

m^{ed}intern

4/2017

Pharmaunabhängige Fortbildung: schnell und kompakt

NETZWERK:

HNOnet NRW eg

HNO:

10 Jahre Tinnitusprojekt
Praxis an der TH-Ingolstadt

CME-FORTBILDUNG

Über Honorarvertrag angestellte Krankenschwester nicht selbständig

Die Vergabekammer Rheinland (VK) hat am 19.08.2016 (Az. VK D-14/2016) beschlossen, dass das Vergaberecht des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) gemäß der Bereichsausnahme nach § 107 Abs. 1 Nr. 4 GWB auf einen Auftrag aus Krankentransport und Rettungsdienst einheitlich nicht anzuwenden ist, wenn der Rettungsdienst den Schwerpunkt ausmacht.

In dem vorliegenden Fall wollte eine Kommune einen Dienstleistungsauftrag, der aus Rettungsdienst- und Krankentransportleistungen bestand, ohne Anwendung eines formellen Vergabeverfahrens vergeben.

Man berief sich dabei auf die Ausnahmeregelung des § 107 Abs. 1 Nr. 4 GWB. Danach ist das Vergabeverfahren des GWB nicht an-

zuwenden auf die Vergabe von öffentlichen Aufträgen zu Dienstleistungen des Katastrophenschutzes, des Zivilschutzes und der Gefahrenabwehr, die von gemeinnützigen Organisationen oder Vereinigungen erbracht werden und die unter die Referenznummern des Common Procurement Vocabulary der EU

75250000-3, 75251000-0, 75251100-1, 75251110-4, 75251120-7, 75252000-7, 75222000-8, 98113100-9 und 85143000-3 mit Ausnahme des Einsatzes von Krankenwagen zur Patientenbeförderung fallen. Die VK hat den Rettungsdienst zunächst mithilfe der Einzelleistungen Notfallrettung, Krankentransport und Hilfe bei Katastrophen definiert, von denen nach ihrer Entscheidung Notfallrettung und Hilfeleistung für Verletzte und Kranke in

besonderen Schadensfällen eindeutig unter die Bereichsausnahme fallen. Nur Krankentransporte fallen nicht unter die Bereichsausnahme. Für einen Gesamtauftrag gilt aber komplett die Bereichsausnahme. Demgemäß gelten für Aufträge, die teils aus Dienstleistungen, die den Regeln zur Vergabe von öffentlichen Aufträgen über soziale und andere besondere Dienstleistungen des § 130 GWB unterfallen und teils aus anderen Dienstleistungen bestehen, die Regelungen des Hauptgegenstands. Der Hauptgegenstand bestimmt sich nach dem höheren Wert, was vorliegend die Rettungsdienstleistungen betraf.

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.

Berlin
Chemnitz
Düsseldorf
Frankfurt

Hamburg
Köln
München
Stuttgart

Brüssel
Zürich

www.heuking.de

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	4
Zertifizierte Fortbildung	22
Buchtipps	16

Auflösung der CME-Fragen aus der letzten medintern-Ausgabe

medintern Nr. 3/2017										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>									
C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

*Liebe Leserinnen, liebe Leser,
 ein erfolgreiches Jahr der
 med-intern liegt hinter uns.
 Die stunde Zeit beginnt und überall
 weht uns der Duft von Glühwein
 und frisch gebackenen Plätzchen
 um die Nase. Jedes Jahr ein
 Phänomen, wie schnell das
 Weihnachtsfest vor der Tür steht.*

*Großer Dank geht an unsere
 Autoren, die uns wieder in
 jeder Ausgabe der med-intern
 tatkräftig unterstützt haben.*

*In dieser Ausgabe der med-intern
 stellen wir das Netzwerk HNO
 NRW eg vor. Außerdem haben
 wir einem sehr interessanten
 Artikel vom Labor für Akustik –
 „Tinnitus-Projekt“ Prof. Dr.-Ing.
 J. Pöppel zur Verfügung gestellt
 bekommen.*

*Unseren Abonnenten haben nach
 wie vor die Möglichkeit, schnell
 und unkompliziert einen CME
 Fortbildungspunkt zu erwerben.
 Über neue Abonnenten würden
 wir uns sehr freuen.
 Einen Anmeldebogen finden
 Sie in der neuen Ausgabe
 der med-intern.*

*Unser gesamtes med-intern-
 Team wünscht Ihnen und Ihren
 Familien ein schönes und
 besinnliches Weihnachtsfest.
 Kommen Sie gut ins neue Jahr
 und freuen Sie sich auf ein
 spannendes med-intern-
 Jahr 2018.*

Weihnachtliche Grüße

Kornelia Huditz

*Kornelia Huditz,
 Projektleitung*



Impressum

Herausgeber

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

Projekt- und Anzeigenleitung

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

Autoren

- Dr. med. Regina Biesenecker (rb)
- Dr. med. Bernd Bosse (bb)
- Dr. med. Ulrike Bosse (ub)
- Dr. med. Thomas Fenner (tf)
- Dr. med. Sven Heimburger (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)

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

HNOnet NRW eg stellt sich vor!

Qualitätssiegel
Hals-Nasen-Ohren
Heilkunde



Das Ärztenetzwerk der niedergelassenen Hals-Nasen-Ohren-Fachärzte aus Nordrhein-Westfalen hat als wichtigste Zielsetzung, dass die HNO-Ärzte auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige fachärztliche HNO-Versorgung vor Ort anbieten können. So setzen sich die Mitglieder seit 2009 als genossenschaftlicher Verbund für die Freiberuflichkeit und eine patientenorientierte Medizin ein. Dabei versteht sich das Netzwerk als moderner medizinischer Dienstleister, der die Arbeit niedergelassener HNO-Fachärzte in allen Bereichen unterstützt und die Zukunft ambulanten Versorgung im HNO-Bereich dauerhaft sicherstellt. „Das gesamte Gesundheitswesen befindet sich im Umbruch und die nächsten Jahre werden entscheiden, wer zu den Gewinnern und wer zu den Verlierern im Zukunftsmarkt Gesundheitswesen zählt“, erklärt Vorstandsvorsitzender Dr. Uso Walter. „Die Fixierung auf eine rein von der Politik, den Krankenkassen und der

Dr. Lothar Bleckmann



KV bestimmte Medizin hat der ambulanten fachärztlichen Versorgung in der Vergangenheit geschadet und die Versorgungsqualität massiv beeinträchtigt.“ Das politische Interesse an einer staatsgelenkten, kostenminimierten Grundversorgung steht für ihn dabei dem Wunsch von Ärzten und Patienten nach einer qualitativ hochwertigen und vom individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis geprägten Medizin entgegen. Dem HNOnet-NRW geht es demzufolge darum, funktionierende Alternativen zur KV-Medizin zu etablieren und die Qualität der medizinischen Versorgung wieder in den Mittelpunkt zu stellen. Der Weg dahin soll durch zunehmende Vernetzung und Kooperation gelingen.

Kooperation für Wirtschaftlichkeit und patientengerechte Behandlung

Damit die Mitglieder von der Arbeit im Netzwerk profitieren, entwickelte das HNOnet Konzepte zur Etablierung von Wahlleistungen und kooperiert dabei mit Patientenverbänden. Ein bereits erfolg-

Dr. Uso Walter



reich gestartetes Projekt ist das Programm „Tinnitus – na und?!“, ein vom HNOnet und der Deutschen Tinnitusliga entwickeltes Therapieprogramm.

Es bietet auf höchstem medizinischem Niveau Hilfe für Patienten mit chronischen Ohrgeräuschen. Für Fachärzte tragen derartige Projekte dazu bei, sich vom System der Gesetzlichen Krankenkassen unabhängiger zu machen. Im Rahmen eines öffentlichen Vortrags über Hintergründe der Erkrankung sowie verschiedene Behandlungsmöglichkeiten klären Fachärzte Patienten zunächst ausführlich auf. In einem anschließenden Einzelgespräch arbeiten Arzt und Patient ein individuelles Therapiekonzept aus.

Neben psychovegetativen und physiotherapeutischen Verfahren kommen dann auch hörverbessernde Maßnahmen oder gezielte Hörtrainings zum Einsatz. „Grundsätzlich steht die Hilfe zur Selbsthilfe im Mittelpunkt“, verdeutlicht Dr. Uso Walter. „Häufig mit dem Tinnitus assoziierte Beschwerden wie Geräuschempfindlichkeit finden ebenfalls Beachtung.“ Vorteil dabei für Mitglieder: Alle am Projekt beteiligten HNO-Ärzte haben eine spezielle Schulung durchlaufen und können einen Teil der Leistungen als Wahlleistung abrechnen. Zu den gestarteten Projekten zählen auch Programme zur Raucherentwöhnung sowie der Patienten-Hörpass. Diese setzen Fachärzte bereits erfolgreich in ihren Praxen ein.

Hochs und Tiefs bei IV-Verträgen mit Krankenkassen

2012 ist dem HNOnet mit dem ersten bundesweiten IV-Vertrag Schwindel zwischen HNOnet NRW und BEK-GEK ein kleiner Meilenstein gelungen und das Netzwerk hat einen vorbildlichen Weg bei der Diagnostik und Behandlung von Schwindelpatienten eingeschlagen.

Hintergrund: Schwindel und Gleichgewichtsprobleme gehören nach Schmerzen zu den häufigsten Gründen, einen Arzt aufzusuchen. Dennoch wurde eine korrekte Diagnose häufig erst nach Monaten gestellt und erst dann die effektive Therapie eingeleitet, was lange Krankschreibungen und unnötige stationäre Einweisungen zur Folge hatte. Dies änderte sich 2012 mit dem IV-Vertrag grundlegend. Er verbesserte die frühzeitige Diagnosestellung, sorgte für eine rechtzeitige Einleitung einer effektiven Therapie durch den HNO-Facharzt und honorierte diese Leistungen angemessen. Doch trotz Erfolges kündigte der Vorstand der Barmer den Vertrag Ende 2014. Aufgrund der schlechten Kassenlage und des unsicheren Beitragssatzes für das folgende Jahr wurden von der Barmer fast alle laufenden Selektivverträge gekündigt. Trotz dieser Widrigkeiten und immer schwerer werdenden Voraussetzungen will sich das HNOnet auch zukünftig um den Abschluss weiterer Verträge mit anderen GKV bemühen. Für das Netzwerk stellen Selektivverträgen einen wichtigen Beitrag zu einer differenzierten und qualitativ hochwertigen Versorgungslandschaft dar. Auch Innovationen gegenüber ist das Netz aufgeschlossen. So wurde mit der Techniker Krankenkasse im Juli 2016 ein Selektivvertrag zur Online-Video-Sprechstunde abgeschlossen. Hierbei wurde die Online-Video-Sprechstunde extrabudgetär gefördert, um so einer neuen Versorgungsstruktur den Weg in die Zukunft zu bahnen. Dass dies gelungen ist, zeigt letztendlich auch die Kündigung des Vertrags zum Juli 2018, da die Online-Video-Sprechstunde mittlerweile Bestandteil des EBMs geworden war.

Qualitätssiegel für die HNO-Heilkunde

Mitglieder des Netzwerks profitieren neben den genannten Themen und Fortbildungen beispielsweise zu schlafbezogenen Atemstörungen, Schnarchen, Tinnitus, Allergie oder Verfahren mit neuartigen Therapieansätzen, wie der ästhetischen Anwendung von Botulinumtoxin im Hals-Nasen-Ohren-Bereich vor allem auch von Arbeitshilfen im Praxisalltag. Das HNOnet versteht sich als moderner, medizinischer Dienstleister und möchte die Arbeit der niedergelassenen HNO-Ärzte in Nordrhein-Westfalen in allen Bereichen unterstützen“, erläutert Dr. Lothar Bleckmann, Vorstand des HNO-net NRW eG. Mit dem Ziel, Transparenz zu

schaffen, entwickelte das Netzwerk ein sogenanntes Wahlleistungskompodium, das den Kollegen dabei behilflich sein soll, eine qualifizierte Versorgung mit Wahlleistungen rechtssicher zu ermöglichen. Dies würde sich sekundär positiv auf die Honorare auswirken. „Wir sind der Überzeugung, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung auf Dauer nur mit einem seriösen Wahlleistungsangebot möglich ist.“ Die Integration von Wahlleistungen hätte daher nichts mit ‚Kasse machen‘ oder ‚Verkaufen‘ zu tun, sondern entspricht lediglich der politisch gewollten Leistungseinschränkung der GKV.

Zudem hat das HNOnet ein eigenes QM-System mit Gütesiegel ins Leben gerufen. Ziel war es, ein einfach umzusetzendes, kostengünstiges und sich automatisch aktualisierendes QM-System zu entwickeln. Zusammen mit einem Software-Spezialisten ist dies gelungen. Das aus zwei Säulen bestehende HNOnet-QM entspricht allen Anforderungen der Bundesärztekammer und der KVen. Neben den Vorteilen für die interne Praxisarbeit und -organisation hat das Gütesiegel „Geprüfte Praxisqualität“ auch positive Auswirkung auf die Außendarstellung der teilnehmenden Praxen. Mit dem „natürlich gesund“-Gütesiegel für Ärzte wiederum kommen die HNO-Ärzte vor allem auch dem Wunsch vieler Patienten nach alternativmedizinische Methoden nach. Denn auch in der Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde gewinnt dieser Bereich stetig an Bedeutung. Nun haben HNO-Ärzte die Möglichkeit, ihre alternativmedizinischen Schwerpunkte auszuweisen. Patienten wiederum dient das Siegel zur Orientierung, welcher Facharzt naturheilkundliche oder regulative Therapieverfahren anbietet. Das Gütesiegel erhalten alle Mitglieder, die alternative Therapie-



methoden anbieten und sich darin intensiv fortgebildet haben. Für die teilnehmenden Ärzte ergeben sich aber auch wirtschaftliche Vorteile in Form von abrechenbaren Wahlleistungen.

Gebündelte Kompetenz, von der alle profitieren

Auch im berufspolitischen Bereich profitieren die Mitglieder von der Netzarbeit. So finden immer wieder Gespräche mit Kostenträgern, Politikern und KVen statt, um zusätzliche Honoraranteile beispielsweise durch die Beteiligung an U-Untersuchungen und die extrabudgetäre Vergütung spezialisierter Leistungen auszuhandeln. Das Netzwerk bietet den organisierten Fachärzten ein Sprachrohr für ihre Belange. „In der Gemeinschaft des Netzwerks verschaffen sich die Hals-Nasen-Ohren-Fachärzte eine wesentlich bessere Verhandlungsposition als im Alleingang. Ärztenetze sind die Zukunft der ambulanten Medizin“, erklärt Dr. Walter.

www.hnonet-nrw.de



ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS

Diabetische Polyneuropathie – Schmerzreduktion durch topisches Capsaicin

(bb) Die Behandlung einer schmerzhaften Polyneuropathie erfolgt in den meisten Fällen systemisch mit Antidepressiva, Antikonvulsiva oder Opioiden. Wechsel- und Nebenwirkungen limitieren häufig den Einsatz dieser Medikamente. In zweiter Linie wird von den Autoren der Einsatz von 8% Capsaicin-Pflaster empfohlen. Capsaicin hemmt hyperaktive Neuronen und wird kaum systemisch resorbiert. In der Studie erhielten 369 Patienten mit einer diabetischen Polyneuropathie entweder Capsaicin-Pflaster oder ein Placebo direkt auf die schmerzenden Stellen 30 Minuten appliziert. Primärer Studienendpunkt war der durchschnittliche Rückgang des „Numeric Pain Rating Scale Scores“. Der moderate aber statistisch signifikante Wirkungsunterschied wurde zwischen Woche 2 und 8 sichtbar und blieb bis zur 12. Woche erhalten. Ein Drittel der Patienten berichteten über Lokalreaktionen (brennender Schmerz). Der Wirkeffekt ist insgesamt mit anderen Therapieoptionen vergleichbar und die Verträglichkeit kann als gut bezeichnet werden.

Schmerztherapie 33/2017 S.15

Infektionen der Leber mit humanen Herpesviren

(bb) Herpesviren können ausgeprägte Leberschäden verursachen und zusätzlich onkogen wirken. Die Infektion mit einem Herpes simplex Virus (HSV -1,2) kann zu einem fulminanten Leberversagen führen. Bei immunkompetenten Patienten tritt dieses nur in Ausnahmefällen auf. Typische Risikopatienten sind solche mit Organtransplantation, HIV-Infektion, hämatologischen Systemerkrankungen, Malignomen und unter Steroidtherapie. Die Mortalität beträgt bei einer unbehandelten Hepatitis über 80%. Es liegt häufig ein septisches Krankheitsbild vor mit Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und einer Lymphopenie. Die Diagnose muss möglichst schnell durch eine Polymerase-Ketten-Reaktion (PCR), durch Virusisolation oder Immunfluoreszenz und nicht durch serologische Verfahren (diese sind nicht geeignet) gestellt werden. Bisher hat kein Patient mit diffusem Leberbefall überlebt. Bei umschriebenem Leberbefall beträgt die Letalität 60%, wenn rechtzeitig mit Aciclovir (unter 0,5% Resistenzen) oder Alternativen (Foscarnet, Ci-

dofovir) behandelt wird. Auch das Varizella-zoster-Virus (VZV, HHV-3) kann in sehr seltenen Fällen bei immunsupprimierten Patienten (Chemotherapie, Cortisontherapie) eine VZV-Hepatitis verursachen. Auch hier sollte die PCR Diagnostikmethode die Wahl sein. Aciclovir ist gegen VZV gut wirksam. Das Zytomegalievirus (CMV, HHV-5) führt bei immunkompetenten Patienten zu einer milden Hepatitis oder verläuft asymptomatisch. Bei HIV-Patienten kann es zur HIV-Cholangiopathie kommen. Das CMV stellt die häufigste Ursache einer Hepatitis bei Organtransplantierten dar. Die Infektion mit dem CMV kann zu einer granulomatösen Hepatitis, Hepatitis und Immunnaktivierung nach Organtransplantation führen. Auch hier führt der Nachweis der CMV-DNA am schnellsten zur Diagnosestellung. CMV negative Patienten, welche ein CMV positives Spenderorgan bekommen, erhalten eine Prophylaxe mit Hyperimmunglobulinen oder antivirale Medikamente. Kommt es zu einer CMV-Hepatitis, so wird diese antiviral mit Ganciclovir intravenös oder Valganciclovir über 3 Wochen oral behandelt. Humane Herpesviren Typ 6 (HHV-6 - Exanthema subitum im Kindesalter), (Typ HHV-6, Roseola infantum) und Typ 7 (HHV-7, Pityriasis rosea) können Hepatitiden verursachen bis hin zum Leberversagen. Weiterhin sind eine gegenseitige Reaktivierung und die Förderung einer Zytomegalieinfektion bei Lebertransplantierten möglich. Der DNA-Nachweis ist auch hier das Diagnostikum der Wahl.

Foscarnet ist gegen diese Viren sehr wirksam (es können häufig gegen Aciclovir Resistenzen nachgewiesen werden). Das Epstein-Barr-Virus EBV ist zu 90% die Ursache für die infektiöse Mononukleose und persistiert lebenslang in B-Lymphozyten. Es kommt selten zu Krankheitssymptomen durch Reaktivierung. Das Virus kann zur Entstehung von Nasopharynxkarzinomen und Malignomen des lymphozytären Systems führen. Neben einer lediglich unterstützenden Behandlung kommt die Therapie mit Aciclovir (Hemmung der DNA-Polymerase des EBV und die Therapie mit Kortikosteroiden bei drohendem Leberversagen in Frage. Das Humane Herpesvirus 8 (HHV-8, Rhadinovirus) kann zum Kaposi-Sarkom, Morbus Castleman, Body-Cavity-Lymphom und multiplen Myelom führen. Das Kaposi-Sarkom ist auch im Rahmen von Lebertransplantationen beobachtet worden. Bei der HHV-8 Infektion sollte in erster Linie die Reduktion der Immunsuppression im Vordergrund stehen. Valganciclovir, Foscarnet, Adefovir und Cidofovir

können zusätzlich eingesetzt werden. EBV und HHV-8 stellen also eine wichtige Ursache für maligne Erkrankungen dar.

Hepatitis&more 1/2017 S.32-35

Ohrakupunktur bei perioperativen Schmerzen

(bb) Es werden zunehmend Studien zur Wirksamkeit der Ohrakupunktur bei perioperativen Schmerzen durchgeführt. Metaanalysen zeigen, dass Analgetika eingespart werden und auch Symptome wie Angstzustände, Übelkeit und Erbrechen deutlich reduziert werden können. Die Arbeitsgruppe um Uli Schenker konnte im Rahmen der Anwendung der Ohrakupunktur eine Reduktion des Fentanylbedarfs bei Patienten mit Hüftoperationen von bis zu 20% nachweisen. Der große Vorteil dieser Methode besteht im einfachen Zugang (definierte Punkte am Ohr) und der Möglichkeit des Setzens von Dauernadeln. Auch bei ambulanten Knie-Operationen konnte ein verringerter Bedarf an Ibuprofen nachgewiesen werden. In der 2009 publizierten S3-Leitlinie zur Therapie akuter und posttraumatischer Schmerzen wurde die Akupunktur allerdings nicht empfohlen. Die Autoren begründeten dies mit dem unterschiedlichen Studiendesign der bisher durchgeführten Untersuchungen. Eine weitere randomisierte Studie mit 100 Patienten in der Zahnheilkunde (Backenzahnextraktion) zeigte eine signifikante Analgetikareduktion. Weitere Studien müssen zu diesem Thema durchgeführt werden, um die Ohrakupunktur als Therapiemethode generell zu empfehlen.

Schmerzmedizin 33/2017 24-26



FOTO: © pixabay

Vitamin C und Rückenschmerzen

(bb) Es ist bekannt, dass ein Vitamin-C-Mangel durch eine fehlerhafte Kollagenbiosynthese (Vit. C ist ein wichtiger Co-Faktor bei der Hydroxylierung von Lysin zu Hydroxylysin und Prolin zu Hydroxypro-

ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS

lin) zu einer Kollagenbildung führt, welches seiner ursprünglichen Funktion nicht mehr nachkommen kann. Daraus ergeben sich die Symptome Zahnausfall, Blutungen, schlechte Wundheilung, Hautveränderungen und Knochenschwund. Die Autoren berichten darüber, dass Patienten mit einer Vitamin-C-Hypovitaminose deutlich häufiger an Rückenschmerzen leiden. Die „European prospective investigation into cancer in Norfolk study“ konnte einen solchen Zusammenhang bestätigen. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einem erhöhten Vitamin C-Spiegel signifikant seltener Frakturen im Bereich der Wirbelsäule hatten. In weiteren Studien stellte sich die Möglichkeit dar, Vitamin C als Co-Analgetikum (z.B. zum Gabapentin) zu applizieren. Häufig haben die betroffenen Patienten durch Mangelernährung und auch krankheitsbedingt niedrige Vitamin C-Spiegel und leere Vitamin C-Speicher, so dass eine Bolustherapie (z.B. 300 mg i.v.) von den Autoren empfohlen wurde. Studien hierzu konnten allerdings noch keine genauen Dosisempfehlungen geben.

Schmerzmedizin 33/2017 32-39

Vorteile von Apixaban gegenüber Phenprocoumon

(bb) Seit 2012 ist Apixaban (Eliquis) zur Prophylaxe von systemischen Embolien und Schlaganfällen bei Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern zugelassen. Als Ergebnis der Phase III-Studie ARISTOTLE konnten wichtige neue Erkenntnisse in Bezug auf die Wirksamkeit der Schlaganfallprophylaxe und dem Auftreten schwerer Blutungen als Therapiekomplication gewonnen werden. Apixaban konnte signifikant die Häufigkeit von systemischen Embolien und Schlaganfällen gegenüber Warfarin (um 21%) reduzieren. Die Häufigkeit von schweren Blutungen konnte sogar in der Apixaban-Gruppe um 31% gesenkt werden. Blutungen jeglicher Art traten in der Phenprocoumon-Gruppe signifikant häufiger auf (25,8% vs. 18,1%). Apixaban hat somit ein deutlich positiveres Nutzen-Risiko-Profil als Vitamin-K-Antagonisten.

MedWelt 5/2017 218-219

Wie lange muss bei einer tiefen Venenthrombose antikoaguliert werden?

(bb) Nach der S2-Leitlinie aus dem Jahr 2015 können auch direkte Antikoagulantien zur Behandlung einer tiefen Venenthrombose eingesetzt werden. Die Anti-

koagulation muss selbstverständlich sofort nach Diagnosestellung erfolgen. Je nach dem verwendeten Antithrombotikum sollte die Initialtherapie zwischen 7 und 21 Tagen betragen. Bei Anwendung von Dabigatran oder Edoxaban muss vorher 5 Tage lang heparinisiert werden. Rivaroxaban und Apixaban dürfen von Therapiebeginn an eingesetzt werden. Die Dosis muss dann zur Erhaltungstherapie reduziert werden. Insgesamt ist eine Erhaltungstherapie von 3-6 Monaten ausreichend bei einer tiefen Venenthrombose. Ein relativ geringes Rezidivrisiko liegt zum Beispiel bei Patienten mit klar identifizierbaren und passageren Triggerfaktoren vor (akute internistische Erkrankung, Operation etc.).

Bei länger dauernden und chronischen Erkrankungen und fortbestehenden Risikofaktoren sollte die Erhaltungstherapie entsprechend verlängert werden. Patienten mit einer Lungenembolie und/oder einer proximalen tiefen Beinvenenthrombose hatten zum Beispiel eine 30%ige Rezidivrate innerhalb von 10 Jahren. Im Vergleich dazu konnte bei Patienten mit einer Unterschenkelthrombose nur eine Rezidivhäufigkeit von 10% festgestellt werden. Auch das Geschlecht spielt eine Rolle. Männer sind wesentlich häufiger (doppelte Fallzahl) als Frauen von Rezidiven betroffen. Erhöhte D-Dimere können den Nutzen einer verlängerten Therapie belegen (der Nachweis eines normalen D-Dimer-Spiegels allein ist aber nicht ausreichend). Aus der Gesamtschau der kurz angeführten Faktoren ergibt sich die Therapiedauer.

CME 7/8 2017 S.54

Häufige Fehleutung der Symptome bei Wirbelkörperfrakturen

(gh) Insbesondere bei Männern bleiben Wirbelkörperfrakturen häufig unerkannt, obwohl meist heftige Rückenschmerzen vorliegen. Bei der Studie Osteoporotic Fractures in Men waren bei 4396 männlichen Teilnehmern zu Beginn und viereinhalb Jahre später Röntgenaufnahmen der Brust- und Lendenwirbelsäule angefertigt und gleichzeitig nach Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule gefragt worden. 197 Männer wiesen Wirbelkörperfrakturen auf, hingegen wurde nur bei 28 Patienten eine entsprechende Diagnose erstellt. Bei 169 Patienten wurde die Fraktur erst bei der abschließenden Röntgenkontrolle festgestellt. Die Patienten mit Frakturen klagten über neu aufgetretene oder sich verschlechterte Rückenschmerzen.

MMW 17/2017-S. 3

Breite Ablehnung einer Insulintherapie

(mh) Eine notwendige Insulintherapie bei Typ-2-Diabetes wird von ca. 30% der Betroffenen verweigert, so dass bis zum Therapiebeginn etwa zwei Jahre vergehen, so Forscher vom Brigham and Women's Hospital, Boston. 3295 Patienten mit Typ-2-Diabetes war wegen unzureichender Kontrolle zu einer Insulintherapie geraten worden. Bei 29,9% machte sich dabei eine sog. „psychologische Insulinresistenz“ bemerkbar. Je höher der HbA1c-Wert war, umso größer war der Widerstand gegen eine Insulintherapie. 38% der Insulinverweigerer begannen nach durchschnittlich 790 Tagen eine Insulintherapie, nachdem zwischenzeitlich der HbA1c-Wert auf 9,1% angestiegen war.

MMW 17/2017-S. 3



FOTO: © pixabay

Rheumatoide Arthritis mit Biologika therapieren

(mh) Rheumatische Erkrankungen sind sehr häufig, eine frühzeitige Diagnose mit konsequenter Therapie entscheidend für die Prognose. „Die rheumatoide Arthritis (RA) ist mit einer Prävalenz von 0,8% die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung, wobei Frauen 3-4 mal häufiger betroffen sind als Männer“, sagt Prof. Bernhard Hellmich, Kirchheim a. T. Die RA ist mit Biologika zu einer gut therapierbaren Erkrankung geworden. Insgesamt sind heute neun Biologika einsetzbar: Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Golimumab, Certolizumab (alle TNF-alpha-Inhibitoren). Ferner Rituximab (Hemmstoff der Lymphozyten), Abatacept (Hemmstoff der Aktivierung der T-Lymphozyten), Tocilizumab (Interleukin-6-Hemmstoff), Anakinra (Interleukin-1-Hemmstoff). Mit Ausnahme von Rituximab, das erst nach Versagen eines TNF-alpha-Inhibitors eingesetzt werden sollte, gelten alle Biologika im Rahmen der Erstlinientherapie als gleich effektiv.

ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS

Bei Tocilizumab besteht ein erhöhtes Risiko für eine gastrointestinale Perforation. Alle Biologika sollten möglichst mit Methotrexat kombiniert werden, da so eine erhöhte Wirksamkeit erreicht werden kann. Eine entscheidende Rolle bei der Pathogenese der RA spielen Zytokine. Die entscheidende Signalüberleitung wird durch Janus-Kinasen vermittelt, die durch JAK-Inhibitoren blockiert werden können. Anders als die bisher eingesetzten Biologika blockieren JAK-Inhibitoren nicht die extrazelluläre Kommunikation, sie unterbrechen vielmehr intrazelluläre Signalwege. „Sie bieten damit die Möglichkeit, verschiedene pathogenetische Mechanismen bei der RA gemeinsam zu hemmen“, sagt Prof. Hendrik Schulze-Koops, München. Zwei Substanzen dieser neuen Wirkstoffklasse sind zur Therapie der RA zugelassen: Baricitinib und Tofacitinib. Beide können oral verabreicht werden. In ihrer Wirkung und Verträglichkeit dürften sie mit den TNF-alpha-Inhibitoren vergleichbar sein.

MMW 17/2017-S. 10



FOTO: © Dr. Martin Steinhoff

Therapiereduktion bei Rheumatikern

(gh) Von vielen Rheumapatienten wird ein Therapieabbau bei anhaltender Remission gewünscht.

„Der Patient muss einverstanden sein, und es muss eine über mindestens sechs Monate anhaltende, stabile Remission vorliegen, bevor man über einen Therapieabbau nachdenken kann“, sagt Prof. Klaus Krüger, München. Eine regelmäßige Überwachung der Patienten unter Therapiereduktion ist erforderlich, damit eine eintretende Verschlechterung rechtzeitig erkannt wird. „Die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Therapieabbaus ist umso größer, je kürzer die Krankheitsdauer ist und je schneller es gelingt, mit der medikamentösen Therapie eine Remission zu erreichen“, stellt Krüger klar. Schlechtere Erfolgsaussichten bestehen bei initial hoher

Krankheitsaktivität mit stark erhöhten Anti-CCP-Antikörpern. Ein Therapieabbau sollte durch Verlängerung der Applikationsintervalle erfolgen, nicht durch komplettes Absetzen der Therapie. Tritt unter Reduzierung der Dosis eine Verschlechterung auf („Flare“), kommt es durch erneute Steigerung der Dosis bis zur Volldosierung wieder zu einer raschen, stabilen Remission. Alle Studien haben dies bestätigt, es fehlen allerdings noch Langzeitbeobachtungen nach Therapieabbau.

Auf den Einsatz von Glukokortikoiden kann auch unter der Therapie mit modernen Biologika nicht verzichtet werden. Die Dosis sollte bei 10-30 mg täglich liegen. Nach acht Wochen reduzieren auf 7,5 mg täglich und nach 3-6 Monaten sollte die systemische Glukokortikoid-Therapie ganz beendet werden wegen des erhöhten Risikos für Osteoporose, Katarakt, Infektionen oder KHK. Bei erforderlicher Dauergabe sollte die Dosis < 5 mg täglich betragen. Bei erhöhter Entzündungsaktivität in Einzelgelenken, gegebenenfalls intraartikuläre Gabe eines Glukokortikoides.

MMW 17/2017-S. 12

Therapieoption des Reizdarmsyndroms

(mh) Evidenzbasierte Therapieoptionen bei Reizdarm gibt es kaum. Ein Therapieansatz mit Eingriff am Darmmikrobiom ist durchaus erfolgversprechend. Zur Diagnose des Reizdarmsyndroms gilt unverändert, dass andere Erkrankungen ausgeschlossen sein müssen. Das intestinale Mikrobiom besteht aus > 1000 verschiedenen Spezies und umfasst mehr als 1014 Bakterien. „Wir wissen heute, dass das Darmmikrobiom ein essentieller Baustein für die Gesundheit ist und beim Reizdarm eine wichtige Rolle spielt“, sagt Prof. Peter C. Konturek, Saalfeld. Das Darmmikrobiom ist eine Quelle wichtiger Metaboliten und beeinflusst somit das Darmhirn. Dieses wiederum umfasst 200 Millionen Nervenzellen und stellt ein autonomes, enterisches Nervensystem dar, das vitale Darmfunktionen wie Motilität, Sekretion, Absorption und Immunfunktionen kontrolliert.

Bekannter Weise ist beim Reizdarmsyndrom die Vielfalt der Bakterienstämme im Darm geringer als beim Gesunden, wobei insbesondere Lactobacilli und Bifidobacteriae weniger vorkommen. Probiotika wie E. coli Nissle und L. acidophilus haben bei Blähungen und Obstipationen durchaus günstige Wirkung erwiesen. „Wahrscheinlich effektiver als Probiotika ist die fä-

kale Mikrotherapie mittels Stuhltransplantation“, sagt Konturek. Im Unterschied zu Probiotika wird bei dieser Therapie eine große Kollektion unterschiedlicher Bakterien übertragen, was zum Wiederaufbau des physiologischen Darmmikrobioms führt.

MMW 17/2017-S. 22

Sollen Patienten nach Hirnblutung erneut antikoaguliert werden?

(mh) Patienten, die unter Antikoagulation eine intrakranielle Blutung erlitten haben, sollten bei klarer Indikation erneut antikoaguliert werden. Dies ergab die Analyse von acht Studien mit insgesamt über 5000 Patienten mit intrakranieller Blutung unter Antikoagulation. Häufigste Indikation für die Antikoagulation war Vorhofflimmern. Wurde die Antikoagulation erneut gestartet, lag die thromboembolische Ereignisrate bei 6,7%, in der Gruppe ohne Antikoagulation dagegen bei 17,6%. Das Risiko einer erneuten intrakraniellen Blutung lag bei den Probanden mit erneuter Antikoagulation bei 8,7%, in der Gruppe ohne Antikoagulation bei 7,8%.

Thromboembolische Komplikation lag in der Antikoagulationsgruppe bei 6,7%, bei den Probanden ohne Antikoagulation bei 17,6%. Die Patienten mit erneuter Antikoagulation haben also einen eindeutigen Nutzen bezüglich der Verhinderung weiterer thromboembolischer Ereignisse.

MMW 17/2017-S. 41

Neues zur Genterapie

(gh) Die US-Zulassungsstelle FDA hat erneut eine zellbasierte Genterapie freigegeben. Patienten mit diffusem großzelligem Zell-Lymphom, die zwei systemische Therapien erfolglos absolviert hatten, können mit eigenen, genetisch modifizierten T-Zellen behandelt werden. Da lebensbedrohliche Nebenwirkungen auftreten können, darf die Behandlung nur in speziell zertifizierten Krankenhäusern angewendet werden. Die Behandlungskosten liegen bei 373000 Dollar.

DMW 22/2017-S. 1641

Feinstaub schadet nicht nur Herz und Lungen, sondern auch den Nieren

(gh) Ein Forschungsteam Saint Louis Health Care System fand bei Auswertung der Daten von knapp 2,5 Millionen US-Veteranen einen klaren Zusammenhang zwischen Feinstaubbelastung und der

ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS

Wahrscheinlichkeit für eingeschränkte Nierenfunktion, Nierenerkrankungen und Nierenversagen. Es muss davon ausgegangen werden, dass aufgrund dieser Daten allein in den USA jährlich 45000 renale Neuerkrankungen auf Feinstaubbelastung zurückzuführen sind.

DMW 22/2017-S. 1641

Jegliche Art der Bewegung nützt

(gh) Egal welche Art der Bewegung stattfindet, sie nutzt dem Organismus und kann sogar Leben retten. Die internationale Prospective urban Rural Epidemiology (PURE) Study hat an mehr als 130000 Teilnehmern bewiesen, dass es keine Rolle spielt, welche Art der Bewegung stattfindet, um der aktuellen Empfehlung von 30 Minuten täglich oder 150 Minuten pro Woche zu genügen. Egal, ob Aktivitäten im Fitness-Studio, Nordic Walking oder Treppesteigen zu Hause: Entscheidend ist die Bewegung, die dazu führt, dass die Sterblichkeit um 28% reduziert wird, das Risiko für kardiale Erkrankungen um 20%. Eine Einschränkung nach oben liegt nicht vor, vielmehr konnte in PURE nachgewiesen werden, dass aktive Bewegung von 750 Minuten pro Woche die Sterblichkeit um 36% reduziert.

DMW 22/2017-S. 1641



FOTO: © pixabay

Bei Morbus Basedow

nicht grundsätzlich operieren

(gh) Die Autoimmunhyperthyreose (Morbus Basedow) stellt nicht per Definition eine Indikation zu einer primären Thyreodektomie oder Radiojodtherapie dar. Je nach Größe der Struma gibt es einen engen Zusammenhang zwischen der Höhe der Rezidivrate nach thyreostatischer Therapie. Patienten mit einer Autoimmunhyperthyreose ohne Struma wiesen nach thyreostatischer Therapie Remissionsraten zwischen 80 und 90% auf. Lag eine kleine Struma vor,

war die Remissionsrate zwischen 70 und 80%, bei großer Struma etwa 40%. Bei einer multinodösen Struma gab es Remissionsraten von lediglich 10-20%. Hier sollte eine frühzeitige Operation erfolgen. Zusätzlich bestimmen die Höhe der TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK), das Ausmaß der Hyperthyreose und das Bestehen einer Orbitopathie die Höhe der Remissionsraten. Weisen die TSH-Rezeptor-Antikörper nach Beendigung einer thyreostatischen Therapie hohe Werte auf, ist die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs hoch.

Niedrige oder negative TRAK-Werte lassen eine hohe Remissionsrate erwarten. Vorliegende Studien lassen vermuten, dass Kinder und Jugendliche, Patienten mit endokriner Orbitopathie, männliche Patienten mit Struma sowie Patienten mit hohen TRAK-Werten und einem hohen T3-/T4-Quotienten eine hohe Rezidivrate haben.

Für eine langzeitthyreostatische Therapie eignen sich somit Basedow-Patienten ohne Struma oder mit kleiner Struma, Patienten mit niedriger immunologischer Aktivität (TRAK), niedrigem T3-/T4-Quotienten und einer niedrigen Schilddrüsenperfusion (Farbdoppler-Sonographie). Weiterhin kann bei hochbetagten, multimorbiden Patienten sowie Patienten mit Kontraindikation für eine operative Behandlung durchaus die Indikation für eine thyreostatische Langzeittherapie bestehen.

Vorteil der thyreostatischen Therapie insbesondere bei Jugendlichen ist die Chance einer dauerhaften Remission, so dass diese Patienten ohne Substitutionstherapie mit Schilddrüsenhormonen in euthyreoter Stoffwechsellaage leben können.

DMW 22/2017-S. 1701

Therapie der Proktitis

(mh) Nach Abklärung der möglichen Ursachen einer Proktitis wie chronisch-entzündliche Darmerkrankungen oder Behandlungsfolgen nach Radiatio, Antibiotika oder NSAR-Einnahme und Ausschluss von spezifischen Infektionen wie Gonorrhö oder Chlamydien ist die individuelle Therapie einer Proktitis festzulegen. „Tritt die Proktitis im Rahmen einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) auf, ist eine rektale Therapie allenfalls symptomatisch wirksam.“

Hier sollte sofort eine immunsuppressive Therapie begonnen werden beispielsweise mit Azathioprin plus Budesonid“, sagt N. Teich, Leipzig. Ob eine chirurgische Intervention erforderlich ist, muss individuell entschieden werden. „Wichtigstes Ziel ist

der Erhalt der Kontinenz.“ Die Proktitis ulcerosa wird topisch mit Mesalazin oder Budesonid behandelt. Die Applikationsform (Suppositorien, Schaum oder Einläufe) ist egal, sie sollte empirisch gefunden werden. Bei Versagen der rektalen Anwendung von Mesalazin kann eine systemische Steroidtherapie versucht werden. Bei nicht Ansprechen bleibt als Alternative der Einsatz von Biologika.

Letztendlich kommt auch eine chirurgische Intervention in Betracht, wenn bei Unwirksamkeit der lokalen Therapie eine Stuhlinkontinenz in Folge schwerer Proktitis droht. „Das Rektum wird zu einem Fallrohr“, so A.J. Kroesen, Köln. „Die ausgebrannte Entzündung und Vernarbung spricht auf eine topische und systemische Therapie nicht mehr an, die Proktomie führt zu einer erheblichen Verbesserung der Lebensqualität“, so Kroesen. Eine weitere Ursache einer toxisch/reaktiven Proktitis mit Juckreiz, Rötung und Hautmazerationen könnte durch die Anwendung von Feuchttüchern bedingt sein. Therapie ist der Verzicht auf Feuchttücher und Gabe von Mesalazin-Zäpfchen. „Besser ist es, von vorneherein auf Feuchttücher zu verzichten. Feuchttücher ist Erziehung zu falscher Analhygiene“, so N. Teich.

GastroScope 02/2017-S. 12

Zielgerichtete und kausale, medikamentöse Therapie der Opioid-induzierten Obstipation

(gh) Die Opioid-induzierte Obstipation (OIC) umfasst folgende Aspekte: Verminderung der Stuhlfrequenz, Härtere Stuhlkonsistenz, Auftreten oder Verschlechterung der Notwendigkeit des starken Pressens, um den Stuhl zu entleeren, Gefühl der inkompletten Stuhlentleerung. Moderne Arzneimittel wie die PAMORA (Peripherally Acting μ -Opioid-Receptor Antagonists) konnten in zahlreichen klinischen Studien ihre hohe Effizienz nachweisen. Zu ihnen zählt orales Naloxon als systemischer Opioid-Antagonist, durch den die gewünschte analgetische Wirkung beeinträchtigt wird. Ursache ist, dass diese moderne Wirkstoffklasse kausal in die Pathophysiologie der OIC eingreift. Die OIC ist aus Patientensicht ein häufiges Problem unter einer Opioid-Therapie. Sie ist die häufigste chronische Nebenwirkung und kann die durch eine effektive Schmerztherapie erzielte Steigerung der Lebensqualität zu Nichte zu machen. Normale Laxanzien sind nicht in der Lage, diese Symptomatik in ausreichendem Maße zu beheben. PAMORA-Präparate wirken

ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS

als Antagonisten an peripheren μ -Opioid-Rezeptoren und stellen so die Propulsion des Stuhls wieder her. Zu den PAMORA-Präparaten werden gerechnet: orales Naloxon (wirkt bei oraler Gabe aufgrund eines ausgeprägten First-Past-Effektes ausschließlich im Darm, ist in Deutschland nur in oraler Form in fixer Kombination mit Oxycodon erhältlich). Ferner Methylnaltrexon, das nur subkutan verabreicht werden kann. Weiterhin Naloxigol als rein peripher wirksamer μ -Antagonist, der die schmerzhemmende Wirkung von Opioiden nicht beeinflusst und mit jedem Opiat frei kombinierbar ist. Innerhalb von sieben bis acht Stunden nach oraler Gabe kommt es zu einer spontanen Stuhlentleerung. Die Lebensqualität der Patienten bessert sich nachhaltig. Bei nicht ansprechen der PAMORA-Therapie ist eine Kombination mit klassischen Laxanzien möglich.

Praxis Report 11/2017-S. 4

Experten-Initiative

„Klug entscheiden“ in der Geriatrie

(gh) Das Überleben ist für ältere Menschen nicht mehr einziges oder primäres Ziel, im Vordergrund stehen vielmehr Erhalt der Unabhängigkeit, Lebensqualität und Symptomenkontrolle. „Neue Medikamente sollen besonders bei betagten Patienten erst nach Überprüfung der bestehenden Medikation verordnet werden“, so Dr. Manfred Gogo, Coppenbrügge. Weiter fordert er, Indikationen und Therapieziele streng zu überprüfen. Ein weiterer Aspekt ist die Ernährung der Patienten bei fortgeschrittener Demenz durch eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), die für den Patienten in der Regel keinerlei Vorteile bietet. Sie stellt ein erhöhtes Risiko für Infektionen und Blutungen dar, führt häufiger zu Aspirationspneumonien. Effektiver und ungleich schonender für die Patienten ist die perorale Unterstützung „careful hand-feeding“, wobei die pflegenden Personen selten die Zeit dafür haben. Bei geriatrischen Patienten stellt die Fehl- bzw. Mangelernährung ein grundsätzliches Problem dar. Die beste Lage besteht bei Menschen, die zu Hause ernährt werden, deutlich schlechter ist die Situation im Krankenhaus. Im Pflegeheim sind zwei von drei Patienten mangelernährt. Grundsatz sollte Zurückhaltung sein mit dem Einsatz von Neuroleptika oder Sedativa wie Benzodiazepinen. Antidepressiva nur bei Vorliegen einer schweren Depression und dann nur in Kombination mit psychotherapeutischen Maßnahmen. Problematisch ist das Screening auf maligne

Erkrankung bei geriatrischen Patienten. Es sollte mit den Patienten und den Angehörigen bezüglich der Erwartungen an die mögliche Behandlung eine gemeinsame Entscheidung für das weitere Hervorgehen erreicht werden.

MMW Sonderheft 2/2017 S. 12



FOTO: © pixabay

Senkung des Krebsrisikos durch bariatrische Operation

(gh) Durch bariatrische Operationen wird nicht nur eine deutliche Gewichtsabnahme erreicht, offenbar wird auch das Risiko für bestimmte Tumorarten gesenkt, dies ist das Ergebnis einer US-Kohorten-Studie mit ca. 90000 Teilnehmern – insbesondere adipöse Frauen.

22198 operierten Teilnehmern wurde eine Kontrollgruppe von 66481 gegenüber gestellt. Nach dreieinhalb Jahren mittlerer Beobachtungszeit war das Risiko, eine Krebsform zu entwickeln bei den operierten Patienten um ca. 33% niedriger als bei den Nichtoperierten: 488 vs. 2055. Insbesondere Frauen profitierten von dem Eingriff. Das Krebsrisiko war bei den Operierten um 36% niedriger als bei den Nichtoperierten. Das Risiko für Karzinome, Mammakarzinom, Endometriumkarzinom, die möglicherweise mit der Adipositas in Verbindung gebracht werden müssen, war um 42% niedriger.

MMW Sonderheft 2/2017 S. 3

4-fach erhöhtes Risiko für einen Typ-2-Diabetes bei adipösen Kindern

(gh) Weltweit hat die Zahl adipöser Kinder drastisch zugenommen. In 2015 wies jedes dritte Kind am Ende der Grundschulzeit ein Übergewicht auf – für viele der Betroffenen ein gravierendes Gesundheitsproblem. In einer der weltweit größten Datenbanken über Gesundheitsdaten der Bevölkerung wurden die Inzidenz von

Typ-1-Diabetes und Typ-2-Diabetes bei Kindern und jungen Erwachsenen erfasst. Es wurden 370000 Patienten im Alter von 2-15 Jahren beobachtet. Ermittelt wurden 1318 Fälle von Typ-1- und 654 Typ-2-Diabetes. Im Beobachtungszeitraum von knapp zwanzig Jahren stieg die Inzidenz des Typ-2-Diabetes von 6,4/100000 auf 33,2/100000 an. Eine Assoziation zwischen Adipositas und Typ-1-Diabetes fand sich nicht.

MMW Sonderheft 2/2017 S. 27

Gesteigertes Krebsrisiko für CED im Kindesalter

(mh) Kinder mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) erkranken im späteren Leben doppelt so häufig an Krebs wie Menschen ohne CED, so das Ergebnis einer schwedischen Kohortenstudie. Die Rate der Krebserkrankungen lag in der CED-Kohorte bei 3,3 (vs. 1,5) pro 1000 Personenjahre. Für eine Colitis ulcerosa wurde ein deutlich höheres Risiko für Krebs ermittelt als bei Morbus Crohn.

Die Gefahr war umso höher, je jünger das Kind zum Zeitpunkt der CED-Erkrankung war. Bei diesen Patienten bestand auch ein höheres Risiko, bereits vor dem 18. Geburtstag einen bösartigen Tumor zu entwickeln. Unter den Krebsarten dominierten gastrointestinale Tumore. Seit Einführung der Biologica stieg die Krebsrate tendenziell an.

MMW 19/2017 S. 26

DERMATOLOGIE NEWS

Isotretinoin in der Aknetherapie - keine Gefahr für die Entstehung von Depressionen

(cl) Eine Metaanalyse der veröffentlichten kontrollierten und prospektiven Studien bezüglich der Anwendung von Isotretinoin in der Aknetherapie konnten kein erhöhtes Depressionsrisiko bestätigen, ganz im Gegenteil scheinen depressive Symptome unter Therapie sogar abzunehmen.

Leider fehlen jedoch bislang randomisiert-kontrollierte Studien, daher ist dieses Ergebnis noch mit gewisser Vorsicht zu werten.

J Am Acad Dermatol 2017; 76: 1068-76

GYNÄKOLOGIE NEWS

Erhalt der Fertilität bzw. der Ovarialfunktion beim Mammakarzinom sowie bei gynäkologischen und internistischen Malignomen

(rb) Die Heilungsrate von Karzinomerkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat sich durch effektivere Systemtherapien signifikant verbessert. Die Vermeidung einer vorzeitigen Ovarialinsuffizienz mit resultierenden subjektiven (z.B. Hitzewallungen) und objektiven Folgen (z.B. Osteoporose) und der Erhalt der Fertilität haben unter dem Aspekt der Lebensqualität somit eine neue Gewichtung erhalten. Die Möglichkeiten und Risiken ovar- und fertilitätsschonender Maßnahmen sollten vor Beginn der onkologischen Therapie mit den Patienten ausführlich besprochen werden. Dennoch sollte unverändert immer die nach Datenlage (Leitlinie) effektivste onkologische Therapie ausgewählt und ohne zeitliche Verzögerung angewendet werden, auch wenn sie die Fertilität gefährden kann. Es stehen folgende fertilitäts- und ovarschonende Verfahren zur Verfügung:

Mammakarzinom:

(12% der Patientinnen sind jünger als 40 Jahre): Eine hormonablativ Therapie ist eine effektive Therapie für Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem Mammakarzinom. Bei Patientinnen mit rezeptorpositivem high risk Mammakarzinom führt die Kombination von Chemotherapie und hormonablativer Therapie zu einer besseren Überlebensrate (10%).

Durch die Chemotherapie alleine wird bei 50-60% der Patientinnen eine z.T. irreversible Amenorrhoe induziert. Die Inzidenz steigt mit dem Alter. Patientinnen mit einer Chemotherapie-induzierten Amenorrhoe (CIA) scheinen eine bessere Prognose zu haben als solche ohne (90,8% versus 79,8% Gesamtüberleben). Es ist unklar, wie lange eine Amenorrhoe dauern muss, um einen prognostischen Nutzen für bei einer Patientin mit rezeptorpositivem Mammakarzinom zu haben, bei rezeptornegativen Frauen bringt eine Amenorrhoe keinen Nutzen. Die in der Therapie des Mammakarzinoms heute angewandten Chemotherapeutika (Anthracycline, Taxane) unterscheiden sich in ihrer CIA Rate nicht signifikant. Der Entstehungsmechanismus der CIA ist nach wie vor unklar, entscheidend für die Entwicklung einer CIA scheint neben dem Alter eine genetische Prädisposition zu sein.

Auch wenn die Datenlage zur protektiven Wirkung von GnRH-Analoga aufs Ovar noch nicht eindeutig ist, kann eine additive An-

wendung unter der Chemotherapie für prämenopausale Frauen mit Kinderwunsch empfohlen werden. Sie fangen eher wieder an zu menstruieren und auch die Schwangerschaftsrate ist höher.

Mit der Kryokonservierung von befruchteten Oozyten oder, falls kein Partner vorhanden, von reifen Oozyten oder Ovargewebe steht eine andere Möglichkeit zur Verfügung. Die Kosten werden in der Regel jedoch nicht von der Kasse übernommen. Die für die Follikelgewinnung notwendige Stimulation (GnRH und FSH unter gleichzeitiger Gabe von Tamoxifen oder Letrozol) dauert ca. 14 Tage und stellt somit keine gefährliche Verzögerung des Therapiebeginns dar. Kryokonserviertes Ovargewebe wird nach Therapieende wieder reimplantiert, entweder ins verbliebene Ovar, ins Peritoneum oder heterotop subkutan. Die Methode ist erfolgversprechend. Problematisch bleibt die Reimplantation bei Frauen mit BRCA1/2 Mutation und die Frage der Tumordissemination bei z.B. Frauen mit Leukämie.

Tumoren des Ovars:

Fertilitätserhaltende Operationen bei Borderline-Tumoren des Ovars und frühen Ovarialkarzinomen (EOC, FIGO I) setzen ein unauffälliges Staging (Spülzytologie, Omentektomie, Appendektomie und ggf. Peritonealbiopsien), einen makroskopisch unauffälligen Uterus und ein makroskopisch unauffälliges kontralaterales Ovar voraus. Das Risiko besteht in einer erhöhten Rezidivrate, 16% beim Borderlinetumor und 12-29% beim frühen Ovarialkarzinom abhängig vom FIGO Stadium und der Systemtherapie. Die Schwangerschaftsrate wird mit 30% angegeben. Bei FIGO I Patientinnen ist die Überlebensrate nach radikaler oder fertilitätserhaltender Operation gleich. In zwei Drittel der Fälle, in denen es nach ovarerhaltender Operation zu einem Wiederauftreten des Tumorgeschehens kommt, ist diese extraovariell und führt meist zum Tode. Bei malignen Keimzelltumoren (z.B. MMMT), die meist bei Frauen unter 30 Jahren auftreten und früh (Stadium I) diagnostiziert werden, ist die Prognose ovarerhaltender Operationen gut. Rezidive werden in 29% der Fälle beschrieben. Es ist unklar ob Frauen, die BRCA 1 / 2 Mutationsträgerinnen sind, eine höhere Rezidivrate nach Ovarerhalt haben. Ebenso ist unklar, ob eine Stimulationstherapie nach ovarerhaltender Operation die Rezidivrate erhöht. Eine Entfernung des Restovars nach Ende der fertilen Lebensphase scheint die Überlebensrate nicht zu erhöhen.

Zervixkarzinom:

Bei Frauen mit Kinderwunsch ist beim Zervixkarzinom Stadium IA mit bis zu einem zusätzlichen Risikofaktor (L1, V1, G3) als operative Therapie die Konisation ggf. mit endoskopischer pelviner Lymphonodektomie vertretbar. Beim Zervixkarzinom Stadium FIGO IB 1 ≤ 4cm stellt die radikale Trachelektomie und laparoskopische Lymphonodektomie eine Möglichkeit dar (Rezidivrate 4%). Bei Patientinnen mit Adenokarzinom ist sowohl die Rezidivrate als auch die Mortalität höher. Neben der Tumorgröße stellen Lymphgefäßeinbruch und Lymphknotenbefall begrenzende Faktoren zum Organerhalt dar. Falls eine Radio-(Chemotherapie) nötig ist, sollten intraoperativ die Ovarien außerhalb des Strahlenfelds fixiert werden. Bei einer Strahlendosis über 10Gy steigt die Wahrscheinlichkeit eines bleibenden Ovarschadens signifikant, ab 20 Gy liegt sie bei 70%. GnRh-Analoga zur Ovarprotektion werden aufgrund insuffizienter Datenlage nicht empfohlen.

Karzinom des Uterus:

Ein Organerhalt ist nur selten möglich. Bei histologisch gesicherter komplexer Hyperplasie und frühem gut differenziertem Endometriumkarzinom ohne Myometriumsinfiltration kann bei jungen Patientinnen mit Kinderwunsch eine Gestagentherapie (z.B. 400-600 mg MPA oder 160 mg Megestrolacetat für 3-6 Monate) erwogen werden. Zwar sind die Remissionsraten hoch (81%) aber auch die Rezidivrate liegt bei 50%. Nach hysteroskopisch und histologisch gesicherter Remission sollte deshalb die Patientin möglichst schnell schwanger werden. Gleichzeitig sollten die meist adipösen Patientinnen versuchen ihr Gewicht zu normalisieren.

Erhalt der Ovarfunktion von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (cayas) mit onkologischen Erkrankungen:

Die Systemtherapien für Lymphom, Leukämie, Myelom, Wilms-Tumor, Sarkom usw. in dieser Altersgruppe gehen mit einer erhöhten Rate an Infertilität im Erwachsenenalter einher. Besonders hoch ist sie bei Bestrahlung des kleinen Beckens, der Anwendung von alkylierenden Zytostatika und Hochdosischemotherapie. Die Kryokonservierung von Ovargewebe und Oozyten wird empfohlen abhängig vom Alter der jungen Patientinnen und der Art der geplanten Therapie.

Fertilitätserhaltende Massnahmen bei männlichen Krebspatienten:

Bei Jungen ab dem Alter von 13 Jahren, Tanner Stadium ≥ 3 und mit einem Hodenvolumen ≥ 10ml ist die Kryokonservierung von

GYNÄKOLOGIE NEWS

Spermien möglich. Daneben gibt es die Möglichkeit der Kryokonservierung von reifem Hodengewebe, jedoch besteht hier ähnlich wie beim Ovar das Risiko der Replantation maligner Zellen.

Testikuläre Spermienextraktion (TESE) bei persistierender Azoospermie nach Therapieende ist bei der Hälfte der Patienten erfolgreich.

Um eine unnötige Intervention zu vermeiden sollte der Abstand zur Therapie mind. 2 Jahre betragen. Bei Patienten mit therapiebedingtem Hypogonadismus ist eine Testosteronsubstitution indiziert.

Geburtshilfe und Frauenheilkunde
- Oktober 2017; 77. Jahrgang

HNO NEWS

Direkte Hörsystemverbindung zu allen Handys

(hs) Neu ist ein Hörsystem, das sich ohne weiteres Zubehör mit allen Mobil- und Festnetztelefonen verbinden kann, die über Bluetooth verfügen. Eine Schweizer Firma hat hierfür einen speziellen Chip (Sword - Chip) entwickelt.

Das erste bereits erhältliche System mit diesem Chip ist ein Gerät von Phonak, das in 3 Leistungsklassen erhältlich ist. Da der neue Chip das klassische Bluetooth-Protokoll unterstützt, ist eine direkte Verbindung mit Mobiltelefon, einschließlich Android, I-Phone und klassischen Mobiltelefonen möglich, ohne dass ein zusätzliches Screeninggerät getragen werden muss. Angenommen werden Gespräche direkt über das Hörsystem, das als Freisprecheinrichtung fungiert. Darüber hinaus soll der Chip auch eine direkte drahtlose Übertragung des Fernsehtons in Stereoklangqualität auf die Hörsysteme ermöglichen.

Spektrum Hören, 6/17



FOTO: © Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdöR

HNO NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Entzündliche Erkrankung der Nasennebenhöhlen bei Kindern

(hs) Die akute Rhinosinusitis (ARS) entsteht meist viral. Ein persistierender Krankheitsverlauf über 10 Tage auch nach initialer Symptomverbesserung ist charakteristisch für eine akute bakterielle Rhinosinusitis. Die typischen klinischen Symptome bei Kindern sind bei akut rezidivierenden oder chronischen Rhinosinusitis (CRS) eine schleimig-eitrige anteriore Rhinorrhoe und nasale Obstruktion mit begleitender Mundatmung. Den Eltern fällt dabei besonders die Nasalität und eine nächtliche Schlafstörung mit Schnarchen auf. Die übliche Sinusitis-Diagnostik mittels bildgebender Techniken muss für die jugendliche Altersgruppe kritisch überdacht werden. Konventionelle Röntgenaufnahmen sind obsolet, als geeignetes Untersuchungsverfahren stehen heute Schnittbildverfahren als Primärdiagnostikum zur Auswahl. Die Computertomografie (CT) kann durch den Nachweis von Dichteunterschieden an den Luftknochengrenzen sowohl die Belüftung als auch die Verlegung der Nasennebenhöhlen gut darstellen.

Die Rhinosinusitis bei Kindern hat grundsätzlich eine gute Selbstheilungstendenz, weshalb Antibiotika nur bei komplizierteren Verläufen und entzündlichen Begleiterkrankungen in Nachbarschaftsregionen vorbehalten sein sollte. Als Antibiotika empfehlen sich Amoxicillin mit oder ohne Clavulansäure oder Cephalosporine. Evidenzbasierte Empfehlungen beinhalten auch den Einsatz topischer Steroid-Nasensprays bei älteren Kindern, Initial- oder als Monotherapie.

Prof. Dr. O. Kaschke, in HNO-Nachrichten 5/2017

Ambulante Methode zur Korrektur abstehegender Ohren

(hs) Mit einem implantierbaren Cliff-System lassen sich abstehende Ohren, je nach Ursache, auch minimalinvasiv anlegen. Die vorgeformten Nitinol-Klammern werden mit einem Applikator subkutan so am Ohrknorpel fixiert, dass der gewünschte Effekt direkt eintritt. Mit dem Verfahren wird die Anthelixfalte verstärkt oder neu gebildet mit meist einer oder zwei Klammern, die aus einer Nickel-Titanlegierung besteht. Dazu werden die vorgeformten Klammern an der vorgesehenen Stelle subkutan platziert, wo sie sich aufgrund ihrer eigenen Elastizität selbstständig am Knorpel fixieren. Die 5 mm breiten und 15 mm langen Klammern sind mit 24 Karat Gold beschichtet, um das Durchschieben der Implantate durch die Haut zu minimieren. Der Eingriff kann bei Kin-

dern ab 7 Jahren ambulant in Lokalanästhesie vorgenommen werden. Die Implantate bleiben permanent, können bei Bedarf aber wieder explantiert werden. Seit April 2015 ist das Produkt CE-zertifiziert und in Europa zugelassen.

HNO-Nachrichten 5/2017

Linderung von Tinnitus und Stellenwert der Versorgung mit Hörsystemen und Hörimplantaten

(hs) Versorgungen mit Hörsystemen und Hörimplantaten haben eine wichtige Bedeutung bei der Linderung störender Hörgerausche, so die einhellige Einschätzung bei einem Symposium auf der 88. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Erlangen, das sich mit Aspekten der Tinnitusbehandlung auseinandersetzt. Hier verwies u.a. Professorin Dr. H. Olze (Berlin) auf eine aktuelle Studie der Berliner Charité, die untersuchte, wie sich die Lebensqualität älterer hörgeschädigter Menschen im Zuge von CI-Versorgungen verändert.

Fazit: Gerade bei diesen Patienten steige die Lebensqualität deutlich. Soziale Isolation und Lebensängste nahmen ab, ebenso waren positive Auswirkungen hinsichtlich des Tinnitus feststellbar.

Otology Heft 49, 2017

Kindliche Schluckstörungen

(hs) Ess- und Schluckstörungen betreffen bis zu 25% der Säuglings/Kleinkinder. Schweregrad und Dauer können durch zusätzliche Grundkrankheiten beeinflusst werden.

Ursachen von Ess- und Schluckstörungen sind vielfältig; anatomische Fehlbildungen, Syndromkrankheiten, angeborene oder erworbene Neuromotorische Erkrankungen und Verhaltensstörungen sind zu berücksichtigen.

Ess- und Schluckstörungen zeigen sich auf unterschiedliche Weise, z.B. durch Nahrungsverweigerung, Gedeihstörung, orale Aversion, rezidivierende Pneumonien, chronische Lungenprobleme oder rezidivierendes Erbrechen.

Eine Anamnese mit expliziten Fragen zum Essverhalten, die Erhebung des HNO-Status und eine fiebertopische Beurteilung des Schluckvorganges sind Basis der Diagnostik. Die Behandlung von Ess- und Schluckstörungen setzt ein multidisziplinäres Vorgehen voraus, um dem Kind eine Ernährungsautonomie zu ermöglichen.

Dr. C. Schwemme, HNO-Universitätsklinik
Magdeburg, in Forum HNO-Heilkunde 4/2017

HNO NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Der Einfluss von Stress auf Morbus-Menièrè-Patienten

(hs) Mehr als 80% der Deutschen klagen über Stress, von etwa jedem Dritten wird Stress als Dauerzustand angegeben. Jeder 5. ist davon überzeugt, dass der erlebte Stress zu gesundheitlichen Folgeschäden führt. Vor allem äußerer Stress wird von den meisten Menièrè-Patienten als Trigger-Erkrankung angenommen - vor allem was die Schwindelattacken und -empfindungen angeht.

Das komplexe Erscheinungsbild des Morbus-Menièrè ist nicht nur von den patientenspezifischen somatischen Gegebenheiten abhängig, sondern unterliegt auch äußeren Einflüssen und den bisherigen Erfahrungen der Betroffenen sowie den vorhandenen Ressourcen der Krankheitsverarbeitung.

„Stress“ ist nur schwer in Studien vergleichbar und Einfluss- bzw. Zielkriterien nicht in allen Fällen überprüfbar. Dennoch zeigt sich der Einfluss des Stressgeschehens auf die Erkrankten, welches in die Therapiestrategien mit einbezogen werden sollten. Letztlich bleibt die Therapie des M.-Menièrè eine individuelle, sehr spezifisch abgestimmte Behandlung auf den einzelnen Patienten, die eine psychosomatische Komponente umfasst. Vieles hängt von den Verarbeitungsmöglichkeiten, dem Wissen um die Erkrankung und dem Umgang mit der Erkrankung und nicht zuletzt vom Umfeld ab. Gelingt eine Akzeptanz und gar ein Perspektivwechsel, kann der M.-Menièrè dazu führen, dass die Prioritäten im Leben neu geordnet werden.

Forum HNO-Heilkunde 5/2017

Meta-Analyse zur Tonsillektomie/Tonsillotomie

(hs) Die Tonsillektomie ist die am häufigsten praktizierte Operation im Bereich der HNO-Heilkunde. Es wurden verschiedene Anstrengungen unternommen um eventuelle postoperative Komplikationen zu reduzieren. Eine davon ist die Entwicklung und Anwendung der intrakapsulären Tonsillektomie, also der Tonsillotomie, bei der das tonsilläre Gewebe nebst Bindegewebe teilweise verbleiben.

In einer aktuellen Studie koreanischer HNO-Ärzte verglichen diese die beiden Methoden hinsichtlich der Effektivität zur Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe wie auch auf die Reduzierung von postoperativen Nebenwirkungen. Es wurden signifikante Unterschiede bezüglich postoperativer Schmerzen dokumentiert und damit einhergehend die Verabreichung von Analgetika und die An-

zahl der Tage bis es wieder zu einer normalen Nahrungsaufnahme sowie normalem Tagesablauf kam. Im Ergebnis erweist sich die intrakapsuläre Tonsillotomie als eine wirksame Methode um postoperative Schmerzen und Blutungen zu reduzieren. Das Risiko für den Verbleib von restlichem Tonsillengewebe sei etwas erhöht, wodurch aber nicht das Risiko für rezidive Infektionen steige.

Kompakt HNO-Heilkunde 5/2017

INFEKTILOGIE NEWS

Therapie von Harnwegsinfekten in Altenheimen

(mh) Zur leichteren Diagnostik von Harnwegsinfektionen (HWI) in Altenheimen und Einrichtungen zur Langzeitpflege wurden die sogenannten McGeer-Kriterien erstellt. Dazu gehören neben klinischen Symptomen wie Dysurie, Pollakisurie und Fieber auch mikrobiologische Kriterien. Infektiologen in Australien haben die HWI-Diagnosen von Altersheimbewohnern geprüft, ob diese Kriterien Beachtung fanden. Kriterienkonform waren nur 6% der Diagnosen, 39% der HWI-Diagnosen erfüllten die klinischen Kriterien nicht, bei 14% fehlte der mikrobiologische Nachweis. Mehr als 40% waren weder mikrobiologisch noch klinisch belegt. Die Folge war, dass 128 Antibiotikaverschreibungen vorlagen. Konsequenz für die Autoren: Gefahr von Übertherapie und Resistenzentwicklung in Folge fehlender Indikation zur Antibiotika-Verordnung.

MMW 17/2017-S. 3

Bauchbeschwerden wie bei einer CED können auch durch Tuberkulose-Bakterien bedingt sein

(mh) Die Tuberkulose hat in den letzten Jahren in Deutschland zugenommen. Bei der differenzialdiagnostischen Abklärung einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) sollte insbesondere bei Migranten auch an eine Darmtuberkulose gedacht werden. Symptome wie Übelkeit, Erbrechen und Diarrhöen mit abdominalen Schmerzen und zusätzlichen diffusen Druckschmerzen im Abdomen sollten unbedingt an eine Darmtuberkulose denken lassen. Die Diagnosesicherung gelingt häufig bei der Ileokoloskopie, wobei sich entzündlich polypöse, aphthöse Schleimhautveränderungen darstellen lassen. In der Kultur

INFEKTILOGIE NEWS

gelingt dann der Nachweis von Mykobakterium tuberculosis. „Bei Personen aus einem TBC-endemischen Land muss eine Ileitis terminalis immer so lange als tuberkulös gelten, bis das Gegenteil bewiesen ist“, stellt PD Dr. Jens M. Kittner, Mainz klar. Da endoskopisch eine Abklärung zu einem Morbus Crohn kaum möglich ist, müsse immer mit allen verfügbaren anderen Methoden nach einer TBC gefahndet werden. Als Folge der Migration hat die Tuberkulose in Deutschland in den letzten fünf Jahren wieder deutlich zugenommen. „Die Darmtuberkulose ist nicht nur ein Problem für Migranten, sondern ein großes für den Gastroenterologen“, sagt Kittner.

MMW 17/2017-S. 19

STIKO empfiehlt Influenzaimpfung

bei erhöhtem Expositions-, Erkrankungs- oder Komplikationsrisiko auch zum Schutz von Dritten

(gh) Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut in Berlin empfiehlt Influenza-Impfung auch von Schwangeren. So wie der Anschnallgurt im Auto das Risiko deutlich reduziert, ist auch die Risikoreduktion der Grippeimpfung eindeutig nachgewiesen, jedoch nicht auf null. Die Wirksamkeit liegt zwischen 40 und 60%. Besonders profitieren chronisch Kranke, ältere Menschen und auch Schwangere von der saisonalen Grippeimpfung. Da die in Deutschland zugelassene Vakzine Totimpfstoffe sind, können sie daher grundsätzlich in jedem Stadium der Schwangerschaft verabreicht werden. Von besonderem Wert ist die Impfung des medizinischen Personals zum Eigen- und zum Patientenschutz.

MMW 17/2017-S. 41

Wir sind online!

medintern

Besuchen Sie unsere neue website: www.med-intern.com



Ihnen gefällt was Sie sehen?
Wir machen auch Ihre Homepage:

Medienhaus Kastner – web&design
Stephanie Stampfer und Natalie Beck
Telefon: 08442/9253-610
E-Mail: [sstampfer@kastner.de](mailto:ssstampfer@kastner.de)

KARDIOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Hochsensitiver Troponin-T-Test

–schließt einen Herzinfarkt mit hoher Wahrscheinlichkeit aus

(mh) Zusammen mit einem EKG ohne Ischämiezeichen kann ein akuter Myokardinfarkt durch ein negatives Ergebnis des hochsensitiven Troponin-T-Test (hs-cTn) ausgeschlossen werden. Dies ergab die Auswertung von 11 Studien an über 9000 Patienten mit Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom.

Die Kombination aus hs-cTn-Wert und EKG ließ bei 30,6% der Teilnehmer auf ein niedriges Herzinfarktrisiko schließen. Von diesen wurde nur bei 0,5% ein Infarkt diagnostiziert, das entspricht einer Sensitivität von 98,7%.

MMW Sonderheft 2/2017 S. 3

Sauerstoffgabe bei Schlaganfall

– nur unter Indikation

(gh) Die routinemäßige Gabe von Sauerstoff an nicht hypoxische Patienten mit akutem Schlaganfall hat für die Betroffenen laut einer britischen Studie keine Vorteile. Eine Beobachtungsstudie an über 8000 Schlaganfallpatienten ergab, dass die kontinuierliche Sauerstoffgabe für drei Tage und Nächte bzw. Sauerstoffgabe über nur drei Nächte keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Mortalität oder der verbliebenen Einschränkungen ergab.

MMW Sonderheft 2/2017 S. 3



FOTO: © pixabay

Nach stattgehabtem ischämischem Insult intensiv nach Vorhofflimmern suchen

(mh) In einer randomisierten Studie wurden 398 Patienten, die einen akuten ischämischen Insult erlitten hatten und keine Vorgeschichte von Vorhofflimmern aufwiesen, intensiv über sechs Monate mit wiederholtem Langzeit-EKG untersucht. Bei 14% der Patienten mit intensivem EKG-Monitoring konnte ein bis dahin nicht be-

kanntes Vorhofflimmern nachgewiesen werden. In einer Kontrollgruppe waren es lediglich 5%.

Als therapeutische Konsequenz ist hier eine Antikoagulation indiziert. Ersatzweise zum 10-Tage-Holter-EKG-Monitoring käme auch eine Schulung des Patienten zur regelmäßigen Pulskontrolle in Betracht.

MMW Sonderheft 2/2017 S. 30

NEUROLOGIE NEWS

Behandlung von Ischialgien mit Pregabalin

(sh) In einer Studie zeigte sich kein Effekt in der Reduktion des Beinschmerzes bei Gabe von Pregabalin (Zieldosis 600 mg) im Vergleich zur Placebogruppe. Studienteilnehmer waren Patienten mit maximal einjähriger Ischialgien.

InFoNeurologie und Psychiatrie,
August 2017, Jg. 19, Nr. 7-8

Mit dem HbA_{1c} steigt das Risiko für periphere diabetische Neuropathie

(mh) Ein entscheidender Auslöser für periphere Neuropathien dürften beim Typ-1-Diabetes die Hyperglykämien sein. Bei Typ-2-Diabetes kommen zusätzliche Faktoren wie Entzündung, Übergewicht oder Dyslipidämie als Ursache für eine axonale Degeneration der Nerven hinzu. Die Höhe der Blutzuckerspiegel dürfte mit dem Risiko einer peripheren Neuropathie korrelieren. Ein um 1,0% Punkt höherer HbA_{1c} führte zu einer um etwa 1% niedrigeren Amplitude des Nervus suralis, bei jedoch nur mäßig herabgesetzter Nervenleitgeschwindigkeit. Die Autoren schließen daraus, dass die Hyperglykämie wohl eine axonale Degeneration, weniger aber jedoch eine Demyelinisierung hervorruft.

MMW Sonderheft 2/2017 S. 19

Neue Empfehlungen zur Blutdruckeinstellung der Hochdruckliga

(sh) Nach einer durch das NIH finanzierten US-amerikanischen Studie bestehen neue Empfehlungen zur Blutdruckeinstellung. Der Zielkorridor wurde auf unter 135/85 mmHg gesenkt und betrifft Patienten mit vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankungen (chronische Nierenerkrankungen ab Stadium drei, Patienten über 75 Jahre,

NEUROLOGIE NEWS

Patienten mit hohem kardiovaskulären Gefäßrisiko). Schlaganfallpatienten waren in der Studie nicht eingeschlossen!

CARDIOVASC, Oktober 2017, Jg. 17, Nr. 5



FOTO: © pixabay

Unzureichende Antikoagulation bei vielen Schlaganfallpatienten

(sh) In einer US-amerikanischen Untersuchung zeigte sich, dass Patienten mit einem Vorhofflimmern zum Zeitpunkt eines Schlaganfalls zu 30% nicht mit Antikoagulantien behandelt waren, 40% erhielten Thrombozytenfunktionshemmer und 13% waren nicht ausreichend eingestellt.

InFoNeurologie und Psychiatrie,
September 2017, Jg. 19, Nr. 9

Neues zum Schlaganfall

(sh) In drei Studien konnte festgestellt werden, dass bei einem kryptogenen Schlaganfall der Verschluss eines PFO sinnvoll sein kann. Es zeigte sich eine Überlegenheit des PFO-Verschlusses bei Patienten unter 60 Jahren mit einem kryptogenen Schlaganfall, verglichen mit der Therapie zum Beispiel mit ASS oder Antikoagulantien.

InFoNeurologie und Psychiatrie,
September 2017, Jg. 19, Nr. 9

InFoNeurologie und Psychiatrie,
Oktober 2017, Jg. 19, Nr. 10

Erhöhtes Krebsrisiko unter Immunsuppressiva bei Multiple Sklerose Patienten

(sh) In einer italienischen Studie konnte festgestellt werden, dass MS Patienten, die Azathioprin oder Mitoxantron bekamen, im Vergleich zu Patienten ohne Immunsuppressiva um ein vierfach erhöhtes Krebsrisiko hatten. Persönliche Anmerkung: Angesichts der vielen neuen Medikamente für Multiple Sklerose Patienten sollte auf o.g. Immunsuppressiva möglichst nicht mehr zurückgegriffen werden.

NeuroDepesche, 20, Jahrgang, Oktober 2017

NEUROLOGIE NEWS**Diagnostik der Polyneuropathien**

(mh) Zwei Tests sollten bei Verdacht auf Polyneuropathie einer kanadischen Studie zufolge zur Diagnose durchgeführt werden. Ärzte der Universität Toronto empfehlen bei Polyneuropathie-Verdacht den Knöchelreflex und die Wahrnehmung von Vibrationen oder eines Nadelreizes zu prüfen, um keinen Erkrankten zu übersehen. Alle drei Tests waren jeweils bei 74 – 72% aller Patienten positiv, in Zweierkombination bei 88% der Erkrankten, somit also mit einer hohen Sensitivität. Bei der Spezifität lagen Knöchelreflex und Vibrationswahrnehmung mit Werten von 62% und 77% relativ schlecht, die höchste Spezifität zeigten die Wahrnehmung von leichten Berührungen sowie der Knierreflex mit Werten zwischen 88 und 96%.

MMW Sonderheft 2/2017 S. 19

Schmerzmittel bei Arthrose

(sh) In einer Metaanalyse zeigte Paracetamol zur Schmerztherapie bei Patienten mit Hüft- und Kniegelenksarthrose keine Überlegenheit im Vergleich zu Placebo. Diclofenac war noch am wirksamsten.

InFoNeurologie und Psychiatrie,
Oktober 2017, Jg. 19, Nr.10

Senkung der Mortalität

durch Reduktion der Ammoniakbildung im Darm

(mh) Die hepatische Enzephalopathie (HE) ist eine sehr häufige Komplikation der Leberzirrhose. Ein erhöhter Ammoniakspiegel im Blut ist der pathogenetische Faktor bei der Entstehung der HE. Zum Anstieg des Ammoniaks kommt es, nachdem die Leber in Folge fortgeschrittener Zirrhose nicht mehr in der Lage ist, Ammoniak zu metabolisieren. Über die Blut-Hirn-Schranke gelangt Ammoniak in das Gehirn und führt zu einer Anschwellung der Astrozyten und somit zu einem Hirnödem mit konsekutiven Defiziten. Durch Gabe von Rifaximin (Xifaxan®) einem nicht resorbierbaren Antibiotikum, wird die Vermehrung der Harnstoff-desaminierenden Bakterien gehemmt und somit die Ammoniakbildung im Darm stark reduziert. Rifaximin führte im Rahmen der Rezidivprophylaxe bei HE zu einer Risikoreduktion von ca. 58%. Im Rahmen einer Akuttherapie unter klinischen Bedingungen konnte die Mortalität von 49% bei alleiniger Gabe von Laktulose auf 24% durch Gabe von Rifaximin gesenkt werden.

MMW Sonderheft 2/2017 S. 88

OPHTHALMOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag**7-Jahresresultate von Cross-Linking**

(kk) C. Nicuula, D. Nicula, R.N. Pop – Cluj-Napoca University Ophthalmology Clinic berichten über die 7-Jahresresultate von Cross-Linking Operationen bei Keratokonus.

Die Langzeitauswertung der funktionalen Ergebnisse bei 114 Augen zeigt, dass Cross-Linking einen Durchbruch in der Behandlung des Keratokonus und der cornealen Ektasien darstellt. Es verlangsamt oder stoppt die Progression des Keratokonus und verhindert oder verzögert die Notwendigkeit von Hornhauttransplantation.

Bei allen 91 Patienten konnte Stabilisation und Reduktion der keratometrischen Werte von Zylinder und Sphäre erreicht werden und ein Ansteigen des Sehvermögens.

7 Jahre nach der Behandlung musste kein Patient eine Hornhauttransplantation wegen Dekompensation des Keratokonus erhalten.

Die Autoren hatten das corneale Epithel vor der Behandlung mit Riboflavin Lösung und UV-Bestrahlung entfernt.

Die Behandlung wurde unter sterilen Bedingungen im Operationssaal durchgeführt.

Journal Francais D'Ophthalmologie
September 2017 – Vol.40

Humira: für Kinder und Jugendliche bei chronischer nicht infektiöser Uveitis anterior zugelassen

(kk) AbbVie Deutschland GmbH hat Mitte September 2017 das Biologicum Adalimumab – Humira zur Behandlung der chronischen nicht infektiösen Uveitis anterior bei Kindern und Jugendlichen in der EU zugelassen.

Ab einem Alter von 2 Jahren kann der TNF-Hemmer eingesetzt werden bei unzureichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit gegenüber konventionellen Therapien bzw. bei Patienten, bei denen eine konventionelle Therapie nicht in Frage kommt.

Bei der „Sycamore-Studie“ hatte sich gezeigt, dass Adalimumab in Kombination mit Methotrexat bei Kindern mit aktiver juveniler idiopathischer Arthritis und assoziierter Uveitis die Zeit bis zum Behandlungsversagen signifikant verlängert im Vergleich zu Methotrexat + Placebo

Der Augenarzt
Oktober 2017 – 51. Jahrgang/Heft 5

Endokrine Orbitopathie

(kk) Dr. Susanne Krome, Melle: Teprotumumab reduziert Exophthalmus und kli-

nische Aktivitätsabnahme, Doppelbildwahrnehmung und assoziierte Verschlechterung der Lebensqualität bei Patienten mit aktiver Schilddrüsen-assoziiierter Orbitopathie.

Nach 24 wöchiger Behandlung mit Teprotumumab kommt es zur Hemmung von Wachstumsfaktor (IGF-1R), der synergistisch die Wirkung des schilddrüsenstimulierenden Hormons bei Morbus Basedow verstärkt. Der monoklonale Antikörper Teprotumumab inhibiert IGF-1R und somit die Überexpression des schilddrüsenstimulierenden Hormons.

Die amerikanische Arzneimittelbehörde stuft Teprotumumab als Durchbruch in der Therapie der schweren endokrinen Orbitopathie ein.

Die Rückbildung des Exophthalmus war grösser als 2 mm und die klinische Aktivitätsabnahme war 69% bei einem schnellen Wirkungseintritt in einer Doppelblindstudie im August 2016. Als Nebenwirkungen wurden Hyperglykämien bei Diabetespatienten berichtet, die nach Optimierung der antidiabetischen Therapie beherrschbar waren. Möglicherweise können auch Durchfall und Verwirrtheit auftreten.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde
September 2017 – Seite 1049-1196 – 234.Band

Neue Therapie

gegen neovasculäres Glaukom

(kk) Prof. Dr. N. Pfeiffer, Dr. Y. Scheller, PD Dr. Dr. K. Lorenz – Univ. Augenklinik Mainz: Aganirsen Augentropfen werden in einer dreiarmligen randomisierten Placebo kontrollierten Studie zur lokalen Behandlung des ischämischen Zentralvenenverschlusses zur Prävention des Neovascularisationsglaukoms eingesetzt, um die Wirksamkeit des Antisense-Oligonukleotids Agarnisen in Form einer Emulsion zur Verhinderung der Upstream-IRS-1-mR-NA-Translation – auch die des VEGF – während der pathologischen Angiogenese zu überprüfen.

Die topische Anwendung von Aganirsen Emulsion Augentropfen, anstatt intravitrealer Injektionen soll zudem die Lebensqualität der Patienten verbessern.

Die Studie wird in 8 europäischen Zentren durchgeführt über einen Zeitraum von 24 Wochen und 6 Wochen Nachbeobachtung.

Es wird überprüft, ob die Rate der Neovascularisationsglaukome und die Entwicklung von Neovascularisationen nach einem ischämischen Zentralvenenverschluss reduziert werden kann.

Ophthalmologische Nachrichten
09/2017

PÄDIATRIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Hämatochezie

bei jungen Säuglingen

(ub) Bei Säuglingen im Alter von 1 bis 6 Wochen sind Blutauflagerungen auf dem Stuhl das typische Zeichen einer kuhmilchinduzierten allergischen Proktokolitis mit follikulärer Hyperplasie der Dickdarmschleimhaut. Die Kinder sind sonst gesund und meist voll gestillt, seltener erhalten sie Flaschnahrung. Man geht davon aus, dass eine relevante Menge Kuhmilchprotein über die Muttermilch an das Kind übergeht. In hartnäckigen Fällen soll sich die Mutter kuhmilchfrei ernähren. Bei Persistenz der Blutauflagerungen kann die Umstellung der Nahrung auf eine hypoallergene Therapiemilch notwendig sein. Nach einigen Wochen verliert sich die Symptomatik spontan, es kommt zu einer Kuhmilchprotein-Toleranz. Eine weiterführende Diagnostik und Koloskopie sind nicht erforderlich.

Pädiatrie up2date 2017;12

Zöliakiediagnostik

(ub) Bei der Zöliakie tritt das klassische Bild mit Gedeihstörung, Bauchschmerzen und Durchfall heute seltener auf, meist sind es mono- oder oligosymptomatische Verlaufsformen. Als erstes werden Transglutaminase-Antikörper (IgA-anti-TG2) und das Gesamt-IgA bestimmt. Transglutaminase-Antikörper sind nur dann diagnostisch verwertbar, wenn kein Gesamt-IgA-Mangel vorliegt. Sind die IgA-Anti-TG2 mehr als das 10-fache der Norm erhöht, erfolgt die Bestimmung der Endomysium-Antikörper (EMA) und eine Untersuchung der HLA-Haplotypen DQ2 und DQ8. Bei passender klinischer Symptomatik, positivem EMA und positivem HLA DQ2 und/oder HLA DQ8 kann die Diagnose einer Zöliakie ohne Endoskopie gestellt werden. Allerdings werden die HLA-Loci DQ2 und DQ8 bei 30% der gesunden Bevölkerung gefunden und können zur Diagnostik der Zöliakie nur im Zusammenhang mit den anderen Parametern genutzt werden. Im Zweifelsfall müssen weiterhin Duodenalbiopsien für die histologische Diagnostik nach den MARSH-Kriterien erfolgen. Erst nach der Sicherung der Diagnose darf mit der glutenfreien Kost begonnen werden.

Pädiatrie up2date 2017;12

Ernährungsbedingte Hypokalzämie

(ub) Bei der Abklärung von Hypokalzämien im Kindesalter muss neben dem Parathormon und dem Vitamin D auch der Phosphat-

spiegel im Serum bestimmt werden. Ein erhöhter Phosphatspiegel führt zu einer verminderten Kalziumaufnahme aus dem Darm. Neben einer Vielzahl anderer Ursachen kann eine Phosphaterhöhung im Serum mit resultierender Hypokalzämie auch ernährungsbedingt sein. Im Bereich der anthroposophischen Lebensform wird bei Säuglingen häufig Mandelmilch als Nahrungsmittel eingesetzt. Mandelmilch ist sehr phosphatreich. Die hohe Phosphatzufuhr kann zu einer schweren Hypokalzämie mit tetanischem Krampfanfall führen. Ein ernährungsbedingter Kalziummangel kann auch durch phytatreiches Chabati-Mehl auftreten, besonders bei Patienten aus Afghanistan, Pakistan und Indien. Der klinische Vorstellungsgrund sind dann Knochenschmerzen.

Pädiatrie up2date 2017;12

Prognose des Stotterns im Kindesalter

(ub) Etwa 5% aller Kinder zeigen im Laufe ihrer Entwicklung Stottersymptome. Bei 1% der Jungen und 0,2% der Mädchen persistiert das Stottern bis ins Erwachsenenalter. Bei familiärer Vorbelastung besteht ein Risiko der Chronifizierung von 65%. Weitere Risikofaktoren für eine Persistenz des Stotterns sind ein Beginn der Symptomatik vor dem 3. Geburtstag und eine Dauer von länger als einem Jahr. Auch eine Zunahme der Symptomatik (Frequenz, Länge, Tempo), eine auffällige Atmung und Anstrengung im Zusammenhang mit dem Sprechen, ein hoher Leidensdruck der Eltern und/oder des Kindes sowie bei Rückzugsverhalten des Kindes sind Hinweise auf eine mögliche Persistenz des Stotterns.

36.consilium live Pädiatrie 1/2017



FOTO: © pixabay

Rechtslage bei Impfungen

(ub) Im Impfforum von PädInform wurde teilweise kontrovers über die STIKO-Empfehlungen und ihre Verbindlichkeit für die

einzelnen Praxen diskutiert. Die Rechtslage und die Auffassung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte zu diesem Thema stimmen überein:

- Der Arzt schuldet seinen Patienten eine Behandlung nach ärztlichen Standards. Dieser Standard wird grundsätzlich von Ärzten und nicht von Juristen festgelegt.
- Medizinischer Standard bei Impfungen sind die Empfehlungen der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut, der medizinische Standard ist bundesweit einheitlich.
- Der Arzt muss den Eltern die Impfungen entsprechend den STIKO-Empfehlungen vorschlagen. Tut er dies nicht, dann behandelt er die Kinder nicht entsprechend dem fachlichen Standard.
- Nur wenn der Arzt die Eltern darüber aufgeklärt hat, dass die Impfungen nach den STIKO-Empfehlungen Standard sind, und die Eltern sich in Kenntnis dieses Umstandes gegen die Impfung entscheiden, darf der Arzt die Impfung unterlassen. Die Aufklärung sollte in jedem Fall nachgewiesen werden können. Eine verweigerte Einwilligung in die Standardimpfungen sollte von allen Erziehungsberechtigten unterschrieben werden.
- Im Hinblick auf neue Impfungen, die von der STIKO noch nicht empfohlen werden, sind die Empfehlungen der Fachgesellschaften hilfreich, z.B. Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ. Deshalb enthalten die STIKO-Empfehlungen eine Öffnungsklausel, wonach jede Impfung über den genannten Personenkreis hinaus auch sinnvoll sein kann.
- Die Situation im Einzelfall kann es erfordern, von der STIKO-Empfehlung abzuweichen. Da es sich dann aber um ein Abgehen vom medizinischen Standard handelt, muss der Arzt den Patienten aufklären und um Einwilligung bitten. Der Arzt muss bei einer vom Standard abweichenden Behandlung die Aufklärung des Patienten beweisen.

Kinder- und Jugendarzt 9/17

Enzymersatztherapie

bei schwerem Immundefekt

(ub) Schwere kombinierte Immundefekte (SCID) treten bei einem von 50.000 Lebendgeborenen auf. Für die meisten Formen wurden genetische Defekte identifiziert. Für den Immundefekt durch genetisch bedingten Adenosindesaminase-Mangel (ADA-SCID) besteht jetzt die Möglichkeit der Enzymersatztherapie. Das Medikament Adagen® enthält pegylierte Adenosindesaminase aus

PÄDIATRIE NEWS

dem Rinderdarm (PEG- ADA). Es wird 1-2x/ Woche i.m. injiziert. PEG- ADA ist eine lebensrettende Therapie bei ADA- SCID, wenn andere Therapieoptionen nicht sofort verfügbar sind. Es ist eine Option für die Langzeittherapie, wenn kein geeigneter Stammspende verfügbar ist. Obwohl sich die Immunfunktion unter PEG- ADA oft unvollständig erholt, bleiben die meisten Patienten unter der Therapie klinisch stabil.

Thieme Case Report 7/2017



FOTO: © Jacoplane

PHARMAKOGENOMIK NEWS

5-Fluorouracil ohne Genotypisierung von DPYD kann tödlich sein

(bs) 5-Fluorouracil ist ein Fluoropyrimidin, welches bei der Palliativmedizin bei z.B. Colon-, Rektum-, Brust-, Magen- und Pankreaskrebs eingesetzt wird. Bei einem Teil der Patienten kommt es dabei zu schweren Nebenwirkungen, der sogenannten 5-Fluorouracil-Toxizität. Ursächlich hierfür können Mutationen im DPYD-Gen sein, welches für das Enzym Dihydro-Pyrimidin Dehydrogenase (DPD) kodiert.

Das Enzym DPD katalysiert den geschwindigkeitsbestimmenden Schritt im Fluorouracil-Metabolismus und Patienten, die mindestens ein nicht funktionierendes Allel von DPYD besitzen (z.B. DPYD*2A), können 5-Fluorouracil nicht normal abbauen. Hierdurch kommt es zu einer Akkumulation des toxischen Fluorouracils, was zu Knochenmarksdepression und Neurotoxizität mit lebensbedrohlichen Folgen führen kann. Die Prävalenz für einen derart gestörten DPD-Stoffwechsel liegt bei Kaukasiern bei ca. 3-5%. Das „Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium“ (CPIC) hat Dosisempfehlungen aufgrund der genetischen Varianten von DPYD für die Fluoropyrimidine Capecitabin, 5-Fluorouracil und Tegafur pu-

PHARMAKOGENOMIK NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

bliziert. Für die entsprechenden Non-Responder werden alternative Wirkstoffe vom CPIC vorgeschlagen.

Die langsamen Metabolisierer besitzen ein funktionierendes und ein nicht funktionierendes Allel und sollten deshalb initial laut der CPIC Empfehlung mit einer 50% geringeren Dosis als die Standarddosis behandelt werden. Die FDA (Food and Drug Administration) und das CPIC empfehlen vor der Gabe von 5-Fluorouracil einen genetischen Test auf DPYD, um toxische Wirkungen mit möglichen lebensbedrohenden Folgen zu verhindern.

Dean L. et al.;
Fluorouracil Therapy and DPYD Genotype.
Medical Genetics Summaries. Bethesda (MD):
National Center for Biotechnology Information (US);
2016 Nov.

Genotypisierung von CYP2D6 und CYP2C19 bei Amitriptylin-Therapie

(bs) Amitriptylin ist ein trizyklisches Antidepressivum, welches bei Behandlungen von psychischen Erkrankungen, wie Major Depression, Panikattacken oder posttraumatischen Ereignissen eingesetzt wird. Trizyklische Antidepressiva inhibieren hauptsächlich die Wiederaufnahme der beiden Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin. Dadurch verbleiben diese Neurotransmitter länger im synaptischen Spalt und stimulieren die Neuronen über längere Zeit. Allerdings blockieren trizyklische Antidepressiva zeitgleich unterschiedliche Rezeptoren, wie die Histamin-H1-Rezeptoren, die 1-adrenergen-Rezeptoren und die muskarinischen Rezeptoren. Dies kann zu entsprechenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen führen. Aufgrund der potentiellen Nebenwirkungen und der komplexen Verstoffwechslung über bestimmte Cytochrom-P450-(CYP)-Enzyme ist die individuelle Dosierung von Amitriptylin besonders wichtig. Amitriptylin wird hauptsächlich über die beiden Enzyme CYP2C19 und CYP2D6 metabolisiert. Die Verstoffwechslung von Amitriptylin über CYP2C19 resultiert in dem aktiven Metaboliten Nortriptylin, welches ebenfalls ein trizyklisches Antidepressivum ist. Der über CYP2D6 gebildete Metabolit Hydroxyamitriptylin ist dagegen weniger aktiv. Patienten können aufgrund der individuell verschiedenen genetischen Varianten der Enzyme CYP2C19 und CYP2D6 in unterschiedliche Metabolisierungstypen eingeteilt werden. Die Verteilung der Metabolisierungstypen

in der kaukasischen Bevölkerung ist hier dargestellt: CYP2D6: 1-20% Ultrametabolisierer

(sehr schnell), 72-88% Extensiver Metabolisierer (normal), 1-13% Intermediärer Metabolisierer (langsam), 1-10% Partieller Metabolisierer (keine Funktion). CYP2C19: 2-35% Ultrametabolisierer (sehr schnell), 2-30% Rapider Metabolisierer (schnell), 35-50% Extensiver Metabolisierer (normal), 18-45% Intermediärer Metabolisierer (langsam), 2-15% Partieller Metabolisierer (keine Funktion). Es gibt somit zahlreiche Kombinationsmöglichkeiten bei der Zuordnung der Metabolisierungstypen. Ein Patient kann z.B. langsamer Metabolisierer sowohl über CYP2C19 als auch über CYP2D6 sein. Das Clinical-Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) gibt aufgrund der Kombination der Typen eine konkrete Empfehlung wie die Dosis von Amitriptylin angepasst werden sollte, um die Hauptwirkung optimal zu nutzen und möglichst wenige Nebenwirkungen herbeizuführen. In dem genannten Beispiel wäre die Empfehlung des CPIC eine 25%ige Dosisreduktion in Betracht zu ziehen. Eine Genotypisierung von CYP2D6 und CYP2C19 wird bei Amitriptylin durch das CPIC, die FDA (Food and Drug Administration) und die DPWG (Dutch Pharmacogenetics Working Group) nachdrücklich empfohlen.

Dean L. et al.; Amitriptyline Therapy
and CYP2D6 and CYP2C19 Genotype.
Medical Genetics Summaries. Bethesda (MD):
National Center for Biotechnology Information (US);
2017 Mar.

PNEUMOLOGIE NEWS

Exazerbation eines Asthma bronchiale ist keine Indikation für Antibiotika

(mh) Asthmakranke Kinder werden bei Exazerbation der Atemwegssymptome häufig mit Antibiotika behandelt. Eine Studie an nahezu 2 Millionen Kindern zeigt, dass nur sehr selten eine bakterielle Infektion Ursache für die Exazerbation ist. In dieser Empfehlung sind sich internationale Leitlinien einig. Häufigste Ursachen für die Antibiotikaverschreibung an asthmatischen Kindern sind Exazerbationen der obstruktiven Atemwegserkrankung oder eine akute Bronchitis, die jedoch in der Regel viral bedingt ist, so das Ergebnis einer Studie an knapp 2 Millionen Kindern aus Großbritannien und den Niederlanden.

„Kinder mit schlecht kontrolliertem Asthma schlafen schlecht, bewegen sich nicht ausreichend und verschlechtern sich in den schulischen Leistungen. Deshalb muss die

PNEUMOLOGIE NEWS

Asthmamedikation optimiert werden. Wir wollen aber nicht, dass Antibiotika verschrieben werden, die in dieser Situation nicht hilfreich sind oder sogar schädlich sein können“, so Dr. Esmé Baan, Erasmus Universität, Rotterdam.

MMW 17/2017-S. 18

Häufiger Bronchiektasen bei CED-Patienten

(gh) Ein Zusammenhang von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) und Bronchiektasen beobachtete Prof. Philippe Camus, Dijon. Das Besondere von Bronchiektasen bei CED-Patienten ist seiner Meinung nach eine Übertragung der entzündlichen Veränderungen des Darms auf die Atemwege.

Bei Vorliegen dieser Kombination wirken Kortikosteroide, die bei CED eingesetzt werden, auch in der Lunge, so Camus. Nach Daten des US-amerikanischen Bronchiektasen-Registers haben knapp 3% der Patienten auch eine CED. Andererseits können bronchopulmonale Symptome wie Dyspnoe, trockener Husten, Heiserkeit, Hämoptysen und Asphyxien auch bei Patienten nach Kolektomie auftreten. Patienten mit Colitis ulcerosa sind sehr viel häufiger als Crohn-Patienten betroffen, so Camus.

MMW 19/2017 S. 26

UROLOGIE NEWS**Präparat zur Therapie bei interstitieller Zystitis (IC)**

(kh) Das Krankheitsbild der IC ist charakterisiert durch chronischen Entzündungsschmerz, häufigen schmerzhaften Harndrang bis zur Harninkontinenz. Endoskopisch finden sich Granulationen des Urothels oder Hinnerläsionen. Eine Ursache für die Erkrankung ist unter anderem eine Schädigung der Glycosaminoglykan (GAG)-Schicht der Blasenwand. In der Folge ist deren Schutzeffekt vermindert, wodurch toxische Harnbestandteile in tiefere Gewebeschichten vordringen und Gewebereizungen und Entzündungen hervorrufen können. Seit 1. Oktober 2017 ist „elmiron“ (Pentosanpolyphosphat, PPS) zur Behandlung dieses Blaseschmerz-Syndroms (BPS) zugelassen und wird von der Dr. R. Pflieger GmbH in Deutschland vertrieben. Aufgrund seiner strukturellen Ähnlichkeit zu den Glycosaminoglykanen sei PPS in der Lage, die geschädigte GAG-Schicht der Blasenwand wieder aufzubauen und verhindere so weiteres Eindringen schädigender Substanzen aus dem Harn in tiefere Gewebeschichten. Darüber hinaus unterstütze PPS die Hemmung der Ausschüttung des Gewebehormons Histamin, wodurch sich die Entzündung als Begleit- und Folgeerscheinung der Erkrankung reduziere.

ÄrzteZeitung 27./28. Okt. 2017 Nr. 113-207D

medintern**Mitautoren gesucht!***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

Der aktuelle BUCHTIPP

Kai Eicker-Wolf

Wirtschaftswunderland**Eine Abrechnung mit der Wirtschaftspolitik von Gerhard Schröder bis heute**

Deutschland geht es gut, Industrie und Handwerk gelten als hochgradig wettbewerbsfähig und die Außenhandelsüberschüsse als Beleg, dass alles fabelhaft läuft. Wer die Lage so einordnet, blickt jedoch vorbei an den Schattenseiten dieser Wirtschaftsentwicklung: an der Schere zwischen Arm und Reich, Abstiegsängsten oder dem Unbehagen des Auslands an der deutschen Entwicklung. Kai Eicker-Wolf zeigt, dass die ungerechte Einkommens- und Vermögensverteilung und der hohe Exportüberschuss die Kehrseiten ein und derselben Medaille sind. Seit Gerhard Schröder lebt Deutschland mas-

siv unter seinen Verhältnissen - das ist bedenklich. Denn die Sparpolitik hat uns gravierende Fehlentwicklungen beschert wie die Unterfinanzierungen sozialer Bereiche, darunter Gesundheit und Pflege sowie Erziehung und Bildung. Mit fundierten Lösungs- und Finanzierungsvorschlägen plädiert Eicker-Wolf für eine deutliche Neuorientierung der Struktur- und Wirtschaftspolitik in Deutschland, die Verteilungsgerechtigkeit nur dann herstellt, wenn sie auch Sozialpolitik ist.



Dermatologie Kongress Wiesbaden

Und wie jedes Jahr stellt sich auch dieses Mal wieder die Frage: was gibt es Neues in der Dermatologie?

Neueste Studienergebnisse und Therapieansätze wurden wieder in Wiesbaden durch namhafte Referenten vorgestellt. Die Lebenszeitprävalenz der atopischen Dermatitis bei Kindern und Jugendlichen hat mit 14,3% einen ziemlich hohen Wert, wie neuere Erhebungen nun zeigen konnten. Interessanterweise steigt das Risiko hierfür auch mit einem höheren Sozialstatus der Familien. Hier wird immer wieder die gegebenenfalls zu übertriebene Hygiene dafür verantwortlich gemacht.

Auch das Thema Impfen der Kinder spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle. So konnte nachgewiesen werden, dass nach STIKO Empfehlung komplett geimpfte Kinder ein geringeres Risiko für die Entwicklung einer Rhinoconjunctivitis allergica haben als unzureichend geimpfte Kinder. Ein positiver Einfluss auf die Entwicklung von Asthma oder Neurodermitis konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Eine eventuell in Zukunft einzusetzende Therapie bei Patienten mit Neurodermitis könnte die Substitution mit Glutamin sein. Hier laufen derzeit noch Studien. Eine andere interessante Studie aus Korea erbrachte, dass der Genuss von Kimchi, einem sehr beliebten Kohlgericht in Asien, den Patienten dort eine Reduktion des Risikos für atopische Dermatitis um 32% bringen kann. Allerdings nur, wenn sie relativ viel davon essen. Dies müssten zwischen 90-180 g pro Tag sein. Diskutiert wird, dass dies gegebenenfalls an der Milchsäuregärung liegen könnte.

Die Rolle der Bakterien bei der Neurodermitis wird auch immer wieder diskutiert. So kommt es häufig zu problematischen Superinfektionen die behandlungsbedürftig sind. Allerdings wissen wir auch von guten Bakterien, die die schlechten bekämpfen. Daher ist eine dauerhafte prophylaktische antiseptische

Therapie der atopischen Dermatitis nicht zu empfehlen. Diese guten Bakterien konnten sogar in Cremes eingebaut und therapeutisch verwendet werden.

Sollte es tatsächlich eine problematische Superinfektion geben, ist die Empfehlung bei starken Fällen systemisch mit Cephalosporinen der 1. Generation zu therapieren. Penicilline sind hier eher nicht geeignet. Sind systemische Therapien der Neurodermitis bei schwereren Verläufen notwendig, ist immer noch Ciclosporin das am häufigsten angewandte Präparat.

Der schon ab dem nächsten Monat in Europa zugelassene neue Wirkstoff Dupilumab, ein IgG4 Antikörper gegen Interleukin 4 und 13, wird das erste Biologikum für diese Erkrankung sein. Studien konnten komplette Abheilungsraten von 36-38% nachweisen, im Vergleich zu Placebo mit 8-10%. Dieser Effekt konnte auch noch nach einem Jahr Behandlungszeit beobachtet werden. Ein EASI 75, also eine Symptomenreduktion von 75%, erreichten 64-69% der Patienten und einen EASI 90 immerhin knapp 40%. Es wurden hierbei keine Laboranomalitäten festgestellt. Die am häufigsten beobachteten Nebenwirkungen waren eine nicht bakterielle Konjunktivitis und Lippenherpes. Das Therapie-regime sieht eine Injektion von 2 Spritzen gleichzeitig alle 2 Wochen vor. Ein Vorteil der Zulassung ist zudem, dass es auch verordnet werden kann, wenn zuvor noch keine Ciclosporin Therapie erfolgte. Weitere neue Medikamente, die in Zukunft kommen könnten, sind unter anderem auch der IL-31 Antikörper Nemolizumab, der vor allem eine gute Reduktion des Pruritus in Studien zeigen konnte.

Wie wir wissen, haben Neurodermitiker auch häufiger Allergien. Zunehmend im Kommen sind Allergien gegen Acrylate, welche häufig in Nagellacken zu finden sind. Dies wird mit der explosionsartigen Vermehrung von Nagelstudios versucht zu erklären. Weiterhin ein Problem stellt Methylisothiazolinon

dar. Dieser beinahe ubiquitär vorkommende Stoff findet sich besonders häufig in Wandfarben, kann aber auch in Brillengestellen, Sicherheitsschuhen oder Naturschwämmen und sehr vielen anderen Dingen vorkommen. Daher sind eine gute Diagnostik und ein Epikutantest hier immer unerlässlich. Wer sich schon mal gefragt hat, ob denn sein Hund auch mal Psoriasis bekommen könnte, der kann beruhigt sein. Im Gegensatz zu anderen Hauterkrankungen die Mensch und Tier befallen können, kommt die Psoriasis beim Hund nicht vor.

Beim Menschen ist es aber umso wichtiger, dass wir diese Erkrankung gut in den Griff bekommen, da wir wissen, dass viele andere Erkrankungen dadurch sonst schlimmer werden können. So haben neue Studien gezeigt, dass eine gut eingestellte Psoriasis auch das Risiko für Arteriosklerose reduziert. Leider beobachten wir aber auch immer wieder Therapieabbrüche. Vor allem sind dies statistisch gesehen adipöse Frauen, welche mit Nebenwirkungen ihrer Therapie konfrontiert werden. Diese Gruppe neigt am ehesten zur vorzeitigen Beendigung einer Therapie.

Was Therapien betrifft, so dominieren hier seit einigen Jahren die immer zahlreicher verfügbaren Biologika für die mittelschwere bis schwere Psoriasis. Den zu dieser Gruppe zugehörigen TNF alpha Blockern wird seit ihrem Bestehen vorgeworfen, sie könnten das allgemeine Malignomrisiko erhöhen. Dies konnte bisher allerdings noch nie nachgewiesen werden. Auch besteht bisherigen Daten zufolge kein erhöhtes Risiko für Lymphome. Worauf man allerdings achten sollte, ist, dass nichtmelanozytäre Hauttumoren gehäuft auftreten können. Daher ist eine regelmäßige Hautkrebsvorsorge bei diesen Patienten besonders zu empfehlen.

Zu berücksichtigen ist auch immer, dass bis zu 20% der Psoriasis Patienten im Laufe der Zeit eine symptomatische Arthritis entwickeln. Bei 40-80% der Patienten können wir

DERMATOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

eine symptomlose Veränderung an Knochen und Entesen feststellen. Prädiktoren für eine Psoriasisarthritis sind unter anderem der Fersenschmerz, der Befall des behaarten Kopfes und der Nägel sowie der Rima ani.

Die Behandlung der schwersten Formen der Akne, die Akne conglobata und die Akne fulminans stellt immer eine Herausforderung dar. Wichtig ist bei dieser Therapie zu erwähnen, dass man hier erst mit einem systemischen Steroid einsteigen sollte für 1 bis 2 Monate, dieses dann langsam reduzieren und dann mit systemischem Tretinoin begleitend therapieren sollte. Hierbei sollten Dosierungen von 10-20 mg/Tag nicht überschritten werden. Generell sind bei einer systemischen Tretinointherapie auch begleitende kosmetische Behandlungen, wie zum Beispiel eine Mikrodermabrasion oder ein oberflächliches Peeling möglich. Auch eine Laserhaarentfernung ist damit gleichzeitig kompatibel. Schwere Nebenwirkungen unter einer solchen Therapie sind nur in 2-3% der Fälle zu erwarten. Für die immer wieder diskutierte Assoziation mit Depressionen oder gar Suizid, gibt es bisher keine Daten, die dies bestätigen würden. So konnte eine Studie bei über 1400 Patienten dies nicht nachweisen. Auf das Berichten und Melden von ungewöhnlichen Stimmungsschwankungen sollte der Patient dennoch hingewiesen werden. Auch wenn er von ungewöhnlichen Muskelschmerzen oder einer Braunverfärbung des Urins berichtet, sollte man hellhörig werden und die Kreatinkinase kontrollieren. Bei sehr sportlichen Patienten sollte man auch vor der Therapie, einen Monat danach und dann alle 3 Monate diesen Wert bestimmen. Sollte dieser über das 5-fache ansteigen und trotz Sportkarenz sich nicht wieder normalisieren, muss man die Therapie beenden.

Sportliche Menschen sind ja auch gerne draußen bzw. mögen eine gewisse Bräune ihrer Haut. Daher hört man immer wieder von Bräunungspillen die über das Internet auf dubiosen Webseiten bestellt werden und durchaus gesundheitsgefährdend sein können. Ein interessanter eher medizinischer Ansatz ist ein neuer SIK („salt-inducible kinase“) Inhibitor, der in die Melaninproduktionskaskade eingreift. Eine topische Zubereitung hat in ersten Versuchen Mäuse und auch menschliche Hautproben innerhalb kurzer Zeit gebräunt. SIK bremst in den Melanozyten die Regulation des Gens MITF („microphthalmia-associated transcription factor“), das ein wichtiger Schalter für die Melanin-Synthese ist. Die Blockade von SIK kann die Produktion von Melanin steigern. Ob der SIK-Inhibitor Solarien überflüssig macht, lässt sich nicht vorhersagen. Weitere tierexperimentel-

le Studien sind notwendig. Es muss geprüft werden, ob die vermehrte Stimulierung der Pigmentbildung sicher ist und nicht die Bildung von Melanomen fördert. In späteren klinischen Tests muss dann geschaut werden, ob das Mittel tatsächlich den gleichen UV-Schutz wie eine dunklere Hautfarbe bietet oder ob sie die Bevölkerung dazu veranlasst, sich länger und ohne Sonnenschutz dem Sonnenlicht auszusetzen und dadurch die Bildung von Hautkrebs und die Alterung der Haut zu begünstigen.

Sonnenschutz ist wichtig, das ist zwischenzeitlich klar. Schon ein Lichtschutzfaktor von 15 reduziert das Melanomrisiko um bis zu 18%. Aber immer unter der Voraussetzung, dass genügend davon verwendet wird, was allerdings leider nur in den seltensten Fällen so ist. Sonnencremes in den USA haben zudem das Problem, dass sie zumeist einen ungenügenden Schutz vor UV-A Strahlung bieten. Die Hälfte der dort in einer amerikanischen Studie untersuchten Präparate wäre auf dem europäischen Markt nicht für den Verkauf zugelassen. Sonnencreme und Meer ist eine übliche Assoziation, allerdings zuletzt leider auch im negativen Sinne, da bis zu 8 Inhaltsstoffe gefunden wurden, die das marine Ökosystem schädigen können. Hier muss man in Zukunft schauen, wie sich dies vermeiden lassen wird. Aber auch die Bewohner des Meeres brauchen Sonnenschutz, da die UV-B Strahlung bis zu 16 Meter tief ins Meer eindringen kann - das werden einige schon leidvoll beim Schnorcheln festgestellt haben. Daher hat die Natur Meeresbewohner zum Teil mit einem natürlichen Sonnenschutz ausgestattet, welcher zwischenzeitlich genauer erforscht wird und den man synthetisch eventuell auch für den Menschen herstellen könnte.

Sexuell übertragbare Erkrankungen machen erfahrungsgemäß eher den Menschen als den Meeresbewohnern zu schaffen. Und wie jedes Jahr, ist auch dieses Jahr vor allem die Syphilis Neuinfektionsrate wieder angestiegen. Im Vergleich zum letzten Jahr um 7%, sodass wir in Deutschland bei über 7000 sind. Umso wichtiger ist die richtige und ausreichende Therapie dieser Erkrankung. Die Behandlung der ersten Wahl ist weiterhin Benzathin Penicillin i.m, abhängig vom Stadium 1-3 Mal. Bei Blutungsneigung, wenn eine intramuskuläre Injektion nicht indiziert ist, wäre Ceftriaxon die Alternative. Genau so wie bei Penicillinallergie, wobei hier zuerst an Doxycyclin zu denken wäre. Wichtig ist der Titerverlauf, den man nach 3, 6 und 12 Monaten durchführen sollte um den Erfolg zu quantifizieren. Dieser sollte nach 3-6 Monaten um 2 Stufen gefallen und nach 12

Monaten wieder normwertig sein. Ein in den letzten Jahren zunehmendes Problem ist jedoch die Therapie der Gonorrhoe. Weltweit entstehen immer mehr Resistenzen, v.a. gegen Ciprofloxacin, welches hier kaum noch wirksam ist. Wichtig ist allerdings nicht nur, die richtigen Substanzen zu verwenden, sondern auch die ausreichende Menge, was nicht in allen Ländern der Fall ist. Die deutschen Leitlinien empfehlen hier als Therapie der ersten Wahl die Gabe von 1-2 g Ceftriaxon i.v. sowie die Einmalgabe von 1,5 g Azithromycin p.o. Zudem sollte man alle Partner der letzten 2 Monate mitbehandeln.

Zur Prophylaxe von sexuell übertragbaren Erkrankungen wird zum Beispiel vor allem homosexuellen Männern eine Impfung sowohl gegen Hepatitis A und B empfohlen sowie neuerdings auch bis zum 40. Lebensjahr den 9-valenten Impfstoff gegen HPV.

Was HIV betrifft, so sind aktuell weltweit 40% der Patienten unter Therapie, ein noch nie dagewesener hoher Wert. Weltweit können wir auch einen kontinuierlichen Rückgang der HIV Neuinfektionen seit dem Jahr 2000 beobachten. Und im Jahr 2016 war in Deutschland auch erstmals seit langem dieser Wert rückläufig. Diskutiert wird hier der Effekt der PrEP, der sogenannten PräExpositionsProphylaxe. So konnte diese in Ballungszentren, wie zum Beispiel London, einen Rückgang der Neuinfektionen von 40-50% gegebenenfalls bewirken oder zumindest mit verursachen. Dennoch ist es zu kurz gedacht nur diese Medikamente auszugeben und nicht auch weiterhin auf andere sexuell übertragbare Infektionen hinzuweisen, wogegen dieses Medikament nicht schützt. Zudem sind auch die potenziellen Nebenwirkungen nicht außer Acht zu lassen. Es ist also eine gute Ergänzung, aber nicht die Lösung des Problems.

Ein anderes immer aktuelles Thema stellen natürlich Allergien dar, und hier natürlich auch deren Prophylaxe. Über die Rolle des Stillens wurde in den letzten Jahren viel gesprochen. Empfehlung ist auch hier weiterhin aus allergologischer Sicht das ausschließliche Stillen bis zum 4. Lebensmonat und dann das Hinzufügen von Beikost, und eben auch von typischen Substanzen die Allergien auslösen können, wie zum Beispiel der Erdnuss. Neuere Studien haben auch gezeigt, dass Stillen zudem die Intelligenz der Kinder fördert.

Viele Allergene lassen sich aber leider nicht vermeiden, so dass die Spezifische Immuntherapie (SIT) eine sehr wichtige Rolle spielt. Eine große Kinderstudie mit 800 Probanden befasste sich mit der Frage, ob man durch eine Gräser SIT sublingual (SLIT) die Ent-

DERMATOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag



FOTO: © photo.martinkraft.com

wicklung von Asthma hinauszögern kann. Dies konnte zwar nicht nachgewiesen werden, allerdings beobachtete man eine Reduktion der Symptome. Eine andere Studie wiederum konnte bestätigen, was man schon vermutete.

Eine nur 2-jährige SIT ist nicht langfristig wirksam und ausreichend. Sollte der Effekt einer SIT im Laufe der Zeit nachlassen, ist es durchaus sinnvoll und empfehlenswert eine erneute SIT durchzuführen.

Auch Medikamentenallergien sind häufig problematisch. Allerdings ist die so häufig anamnestisch angegebene Penicillinallergie meist nicht nachweisbar. Nur in 10% der Fälle kann diese tatsächlich diagnostisch bewiesen werden. Ähnlich verhält es sich auch mit Allergien gegenüber Zahnmaterialien. Studien konnten zeigen, dass nur in circa 7% der Fälle tatsächlich eine solche Sensibilisierung vorliegt. Ein anderes Thema, mit welchem man im Alltag häufig konfrontiert ist, sind Mundschleimhaut Erkrankungen. Diese können viele verschiedene Ursachen haben. Eine sehr häufige ist allerdings der Lichen planus mucosae. Hierfür werden verschiedene Auslöser verantwortlich gemacht. Zum einen kann dies Stress sein aber auch eine Hepatitis C Infektion. Auch Arzneimittel können eine solche Reaktion auslösen. Hier sind vor allem die nicht-Steroidale Antirheumatika sowie Mittel gegen Blutdruck zu nennen. Als Therapieoption kommt hier Clobetasol oder Tacrolimus zum Einsatz. Diese Topika können mithilfe eines Spatels für circa 10 Minuten auf die betroffene Schleimhautstelle angedrückt werden. Bei einer längerfristigen Therapie mit Tacrolimus sollte allerdings zur Vermeidung einer Nierenschädigung eine Spiegelbestimmung ab und an erfolgen. Auch orale Apthen können Patienten zusetzen und schmerzhaft sein. Dies kann im Rahmen von Grunderkrankungen auftreten, wie zum Beispiel bei HIV, oder Morbus Behçet, oder an einem Mangel liegen, wie zum Beispiel von Folsäure, oder Vitamin B12. Aber auch eine Therapie mit Bisphosphonaten kann orale Ulzerationen auslösen. Therapieoptionen

stellen hier Amlexanox Paste, Sucralfat Lösung oder Triamcinolon Haftpasten dar. Bei stärkeren immunsupprimierenden Therapien allerdings, sollte man circa 30 Minuten nach Anwendung eine lokale Prophylaxe mit Nystatintropfen durchführen, um eine orale Candidose zu vermeiden. Bei dem schwer zu behandelbarem „Burning mouth Syndrom“ hat sich als Therapieoption eine Behandlung mit Clonazepam als hilfreich erwiesen. Diese Tabletten werden für insgesamt 3 Minuten gelutscht und dann ausgespuckt, die Behandlung selbst allerdings ist off label und von den Patienten selbst zu tragen. Die Kosten hierfür sind allerdings relativ gering. Alternativ wäre auch eine Therapie mit Gabapentin möglich.

Ein Dauerbrenner im Bereich der Autoimmunermatosen stellt weiterhin die Alopecia areata dar. Größere Studien konnten nun nachweisen, dass ein gewisser Zusammenhang mit einem Mangel an Zink und Selen besteht. Andere Mangelerscheinungen scheinen dieses Krankheitsbild aber nicht zu fördern. In den USA gibt es neue Studien mit JAK Inhibitoren, diese werden allerdings in Europa in nächster Zeit nicht verfügbar sein. In schweren Fällen konnte allerdings eine relativ gute Besserung erzielt werden, zudem waren die Medikamente auch einigermaßen gut verträglich. Hierzulande wäre eine systemische Therapie bei ausgeprägten Fällen auch mit Methotrexat möglich. Das bullöse Pemphigoid stellt vor allem bei älteren Patienten mit Juckreiz eine relevante Differenzialdiagnose dar. Ein häufiger Auslöser sind Medikamente, die allerdings laut einer aktuellen Untersuchung erst im Schnitt nach 6,5 Monaten Einnahme zu diesem Krankheitsbild geführt haben. Bei bis zu 37% der Patienten konnte initial keine Blasenbildung nachgewiesen werden, diese entwickelten erst im Mittel nach 16 Monaten eine Blasenbildung. Ähnlich erfolgreich in der Therapie wie systemische Steroide ist auch die systemische Behandlung mit Doxycyclin 200 mg pro Tag. Bei etwas geringerer Effektivität geht dies mit deutlich weniger Nebenwirkungen

einher. In ausgeprägten Fällen wäre Dapson einer Therapie mit Azathioprin vorzuziehen.

Dass transplantierte Patienten ein höheres Hautkrebsrisiko, vor allem für weißen Hautkrebs haben, ist bekannt. Studien haben gezeigt, dass transplantierte Patienten mit vielen aktinischen Keratosen die in kurzer Zeit auftreten, ein hohes Risiko für Plattenepithelkarzinome haben. Vor allem wenn die Hautveränderungen schmerzhaft sind, konnte in 75% der Fälle ein Plattenepithelkarzinom nachgewiesen werden, dies ging auch mit einer deutlich erhöhten Mortalität einher. Für Patienten die viel Kaffee trinken, gibt es aber gute Nachrichten. Eine Studie hat gezeigt, dass wenn Patienten mehr als sechs Tassen Kaffee pro Tag trinken, das Risiko für die Entwicklung von Basalzellkarzinomen um bis zu 30% sinkt. Wenn man nur drei Tassen Kaffee pro Tag schafft, so scheint dies das Risiko um zumindest 10-20% zu reduzieren. Erklärt wird dies dadurch, dass Koffein eventuell durch UV Licht geschädigte DNA reparieren kann. Das Lebenszeitrisiko für die Entwicklung eines schwarzen Hautkrebses in den USA konnte nun mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:24 beziffert werden. In Deutschland oder Europa sind ähnliche Werte anzunehmen. Eine Untersuchung in den USA zur Diagnosestellung von Hautkrebs mittels künstlicher Intelligenz konnte überraschend gute Ergebnisse erzielen. Hierbei wurden Hunderttausende von Fotos von Hautkrebs in einen Algorithmus eingegeben, welcher dann Läsionen an Patienten auswertete. Die Trefferquote war sogar leicht höher als in der Vergleichsgruppe der Dermatologen. Vor allem für ländliche Gebiete in der Welt, die keinen Zugang zu medizinischer Versorgung haben, wäre eine solche, gegebenenfalls über das Handy durchführbare Diagnosestellung sicherlich eine hilfreiche Option für die Zukunft. So können wir auch dieses Jahr wieder optimistisch in die Zukunft schauen, da auch im Bereich der Dermatologie weiterhin interessante Neuigkeiten zu erwarten sind. (cl)

10 Jahre Tinnitusprojekt

Praxis an der TH-Ingolstadt

Zufällig entstand das Tinnitusprojekt /1/ in 2006 an der TH Ingolstadt beim Studieninfotag, als eine Besucherin der anechoischen Kabine für Funk- und Schallmessungen beim Verlassen bemerkte: „Mein Tinnitus ist weg“. Ebenso per Zufall ging es erst zwei Jahre später weiter, als weitere Besucher/erste Probanden mit langjährigem Tinnitus in wenigen Aufenthalten, nicht in der Kabine, sondern am nächsten Morgen rückmeldeten: sehr leise/nicht mehr wahrnehmbar. Die Stille der Kabine wirkt meist sehr entspannend auf Besucher/Probanden.

In der 2008 entstandenen – mittlerweile allgemeinen – Studie mit bislang insgesamt grob 3000 Einzelsitzungen sowie 600 Gruppenführungen à 1h mit ca. 10 Personen und 1000 Probanden liegt die Erfolgsquote bei

einem überall wahrgenommenem = globalen Hochton-/Pfeiff-/Rauschtinnitus grob bei 10%.

Nur wenige Fälle hatten Erfolg in der Kabine oder beim Hinausgehen, die anderen nach einem Schlafzyklus und mehreren Sitzungen. Neben dem global wahrgenommenen Tinnitus konnten auch eine Reihe „verrückter“ Fälle von rein lokal wahrgenommenem Tinnitus und Mischformen aus lokal und globalem dauerhaft gelöst werden /2/. Das Geräuschspektrum umfasste Rauschen, Pfeiffen, Klirren, ganz selten im Mittentonbereich und auch Tiefton-/Brummwahrnehmung mit den Begleiterscheinungen Einschlaf-/Weiterschlafstörungen bis hin zu Schweißausbruch. Intensivster Fall ist eine Architektin, die alle 3-4 h für eine ¼ h in ein Alufolienzelt muss: Brummtönwahrnehmung mit Schweißausbruch etc..

Jedoch im Laufe des Tinnitusprojekts gab es erstaunlicherweise viele positive Rückmeldungen in ganz anderen Themengebieten, wie Arthrose, Asthma, Bronchien werden frei/leichteres Atmen, Allergien bis hin zu „Schübe beruhigen“ / „wieder laufen seit 8 Jahren nach 9 Monaten Rollstuhl“ - ohne Medikamente bei Multipler Sklerose/MS. Unbekannte, bis zu 15 Jahren währende Autoimmunthemen, die nach wenigen Aufenthalten über Jahre hinweg stabil ruhig sind – auch ein Schwerpunkt des Tinnitusprojekts. Faszinierend sind besonders Rückmeldungen, in denen sich beim ersten

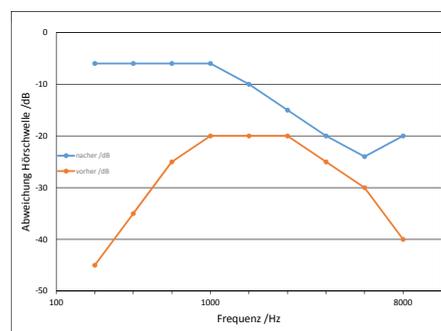
Besuch in der Kabine viel bewegt (Einmal-kabineneffekte: z. B. Katzenhaar-/Sonnenallergie, starke Rückenschmerzen seit 15 Jahren) oder simultan z. B. Arthrose am Knie und Asthma sich verbessern: Kribbeln+Warmwerden + Schmerzen/Abhusten oder ein paar Fälle, die chronobiologisch reagieren: Sie müssen 1x/Jahr kommen: Brummtön/Sonnenallergie oder „Schmerzgedächtnisse“ zum Thema Geruch - bis 55 Jahre her. Insbesondere die Erfolge bei MS führten zunächst zu Kabinen auf Seecontainerbasis, zunächst privat zuhause bei vielen Betroffenen/Begeisterten, bei Heilpraktikern und mittlerweile auch bei Umweltärzten/Spezialkliniken.

Das Thema Brummtönwahrnehmung kommt mehr und mehr. Manche sind gut weitergekommen oder – falls zurückgefallen - kennen nun einen weiteren Kanal, der

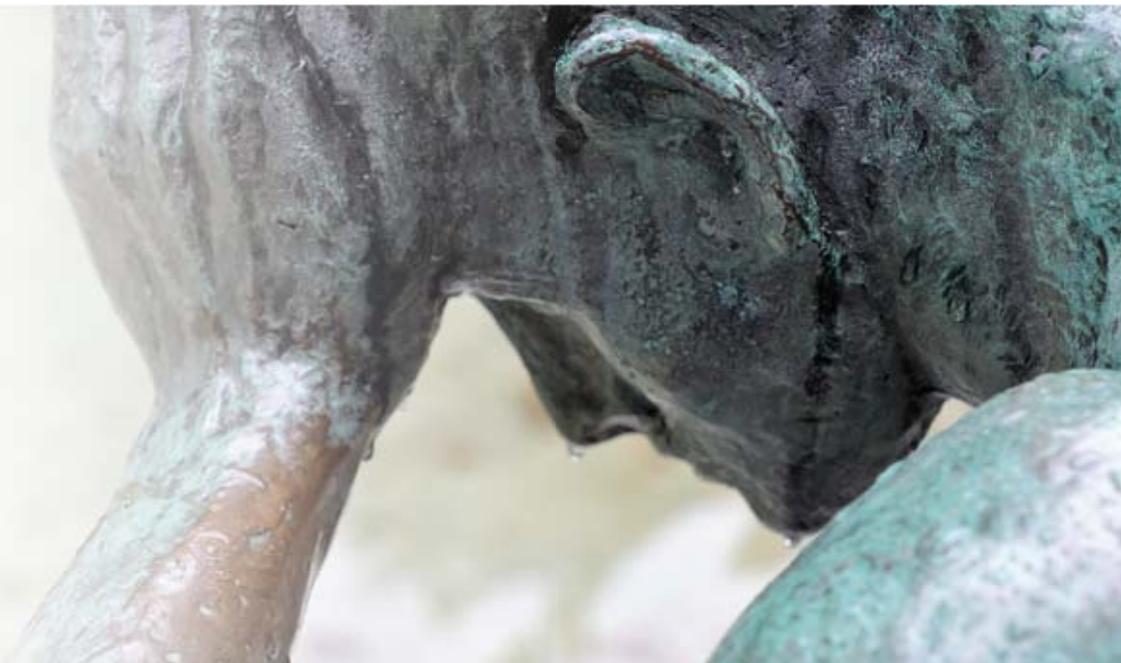
EMV-Akustikkabine, jährlich besucht von Hunderten Schülern mit interessanten Rückmeldungen



Hörverbesserung, 5 Jahre nach einem Hörsturz. Der Hochton-Tinnitus blieb bestehen.



HNO NEWS – Forschung



dieses Brummen im Gehirn erzeugen kann. Nicht nur akustische Reize u.a. durch Luftwärmepumpen/Windräder, sondern auch elektromagnetische/durch Funk erzeugte Felder und ggf. auch Mischformen/Reizmuster, die das Gehirn/Nervensystem trainieren = Sensibilisierung, kommen in Frage. Denn die Auszeit in funkreduzierten Kabinen kann diese Wahrnehmung verringern oder ganz verschwinden lassen. Das „Einzugsgebiet“ wurde durch Probanden von Bremerhaven/Lingen/Hamburg/Rostock/Berlin erweitert, die viele Stunden

den Anfahrts auf sich nehmen, um in unsere EMV-Akustik-Kabine kommen zu können. Eine Kollegin schickte ihre Mutter: Seit 3 Jahren Brennen im ganzen Gesicht, ohne Schwellung/Rötung. Nach einer Odyssee mit Fragen auch nach Simulation/Psychopharmaka, wurde die Lage noch ernster: Die Augen hoch entzündet – UNI-Termin erst in 3 Monaten. Nach zwei Sitzungen glücklich - seit 3/4 Jahr stabil ruhig. Die Bandbreite der positiven Rückmeldungen des spendenfinanzierten Tinnitusprojekts erweitert sich ständig.

Es betrifft Auditives, Sensorisches, Schmerz-zustände/Schmerzgedächtnis, das Gehirn/Nervensystem, das Atemsystem, das Hormonsystem, den Kreislauf/das Herz sowie das Verdauungssystem und den Muskeltonus. Ziel des weit interdisziplinären Tinnitusprojekts ist es, mithilfe vieler Probanden und Begeisterten, neue Anwendungsgebiete/Kombinationen zu erschließen sowie die Vielfalt an Kabinenvarianten zu erweitern und Langzeiterfahrungen zu sammeln.
 Prof. Dr.-Ing. Josef Pöppel



Kabinenvielfalt außerhalb Ingolstadts – Kennzeichen Funkarmut, 2017 60 + x Kabinen?

2017 - Jahr der Gesichter - mit mehreren Erfolgen: 20 Jahre vergebliche Suche - nach 2 Sitzungen ruhig



Kontaktaufnahme unter:

Prof. Dr.-Ing. Josef Pöppel
 Technische Hochschule Ingolstadt:
 josef.poeppel@thi.de

/1/ Forschungsbericht 2010: „Tinnitusprojekt“
 /2/ „Das Tinnitusprojekt an der THI“
 „Lärmbekämpfung“ 01/2015

ZERTIFIZIERTE FORTBILDUNG

IN ZUSAMMENARBEIT MIT DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER
Folge 4/17

Hier können Sie CME-Punkte sammeln für die Pflichtfortbildung aller Vertragsärzte. Die folgenden Multiple-Choice-Fragen beziehen sich auf die Fortbildungsbeiträge auf den Seiten 4 bis 16. Wenn Sie bis zu 70% der Fragen richtig beantworten, erhalten Sie 1 CME-Punkt.
Einsendeschluss für die Teilnahme per Brief/Fax: KW 9/2018



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.

1. Folgende Antwort ist falsch?

- A) Eine kuhmilchinduzierte allergische Proktokolitis tritt auch bei voll gestillten Säuglingen auf.
- B) Transglutaminase-AK und Gesamt-IgA sind essentiell zur Diagnostik der Zöliakie.
- C) Die Ernährung mit Mandelmilch kann bei Säuglingen zu schwerer Hypokalzämie führen.
- D) Stottern tritt häufiger bei Mädchen als bei Jungen auf.
- E) Medizinischer Standard bei Impfungen sind die Empfehlungen der STIKO.

2. Welche Aussage ist falsch:

- A) Hohe Konzentrationen von 5-Fluorouracil können tödlich sein.
- B) 5-Fluorouracil ist ein Fluoropyrimidin.
- C) 3-5% der Kaukasier haben mind. ein nicht funktionierendes DPYD-Allel.
- D) Mit einem funktionierenden DPYD-Allel können keine toxischen Wirkungen auftreten.
- E) Das Enzym DPD metabolisiert Fluorouracil

3. Welche Antwort ist richtig? Die kausale Therapie der Opioid-induzierten Obstipation ...

- A) führt zum sofortigen Absetzen aller Opiate.
- B) erfordert den hochdosierten Einsatz von NSAR (Nichtsteroidale Antirheumatika).
- C) erzwingt einen raschen operativen Eingriff (Anus praeter).
- D) führt durch Einsatz von PAMORA-Arzneimitteln zu respektablen Ergebnissen.
- E) ist bis heute nicht möglich.

4. Welche Antwort ist richtig? Harnwegsinfekte in Altenheimen ...

- A) kommen praktisch nicht vor, da ein isoliertes Klientel vor Infektionen geschützt ist.

- B) muss schon beim Verdacht prophylaktisch mit potenten Antibiotika therapiert werden.
- C) sollte prophylaktisch mit Antibiotika antherapiert und nach Keimanalyse nachkorrigiert werden.
- D) wird in der Regel Kriterienkonform mit Antibiotika therapiert.
- E) wird zumeist übertherapiert und somit zur Resistenzentwicklung Vorschub geleistet.

5. Welche Aussage ist falsch?

- A) Nur 35-50% der Kaukasier sind bei CYP2C19 normale Metabolisierer.
- B) Nortriptylin ist der aktive Metabolit von Amitriptylin.
- C) CPIC, FDA und DPWG empfehlen eine Genotypisierung vor Amitriptylingabe.
- D) Amitriptylin wird über CYP2C19 und CYP2D6 metabolisiert.
- E) CYP2D6 sollte nicht bei Amitriptylin getestet werden.

6. Welche Antwort ist richtig?

- Eine Therapiereduktion bei Rheumatikern ...**
- A) sollte auch bei Remission vermieden werden.
 - B) führt zu einem nicht beherrschbaren Rezidiv.
 - C) setzt eine sechsmonatige stabile Remission voraus.
 - D) darf nur unter anhaltender Therapie mit Glukokortikoiden versucht werden.
 - E) ist spätestens drei Monate nach Therapiebeginn zu versuchen.

7. Welche Antwort trifft zu?

- Eine Therapie des Reizdarmsyndroms ...**
- A) ist bis heute effektiv nicht möglich.
 - B) ist als Therapie-Ansatz mit Eingriff am Darmmikrobiom erfolgversprechend.
 - C) hat mit dem Darmmikrobiom keinen Zusammenhang.
 - D) ist unverändert ausschließlich durch konsequente Antibiotika-Therapie möglich.

- E) erfordert eine langfristige Gabe von Glukokortikosteroiden.

8. Welche Antwort trifft zu?

- In der geriatrischen Therapie ...**
- A) muss uneingeschränkt ein volles Therapieprogramm angestrebt werden.
 - B) muss konsequent für ein optimales Ernährungskonzept durch eine PEG Vorsorge getragen werden.
 - C) ist die Ergänzung von Medikamenten in kurzen Intervallen unerlässlich.
 - D) ist der Erhalt der Unabhängigkeit, Lebensqualität und Symptomenkontrolle für den Patienten als oberstes Ziel anzusetzen.
 - E) stellt „careful hand-feeding“ keine Option dar.

9. Welche Antwort ist richtig?

- Ein Anstieg des Ammoniakspiegels im Blut ...**
- A) ist Folge von vermehrtem Fleischverzehr.
 - B) hat eine hepatische Enzephalopathie zur Folge.
 - C) tritt nach übertriebenen sportlichen Aktivitäten auf.
 - D) wird nach Therapie mit dem Antibiotikum Rifaximin beobachtet.
 - E) sollte zum Absetzen einer Laktulose-Therapie führen.

10. Welche Antwort ist richtig?

- Protonenpumpeninhibitoren (PPI) ...**
- A) sind problemlos bei allen Magenbeschwerden einsetzbar.
 - B) sind zu Recht verschreibungspflichtig und daher ausreichend unter Kontrolle.
 - C) sind weltweit im Einsatz und daher ausreichend erprobt.
 - D) sind geeignet zur Langzeiteinnahme.
 - E) sollten wegen gravierender Nebenwirkungen (negative Inotrope des Herzens, höhere Mortalität bei Langzeiteinnahme) nur unter klarer Indikation zeitlich begrenzt eingenommen werden.

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. 4/2017

	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 42/2289



* Zum Verkaufsstart sind noch nicht alle Produktvarianten und Module verfügbar. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem mediDOK-Partner. ** Nur Standbilder, Umwandlung der Bilder in Non-DICOM-Bildformat zur Speicherung.

MEDIZIN
Fachmesse + Kongress
26.-28.01.2018 | MESSE STUTTGART
Besuchen Sie uns in
Halle 4 / Stand 4A23

Das neue mediDOK 2.5

Sichere Archivierung – konsequent weitergedacht!

In mediDOK 2.5 sind viele Kundenwünsche eingeflossen, um die tägliche Arbeit noch effizienter und einfacher zu machen. So unterstützt Sie mediDOK 2.5 durch das integrierte **Workflow-Modul** beim Management Ihrer gescannten oder elektronischen Dokumente und zeigt Ihnen, welche eingegangenen Dokumente noch nicht gelesen oder bestätigt wurden. Auch die Zuweisung von Dokumenten an

Jetzt noch bis
31.1.2018
Sonderkonditionen für
Umsteiger und Neukunden sichern!

verschiedene Ärzte der Praxis ist möglich.

Zudem können Sie in der Variante „mediDOK BASIS PLUS“ ein Ultra-schallgerät über die DICOM-Schnittstelle** anbinden. Dies stellt nicht nur eine optimale Bildqualität sicher, sondern ermöglicht die

direkte Übergabe der Patientendaten aus Ihrem Patientenverwaltungssystem an das Gerät.

Neugierig geworden? Mehr als 25 Gründe für mediDOK 2.5 finden Sie auf
» <http://medidok.de/medidok25>

mediDOK® – die bewährte Profi-Lösung zur Bild- und Dokumentenarchivierung von der kleinen Arztpraxis bis zum MVZ.

CE 0297 Das mediDOK Bild- und Dokumentenarchiv ist ein zertifiziertes Medizinprodukt der Klasse IIa gemäß Anhang V der Richtlinie 93/42/EWG



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 zwischen durch 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.

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.: (093 42) 96 21 - 60

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:

Unterschrift / Praxis (Stempel)

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

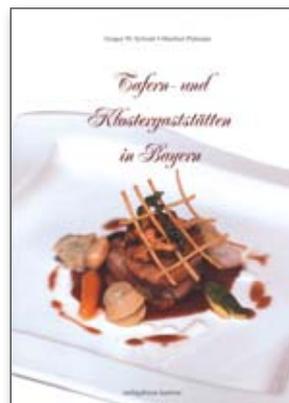
Lassen Sie sich informieren und exklusiv beschenken:

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

Ihre Prämie!



Tafel- und Kloostergaststätten 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.

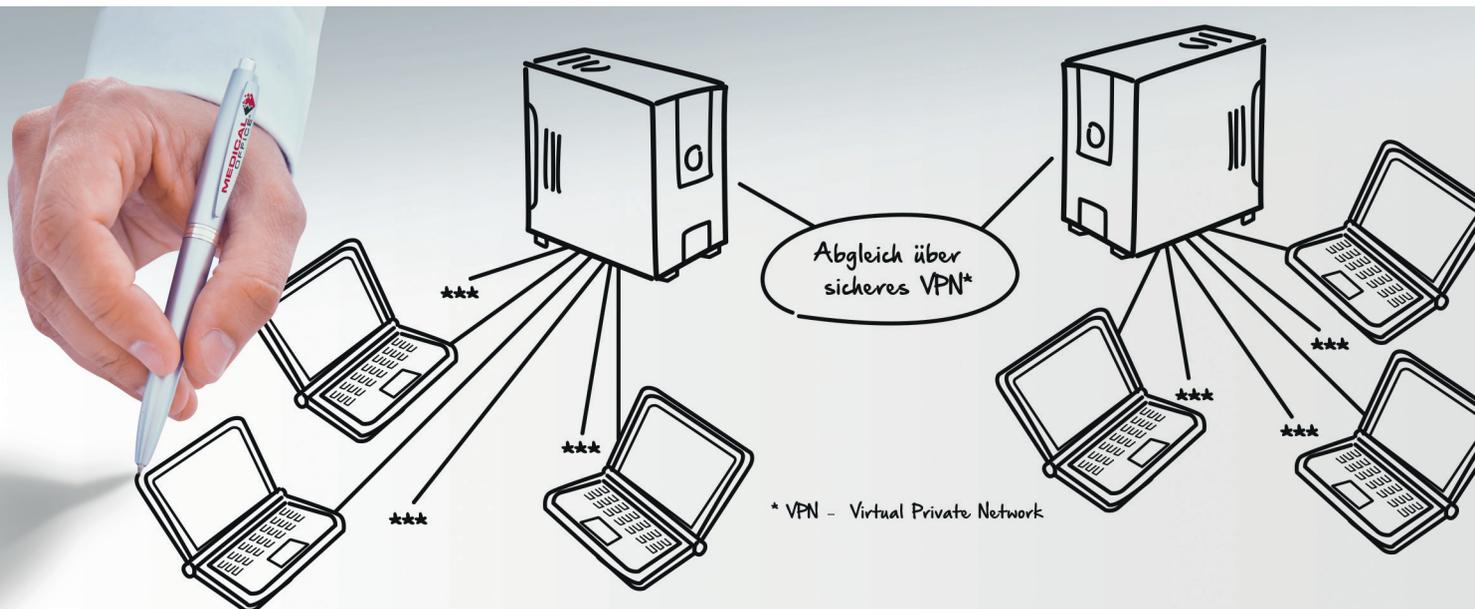
Die Software für Ärzte.

**MEDICAL
OFFICE®**



MEDICAL OFFICE Exchange

Ausfallsichere Standortvernetzung durch Zweigstellenserverlösung



Bereits seit einigen Jahren bieten wir Arztpraxen mit mehreren Standorten eine ganz besondere Lösung an:

MEDICAL OFFICE Exchange

Alle Standorte der Praxis/MVZ werden über eine sichere VPN-Verbindung miteinander vernetzt. Die übertragenden Daten sind dadurch vor Zugriffen durch Dritte geschützt!

Doch das Besondere bei unserer Lösung ist, dass selbst bei einem Verbindungsfall die Betriebsstätten nicht still stehen, sondern eine reibungslose Weiterarbeit gewährleistet ist!

Möglich ist dies, da jede Zweigstelle einen eigenen Server unterhält, auf dem die Praxissoftware **MEDICAL OFFICE** mitsamt den Praxisdaten installiert ist. Somit befinden sich alle Daten gleichzeitig in allen Standorten. Durch das Zusatzmodul **MEDICAL OFFICE Exchange** wird sichergestellt, dass bei Änderungen an den Daten eines Standorts alle anderen Standorte über diese Änderung informiert werden.

So liegen die **Patientendaten überall nahezu in Echtzeit** vor.

Diese Lösung über die Standortserver und Datenreplikation erlaubt es ebenfalls, problemlos externe Geräte wie EKG, Ultraschall oder Scanner anzubinden. Rufen Sie uns an!

Wir **verbinden** Sie professionell.

INDAMED EDV-Entwicklung und -Vertrieb GmbH • Gadebuscher Straße 126 • 19057 Schwerin

Telefon 0 385 77094 • Telefax 0 385 77094010 • E-Mail info@indamed.de • www.medical-office.de