigen Faktor hat sich der Eisenmangel bei chronischer Herzinsuffizienz (CHI) erwiesen. Ein Eisendefizit ist mit einer reduzierten Leistungsfähigkeit verbunden und steigert Morbidität, Hospitalisierung und Mortalität, so PD Dr. Mahir Karakas, Hamburg. Die aktuellen Leitlinien der nationalen und internationalen Gesellschaft für Kardiologie tragen diesem Umstand Rechnung und empfehlen für Patienten mit neu diagnostizierter chronischer Herzinsuffizienz die Abklärung eines möglichen Eisenmangels. Die neue EFFECT-HF-Studie liefert zusätzliche Evidenz. Unter 172 Studienteilnehmern schnitten Patienten nach i.v.-Eisencarboxymaltose-Gabe bezüglich der maximalen Sauerstoffaufnahmen (PvO₂) signifikant besser ab als Patienten mit lediglich Standardbehandlung. Ausserdem führte die Eisensubstitution zu einer signifikanten Verbesserung der NYHA-Klasse.

Die IRONOUT-HF-Studie zeigte dagegen, dass eine orale Eisengabe die PvO₂ nach 16 Wochen im Vergleich zu Placebo nicht verbessern konnte und die Eisenspeicher nur geringfügig aufgefüllt wurden. Eine orale Eisensubstitution bei chronischer Herzinsuffizienz ist daher sehr zweifelhaft.

MMW 12-2017 S. 72

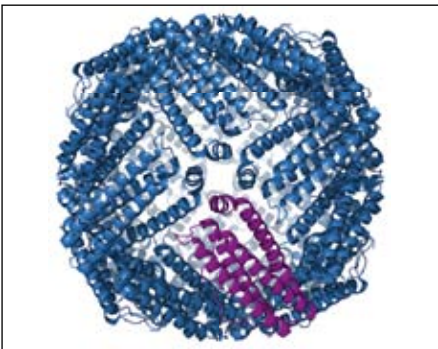


FOTO: © CCO

Neue ESC-Leitlinien für Herzinsuffizienz räumen den Komorbiditäten einen besonderen Stellenwert ein

(mh) Sehr viele Patienten mit Herzinsuffizienz haben auch Begleiterkrankungen: KHK, Hypertonie, metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus, Anämie, COPD, Niereninsuffizienz, Lebererkrankungen und Kachexie.

„Einige Komorbiditäten wie COPD oder Anämie können die Symptomatik der Herzinsuffizienz verschleiern, andere wie die KHK

sie verstärken und somit die Lebensqualität weiter verschlechtern“, sagt Prof. Stefan Anker, Göttingen. Insgesamt verschlechtern Begleiterkrankungen die Prognose.

Bei der Therapie sind Kontraindikationen (keine Betablocker bei Asthma bronchiale) zu beachten. Bei polymorbiden Patienten muss vermehrt mit medikamentösen Interaktionen gerechnet werden (Betablocker in Verbindung mit einem Betasympathomimetikum bei COPD-Patienten). „Dazu kommen Substanzen wie NSAR und bestimmte antitumorös wirkende Präparate, die eine Herzinsuffizienz auslösen oder verstärken können. Bei herzinsuffizienten Patienten mit rheumatischen Erkrankungen sind NSAR deshalb streng kontraindiziert“, so Anker. Herzinsuffizienz ist ein wichtiger Risikofaktor für ein kardioembolisches Ereignis bei Vorhofflimmern. Eine dauerhafte orale Antikoagulation ist daher bei herzinsuffizienten Patienten mit Vorhofflimmern erforderlich. NOAK sind bei mechanischen Klappenprothesen und bei Mitralklappenstenose kontraindiziert. Keine Indikation zur Antikoagulation besteht bei herzinsuffizienten Patienten mit Sinusrhythmus.

Zur antianginösen Therapie bei Herzinsuffizienz haben sich die Betablocker in besonderer Weise bewährt. Sollten Betablocker nicht toleriert werden oder nicht ausreichen, könne Ivabradin oder Ranolazin eingesetzt werden. Bei Hypertonie mit Herzinsuffizienz sind ACE-Hemmer oder AT1-Blocker Therapie der ersten Wahl, eventuell in Kombination mit einem Thiaziddiuretikum oder einem Aldosteronantagonisten.

Bei manifestem oder funktionellem Eisenmangel (Ferritin < 100 µg/l oder Ferritin bei 100-299 µg/l und einer Transferrinsättigung < 20 %) ist eine i.v.-Eisensubstitution indiziert.

Bei der Komorbidität Diabetes ist Metformin Mittel der ersten Wahl. Laut EMPA-REG-Outcome-Studie weist der SGLT2-Inhibitor Empagliflozin insbesondere in Bezug auf eine Herzinsuffizienz eine günstige Wirkung auf. „Angesichts der Vielfalt der Begleiterkrankungen wird in den neuen Leitlinien ein interdisziplinäres Management von Herzinsuffizienz-Patienten dringend empfohlen“, fordert Anker.

MMW 9-2017 S. 26

Herzrhythmusstörungen bei zu starkem Bierkonsum auf dem Münchner Oktoberfest

(mh) Ein übermäßiger Bierkonsum ist durchaus geeignet, Herzrhythmusstörungen hervorzurufen, so das Ergebnis einer Münchner

Studie. Demnach kommt es in Folge arrhythmogener Potenz des Alkohols zu verstärkten Sinustachykardien (25,9 %), Sinusarrhythmien und ventrikulären Extrasystolen (jeweils 1,7 %). Vorhofflimmern oder Vorhofflattern traten bei 0,8 % der Wiesnbesucher auf, die per Smartphone bezüglich EKG und Alkoholpegel untersucht worden waren. Der Alkoholpegel lag im Schnitt bei 0,86 Promille, 30,5 % aller Teilnehmer hatten einen gestörten Herzrhythmus. Die Autoren vermuten, dass mit jedem zusätzlichen Promille Blutalkohol das Arrhythmierisiko um 75 % steigt.

MMW 9-2017 S. 9



FOTO: © pixabay

ASS ohne Nutzen bezüglich des Risikos für Arteriosklerose-Patienten

(mh) Anhand der Daten von 33.000 Arteriosklerose-Patienten fanden US-Forscher, dass ASS wenig oder keinen Nutzen bringt. Nur Patienten, die bereits einen Schlaganfall oder Herzinfarkt erlitten hatten, können marginal profitieren von der Therapie mit ASS. Bei den übrigen Patienten zeigte Aspirin keinen Vorteil bezüglich des Risikos für kardiovaskulären Tod, Herzinfarkt oder Schlaganfall. Die Forscher betonen, dass diese Ergebnisse keineswegs die entscheidende Rolle von ASS bei der Akutbehandlung von Herzinfarkt oder Schlaganfall schmälern.

DMW 14-2017 S. 1021

Übergewichtige mit besserem Outcome bei Koronarinterventionen

(gh) Britische Autoren haben Daten von fast 350.000 Patienten mit einer perkutanen Koronarintervention (PCI) bezüglich ihres BMI analysiert. Es wurden vier Gruppen unterschieden: < 18,5; 18,5 – 24,9; 25 – 30 und > 30 kg/m². In der Referenzgruppe war der BMI 18,5 – 24,9 kg/m². Im Vergleich dazu wiesen die Untergewichtigen höhere und die Übergewichtigen niedrigere Mortalitätsraten auf.

KARDIOLOGIE NEWS

Ein Jahr nach dem Eingriff lag die Mortalitätsrate bei den Untergewichtigen bei 14 %, bei der Referenzgruppe 6 %, und bei den Übergewichtigen bei 3 %. Nach fünf Jahren lag die Mortalitätsrate bei 53 %, 28 % und 19 %.

MMW 13-2017 S. 3

ASS ohne Nutzen bezüglich der Tripeltherapie bei Patienten mit Vorhofflimmern und Stenteinlage ist obsolet

(mh) Patienten mit Koronarstent und Vorhofflimmern erhalten in der Regel einen Vitamin-K-Antagonisten und zusätzlich eine duale Plättchenhemmung mit Clopidogrel und ASS für zwölf Monate.

In der PIONEER-AF-PCI-Studie wurden über 2000 Patienten in drei Gruppen über zwölf Monate beobachtet. Gruppe 1 erhielt 15 mg/d Rivaroxaban und einen P2Y12-Hemmer (Clopidogrel). Gruppe 2 bekam 2x 2,5 mg/d Rivaroxaban und P2Y12-Hemmer und ASS und Gruppe 3 erhielt Vitamin-K-Antagonist (VKA) und P2Y12-Hemmer jeweils über zwölf Monate.

Klinisch signifikante Blutungen waren in den Gruppen 1 und 2 mit 16,8 % bzw. 18 % geringer als in der Gruppe 3 mit VKA und P2Y12-Hemmer und ASS mit 26,7 %. Mortalität. Kardiovaskuläre bedingte Mortalität. Herzinfarkt und Schlaganfall waren in allen Gruppen identisch.

MMW 11-2017 S. 33

NEUROLOGIE NEWS

Citalopram bei Alzheimerpatienten

(sh) In der CiTAD-Studie aus dem Jahre 2014 konnte festgestellt werden, dass sich die Agitation bei Alzheimerpatienten unter Citalopram bessert.

In einer Sekundäranalyse konnte festgestellt werden, dass auch Angstzustände und Wahnvorstellungen weniger häufig auftreten. Auf der anderen Seite bestehen mögliche Nebenwirkungen, wie eine verlängerte QT-Zeit, Appetitlosigkeit, stärkere Abnahme der kognitiven Leistung.

neuroaktuell Mai/2017

Epilepsie und Multiple Sklerose

(sh) In einer Metaanalyse konnte festgestellt werden, dass ca. 7,6 % der MS-Patienten eine Epilepsie haben. Die MS-Patienten mit

NEUROLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Epilepsie hatten im Vergleich zu MS-Patienten ohne epileptische Anfälle tendenziell höhere EDSS Werte. (Epilepsieprävalenz bei gesunden Patienten unter 1 Prozent).

NeuroDepesche 5-6/2017

Körperliche Schonung oder Aktivität nach Hirnkontusionen?

(sh) In einer prospektiven Kohortenstudie aus Kanada zeigte sich, dass nach leichten Hirnkontusionen (keine intracerebralen Verletzungen) frühe körperliche Aktivität seltener zum postkontusionellen Syndrom führten als bei Kindern, die zunächst geschont wurden.

InfoNeurologie u. Psychiatrie Mai 2017, Jg. 19, nr. 5



FOTO: © Mincov

Hirnblutungsrisiko bei Antidepressivaeinnahme

(sh) In einer retrospektiven Studie konnte festgestellt werden, dass das Risiko einer intracraniellen Blutung um 6,7 pro 100.000 Personenjahre erhöht ist, wenn die Patienten ein SSRI einnahmen.

Trizyklika scheinen hier keine Probleme zu machen. Das Risiko ist zudem signifikant erhöht, wenn SSRI zusammen mit Antikoagulantien eingenommen werden.

Insgesamt ist das Risiko von Hirnblutungen bei alleiniger SSRI-Annahme gering, bei gleichzeitiger Einnahme von Antikoagulantien sollten besser Trizyklika eingesetzt werden.

InfoNeurologie u. Psychiatrie Mai 2017, Jg. 19, Nr. 5

Frühzeitige Gabe von SSRI Hemmern nach Schlaganfall ohne Effekt

(sh) In einer südkoreanischen Studie konnte durch den frühzeitigen Einsatz von 10 mg Escitalopram auch längerfristig keine Verbesserung der depressiven Symptomatik nach einem Schlaganfall im Vergleich zur Placebogruppe festgestellt werden.

InfoNeurologie u. Psychiatrie März 2017, Jg. 19, Nr. 3

Lacosamid im Vergleich zu retardiertem Carbamazepin

(sh) In einer Studie konnte festgestellt werden, dass bei neu diagnostizierter fokaler Epilepsie die Monotherapie mit Lacosamid genauso wirksam ist wie retardiertes Carbamazepin. Dabei wurden Lacosamiddosierungen bis zu 600 mg ausgewählt, Carbamazepin bis 1200 mg. Lacosamid ist jetzt zum primären Einsatz als Monotherapie bei neu diagnostizierten fokalen Epilepsien zugelassen.

InfoNeurologie u. Psychiatrie März 2017, Jg. 19, Nr. 3

Nicht kardioembolischer Schlaganfall und paroxysmales Vorhofflimmern

(sh) In einer offenen randomisierten Studie zeigte sich, dass in der Diagnostikgruppe (nach nicht-kardioembolischen Schlaganfall nach drei und sechs Monaten jeweils zehntägiges EKG Monitoring) bei 14 % ein paroxysmales Vorhofflimmern nachgewiesen werden konnte versus 5 % in der Kontrollgruppe.

InfoNeurologie u. Psychiatrie Juni 2017, Jg. 19, Nr. 6

OPHTHALMOLOGIE NEWS

Vorsicht!

Bilaterale Makulopathie durch blauen Laserpointer beim Kind

(kk) Joseph Raevis, Eric Shrier in Department Ophthalmology, SUNY Downstate medical Center, Brooklyn, NY, USA.

Ein 12-jähriger Junge schwarzer Hautfarbe mit Asthma hatte mit einem batteriebetriebenen blauen Laserpointer 473 nm unbeaufsichtigt gespielt und damit beide Augen wenige Sekunden im Abstand von Armlänge bestrahlt – unmittelbar danach Sehverschlechterung beider Augen.

5 Tage nach der Exposition war das Sehvermögen auf 20/40 abgesunken. Im Amsler-Gitter-Test wurde ein Zentralskotom angegeben und Netzhautschäden im Bereich der Fovea mit Fluoreszenz Angiographie und OCT festgestellt. Die Behandlung erfolgte mit Medrol Dosepack (Methylprednisolon oral) und topischen NSAID Augentropfen Ilevro und brachte innerhalb von 22 Wochen nach der Exposition eine Verbesserung des Sehvermögens auf 20/20 und Verschwinden des Skotoms im Amsler-Gitter-Test.

Für NSAID ist bei Rhesusaffen belegt, dass sie das Überleben von Photorezeptoren nach Lasererletzungen verbessern.

OPHTHALMOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Allerdings gibt es keine randomisierten kontrollierten Studien, die einen definitiven Nutzen von Steroiden und NSAID beweisen. Steroide sollten bei Patienten mit laserinduzierter oder solarer Makulopathie nur unter besonderer Vorsicht angewendet werden, da die Makulopathie auch selbstheilend sein kann. Ein großes Problem der Laserpointer ist zurzeit, dass viele Produkte auf dem Markt sind, die nicht die gesetzlichen Sicherheitsvorgaben erfüllen und problemlos über das Internet bestellt werden können. 2014 wurden im Laufe eines Jahres 14 Fälle von Retinaverletzung, allein in Saudi Arabien, gemeldet.

Karger Kompass Ophthalmologie 101-148/2017



FOTO: © netweb

Zerebrale Veränderungen bei Glaukom – Diagnostik mit MRT - DTI

(kk) (Prof. Georg Michelson) Die glaukomatöse Opticusatrophie ist die dritthäufigste Erblindungsursache in den Industrienationen. Die genauen Ursachen für die glaukomatöse Opticusatrophie sind unklar. Die häufigste Ursache ist ein erhöhter Augeninnendruck, jedoch weisen mehr als 30% der Glaukom-Patienten Augendruckwerte im Normbereich auf. Vermutlich spielt neben dem Augeninnendruck eine Verminderung der Durchblutung bzw. ein Regulationsdefizit in Retina, Sehnerv und der cerebralen Sehbahn eine Rolle, die eine Degeneration von Nervenzellen und Axonen bewirkt.

Eine Bestimmung der axonalen Integrität der Sehbahn und ein Ausschluss von Mikro- und Makroangiopathien der Sehbahn sind diagnostisch sinnvoll zur individuellen Anpassung und Optimierung der Glaukom-Therapie. Sie kann mittels Bildgebung mit einer 3-Tesla-Klinik-MRT-Diffusions-Tensor-Darstellung dargestellt werden und Glaukom assoziierte Veränderungen, die sehr gut mit ophthalmologischen Funktionstests korrelieren, nachweisen. So finden sich bei Patienten mit Normaldruckglaukom si-

gnifikant häufiger zerebrale Mikroangiopathien als bei Gesunden. Die Untersuchung der axonalen Integrität der Sehbahn ist diagnostisch sinnvoll zur individuellen Anpassung und Optimierung der Glaukom-Therapie und wird durch MRT-DTI Diffusionstensorbildgebung in Zukunft bessere Therapieansätze verschiedener Glaukom-Formen ermöglichen.

Ophthalmologische Nachrichten 07/2017

Multifokale Intraokularlinsen bei jungen, nichtpresbyopen Patienten – Sinnvoll und sicher?

(kk) A.Frings, J. Steinberg, S.J. Linke, V. Druchkly, T. Katz aus der Universitätsklinik für Augenheilkunde Hamburg, Care Vision GmbH, Zentrumsehstärke, Augenarztpraxis Hamburg berichten über refraktiven Linsenaustausch bei jungen, meist hyperopen oder moderat bis hochmyopen, nicht-presbyopen Patienten, bei denen hornhautchirurgische Verfahren oder phaker Intraokularlinseneinsatz nicht möglich ist. Es handelte sich um 16 Patienten, deren klare natürliche Linse gegen eine multifokale Intraokularlinse ausgetauscht wurde, um dem Wunsch nach Brillunenabhängigkeit zu entsprechen. Refraktive Daten und subjektive Zufriedenheit wurden bei einer Kontrolle nach einem Jahr erfasst.

Für die Fernsehschärfe wurde bei vorbestehender Myopie die höchste Zufriedenheitsstufe angegeben. Nah und Intermediär Visus waren teilweise subjektiv eingeschränkt. Nur ein hyperoper Patient würde den Eingriff nicht noch einmal durchführen lassen. Alle anderen waren zufrieden. Dem relativ schlechten intermediären Visus wird durch die Entwicklung trifokaler Intraokularlinsenmodelle begegnet.

Das Risiko eines Austausches der klaren natürlichen Linse wegen Refraktionsanomalie sollte bei jungen, besonders bei hochmyopen Patienten vor der Operation gründlich diskutiert werden und ist trotz der Vorteile einer unkorrigierten Fernsehschärfe im Nah- und Fernbereich mit Kompromissen assoziiert.

Photopische Phänomene wie Lichtkränze und Lichtblitze werden öfter von Patienten mit einer multifokalen Intraokularlinse berichtet als von jenen, die mit einer monofokalen intraokularen Linse versorgt worden sind. Mit multifokalen Intraokularlinsen wird auch eine schlechtere Kontrastwahrnehmung als mit monofokalen Linsen beklagt.

Der Ophthalmologe/Ban 114/Heft 8/August 2017

PÄDIATRIE NEWS

Therapie der chronischen Urtikaria im Kindesalter

(ub) Eine länger als 6 Wochen täglich oder nahezu täglich auftretende Urtikaria wird als chronisch definiert und geht mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität einher. Die Quaddeln werden bei bis zu 50% der betroffenen Kinder durch zirkulierende Autoantikörper gegen IgE-Rezeptoren der Mastzelloberfläche ausgelöst. Zur Detektion mastzellaktivierender Autoantikörper wurde der autologe Serumtest (ASST, „autologous serum skin test“) entwickelt. Dabei wird Serum des Patienten an dessen volarem Unterarm intrakutan injiziert. Bei bis zu 50% der Patienten entsteht dabei eine signifikante Quaddel, die auf eine autoimmunologische chronische spontane Urtikaria hinweist. Bei Kindern mit chronischer spontaner Urtikaria gibt es keine Indikation für ungezielte Allergiescreenings oder Fokus-suchen. Differenzialdiagnostisch sollen bei entsprechendem klinischen Verdacht folgende Erkrankungen ausgeschlossen werden: Urtikariavaskulitis, Kutane Mastozytose, Eosinophile Zellulitis, Hereditäres Angioödem, Systemischer Lupus erythematoses, Dermatomyositis, Kryopyrinopathie. Die chronische induzierbare Urtikaria wird durch physikalische Reize (Kälte, Wärme, Druck, Licht, Anstrengung) ausgelöst und durch entsprechende standardisierte Tests diagnostiziert.

Die Therapie der chronischen Urtikaria folgt einem Stufenplan:

Therapiestufe 1:

(nichtsedierende H1-Antihistaminika in üblicher Tagesdosis) z.B.: Cetirizin Saft (1mg/ml) 2-6 Jahre: 2x 2,5 ml, 6-12 J: 2x 5 ml, >12 J: 10 ml z.B.: Desloratadin-Lösung (0,5 mg/ml) 1-6 J: 2,5 ml, 6-11 J: 5 ml, 12 J: 10 ml

Therapiestufe 2:

(nichtsedierende H1-Antihistaminika in hoher Tagesdosis) Bei fehlender Besserung oder schwer verlaufender Urtikaria kann die Antihistaminika-Dosierung innerhalb von einer bis maximal 4 Wochen bis zur vierfachen Tagesdosis gesteigert werden. Relevante Nebenwirkungen treten dabei im Kindesalter selten auf. Die Patienten und deren Eltern sollen auf den „Off-Label-Use“ und mögliche Nebenwirkungen hingewiesen werden.

Therapiestufe 3:

Omalizumab ist für Patienten ab dem 12. Lebensjahr für die Therapie der chronischen Urtikaria bei unzureichendem Ansprechen auf die vierfach erhöhte Dosis H1-Antihistaminika zugelassen. Omalizumab ist ein hu-

PÄDIATRIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

manisierter monoklonaler Antikörper, der gegen IgE-Antikörper gerichtet ist und deren Bindung an den hochaffinen IgE-Rezeptor auf Mastzellen und basophilen Granulozyten verhindert. Zusätzlich zur Antihistaminika-Therapie wird Omalizumab alle 4 Wochen in einer Dosis von 300 mg in der M. deltoideus injiziert, unabhängig von Körpergewicht und Serum-IgE-Spiegel. Ciclosporin ist zur Behandlung der chronischen Urtikaria nicht zugelassen, wurde jedoch erfolgreich „off label“ in niedriger Dosierung (≤ 3 mg/kgKG) bei Patienten mit Antihistaminika-Resistenz eingesetzt.

Die Therapie mit Ciclosporin kann bei Kindern erwogen werden, für die eine Therapie mit Omalizumab nicht in Frage kommt. Montelukast ist zur Behandlung der chronischen Urtikaria nicht zugelassen. Der Leukotrien-Rezeptor-Antagonist hat auch für den „Off-Label-Use“ nur eine schwache Empfehlung, da die Therapiestudien widersprüchliche Ergebnisse zeigten. Im klinischen Alltag kommt Montelukast zusätzlich zur hochdosierten Antihistaminika-Therapie vor allem bei Kindern unter 12 Jahren zum Einsatz, da bis zu diesem Alter Omalizumab noch nicht zur Therapie zugelassen ist. Systemische Glukokortikoide können bei akuter Exazerbation der chronischen Urtikaria über maximal 10 Tage verabreicht werden. Zur Dauertherapie der chronischen Urtikaria dürfen systemische Kortikoide nicht eingesetzt werden.

Monatsschrift Kinderheilkunde 8/2017



FOTO: © F. Lamiot

Medikamenten-Dosierung bei adipösen Kindern

(ub) Im Kindesalter werden Medikamente überwiegend nach dem Körpergewicht dosiert. Pharmaka verteilen sich aber im Körper unterschiedlich, sowohl in der fettfreien Masse als auch im Fettgewebe. Die fraktionale Fettverteilung ist die Kenngröße eines Medikaments, die das Verteilungsvolumen und die Clearance beeinflusst.

Bei adipösen Kindern können deshalb Medikamente mit einem geringen Verteilungsvolumen und einer geringen therapeutischen Breite überdosiert werden, wenn die Dosis nach dem tatsächlichen Gewicht berechnet wird.

Bei einem Körpergewicht von über 40 kg soll die Erwachsenenendosis nicht überschritten werden. Langfristig müssen wir die Einbeziehung der fraktionellen Fettverteilung lernen, bis dahin werden folgende Pharmaka nach dem idealen Körpergewicht dosiert: Amikacin, Gentamycin, Tobramycin, Vancomycin, Aciclovir, Atracurium, Lidocain, Vecuronium, Aminophyllin, Theophyllin, Fentanyl, Hydroxychloroquin.

Monatsschrift Kinderheilkunde 8/2017



FOTO: © pixabay

Schlaganfall im Kindesalter: „Time Is Brain“

(ub) Der arterielle ischämische Schlaganfall ist im Kindesalter ein seltenes, aber lebensbedrohliches Ereignis mit einer Mortalität von 10-20 %. Es besteht ein Rezidivrisiko von 10 %, besonders gefährdet sind Kinder mit Vaskulopathien. Von den Kindern, die einen Schlaganfall überleben, leiden 2/3 an neurologischen Residualsymptomen, vor allem Hemiparesen, Hirnnervenausfällen, Sprach- und Sehstörungen. Kognitive Defizite sind umso häufiger, je jünger die Kinder zum Zeitpunkt des Schlaganfalls waren.

Die klinischen Leitsymptome des akuten Schlaganfalls im Kindesalter entsprechen denen im Erwachsenenalter: akute Fazialisparese, Hemiparese und Sprachstörungen treten bei 70-80 % der Kinder auf. Goldstandard der Diagnostik ist die kraniale Kernspintomografie, damit kann das ischämische Areal bereits in der Frühphase detektiert werden. Auf Grund der vielfältigen unspezifischen Begleitsymptome und des fehlenden Bewusstseins für die Möglichkeit eines kindlichen Schlaganfalls erfolgt die richtungsweisende bildgebende Diagnostik im Mittel erst nach 24 Stunden.

Die in speziellen Fällen möglichen Therapien wie Thrombolyse oder mechanische Thrombektomie können aber grundsätzlich nur wenige Stunden nach dem Ereignis in spezialisierten Zentren erfolgen.

Durch erhöhtes Bewusstsein für den kindlichen Schlaganfall bei Laien, Rettungsdienst und Ärzten in Klinik und Praxis kann die Diagnosestellung erheblich beschleunigt, das enge therapeutische Zeitfenster für die Kinder genutzt und damit Prognose und Outcome verbessert werden.

Monatsschrift Kinderheilkunde 5/2017

PHARMAKOGENOMIK NEWS

Sollte ein DNA-Test vor einer Tamoxifen-Behandlung durchgeführt werden?

(bs) Das Mittel der 1. Wahl zur Rezidiv-Prophylaxe nach Brustkrebs ist in Deutschland laut S3-Leitlinie das Prodrug Tamoxifen. Tamoxifen wird im Körper über das hoch polymorphe CYP2D6-Enzym zu dem Hauptmetaboliten Endoxifen verstoffwechselt und kann dadurch seine Wirkung entfalten. Zahlreiche Studien haben die wichtige Rolle von CYP2D6 im Tamoxifen-Stoffwechsel bestätigt und verschiedene CYP2D6-Varianten mit klinischer Relevanz identifiziert.

Ein DNA-Test gibt Aufschluss, welche CYP2D6-Varianten bei den Patienten vorliegen (der sog. Genotyp). Der CYP2D6-Genotyp bestimmt wiederum, wie effizient die Umwandlung von Tamoxifen zu Endoxifen bei der individuellen Patientin abläuft. Insbesondere Patientinnen mit dem Genotyp CYP2D6*4/*4 haben eine signifikant niedrigere Stoffwechselrate.

Die Konsequenz ist eine geringere Konzentration von Endoxifen (außerhalb der therapeutischen Breite) am Wirkort und damit ein signifikant höheres Rezidiv-Risiko. Das wissenschaftliche Konsortium DPWG „Dutch Pharmacogenetics Working Group“ empfiehlt daher postmenopausalen Frauen, die auf Grund ihres CYP2D6-Genotyps Tamoxifen nur langsam in Endoxifen umwandeln, einen Wechsel zu Aromatase-Inhibitoren. Aus Sicht der DPWG und zahlreicher wissenschaftlicher Studien ist dieser DNA-Test unerlässlich, um eine effektive Brustkrebstherapie zu gewährleisten. Dieser Standard hat sich bislang noch nicht in Deutschland durchgesetzt, denn andere Studien behaupten dagegen keinen Unterschied festzustellen zu können. In diesen Studien sind jedoch

PHARMAKOGENOMIK NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

die Fehlerquellen (Bias) bei der Datensammlung, Analyse und Interpretation nicht beachtet worden. Dies gilt insbesondere für die Compliance und vor allem für diejenige Begleitmedikation, die ebenfalls über CYP2D6 metabolisiert wird und somit den Tamoxifen-Stoffwechsel beeinflusst.

Dieser negative Effekt von CYP2D6-Inhibitoren sollte nicht unterschätzt werden, so findet sich auch ein entsprechender Hinweis in den DPWG-Richtlinien. Zusammenfassend kommen die Autoren der Publikation zu dem Schluss, dass der genetische CYP2D6-Test auf Tamoxifen wichtig ist und dem Rat der Experten aus dem Feld der klinischen Pharmakogenomik gefolgt werden sollte.

Del Re M. et al.; Should CYP2D6 be genotyped when treating with tamoxifen? Pharmacogenomics. 2016 Dec, 17 (18), 1967-1969

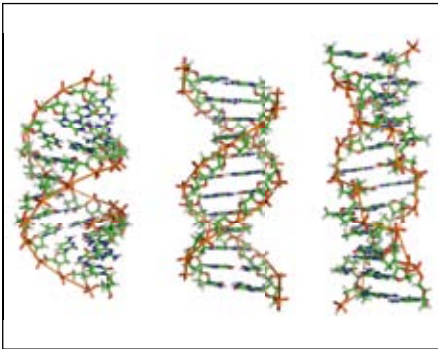


FOTO: © Zephyris

Patientenbericht: Meine Sicht der Tamoxifen DNA-Analyse

(bs) Die mit Tamoxifen verbundenen Nebenwirkungen nimmt man schweren Herzens in Kauf, weil man sich davon erhofft, nicht zu den 30 % Sterbefällen innerhalb der nächsten 10 Jahre zu gehören. Diese Hoffnung besteht aber nur, wenn man das Endoxifen überhaupt verstoffwechseln kann. Dass man das vorab über einen Gentest prüfen kann, ist ein Fortschritt und jeder Frau zu empfehlen. Mir wurde von dem Test von meinem Gynäkologen abgeraten. Das sei rausgeschmissenes Geld.

Bei dem Test kam heraus, dass Tamoxifen bei mir unzureichend wirken wird. Ich verstand seine ablehnende Haltung erst, als ich bemerkte, dass mein Gynäkologe mit dem Ergebnis schlichtweg überfordert war. Es hieß, ich solle einfach die Standarddosis nehmen: „Irgendeine Wirkung hat das schon“. Irgendeine Wirkung hat es sicher - aber wenn das am Ende vor allem die unerwünschten Nebenwirkungen sind, dann schadet das Medikament mir als Patientin. Der Gentest wurde von meinem Gynäkologen abgelehnt,

nicht weil die Güte des Tests angezweifelt wurde, sondern aufgrund der Unwissenheit, mit dem Ergebnis umzugehen.

Es gibt aber Studien zu dem Thema und ich hatte dann das Glück, einen Gynäkologen zu finden, der das für mich recherchiert und mir eine auf mich zugeschnittene Dosisanpassung empfehlen konnte. Das Glück hat nicht jede Frau, und diese Unsicherheit während der Behandlung zu erleben ist sehr erschöpfend und ängstigend. Der Stress ist für den ohnehin geschwächten Organismus während der Strahlentherapie nicht mehr zu kompensieren. Ich würde mir wünschen, dass der Hersteller von Tamoxifen die Gynäkologen aufklärt, sie mit Studien versorgt. Dann sinkt auch die Hemmschwelle der Gynäkologen, den Gentest zu empfehlen. Ich würde mir wünschen, dass jeder Gynäkologe den Gentest empfiehlt, denn es geht schließlich um meine Überlebenschance. Ich will doch leben.

Mit freundlicher Genehmigung von Frau G.
Echter Patientenfall: Tamoxifen DNA-Test, 2017 Aug

PNEUMOLOGIE NEWS

Asthmapatienten haben ein erhöhtes Risiko für gravierende Infektionen

(mh) Dänische Autoren konstatierten, dass Patienten, die vor dem 50sten Lebensjahr an Asthma erkrankt sind, signifikant häufiger stationär wegen gravierender Infektionen behandelt werden mussten.

Patienten mit Asthma hatten im Vergleich zu denjenigen ohne atopische Erkrankung ein um 54 % erhöhtes Infektionsrisiko, nicht nur für Pneumonien, sondern auch für Infektionen der Haut, der Harnwege, Durchfallerkrankungen und Sepsis.

MMW 14-2017 S. 3

UROLOGIE NEWS

Behandlungsergebnisse bei Harnröhrenstrikturen

(kh) Zwischen 2009 und 2016 haben Urologen aus der Uniklinik Hamburg-Eppendorf in einer Studie die Ergebnisse der Strikturbehandlung der vorderen Harnröhre untersucht. 128 Männer, die in dieser Zeit

UROLOGIE NEWS

eine Siktürethrotomie der anterioren Harnröhre durchführen ließen, konnten nachuntersucht werden: Die mediane Nachbeobachtungszeit betrug 16 Monate, die primäre Erfolgsrate lag bei 51,6 %.

Dabei waren 66,4 % der Schlitzungen Primäreingriffe, bei gut einem Drittel (33,6 %) handelte es sich um eine Rezidivbehandlung. Im Mittel dauerte es sechs Monate, bis die Urethra erneut verengt war. Nur 35,5 % der nachuntersuchten Patienten wünschten die vorgeschlagene Standardtherapie, die Urethroplastik. Bei knapp einem Drittel (29 %) schlitzen die Therapeuten die Engstelle erneut oder bougierten sie. Gut ein Drittel (33,9 %) erhielt überhaupt keine weitere Therapie oder verweigerte vorgeschlagene Maßnahmen und musste schließlich mit einem Dauerkatheter versorgt werden. Aufgrund der vorhandenen Literatur und aus eigener Erfahrung raten wir Patienten bei einem Strikturrezidiv nach einer Harnröhrenschlitzung zu einer Harnröhrenplastik. Sicher ist eine offene Harnröhrenplastik invasiv und erfordert einen längeren Klinikaufenthalt, aber die möglichen Folgeschäden seitens des Harntraktes im Fall eines nicht oder inadäquat behandelten Strikturrezidiv sollten unbedingt bedacht werden.

Kluth LA. et al. Urology. 2017;
doi: 10.1016/J.urolgy. 2017.04. 037)

Malariamittel gegen Prostata Tumoren

(kh) Chinesische Wissenschaftler erkannten bei Tests an Tumorzellen und Mäusen den bisher nur als Antimalariamittel bekannten Naturstoff Allanthon als äußerst wirksamen Inhibitor verschiedener Androgenrezeptor-Typen. Daten aus Tierstudien belegen eine Blockade der Tumorphilierung und Metastasierung.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Allanthon mit einem Protein interagiert, das für die Stabilität von Androgenrezeptoren notwendig ist. Dabei handelt es sich um das p23-Genprodukt. Sofern klinisch verifizierbar, sehen die Forscher für die Substanz klares Potential zur Bekämpfung von Prostata Tumoren.

URO-News 7-9.2017 (He Y et al.Nat.Comm.2016)

Pembrolizumab

– jetzt auch bei Urothel-Ca

(kh) Der humanisierte monoklonale Antikörper (Keytruda) hat die EU-Zulassung zur Behandlung bestimmter Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem Urothelkarzinom erhalten, teilt das Unternehmen MSD mit.

UROLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Indiziert ist die Arznei als Monotherapie bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem Urothel-Ca nach vorheriger Platin-basierter Therapie sowie bei Erwachsenen, die nicht für eine Cisplatin-basierte Chemotherapie geeignet sind. Pembrolizumab ist derzeit einziger PD-1-Inhibitor, der bei fortgeschrittenem Urothelkarzinom nach Versagen einer Platinbasierten Therapie ein überlegenes Gesamtüberleben gegenüber Chemotherapie erzielt.

Quelle: Ärzte Zeitung Nr. 91-171D, 06.09.2017



FOTO: © pixabay

Zytostatikum sichert Erfolg der Harnröhrenschlitzung

(kh) Das hohe Rezidivrisiko nach Urethrotomia interna lässt sich vermutlich senken, wenn dabei Mitomycin-C in die Läsion injiziert wird.

Der Stellenwert der Urethrotomia interna wird durch das hohe Risiko für längere Rezidivengen limitiert. Michael R. Farrell und Kollegen haben versucht, den Erfolg der Intervention durch Injektion von Mitomycin C zu steigern. Durch das Cytostatikum sollte eine weitere Fibrosierung vor allem im angrenzenden gesunden Gewebe verhindert werden. Die 44 Patienten der Studie hatten nach mindestens einer vorausgegangenen endoskopischen oder offen chirurgischen Therapie erneut eine symptomatische Strikturen der bulbären/bulbär-membranösen Urethra mit einer Länge von median 2 cm entwickelt. Bei achtzehn Patienten war die Strikturen durch Brachytherapie und/oder externe Strahlentherapie induziert.

Bei der Urethrotomie unter Sicht wurde die narbige Engstelle bis zum gesunden Gewebe mit dem kalten Messer in den Positionen 12, 3 und 9 Uhr inzidiert, dann wurden intraläsional 4mg Mitomycin C injiziert. Nach dem Eingriff hatte der maximale Harnfluß in der Uroflowmetrie signifikant zugenommen – sowohl in der Gesamtgruppe als auch bei den Patienten mit nicht durch Radiotherapie induzierter Strikturen. Bei den Patienten

mit Strahlungsschäden war keine Verbesserung festzustellen. Das Restharnvolumen hatte in keiner Patientengruppe abgenommen. 33 der 44 Patienten (75 %) benötigten während der Nachbeobachtungszeit von median 26 Monaten keine weitere chirurgische Behandlung. Bei den verbleibenden elf Patienten (25 %) vergingen bis zum Rezidiv median 10,7 Monate. Ein Rezidiv war definiert als Strikturen, die mit einem flexiblen 16-Ch-Zystoskop nicht passierbar war und/oder als obstruktive Miktionsbeschwerden, die weitere Maßnahmen erforderten.

Fazit: Laut Farrell et al. handelt es sich bei der Urethrotomia interna unter Sicht mit Mitomycin C-Injektion und anschließender sauberer intermittierender Katheterisierung um „eine sichere, effektive und breit verfügbare Methode zum Management komplexer wiederkehrender kurzer (> 3cm) bulbärer und bulbär-membranöser Urethrastrikturen“. Wenn Begleiterkrankungen oder der Patientenwunsch einem offenen chirurgischen Verfahren entgegenstehen, kann die Schlitzung mit Mitomycin C – Applikation in Erwägung gezogen werden. Bei Patienten mit Lichen sklerosus oder einer Strikturlänge über 3 cm raten die Urologen allerdings ausdrücklich von der endoskopischen Behandlung ab.

URO-News 2012; 21 (9)

Photodynamische Lokalthherapie versus Active Surveillance beim Niedrigrisiko-Prostatakarzinom

(kh) Fokale Therapien sind eine zunehmend interessante Alternative zur aktiven Beobachtung beim Niedrigrisiko-Prostatakarzinom. Für die photodynamische Lokalthherapie mit Padeliporfin liegen jetzt die Ergebnisse einer großen Phase-III-Vergleichsstudie vor.

Die lokale blutgefäßgerichtete photodynamische Therapie (PDT) ist eine neue Alternative beim Niedrigrisiko-Prostatakarzinom. Bei diesem Eingriff werden unter transrektaler Ultraschallkontrolle eine oder mehrere dünne optische Fasern in das zuvor durch MRT-Bildgebung festgelegte Behandlungsareal der Prostata plaziert. Nach intravenöser Applikation des Photosensitizers Padeliporfin wird dieser dann lokal über die optischen Fasern durch Laserlicht (753 nm) aktiviert, und es kommt durch die phototoxische Reaktion zum Verschluss der tumornahen Gefäße.

In einer multizentrischen Phase-III-Studie wurde die teilablativ Lokalthherapie mit dem Standard Active Surveillance – mit Biopsien

und PSA-Wert-Bestimmungen alle 12 Monate und digital rektaler Untersuchung alle drei Monate – verglichen. Randomisiert wurden die Patienten mit lokalisiertem Niedrigrisiko-Prostatakarzinom (Gleasonscore 3) einer von zwei Gruppen zugeordnet: die eine Gruppe unterzog sich der PDT (n = 206 Patienten), die andere Gruppe wurde aktiv überwacht (n = 207). Primäre Endpunkte waren eine histologische Progredienz und ein Gleasonscore-Anstieg innerhalb von 24 Monaten. Nach median 24 Monaten war die Erkrankung bei 58 Patienten (28 %) unter der PDT und bei 120 Patienten (58 %) unter Active Surveillance vorangeschritten (adjustierte Hazard Ratio 0,34; p < 0,0001). Bei 49 % der Männer in der Interventionsgruppe war die Biopsie nach 24 Monate negativ, verglichen mit 14 % in der Beobachtungsgruppe (adjustierte Risikostratifizierung 3,67; p < 0,0001). Die gezielte photodynamische Therapie wurde gut vertragen, auffällige urogenitale Nebenwirkungen wurden nicht registriert.

Fazit: Bei Patienten mit Niedrigrisiko-Prostatakarzinom bietet die gezielte photodynamische Therapie mit partieller Prostataablation eine wirksame Alternative zur Active Surveillance. Die gut verträgliche Lokalthherapie könnte bei vielen Patienten die Lücke zwischen Nichtbehandlung und radikaler Prostatektomie über einen mittelfristigen Zeitraum füllen.

URO-NEWS 2017-21;(9) Lancet Oncol. 2017;

18 (2) : 181-91.

Mitautoren gesucht! medintern

Orthopädie und Pneumologie

...und dafür brauchen wir Sie!
Um unseren Lesern stets aktuelle und konzentrierte Informationen zur Verfügung stellen zu können, benötigen wir engagierte Autoren, die aus den oben genannten Fachbereichen die relevanten Themen zusammenfassen. Machen Sie Schluss mit Stapeln von Fachliteratur und treten Sie unserem renommierten Autorenteam bei. Unterstützen Sie die med intern, das Zukunftsmagazin im Gesundheitswesen!

Ihre Ansprechpartnerin ist:

Kornelia Huditz

Telefon: 08442/9253-712

E-Mail: khuditz@kastner.de

ZERTIFIZIERTE FORTBILDUNG

IN ZUSAMMENARBEIT MIT DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER
Folge 3/17

Hier können Sie CME-Punkte sammeln für die Pflichtfortbildung aller Vertragsärzte. Die folgenden Multiple-Choice-Fragen beziehen sich auf die Fortbildungsbeiträge auf den Seiten 6 bis 17. Wenn Sie bis zu 70 % der Fragen richtig beantworten, erhalten Sie 1 CME-Punkt.
Einsendeschluss für die Teilnahme per Brief/Fax: KW 47/2017



CME-Herausgeber und Gutachter
Dr. med. Michael Heun
Dr. med. Gusti Heun

Achtung: Teilnahme nur für unsere Abonnenten! Abocoupon in diesem Heft ...

Zur Teilnahme an der Fortbildung beantworten Sie bitte nachfolgende Fragen.

- Welche Antwort ist richtig? Eisenmangel bei chronischer Herzinsuffizienz ...**
 - führt zu keiner Steigerung der Mortalität.
 - hat keine Steigerung der Morbidität zur Folge.
 - führt nach i.v.-Fe-Substitution zu einer signifikanten Besserung der NYHA-Klasse.
 - führt nach oraler Substitution zu einer Verbesserung der PvO₂.
 - sollte stets durch orale Eisensubstitution therapiert werden.
- Folgende Antwort zur chronischen Urtikaria ist falsch:**
 - Bei der chronischen Urtikaria soll eine umfangreiche Allergiediagnostik erfolgen.
 - Chronische Urtikaria kann auch durch physikalische Reize ausgelöst werden.
 - Die Therapie mit systemischen Glukokortikoiden soll 10 Tage nicht überschreiten.
 - Stufe 2-Therapie sind Antihistaminika in 4facher Tagesdosis.
 - Omalizumab ist zur Therapie ab dem 12. Lebensjahr zugelassen.
- Welche Antwort stimmt? Klima-Wechsel ...**
 - gibt es nicht, ist eine Erfindung der „Lügen-Presse“.
 - hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit von Infektionskrankheiten.
 - bedingte Hitzeperioden werden zu Ausbreitung von endemischen Mücken- und Zeckenpopulationen führen.
 - führt durch vermehrten Feuchtigkeitsgehalt der Atmosphäre zu besseren Bedingungen für Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen.
 - führt durch erhöhten Ozongehalt zum Absinken von Feinstaubkonzentrationen in der Atmosphäre.
- Welche Antwort ist richtig? Morbus Basedow-Rezidive ...**
 - sind nicht behandelbar.
 - sind ausgesprochen selten.
 - werden durch Operation oder Radiojod-Gabe zur Erreichung einer dauerhaften Remission unter gleichzeitiger Behandlung der Hyperthyreose therapiert.
 - dürfen nie mit Glucocorticoiden zur Therapie der begleitenden Orbitopathie behandelt werden.
 - sind bei hohem TRAK-Titern ausgeschlossen.
- Welche Antwort ist richtig? Hohe Variabilität von LDL-Cholesterin ...**
 - kann schwer ermittelt werden, da Messungen sehr träge sind.
 - ist ohne Bedeutung.
 - ändert sich bei unspezifischen Entzündungen.
 - ist prognostisch ungünstig insbesondere bei Postinfarkt-Patienten.
 - ist nur für herzgesunde Patienten von Bedeutung.
- Welche Antwort stimmt? LDL-Cholesterinwerte < 25 mg/dl ...**
 - beeinflussen negativ die neurokognitiven Fähigkeiten.
 - haben keinen Einfluss auf Funktionen der Neuronen im Gehirn.
 - haben keinen Einfluss auf die Entwicklung von Demenz oder Parkinson.
 - fördern Neuropathien, wenn unter PCSK9 die LDL-Werte rasant absinken.
 - führen zu Demenz, wenn die Statin-Therapie mit PCSK9 kombiniert wird.
- Welche Aussage ist falsch?**
 - Tamoxifen ist ein Prodrug.
 - CYP2D6 ist für die Metabolisierung von Tamoxifen wichtig.
 - Das wissenschaftliche Konsortium DPWRat von DNA-Test für Tamoxifen ab.
 - Endoxifen ist der Metabolit des Tamoxifens.
 - Inhibitoren von CYP2D6 sollten bei Gabe von Tamoxifen vermieden werden.
- Welche Antwort stimmt? Alternate-Day-Fasting (ADF) ...**
 - ist endlich ein vernünftiger Diättrend.
 - weist deutlich weniger Diätabbrüche auf.
 - motiviert zu freiwilliger Kalorienbeschränkung.
 - hat auffallend hohe Abbruch-Raten.
 - hat gegenüber konventioneller Diät am Ende der Gewichtsreduktionsphase die Kalorienzufuhr signifikant gesenkt.
- Welche Antwort ist falsch? Komorbiditäten bei Herzinsuffizienz ...**
 - sind häufig.
 - haben einen hohen Stellenwert.
 - verschlechtern signifikant die Prognose.
 - müssen konsequent therapiert werden.
 - müssen auch bei Sinusrhythmus durch dauerhafte orale Antikoagulation therapiert werden.
- Welche Antwort ist richtig? FSME-Infektion ...**
 - setzt stets einen Zeckenbiss voraus.
 - kann nicht durch die Auwald-Zecke übertragen werden.
 - kann durch Verzehr von aus Rohmilch hergestelltem Ziegenkäse übertragen werden.
 - ist im Gegensatz zur Borreliose durch Impfung nicht zu beeinflussen.
 - tritt wegen konsequenter Durchimpfung in Deutschland nur noch in Einzelfällen auf.

ANTWORTFORMULAR

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Mit dem Einreichen dieses Fragebogens erklärt sich der Einreichende damit einverstanden, dass die angegebenen Daten zum Zweck der Teilnahmebestätigung gespeichert und bei erfolgreicher Teilnahme auch an den Einheitlichen Informationsverteiler (EIV) der Ärztekammern weitergegeben werden.

Wichtiger Hinweis:

Eine Auswertung ist künftig nur noch möglich, wenn Sie Ihre EFN auf dem Antwortformular angeben!

medintern Nr. 3/2017

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A										
B										
C										
D										
E										

Name, Vorname

Fachrichtung

Geburtsdatum

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)

Straße, Nr.

Zuständige Landesärztekammer

PLZ, Ort

Unterschrift

Und so kommen Sie zu Ihrem CME-Punkt:

Teilnahme per Brief und Fax



Schloßhof 2–6
85283 Wolnzach

Fax:
084 42/22 89

PAVK! Der entscheidende Risikomarker für Herzinfarkt und Schlaganfall!

- 4,5 Mio. Deutsche sind betroffen.
- Die Lebenserwartung der Betroffenen ist um ca. 10 Jahre vermindert, jeder 5. stirbt innerhalb von 5 Jahren.
- 9 von 10 Patienten zeigen keine klassischen Symptome und bleiben unentdeckt. **Bei gleichem Risiko!**

Quelle: getABI-Studie | www.getabi.de



Jetzt PAVK-Screening mit dem boso ABI-system!

Die Messung dauert nur 1 Minute und entdeckt auch die asymptomatischen Patienten. Der neue Standard für die hausärztliche Praxis. Optional mit PWV-Messung.



boso

BOSCH + SOHN
GERMANY

Vorsicht bei der Verordnung von PPI bei Patienten mit fortgeschrittener Leberzirrhose

(gh) Das Risiko einer hepatischen Enzephalopathie unter Behandlung unter Protonenpumpeninhibitoren (PPI) ist erhöht. Dies ergab die Auswertung von Daten einer Million Zirrhosepatienten aus taiwanesischen Krankenversicherungsdaten. Die Analyse ergab, dass eine signifikant längere PPI-Einnahme bei Patienten mit Leberzirrhose das Risiko einer hepatischen Enzephalopathie (HE) deutlich erhöhte. Es zeigte sich eine dosisabhängige Korrelation auch unter Berücksichtigung anderer Medikamente und Komorbiditäten. Bei Patienten, die mehr als eine

Tagesdosis PPI einnahmen, war das HE-Risiko dreifach erhöht. Korrelation ergab sich für Pantoprazol, Omeprazol, Esomeprazol und Lanzoprazol. Lediglich für Rabeprazol, das einen eigenen Abbauweg hat, war das Risiko geringer. Bei erforderlicher Langzeitanwendung von PPI dürfte daher Rabeprazol den Vorzug haben, da hier möglicherweise günstigere Ergebnisse vorliegen.

MMW 12-2017 S. 36

Kein kognitiver Abbau durch Einnahme von Protonenpumpen-inhibitoren

(mh) Der häufig geäußerte Verdacht, Protonenpumpenhemmer (PPI) könnten Ur-

sache für einen kognitiven Abbau sein, ist laut einer US-Amerikanischen Studie widerlegt. Im Gegensatz hatten PPI-Anwender einen besseren kognitiven Status. Über 10.000 Patienten über 50 Jahre wurden jährlich mit neuropsychiatrischen Tests untersucht, davon nahmen 884 Patienten dauerhaft und 1925 intermittierend PPI ein. Der Rest war PPI-frei. Das Risiko für eine Verschlechterung des kognitiven Status war sowohl bei ständigem als auch gelegentlichem Gebrauch von PPI signifikant geringer als ohne. Daueranwender hatten ein um 22 % und Patienten mit intermittierender Einnahme von PPI ein um 16 % reduziertes Risiko.

MMW 13-2017 S. 3

Der aktuelle **BUCHTIPP**

Dr. med. Eberhard J. Wormer

Kompakt-Ratgeber**Diabetes**

Symptome und Ursachen
Testverfahren und Therapien
Wirksame Selbsthilfemaßnahmen

„Diabetes mellitus“ – vom Volksmund schlicht „Zucker“ genannt – hat sich in den letzten Jahren immer weiter ausgebreitet. Heute sind allein im deutschsprachigen Raum mehr als sieben Millionen Menschen von der Stoffwechselkrankheit betroffen. Neben dem seltener auftretenden Typ 1 haben vor allem Erkrankungen vom sogenannten Typ 2 dramatisch zugenommen, sogar schon bei den Jüngsten!

Als Risikofaktoren für Diabetes gelten ein ungesunder Lebensstil – vor allem einseitige, übermäßige, falsche Ernährung oder mangelnde Bewegung –, aber auch erbliche und altersbedingte Einflüsse.

Wie verändert die Diagnose Diabetes Ihr tägliches Leben, worauf müssen Sie achten? Welche Symptome sind mit

der Krankheit verbunden, und wie können Sie diese lindern oder gar verhindern? Diese und andere Fragen beantwortet der handliche Taschenratgeber in verständlicher und übersichtlicher Form.

Leben Sie besser mit Diabetes dank des nötigen Wissens über:

- Symptome und Ursachen von Diabetes mellitus
- Testverfahren, Kontrolluntersuchungen und Therapien
- Konkrete Selbsthilfe: Ernährungstipps und Rezepte, Bewegung und Entspannungsübungen

Dr. med. Eberhard J. Wormer – **Diabetes**

1. Auflage April 2017, Klappenbroschur, durchgehend farbig, 126 Seiten, Format: 11,5 x 16,5 cm, € 8,99
 ISBN 978-3-86374-383-3 · Mankau Verlag GmbH · Postfach 1322 · D-82413 Murnau am Staffelsee
 Tel.: (0 88 41) 62 77 69-0 · Fax 62 77 69-6 · E-Mail: kontakt@mankau-verlag.de · Web: www.mankau-verlag.de

Ab sofort: 1 CME-Fortbildungspunkt pro **med**intern-Heft

Lassen Sie sich informieren und exklusiv beschenken:

Über Wichtiges und Neues kurz, aktuell und umfassend informiert werden

Auf dem neuesten Stand der Forschung, Behandlung und Medikation sein und damit dem Patienten gerecht werden

Sich nebenbei noch mit exklusiven, druckeigenen Broschüren beschenken lassen

ABONNEMENT

Per Fax:

08442 / 22 89

medintern

W.A., E. Kastner KG
Schloßhof 2-6 - 85283 Wolnzach

Ja, ich möchte die Zeitschrift für 50,- €/Jahr (4 Ausgaben) abonnieren. Ich bin mit der Abbuchung von meinem Konto einverstanden.

Name, Anschrift:

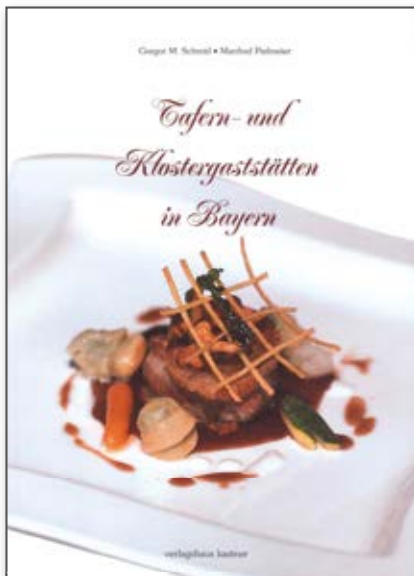
IBAN:

BIC:

Praxis (Stempel)

Unterschrift

Tafern- und Klostergaststätten in Bayern



Dieses Buch dient der Standortbestimmung der bayerischen Küche und der Wirte, die sie pflegen.

Treten Sie mit diesem Buch die kulinarische Entdeckungsreise durch Bayern an.

Das Wirtshaus ist hier noch Heimat. Jedes von ihnen ist den Besuch wert, auch wenn sie sehr unterschiedlich sind.

Das Ambiente prägt den Geschmack des Essens mit.

46 Gasthöfe auf 160 Seiten



Ihre Prämie!



Die Software für Ärzte.

MEDICAL
OFFICE®



Maßgeschneiderte Lösungen für Ihre Praxis.

schnell & stabil

einfach & komfortabel

kompetente regionale Ansprechpartner

individuell anpassbar

unabhängig

innovative Standort-vernetzung

werbefrei

Jetzt neu!
Kindervorsorge

Bitte senden Sie uns Ihre Kontaktdaten per Fax

Telefax 0 385 77094010

oder rufen Sie uns an

Telefon 0 385 77094