

m^{ed}intern

1/2018

Pharmaunabhängige Fortbildung: schnell und kompakt

NETZWERK:

NAV-Virchow-Bund

RECHTSTIPP:

DS-GVO für Ärzte

CME-FORTBILDUNG

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
Buchtipps	16
Zertifizierte Fortbildung	18

Auflösung der CME-Fragen aus der letzten medintern-Ausgabe

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

Liebe Leserinnen, liebe Leser,
 nach gutem Festessen und vielen Faschingsleckereien haben wir jetzt hoffentlich die Fastenzeit gut und erfolgreich hinter uns gebracht. Fasten dient ja nicht nur dazu, ein paar Pfunde zu verlieren, sondern bringt auch unseren Stoffwechsel in Schwung. Gleichzeitig bietet sich dadurch eine gute Gelegenheit, Essgewohnheiten umzustellen. Man fühlt sich fit und leistungsfähiger, was sicher auch nötig ist, um wieder den Anforderungen in diesem Jahr gerecht werden zu können.

In dieser Ausgabe stellt sich der NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. unseren Lesern der med-intern vor. Alles Neue aus der Medizin wurde durch die hervorragende Recherche unserer Autoren zusammengefasst. Natürlich hat das Internet einen hohen Stellenwert bei dem täglichen Informationsfluss. Werfen Sie doch mal einen Blick auf unsere Seite www.med-intern.com

Über ein Feedback von Ihnen würden wir uns sehr freuen. So haben wir die Möglichkeit, aktuell und schnell auf die Vorschläge unserer Leserinnen und Leser zu reagieren und diese möglichst zeitnah umzusetzen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen für Ihre Vorhaben viel Erfolg und ein schönes Osterfest.

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

So gewinnen wir junge für das Landarztleben!

Die ärztliche und pflegerische Versorgung auf dem Land blutet aus. Längst nicht alle Hausärzte finden einen Nachfolger. Gleichzeitig ziehen junge Menschen in die Städte; zurück bleiben alte, multimorbide Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf und häufig ohne pflegerische Hilfe aus der Familie – sei es auch nur der Transport zur Arztpraxis. Mobile Versorgungskonzepte wie Patientenbusse helfen hier nur bedingt. Immer mehr Patienten werden auf Hausbesuche angewiesen sein. Dass wir sehenden Auges in eine Versorgungskrise auf dem Land hineinsteuern, ist mittlerweile auch vielen Politikern bewusst. Mehrere Bundesländer haben Förderprogramme und Landarztstipendien eingerichtet. Aber damit ist es nicht getan.

Finanzielles Risiko minimieren

Damit die Mitglieder von der Arbeit in Länden, KVen, Krankenkassen und Kommunen stärker zusammenarbeiten und Praxisgründungen finanziell unterstützen, Honorarzuschüsse für unterversorgte Regionen leisten, Hausbesuche und andere Leistungen

Dr. Szaszi



adäquat bezahlen, und Schutz vor Regressen bieten müssen Hausärzte auf dem Land, wo der Weg zum Facharzt weit ist, mehr und breiter verordnen dürfen. Es muss an vielen kleinen Rädchen gedreht werden, um das finanzielle Risiko einer Niederlassung auf dem Land zu senken.

So wirklich entschlossen handeln die Behörden und Politiker auf breiter Front noch nicht, um das Land endlich wieder attraktiver für junge Ärztinnen und Ärzte zu machen. Das ist einer der Hauptgründe, weshalb ich mich seit diesem Jahr beim NAV-Virchow-Bund als Vorsitzende der Landesgruppe Baden-Württemberg engagiere.

Ich spreche aus hausärztlicher Brille, aber ich bin mir sicher: Die grundlegenden Probleme und die notwendigen Maßnahmen betreffen alle Niedergelassenen, Haus- und Fachärzte gemeinsam.

Darum ist es sinnvoll, als fachübergreifender Verband der niedergelassenen Ärzte auf die Dringlichkeit hinzuweisen.

Bereits 2011 war die damalige Sozialministerin des Landes Baden-Württemberg, Dr. Monika Stolz, in unserer Hausarztpraxis zu Gast.

Ich war damals gerade mit dem zweiten Kind schwanger und noch gemeinsam mit meinem Vater im Rahmen einer BAG tätig. Nur dank meiner Familie – mein Vater in der Praxis, meine Mutter zuhause beim Nachwuchs – konnte ich mir den Traum erfüllen, als Hausärztin zu arbeiten. Inzwischen ist mein Vater im Ruhestand, aus der BAG wurde eine Einzelpraxis mit angestellter Kollegin.

Dr. Stolz stellte das Landärzteprogramm der Landesregierung vor. Rund sieben Millionen Euro wollte man investieren, um mehr junge Ärztinnen und Ärzte aufs Land zu holen, unter anderem mit Anschubfinanzierungen. Besonders Frauen wollte man die Niederlassung erleichtern, schließlich sind die weiblichen Medizinstudierenden mittlerweile in der Mehrheit.

Mehr Flexibilität dank überörtlicher BAG

Junge Kollegen schreckt nicht nur das finanzielle Risiko einer Niederlassung am Land ab. Sie suchen auch gute Lebens- und Arbeitsbedingungen oder mit anderen Worten: eine optimale Work-Life-Balance.

Derzeit finden sie diese beiden Faktoren sehr häufig in MVZ. Aber MVZ werden häufig nur in den großen Städten, nahe Krankenhäusern, eröffnet. Das Land braucht also ein Gegenmodell zum MVZ: zum Beispiel eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG).

In einer überörtlichen BAG könnten erfahrene Ärzte beispielsweise die Koordination, Supervision und Weiterbildung übernehmen. Dafür ließen sich sicher sogar einige Kollegen aus dem Ruhestand zurückholen. Die Niederlassungsneulinge hätten damit eine Art Mentor an der Seite, der sie durch die anstrengenden ersten Jahre begleitet.

Ein solches Modell schafft die notwendige Flexibilität gerade für Ärztinnen mit kleinen Kindern. Wird ein Arzt oder dessen Nachwuchs krank, könnte ein Kollege aus einer Schwesternpraxis einspringen.

Ziel sollte es aber sein, immer die gleichen Kollegen in der jeweiligen Praxis vor Ort zu halten. Die Landbevölkerung will schließlich eine Bindung zu „ihrem“ Arzt aufbauen – da wird man als Arzt schon mal beim Metzger zwischen Rinderbraten und Lyoner auf die aktuellen Blutwerte angesprochen, oder soll am Kindergartentor den Ausschlag des Geschwisterkindes betrachten. Das sind andere Ansprüche als in der Stadt. Auch Wochenenddienste und Nachtdienste sind für Ärztinnen mit Kindern ein großes Thema und sicherlich ein wichtiger Hinderungsgrund für eine Niederlassung. Was tun, wenn man abends oder am Wochenende zu einem Notfall gerufen wird, wenn Kindergärten und Tagesstätten geschlossen sind? Nicht jeder hat wie ich eine Familie im

Ärztinnen und Ärzte

Hintergrund, die einspringt und auch noch so viel Verständnis für den Beruf aufbringt. Je nach Höhe des Dienstaufkommens kann der Notdienst für Ärztinnen mit Kindern sehr schwierig bis unmöglich werden; vor allem in dünn besiedelten Gebieten, wo sich weniger Ärzte die Dienste teilen.

Zentrale Notfallpraxen können eine große Hilfe sein, um Dienste zu reduzieren oder sogar ganz „wegzutauschen“. Im Idealfall gibt es in der Notfallpraxis einen Sitzdienst und einen Fahrdienst, und die Ärztin im Fahrdienst wird von einem Fahrer begleitet. Als Frau geht man ungern alleine in der Nacht zu einer unbekannt Person. Nur eine von drei Ärztinnen im Bereitschaftsdienst fühlt sich sicher. Eine Begleitung wäre eine enorme Verbesserung und dringend notwendig.

Die Notdienste sind regional sehr unterschiedlich geregelt. Alles zusammenzutragen und zu analysieren würde den Rahmen des Artikels sprengen. Ich richte meinen Blick daher auf Baden-Württemberg, wo ich praktiziere.

Für eine attraktive Work-Life-Balance am Land braucht es aber auch abseits der Praxis die entsprechende Infrastruktur: Kindertagesstätten, Schulen, Kinderbetreuung, aber auch Apotheken, Lebensmittelgeschäfte und Banken. Das sind Faktoren, die nicht nur den Ärzten selbst zugutekommen, sondern auch deren Familien – schließlich müssen die Partner und Kinder auch mit dem Leben am Land einverstanden sein.

Früh ansetzen für mehr Landärzte

Die Weichen für mehr Landärzte sollten bereits bei der Vergabe des Studienplatzes gestellt werden. Ich halte eine Landarztquote für sinnvoll. Niederlassungswillige sollten bevorzugt zum Studium zugelassen werden und mit Fördergeldern oder Stipendien unterstützt werden, wenn sie sich verpflichten, als Landarzt tätig zu sein. In Bayern passiert das bereits.

Natürlich brauchen wir insgesamt auch mehr Medizinstudenten, und hierunter mehr, die Allgemeinmedizin machen möchten. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts Ende letzten Jahres müssen die Universitäten gerade ihre Zulassungskriterien überarbeiten. Das ist gut so. Ein hervorragendes Abitur allein macht noch keinen guten Arzt aus. Auswahlgespräche sind sinnvoller – besonders im Zusammenhang mit Landarztstipendien.

Während des Studiums muss die Allgemeinmedizin stärker beworben werden. Wir sind Generalisten, nicht nur Überweiser, und sehen das gesamte Spektrum der menschlichen Erkrankungen. Das ist eine spannende Aufgabe. Bei guter differenzialdiagnostischer Kenntnis können wir früh wichtige Weichen stellen, wir haben also eine Schlüsselrolle bei der zukünftigen Gesundheit unserer Patienten. Diese Sichtweise gilt es zu vermitteln, dann kann sich der Medizinnachwuchs auch für das Fach begeistern.

Wir brauchen insgesamt einen breiten Ansatz, um die richtigen Menschen zu finden und ihnen das passende Angebot zu machen. Je früher im Studium die Studierenden mit niedergelassenen Kollegen in Kontakt kommen, desto besser. In Praktika können sie den Praxisalltag kennenlernen. Die persönliche Erfahrung nimmt Ängste und Vorurteile und schürt die Begeisterung. Als Landarzt tätig zu sein, muss Freude bereiten. Es ist schließlich kein Beruf. Es ist eine Berufung.

Ich pflichte meiner Kollegin Dr. Christiane Wessel, Vorsitzende der Landesgruppe Berlin/Brandenburg beim NAV-Virchow-Bund, bei: Wir brauchen mehr Weiterbildung im ambulanten Bereich und mehr Ärzte, die weiterlernen möchten. Warum nicht auch Kollegen im Ruhestand miteinbeziehen, die sowohl ihr medizinisches als auch ihr betriebswirtschaftliches Know-how weitergeben möchten?



Foto: Peter Jobst

Gezielt fördern und unterstützen

Bei guter Vorbereitung und gezielter Hinführung, sowohl medizinisch als auch betriebswirtschaftlich, verliert die Selbständigkeit ihren Schrecken. Wieso übernehmen gerade Kinder von Hausärzten die Praxis? Wohl kaum, weil es so schrecklich war, was der Vater oder die Mutter berichteten. Im Gegenteil: Die Ärzte zweiter Generation haben sich schon früh mit der Thematik auseinandergesetzt und sich trotzdem, oder gerade deswegen, für die Nachfolge entschieden.

Ein starker Ärzteverband kann hier noch mehr Sicherheit geben. Junge Ärzte auf dem Land sind mit den Themen Niederlassung, Praxisgründung, Praxisführung, aber auch Kooperation und Vernetzung hervorragend beim NAV-Virchow-Bund aufgehoben. Hier bekommt man geballtes Expertenwissen in Form von Rechtsberatung, Musterverträgen, Tipps zum Praxismanagement und zur Personalführung. Das ist eine absolut hilfreiche Ergänzung zum eigenen Fachverband. Auch solche Informationsangebote gilt es bei der Zielgruppe bekannter zu machen.

Dass junge Ärzte heutzutage andere Anforderungen an ihr Umfeld stellen, bedeutet nicht, dass sie mit weniger Herzblut bei der Sache sind. Wenn sie aber aus persönlichen Gründen nicht rund um die Uhr zur Verfügung stehen können und wollen, müssen Kommunen, Länder, KVen und Krankenkassen zusammenarbeiten. Nicht nur die Bedingungen für eine Niederlassung am Land müssen besser werden – das Land selbst muss attraktiver werden. Davon profitieren letztendlich nicht nur BAG, sondern auch Einzel- oder kleinere Gemeinschaftspraxen und Arztnetze; nicht nur Hausärzte, sondern auch Fachärzte; nicht nur der Ärztenachwuchs, sondern die gesamte Bevölkerung.

ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS

CGRP (Calcitonin-Gen-Related-Peptide) und Migräneprävention

(bb) Biologica in der Prophylaxe der Migräne stellen ein relatives neues Therapieprinzip dar. Es handelt sich um Hemmstoffe des CGRP oder des CGRP-Rezeptors. Eptinezumab ist ein Antikörper gegen CGRP, welcher alle 3 Monate i. v. appliziert wird. Galcanezumab und Fremanezumab werden monatlich oder vierteljährlich subkutan appliziert. Erenumab richtet sich gegen den CGRP-Rezeptor und wird monatlich appliziert. Die drei erstgenannten Präparate befinden sich in Phase 3-Studien. Für Erenumab wurde in den USA ein Zulassungsantrag gestellt. Der Wirkungseintritt erfolgt innerhalb von Tagen. Die Abbruchraten liegen bei 1 - 4 %. Da es sich beim CGRP um einen der potentesten Vasodilatator handelt (Hemmung durch die oben genannten Medikamente), stand die kardiovaskuläre Sicherheit im Fokus. Bei allen Untersuchungen konnten keine klinisch negativen Effekte festgestellt werden. Die Zukunft wird zeigen, ob es sich um ein allgemein praktikables Therapieprinzip handelt.

Schmerzmedizin 2017, 33,10-12



FOTO: © pixabay

Das Mikrobiom der Mundhöhle

– ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung einer Rheumatoidarthritis (RA)

(bb) 50 % der Ursachen für die Entstehung einer RA sind genetisch und 50 % durch Umweltfaktoren bedingt. Zu diesen Risikofaktoren gehören das Rauchen, die Ernährung und das Mikrobiom der Mundhöhle und des Darmes. Viele Autoren sehen mittlerweile die Immunantwort gegen *Porphyromonas gingivalis* als einen der wichtigsten Auslöser der RA an. Damit gilt das Mikrobiom der Mundhöhle als ein noch gravierenderer Risikofaktor für die Entstehung der RA als das Mikrobiom des Darmes. Schon vor Ausbruch der RA haben diese Patienten häufiger eine Parodontitis mit Nachweis von *P.gingivalis* und ande-

ren Keimen. Schon in dieser Phase sind bakteriell induzierte Antikörper gegen zyklische citrullinierte Peptidantigene im Blut später Betroffener schon Jahre vor Ausbruch einer RA nachweisbar.

Aus Der Internist 7 2017, 682-686

Antibiotic Stewardship (ABS)

(bb) Die Resistenzen gegenüber Antibiotika nahmen in den letzten Jahren deutlich zu. Vor dem Hintergrund dieser Tatsache wurde auch vom Gesetzgeber die Bildung von ABS-Teams in Krankenhäusern gefordert (Stewardship: Verantwortung), welche aus einem Infektiologen, Apotheker und Mikrobiologen bestehen sollten. Die wesentlichen Empfehlungen der deutschen und amerikanischen Leitlinien lauten zusammengefasst:

1. Möglichst kurze Therapiedauer (Individualisierte Therapiedauer) anstreben. Schnelle Deeskalation (z.B. Umsetzen von Kombinationstherapie auf Monotherapie. Absetzen des Antibiotikums bei unzureichender Wirkung etc.
2. Vermeidung von Antibiotika mit hohem Risiko für eine *Clostridium difficile* Infektion.
3. kein „Cycling“ von Antibiotika als ABS-Strategie.
4. Schnelltest für respiratorische Viren.
5. Prokalzitoninmessungen (PCT) zur frühzeitigen Diagnose einer bakteriellen Infektion bei Intensivpatienten.

Eine Analyse von 145 Studien zeigte eine signifikante Senkung der Mortalität um 35 % bei leitlinienadhärentem Vorgehen. Weiterhin konnte z.B. durch Deeskalation der Therapie eine Reduktion der Mortalität um 65 % erreicht werden. Die Wirksamkeit von Antibiotika kann erst nach 48-72 Stunden Therapiedauer eingeschätzt werden. Bei nachgewiesener klinischer Besserung sollte eine Deeskalation eingeleitet werden (Monotherapie etc.). Infektiologen empfehlen mittlerweile für die meisten bakteriellen Infektionen eine Therapiedauer von 7 Tagen und kürzer. In der ambulanten Medizin empfehlen Infektiologen die „verzögerte Verordnung“. Der Patient löst das Rezept erst dann ein, wenn sich die Beschwerden in den nächsten Tagen nicht bessern oder erst dann, wenn ein sicheres Laborergebnis vorliegt. Eine Studie im Raum Hannover konnte durch ein solches Vorgehen (PCT-Bestimmung und klinischer Verlauf!) eine Reduktion des Antibiotikaverbrauch um 40 - 60 % nachweisen. Ob sich in Zukunft diese Maßnahmen im ambulanten Bereich durchsetzen, wird sich in den nächsten Jahren zeigen.

MMW 3/2018 S. 8

Elektromyostimulations-Training lieber nicht

(mh) Bei der Elektromyostimulation (EMS) werden über einen speziellen Anzug einzelne Muskelpartien durch elektrische Impulse während einzelner Übungen (Kniebeugen oder Sit-Ups) für einige Sekunden stimuliert und somit intensiv kontrahiert.

Neurophysiologen warnen verstärkt vor den Tücken dieser Methode. Daher sollte dieses Training nur unter Anleitung ausgebildeter Sportlehrer oder Physiotherapeuten – nicht aber im Fitness-Studio angewandt werden, um Frühzeichen einer körperlichen Schädigung rechtzeitig zu erkennen und adäquat zu reagieren. Bei zu intensivem Training mittels Belastungsimpulsen gehen viele Muskelzellen zu Grunde, was sich in Muskelschmerzen und am Anstieg der Creatinkinase (CK) im Blut ablesen lässt. Bei zu starkem Muskelzell-Abbau und entsprechendem CK-Anstieg kann es zu Überlastung der Niere mit deren Funktionsausfall kommen. Besonders gefährdet sind demnach Menschen mit bereits vorliegender Niereninsuffizienz.

Obwohl das Verfahren bereits seit über 10 Jahren angewandt wird, existieren nur wenige Studien, in denen man nur leichte Effekte wahrgenommen hat. Nach Ansicht von Prof. Dr. Stefan Knecht, Meerbusch, beruht der größte Teil der Wirkung wohl auf einem Placeboeffekt. „Umso kritischer ist es, dafür reelle Risiken in Kauf zu nehmen“.

MMW 3/2018 S. 8

Riesenzelleriitis notfallmäßig sofort behandeln

(gh) Bei der Riesenzelleriitis (RZA) handelt es sich um einen Notfall, der bereits beim Verdacht sofort zu behandeln ist. „15-20 % der Patienten erblinden, bevor sie eine Therapie erhalten. Der Visusverlust ist in der Regel permanent, man kann dann nur noch etwas für das zweite Auge tun.“, so die Hamburger Internistin Prof. Eva Reinhold-Keller. Verdächtig auf eine RZA sind Patienten mit temporalen Kopfschmerzen, klinisch auffälliger Arteria temporalis, Sehstörungen (Amaurosis fugax), Kauschmerzen (!), schmerzhafter Kopfhaut und begleitender Polymyalgia rheumatica. BSG und CRP sind deutlich erhöht. Leider haben jedoch 30 % der Patienten keine Kopfsymptomatik, so dass diese meist eine längere Diagnostikzeit benötigen. Therapeutisch sollte unverzüglich eine Gabe von 1 mg/kg KG Prednisolon verabreicht werden. „Bei ischämischen Ereignissen kann durchaus auch drei Tage lang höher dosiert mit

ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS

Methylprednisolon behandelt werden“, so Reinhold-Keller. Bei intakter Nierenfunktion zusätzliche Gabe von Methotrexat, um die Prednisolondosis und das Rezidivrisiko zu reduzieren. Präventiv sollte im ersten Jahr wegen eines hohen kardiovaskulären Risikos eine ASS-Therapie erfolgen. Mögliche Komplikationen bei RZA ist die Entstehung eines Aneurysmas. Dieses Risiko bleibt lebenslanglich, so dass Patienten mit ausgeheilter RZA weiterhin auf ein mögliches Aortenaneurysma überwacht werden müssen.

MMW 3/2018 S. 14

Diabetes und Adipositas tragen zur Krebsentstehung bei

(mh) Ein ernstzunehmender Anteil der weltweiten Krebserkrankungen ist durch einen hohen Body-Mass-Index (BMI) und Diabetes bedingt. Laut einer Studie der Internationalen Agentur für Krebsforschung trägt ein BMI > 25 zu einer Steigerung von 3,9 % an Krebserkrankungen bei. Für Männer stehen Leber- und Darmkrebs im Vordergrund, bei Frauen besonders Brustkrebs und Endometriumkarzinome.

DMW 2/2018 S. 69

PCSK9-Inhibitoren zur Therapie der Dyslipidämie bei Diabetes mellitus

(mh) Die europäischen Gesellschaften für Kardiologie und Atherosklerose haben neue Zielwertempfehlungen für den Risikomarker LDL-Cholesterin-Wert erstellt. Für Patienten mit Typ-2-Diabetes-mellitus (T2DM) mit hohem kardiovaskulären Risiko liegt der Wert bei < 70 mg/dl. Als sekundäres Therapieziel wird ein non-HDL-Wert von weniger als 130 mg/dl empfohlen. Patienten mit T2DM, die mit maximal tolerierter Statindosis keine ausreichende Kontrolle ihres non-HDL-Cholesterin-Wertes erreichten, sollten mit dem PCSK9-Inhibitor Alirocumab (Praluent®) therapiert werden. In der ODYSSEY-Studie konnte sowohl die Wirksamkeit als auch die Sicherheit von Alirocumab nachgewiesen werden: Reduktion der non-HDL- und LDL-Cholesterin-Werte unter die gewählten Grenzwerte von 100 bzw. 70 mg/dl bei etwa 70 % der beobachteten Patienten. Auf Grund dieser Ergebnisse schlussfolgerte Dr. Tobias Wiesner, Leipzig, dass die Verabreichung von PCSK9-Inhibitoren eine ernst zu nehmende Alternative zur Einleitung einer LDL-Apherese darstellen könnte.

Bisher unterliegen PCSK9-Inhibitoren Beschränkungen bei der Verordnung. Einleitung, Erstverordnung und Überwachung der Therapie ist bisher ausschließlich speziali-

sierten Fachärzten für innere Medizin vorbehalten. Anschlussrezepte können jederzeit von Hausärzten ausgestellt werden.

MMW 2/2018 S. 62

Asthma während der Schwangerschaft beeinflusst das Mikrobiom des Fötus

(gh) Asthma während der Schwangerschaft verzögert das Wachstum des Fötus geschlechtsspezifisch wohl über die Zusammensetzung des Mikrobioms. Laktobazillen fördern das kindliche Wachstum. Litten die Mütter während der Schwangerschaft unter Asthma, waren bei männlichen Kindern im Alter von 3-4 Monaten die Laktobazillen reduziert, während sie bei weiblichen Kindern häufiger waren. Ein verzögertes Wachstum der Föten könnte somit durch Veränderungen des Darm-Mikrobioms hervorgerufen sein.

DMW 2/2018 S. 69



FOTO: © pixabay

Niereninsuffizienz unter PPI auch ohne vormaligen akuten Nierenschaden

(mh) Ein unkontrollierter Einsatz von Protonenpumpeninhibitoren (PPI) sollte auch bei Fehlen von akuten Nierenschäden nicht erfolgen, da PPI womöglich direkt und unabhängig zur Niereninsuffizienz führen können. Die PPI-Therapie wird zwar schon seit längerer Zeit mit dem Auftreten einer Niereninsuffizienz in Verbindung gebracht unter der Annahme, dass die Niereninsuffizienz Ergebnis wiederholter Episoden eines akuten Nierenversagens sein könnten. In einer neuen Studie an 144.000 US-Amerikanischen Veteranen zeigt sich, dass im Vergleich zu H2-Blockern das Risiko für eine Einschränkung der glomerulären Filtrationsration in der PPI-Gruppe um 19 % erhöht ist, das Risiko für das Auftreten einer Niereninsuffizienz war 26 % höher und jenes für ein terminales Nierenversagen war um 30 % erhöht. Etwa

die Hälfte der renalen Endpunkte trat ohne einen vormaligen akuten Nierenschaden auf.

MMW 1/2018 S. 72

Verblüffende Langzeitdaten nach bariatrischer Magenbypass-Operation

(gh) Bei adipösen Patienten kommt es nach Magenbypass-Operation zu langfristig anhaltender drastischer Gewichtsreduktion und einem Rückgang von Hypertonus, Diabetes und Lipidwerten.

1156 Patienten mit schwerer Adipositas wurden in drei Gruppen eingeteilt: bei 418 wurde eine gewünschte Magenbypass-Operation durchgeführt, 417 wurde dieser Wunsch verweigert (wegen fehlender Kostenübernahme). 321 Patienten planten diesen Eingriff nicht. Nach 2, 6 und 12 Jahren erfolgten Nachuntersuchungen. In der Operationsgruppe betrug das Körpergewicht vor dem Eingriff im Schnitt 133,9 Kilogramm, nach zwei Jahren hatten diese Patienten im Mittel 45 Kilogramm verloren, nach 6 Jahren 36,3 Kilogramm und nach 12 Jahren 35 Kilogramm. Die Personen, deren Operationswunsch abgeschlagen wurde, wogen nach 12 Jahren im Mittel 2,9 Kilogramm weniger, in der dritten Gruppe hatte sich das Körpergewicht nicht verändert.

Bei den Patienten der Operationsgruppe hatten 88 präoperativ einen Diabetes mellitus, der nach 2 Jahren bei 66 (75 %) nicht mehr vorhanden war. Nach 6 und 12 Jahren postoperativ war der Diabetes bei 54 (62 %) bzw. 43 (51 %) verschwunden.

Bezüglich Hypertonie und Dyslipidämie war bei den operierten Patienten ein langfristiger, signifikanter Rückgang im Vergleich zu den beiden Kontrollgruppen festzustellen. Ein Anstieg der Suizidhäufigkeit nach Adipositaschirurgie wurde in der vorliegenden Studie nicht beobachtet.

MMW 1/2018 S. 35

Entwarnung für Träger von Herzschrittmachern und implantierten Defibrillatoren beim Fahren von Tesla-Fahrzeugen

(mh) Elektroautos verbreiten sich zunehmend, so dass die Frage bestand, wie sicher diese Fahrzeuge für Träger von Herzschrittmachern und implantierten Defibrillatoren sind. Ergebnisse einer In-vivo-Studie zu diesem Thema wurden auf dem Kongress der American Heart Association demonstriert und gleichzeitig wurde Entwarnung gegeben. 34 Herzpatienten mit Schrittmachern unterschiedlicher Typen wurden untersucht,

ALLGEMEINMEDIZIN NEWS

elektromagnetische Interferenzen wurden nicht festgestellt, die Funktion der Geräte blieb unbeeinflusst. Es wurden Patienten mit Einkammer-Schrittmachern, Zweikammer-Systemen sowie Patienten mit biventrikulären ICDs untersucht. Testfahrzeug war ein Tesla-Modell S P90D mit einer 220 Volt-Ladestation. Auch beim Ladevorgang, bei dem ein Strom von 30 Ampere fließt und eine Energie von 5,8 Kilowatt pro Stunde übertragen wird und somit das größte elektromagnetische Interferenzpotential besteht, fanden sich keinerlei Störungen der Herzschrittmacher. Unmittelbar nach dem Ladevorgang wurden die Patienten untersucht, elektromagnetische Signale der Batterie hatten die Herzschrittmacher oder ICDs nicht wahrgenommen.

MMW 21-22/2017 S. 14

DERMATOLOGIE NEWS

Hartes Wasser belastet Haut

(cl) Britische Forscher untersuchten den Einfluss von hartem Wasser auf die Haut. Es konnte gezeigt werden, dass das harte Wasser die Hautbarriere beeinträchtigt und das atopische Ekzem bei betroffenen Patienten triggern kann. Das harte Wasser ist sogar aggressiver als das gechlorte Wasser in Schwimmbädern. Wasserenthärter helfen hier.

J Invest Dermatol 2018; 138(1): 68-77

GYNÄKOLOGIE NEWS

Risiko für Zervixkrebs durch Intrauterinpressar abgesenkt

(gh) Das Risiko an einem Zervixkarzinom zu erkranken sinkt um etwa ein Drittel bei Frauen, die mit einem Intrauterinpressar (IUP) verhüten. Eine Metaanalyse von 16 Studien ergab, dass die Gefahr, an einem Zervixkarzinom zu erkranken bei Frauen, die jemals ein IUP verwendet hatten, um 36 % erniedrigt ist, gegenüber Frauen, die nie eine Spirale benutzt hatten. Eine mögliche Erklärung wäre, so die Autoren, dass durch ein IUP eine zelluläre Immunantwort induziert wird, die eine spätere HPV-Infektion eliminieren könnte

MMW 21-22/2017 S. 3

GYNÄKOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Ungewollte Kinderlosigkeit
Wahrnehmung und Realität
– Reproduktionsmedizin Ü40

(rb) In einer Befragung des Allensbach-Instituts 2004 schätzten 40 % der Befragten (3500) die Realisierung des Kinderwunsches ab 40 als schwierig ein, 22 % ab 45. Gleichzeitig steigt das Alter der Erstgebärenden: im Vergleich zu 1971 von 27 Jahre auf 31 Jahre 2015 (Daten Statistisches Bundesamt). Die Gründe dafür sind vielfältig. (Details vgl. Studie des BMFSFJ „Ungewollte Kinderlosigkeit...“)

Zum Thema Spontanschwangerschaften bei Frauen im Alter ≥ 40 Jahre liegen wenige Untersuchungen vor. Die Wahrscheinlichkeit im Alter zwischen 40 und 45 Jahren spontan schwanger zu werden, ist gering und wird kumulativ mit 6 % angegeben. Bei Erstgravida scheint sie noch niedriger zu sein. Wie viele dieser Schwangerschaften in der Geburt eines lebensfrischen Kindes enden, ist nicht bekannt. Die Rate der Spontanaborte steigt ab 40 deutlich an. Bei IVF Patientinnen liegt sie nach Daten des Deutschen IVF Registers (DIR) mit 40 Jahren bei 32 % und mit 45 Jahren bei über 80 %.

Auch konservative Fertilitätstherapien wie die Optimierung des Konzeptionszeitpunktes (2 Tage präovulatorisch) und Insemination verbessern die Wahrscheinlichkeit schwanger zu werden in dieser Altersgruppe nicht wesentlich. Nach Optimierung des Konzeptionszeitpunktes liegt nach Daten des Arbeitskreises konservativer Fertilitätstherapie die Schwangerschaftsrate im Alter von ≥ 40 Jahren bei 4,3 %, nach Insemination bei 5,3 %. Spendersamen kann die Wahrscheinlichkeit um 2-4 % erhöhen (2014 European IVF Monitoring Consortium).

Über 20 % des Klientels für IVF/ ICSI sind Paare, bei denen die Frau 40 Jahre und älter ist. Mit IVF und ICSI werden zwar höhere Schwangerschaftsraten erzielt (22-25,5 % 40 Jahre, 6,4 % ≥ 45 Jahre, DIR). Durch die in dieser Altersgruppe hohe und steigende Abortrate (32 % - > 80 % vgl. oben) bleibt die Lebendgeburt率 jedoch klein: 14,4 % bei 40-Jährigen, 2,5 % bei ≥ 45 -Jährigen.

Gründe für die schlechten Ergebnisse liegen in der nachlassenden ovariellen Reserve und der altersabhängig abnehmenden genetischen Intaktheit der Eizellen. Nach Eizellspende (in Deutschland nicht zugelassen) liegt die Lebendgeburt率 mit über 50 % auch bei über 40-Jährigen deutlich höher. Nach Ansicht des Autors sollte deshalb bei der Beratung junger Frauen neben präventiven Maßnahmen (Schutz vor Infektionen, HPV, HIV) und Kontrazeption auch

die Schwierigkeit, mit zunehmendem Alter schwanger zu werden, thematisiert werden.

Gynäkologie + Geburtshilfe 2017; 22(6)

HNO NEWS

Logopädinnen entwickeln App
zur Sprachtherapie

(hs) Zentrale Sprachstörungen (Aphasie) werden meist durch Schlaganfälle oder Schädel-Hirn-Traumata verursacht. Der Bundesverband Aphasie geht hierzulande von bis zu 160.000 chronisch Betroffenen und etwa 65.000 Neuerkrankungen pro Jahr aus. Wie das Sprachzentrum der Erkrankten reaktiviert werden kann, ist gut erforscht: mit regelmäßiger Übung und Therapiestunden – am besten 5 - 10 pro Woche.

Doch in der Realität, vor allem in den Praxen der Logopäden und Sprachtherapeuten, sieht es düster aus. Im Schnitt erhalten Aphasiker eine einzige Therapiestunde pro Woche. Die Krankenkassen zahlen nur für eine begrenzte Anzahl an Behandlungen, es fehlt an Therapeuten. Seit vergangenem Jahr eröffnet sich für Betroffene eine neue Chance: Die erste Logopädie-App, die vom Therapeuten individuell dem Patienten angepasst werden kann, ist in Deutschland auf dem Markt. Ihr Name: „Neolexon“. Entwickelt wurde diese von zwei Logopädinnen, die gerade an der Ludwig-Maximilians-Universität promovieren. Mit ihrer App könnten sie die logopädische Behandlung grundlegend verändern.

Stern Nr. 15/18

Musikertaubheit

(hs) Im März wird der britische Sänger und Rockgitarrist Eric Clapton 73 Jahre alt und einiges scheint nicht mehr wie gewohnt zu funktionieren, wie er jetzt der BBC berichtete. Von Tremor, Tinnitus und beginnender Taubheit ist die Rede. Dass dies einen Musiker existenziell belastet, ist offensichtlich. Ludwig van Beethoven, der prominenteste Musiker mit einem Taubheitsproblem, stand kurz vor dem Freitod, bevor er beschloss, sich der Situation zu stellen. Das Ergebnis? Sechs seiner neun Symphonien, drei Klavierkonzerte und vieles mehr komponierte er, ohne hören zu können. Allerdings hatte man damals als Musiker gelernt, Noten nicht nur zu lesen, sondern auch zu hören. Und umgekehrt, Gehörtes auch aufschreiben zu können. Nicht nur eine Melodie, sondern

HNO NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

eine komplette Partitur. Sehr gute Dirigenten können das noch. Aber auch für ausübende Musiker wie Clapton gibt es Hoffnung. Die gehörlose Schlagzeugin Evelyn Glennie erlangte Berühmtheit als Musikerin, die barfuß auftritt und mit den Füßen hört. Auch der taube japanische Pianist Junichi Kobayashi sagt, er spüre Melodien und Tempi über Vibrationen in Händen und Beinen. In Wien gibt es eine Art musikalische Paralympics.

Viele Hörer sind begeistert und sagen, man spüre keinen Unterschied zwischen tauben und hörenden Musikern.

SZ Nr. 11/18, aktuelles Lexikon



FOTO: © pixabay

Allergische Rhinitis kann Karies begünstigen

(hs) Bislang ist der Zusammenhang von Karies und allergischer Rhinitis bzw. allergischem Asthma nicht eindeutig geklärt. Gemeinsame Risikofaktoren lassen einen Zusammenhang jedoch vermuten.

Hierzu gehören:

- die Atmung durch den Mund, bei verstopfter Nase, die zu einem Austrocknen der Schleimhäute führt
- die eingeschränkte Schutzfunktion des Speichels für die Zähne
- die veränderte Bakterienflora der Mundhöhle

Taiwanische Forscher führten eine retrospektive Kohortenstudie an rund 9000 Kindern im Alter zwischen einem und fünf Jahren durch. Mehr als 93 % der untersuchten Kinder hatten Karies, 30 % hatten ein allergische Rhinitis und 18,8 % ein allergisches Asthma.

Die Diagnose Karies wurde bei Kindern mit allergischer Rhinitis 1,03-mal pro Jahr gestellt, im Gegensatz zu 0,89-mal bei Kindern ohne allergische Rhinitis. Bei Kindern mit allergischem Asthma zeigte sich dieser Zusammenhang nicht. Die Studie kann jedoch nicht 1:1 auf Deutschland übertragen werden, da zum einen keine Daten zum Zuckerkonsum der Kinder vorliegen und schließ-

lich erhält nicht jedes Kind in Taiwan eine Fluoridprophylaxe, wie es in Deutschland üblich ist.

IWW Institut, HNO campus,
Ausgabe 4/November 2017

Immuntherapie: eine neue Ära bei Kopf-Hals-Tumoren

(hs) Etablierte Therapieverfahren sind bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Karzinomen häufig unzureichend. Neue Perspektiven eröffnen medikamentöse Ansätze, die das körpereigene Immunsystem in der Tumorbekämpfung mit einbeziehen.

Immuntherapeutika zielen darauf ab, Immunzellen wie T-Zellen oder natürliche Killerzellen so zu aktivieren, dass diese nach einer herkömmlichen Therapie evtl. persistierende Tumorzellen erkennen und eliminieren. Die Funktion von T-Zellen wird durch eine Vielzahl aktivierender und hemmender Rezeptoren kontrolliert. Über bestimmte Checkpoints werden überschießende Abwehrreaktionen von T-Zellen gebremst. Tumorzellen können diese Checkpoints nutzen, um die T-Zellen-Antwort abzustellen, welche die Tumorzellen bekämpfen würde.

Studiendaten belegen beispielsweise, dass der PD1-Antikörper Nivolumab bei Patienten, die nach einer Chemotherapie ein Rezidiv erlitten, zu einem signifikanten Überlebensvorteil geführt hat. Das Nebenwirkungsprofil – überwiegend aus dem Bereich der Autoimmunität – ist im Allgemeinen weniger belastend und die Lebensqualität besser als unter einer Chemotherapie.

B. Wollenberg (HNO-Universitätsklinik Lübeck):
neue Aspekte der medikamentösen Tumorthherapie im
51. Fortbildungskongress der HNO-Ärzte
in Mannheim

Perioperatives Management bei antikoagulierten Patienten

(hs) Gratwanderung zwischen Embolie und Blutung. Eine zunehmende Anzahl von Patienten erhält Antikoagulantien oder Thrombozytenfunktionsinhibitoren zur Prophylaxe oder Therapie. Bei HNO-Patienten liegt allerdings insgesamt ein niedriges Thromboserisiko vor. Eine präoperative medikamentöse Thromboseprophylaxe sollte bei positiver Eigen- oder Familienanamnese, bei aktiver Tumorerkrankung, größeren Eingriffen, Immobilität oder internistischen Grunderkrankungen erwogen werden. Patienten mit einer oralen Antikoagulation müssen risikoabhängig perioperativ mit niedermole-

kularem Heparin oder unfractioniertem Heparin versorgt werden, um das Risiko einer thrombotischen Reaktion zu minimieren. Die neuen oralen Antikoagulantien werden bei guter protektiver Wirkung, auch mit einer Vereinfachung dieses perioperativen Managements beworben.

Es bleibt jedoch abzuwarten, wie sich die Medikamente im weiteren Klinikalltag bewähren.

HNO-Nachrichten 6/2017

Man hört auch mit den Augen

(hs) Vielen fällt es leichter, jemand anderen zu verstehen, wenn sie ihn dabei ansehen können. Warum das so ist, haben jetzt US-Neurowissenschaftler von der Duke University herausgefunden. Wenn Menschen in eine bestimmte Richtung blicken, dann richtet sich gleichzeitig das Trommelfell wie ein kleines Mikrophon in dieselbe Richtung aus, schreiben sie im Fachblatt „PNAS“. Das Gehirn scheint explizit anzuordnen, dass Ohren und Augen immer zusammen aktiviert werden, also neurologisch aneinander gekoppelt sind. „Das ist, als ob das Gehirn sage, ich bewege gleich die Augen. Da sage ich besser auch den Ohren Bescheid!“, so die psychologische und neurologische US-Autorin Jennifer Groh.

Welt am Sonntag 4/18



FOTO: © pixabay

Leitliniengerechte Behandlung bei frischem Hörsturz nur als IGeL möglich

(hs) Der Deutsche Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte erachtet bei der Behandlung eines Hörsturzes die Vorgaben der aktuell gültigen S1-Leitlinie der AWMF als maßgeblich. Die Leitlinie empfiehlt bei einem idiopathischen sensineuralen Hörverlust eine systemische hochdosierte Glukokortikoid-Therapie. Im Zuge dessen erneuert der Berufsverband seine Kritik an der mangelhaften Ausstattung des Leistungskatalogs der GKV. Derzeit gibt es in Deutschland kein

HNO NEWS

Präparat, das für diese Indikation zugelassen ist. Hintergrund der Stellungnahme sind irreführende Medienberichte in den vergangenen Monaten. Fälschlicherweise wurde dabei u.a. behauptet, der HNO-Berufsverband propagiere seit Jahren die Behandlungskosten auf den Patienten abzuschieben und die Behandlungskosten als individuelle Gesundheitsleistung anzurechnen.

„Fakt ist, dass es keine in der GKV zugelassene Therapie des Hörsturzes gibt, denn die Therapie mit Cortison, die der aktuellen wissenschaftlichen Leitlinie entspricht, ist offiziell gar nicht als Kassenleistung möglich, da es kein einziges Präparat in Deutschland gibt, das für diese Indikation zugelassen ist. Abgesehen von den deutlich schärferen Indikationskriterien bei einem solchen „Off-Label-Use“ läuft jeder Arzt Gefahr, in Regress genommen zu werden, wenn er Cortison dennoch beim Hörsturz zulasten der GKV verordnet. Hierauf weisen wir unsere Mitglieder natürlich hin“, erklärte der Pressesprecher des HNO-Berufsverbandes Dr. Michael E. Deeg.

Deutscher Berufsverband der HNO-Ärzte e. V.
in Kompakt Hals-Nasen-Ohrenheilkunde 4/17

INFEKTOLOGIE NEWS

Individuelle Therapie der Clostridium-difficile-Infektion

(bb) Eine antibiotische Behandlung asymptomatischer Patienten mit einem positiven Toxintest auf Clostridium difficile ist nicht indiziert. Bei milden klinischen Symptomen und Patienten ohne Risikofaktoren kann der weitere Verlauf abgewartet werden. Das Absetzen des verursachenden Antibiotikums (soweit zu verantworten) führt schon zur Besserung der Durchfälle bei 15 - 23 % der Patienten innerhalb von 2-3 Tagen. Bei milden Infektionen sollte eine Therapie mit Metronidazol oder Vancomycin eingeleitet werden. Zu beachten ist, dass bis zu 6 Wochen nach erfolgter Therapie noch ein positiver Stuhl-Assay bei 50 % der Patienten nachweisbar ist, weshalb bei erfolgreich behandelten Patienten keine Kontrolltests durchgeführt werden sollten. Bei schweren Infektionen ist das Vancomycin dem Metronidazol überlegen. Alternativ kann das bakterizide Fidaxomicin (rel. hohe Therapiekosten) angewendet werden, dieses führt zu einer geringeren Kolondysbiose und Rezidivrate (15,4 vs. 25,3 %). Bei rezidivie-

INFEKTOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

renden Infektionen (20-30 %) sollte wie bei der Ersttherapie vorgegangen werden. Andere Autoren empfehlen die sofortige Therapie mit Fidaxomicin. Die Stuhltransplantation (fäkaler Mikrobiotatransfer) wird ebenfalls als Möglichkeit der Reduktion von Rezidiven diskutiert.

Aus Internist 7-2017 675-681

Selbstbehandlung von Reisenden in Gebieten mit geringem Malariatransmissionsrisiko

(bb) Es handelt sich hierbei um die sogenannte SBET (standby emergency treatment for travelers). Von vielen Experten wird die SBET für Reisen in Gebiete mit mittlerem und geringem Risiko (1-10 dokumentierte Fälle pro 100.000 Reisende und Jahre) favorisiert. Die SBET wird unter dem Aspekt der Abwägung von Häufigkeiten von Nebenwirkungen unter einer kontinuierlichen Malariaphylaxe (welche unter Umständen schwerer wiegen als eine Erkrankung) empfohlen.

Die WHO empfiehlt eine derartige Standby-Therapie für kurze Reisen in abgelegene Gebiete mit geringem Infektionsrisiko. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass von 130 Patienten mit Fieber während oder 14 Tage nach der Reise 80 % eine SBET mit sich führten.

Nur 14 % (14) der Reisenden mit SBET und 20 % (6) ohne SBET ergriffen die richtige Maßnahme, indem diese rechtzeitig einen Arzt aufsuchten. Zwei Reisende nahmen die SBET selbstständig ein, aber in der falschen, unzureichenden Dosierung. Damit stellt sich die Frage, ob die hohen Ausgaben für die SBET (70 Mio. Euro allein für Asienreisende) gerechtfertigt sind.

Die Autoren betonen, dass unter Umständen eine gute reisemedizinische Beratung und eine Expositionsprophylaxe bei Reisen in Gebiete mit niedrigem Risiko und einer relativ guten Arzterreichbarkeit ausreichen.

Aus Flug und Reisemedizin 2017, 24, 227-229



FOTO: © pixabay

Notfall: Sepsis (Blutvergiftung)

(gh) Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Sepsis als vorrangiges Gesundheitsproblem eingestuft und dazu aufgefordert, die oft tödlich verlaufende Krankheit nachhaltiger als bisher anzugehen.

Häufigste Todesursache auf deutschen Intensivstationen ist die Sepsis. Allein in Deutschland erkranken jedes Jahr rund 280.000 Erwachsene und Kinder an einer Sepsis, und etwa 70.000 sterben daran. Die Behandlungskosten liegen bei ca. 7,8 Milliarden Euro im Jahr.

Leider passiert es oft, dass Ärzte und Pfleger die ersten Anzeichen für eine Sepsis nicht erkennen. Schüttelfrost, Fieber, Verwirrtheit sind die häufigsten Zeichen dafür, dass eine Infektion aus dem Ruder läuft und nicht nur den Erreger sondern auch das körpereigene Gewebe beginnt zu attackieren. In dieser Situation ist sofortiges Handeln erforderlich (Behandlung mit Antibiotika und Infusionstherapie zur Stabilisierung des Kreislaufs und zur Vermeidung von tödlichen Organschäden). Selbstverständlich müssen diese Patienten auf einer Intensivstation überwacht werden. Leider kommen diese lebensrettenden Maßnahmen häufig zu spät, da die Diagnose verzögert gestellt wird. „Die Diagnose ist eigentlich keine Kunst“, so Prof. Reinhart, emeritierter Direktor Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Universität Jena. „Man muss lediglich abklären, ob beim Patienten Anzeichen für eine akute Infektion und eine beginnende Organfunktionsstörung bestehen. Die genannten Symptome treten allerdings auch bei anderen, weniger lebensbedrohlichen Leiden auf, so dass die Sepsissymptome oft fehlinterpretiert werden.“ Im Verdachtsfall sollte daher immer ein erfahrener Kollege hinzugezogen werden, andernfalls eine notfallmäßige stationäre Aufnahme mit dem Hinweis Verdacht auf Sepsis veranlasst werden. Auch jetzt ist die Gefahr noch nicht beseitigt, da in den Notaufnahmen die dort tätigen Ärzte häufig rotieren und oft unzureichende Kenntnisse in Intensiv- und Notfallmedizin haben. „Das ist eine Schwachstelle in unserem Gesundheitssystem. In anderen Ländern gibt es eigens für die Notaufnahme zuständige Ärzte, die über eine entsprechende Ausbildung verfügen“, so Reinhart.

In England gibt es Aufklärungskampagnen mit Merksätzen wie: „Frag einfach! Könnte es Sepsis sein?“ Als besonders aussichtsreich gilt die Verwendung leistungsfähiger Computer, die in den Patientendaten nach krankheitstypischen Mustern fahnden. Steven Horng und seine Kollegen verwendeten

INFEKTOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Daten von 230.000 Patienten, die im Verlauf von 5 Jahren die Notaufnahme des Beth Deaconess Medical Center an der Harvard University aufgesucht hatten.

Wichtigste Information war dabei die Auswertung von handschriftlichen Notizen der Ärzte und Pflegekräfte, womit es den Rechnern gelang, richtige Schlüsse zu ziehen. Für Reinhart wäre es jedoch schon ein großer Fortschritt, wenn das bereits vorhandene Wissen konsequent angewandt würde. Es könnte seiner Meinung nach die Sterblichkeit um mehr als die Hälfte reduziert werden.

Im großen Gesundheitsgremium in Berlin haben sich Ärzte, Kliniken und Krankenkassen zusammengetan und beantragt, einen Plan gegen die Sepsis zu entwickeln. Dies umso mehr, als die WHO die Staaten aufgefordert hat, die Erkrankung gezielter zu bekämpfen. Die Blutvergiftung müsse als zeitkritische Diagnose gelten, als absoluter Notfall.

Im Gesundheitsgremium freilich lässt man sich Zeit, der Antrag wurde an einen Unterausschuss überwiesen, dieser schickt ihn weiter in eine Arbeitsgruppe, um zunächst mal über sechs Monate zu beraten.

Süddeutsche Zeitung 25.01.2018/FAZ 21.06.2017

Fäkale Mikrobiota-Transplantation zur Prävention bei rezidivierenden Infektionen mit Clostridium diffizile

(mh) Eine Fäkale Mikrobiota-Transplantation kann sowohl über eine Koloskopie, bei der 360 ml fäkaler Mikrobiota in den Darm gegeben werden, als auch über eine orale Kapsel-Therapie effektiv durchgeführt werden.

In einer Beobachtungsstudie mit 116 Patientinnen/Patienten wurde entweder mittels Koloskopie 360 ml fäkale Mikrobiota in den Darm gegeben oder aber 40 Kapseln verabreicht. Vier Wochen nach der fäkalen Mikrobiota-Transplantation (FMT) verbesserten sich in beiden Gruppen die körperliche als auch die emotionale Situation. Signifikante Unterschiede in beiden Gruppen wurden nicht beobachtet, allerdings berichtete ein signifikant höherer Anteil der Patienten, die Kapseln erhalten hatten, dass die Therapie „überhaupt nicht unangenehm“ gewesen ist. Anders waren die Aussagen derjenigen Patienten aus der Koloskopie-Gruppe. Die orale Kapselbehandlung stellt mithin eine wirksame Alternative zur Prävention rezidivierender Infektionen mit Clostridium diffizile dar.

DMW 4/2018 S. 231

Gezieltes Erinnern hebt die Impfmoral

(gh) Wie wirken sich verschiedene Methoden der Erinnerung und Aufforderung an Patienten, fällige Impfungen vornehmen zu lassen auf die Impfquote aus? Dies wurde durch Analyse von 75 Studien zum Thema „Impferinnerung“ an der Universität of North Carolina analysiert. Postkarten (Steigerung um 18 %), Textnachrichten (+ 29 %) und automatisierte Telefonanrufe (+ 17 %) waren die Ergebnisse im Vergleich zu einer Gruppe von Patienten, bei denen keine besonderen Maßnahmen ergriffen worden waren. Die positiven Ergebnisse funktionierten in gleicher Weise bei Kindern, Heranwachsenden und Erwachsenen. Der Effekt war besonders für die Impfung gegen Influenza nachweisbar, galt jedoch auch für Impfen gegen Pneumokokken, Tetanus, Hepatitis B und andere Nicht-Influenza-Impfungen. Die Impfquote verdoppelte sich im Mittel.

MMW 2/2018 S. 9

KARDIOLOGIE NEWS

Positive Korrelation für gesundheitliche Komplikationen bei beschleunigtem Ruhepuls

(mh) In der ARIC-Studie wurden 15.680 Patienten über 12 Jahre bezüglich Ruhefrequenz erfasst und insgesamt 28 Jahre lang nachbeobachtet. Stieg der Ruhepuls an, erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche Komplikationen. Bei Anstieg um fünf Schläge pro Minute erhöhte sich das Risiko für Tod um 12 %, für Herzinsuffizienz um 13 %, Myokardinfarkt um 9 % und Schlaganfall um 6 %. Für kardiovaskulären, nicht kardiovaskulären und krebisbedingten Tod stieg das Risiko um 13 %, 12 % und 8 %.

MMW 2/2018 S. 3

Deutlich erhöhtes Risiko für Herzinfarkt während der Grippeerkrankung

(mh) Die Rate für akuten Myokardinfarkt ist während der Erkrankung mit Influenza B um das 10-fache erhöht, so die Ergebnisse einer Datenbank in Ontario. Die meisten der kardialen Ereignisse fanden in der Woche unmittelbar nach Infektionsdiagnose statt. Die Inzidenz war somit während des Virusinfekts um den Faktor 6,05 (95 %-Konfidenz-

KARDIOLOGIE NEWS

intervall: 3,86-9,50) erhöht. Bei Erkrankung an Influenza B bestand die höchste Infarktrate. Beachtenswert ist, dass 31 % der beobachteten Patienten eine Influenza-Impfung erhalten hatten. Ob dies Ausdruck einer mangelnden Immunkompetenz der Impflinge oder an einem unzureichenden Antigenspektrum des Impfstoffs liegt, ist bis heute ungeklärt

MMW 3/2018 S. 33



FOTO: © pixabay

Therapie der Herzinsuffizienz im Alter

(mh) Bei der chronischen Herzinsuffizienz im Alter ist zu unterscheiden die chronische Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF), die mit einer höheren Prävalenz bei alten Patienten auftritt als bei jüngeren. Anders als bei der Herzinsuffizienz mit eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion (HFrEF) gibt es bisher keine Prognose verbessernde Therapie bei der HFpEF. Mithin kann beim alten Patienten primär lediglich die resultierenden Symptome behandelt werden. Bei Patienten mit Herzinsuffizienz und abgesenkter Ejektionsfraktion (HFrEF) werden Leitlinien gemäß einer Kombination von Medikamenten zur Verbesserung der Symptomatik und der Prognose eingesetzt. ACE-Hemmer und Beta-blocker werden gleichberechtigt verordnet und zu einer maximal tolerierbaren Dosis hochtitriert. Bleibt der Patient weiterhin symptomatisch, kann zusätzlich ein Mineralcorticoid-Rezeptor-Antagonist (MRA) bis zur maximal tolerablen Dosis hinzugegeben werden. Notwendige Kontrolle von Nierenfunktion und Kalium! AT1-Rezeptorantagonisten kommen für Patienten mit ACE-Hemmerunverträglichkeit zum Einsatz. Sollte der Patient weiterhin symptomatisch sein, empfehlen die ESC-Leitlinien zur Herzinsuffizienz den Einsatz des Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitors (ARNI) Sacubitril/Valsartan. ARNI sollte jedoch nur bei einer GFR > 30 ml/min eingesetzt werden.

KARDIOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Diuretika kommen bei allen Stadien der Herzinsuffizienz bei Stauungszeichen zum Einsatz: sowohl bei HF_rEF als auch HF_pEF unabhängig vom Alter der Patienten.

Digitalis: die Wirksamkeit von Digitalisglykosiden zusätzlich zu Betablockern ist nie prospektiv untersucht worden. Auch bei Patienten mit Vorhofflimmern gibt es keinerlei prospektive, randomisierte, kontrollierte Endpunktstudien, die einen positiven Einfluss von Herzglykosiden auf Mortalität und Morbidität untersuchten.

ASS: in der JTPP-Studie (Japanese Primary Prevention Project) hatte die ASS-Gabe keinen Einfluss auf den kombinierten Endpunkt aus kardiovaskulären Todesereignissen, Myokardinfarkt oder Apoplex. In der ASPREE-Studie könnte der Nutzen einer primärprophylaktischen Medikation mit einer low-dose ASS bei Patienten > 65 Jahre ohne kardiovaskuläre Erkrankungen nachgewiesen werden. In der Primärprävention besteht derzeit keine Indikation für eine low-dose ASS-Therapie.

Primärpräventive Ansätze treten mit zunehmendem Alter in den Hintergrund, die Symptomverbessernde Wirkung ist oft wichtiger als die Beeinflussung der Prognose mit zunehmendem Alter.

DMW 4/2018 S. 236

Wer verantwortet bei drohendem Herzschrittmacherausfall die Kontrolluntersuchung?

(mh) Wer veranlasst bei alten, möglicherweise dementen Patienten die anfällige Herzschrittmacher-Kontrolle:

1. Die Ärzte, die den Schrittmacher implantiert haben, unterliegen zumindest der Aufklärungspflicht und dem Hinweis auf notwendige Nachkontrollen. Eine Pflicht des Krankenhauses auch in der Folgezeit an Kontrolltermine zu erinnern, kann verneint werden, wenn die weitere Behandlung und Untersuchung nicht im Krankenhaus erfolgt. Mit dem Eingriff ist dann der Behandlungsvertrag beendet.
2. Der Hausarzt unterliegt Obhuts- und Aufklärungspflichten, soweit er über das Einsetzen eines Herzschrittmachers informiert ist. Es besteht zwar kein Dauerschuldverhältnis, vielmehr wird jeweils ein neuer Vertrag geschlossen. Dennoch besteht die Verpflichtung, zumindest darauf hin zu wirken, dass entsprechende Nachkontrollen durchgeführt werden.
3. Familienangehörige dann, wenn diese tatsächlich im Bereich der Gesundheitsvorsorge als Betreuer oder Bevoll-

mächtigte bestellt sind. Eine Pflicht zur Überprüfung und gegebenenfalls Veranlassung von Kontrolluntersuchungen kommt nur in Betracht, wenn ein entsprechender Aufgabenkreis rechtsgeschäftlich oder durch das Betreuungsgericht übertragen wurde.

4. Das Heimpersonal bzw. die Heimleitung unterliegt einer allgemeinen Obhuts- und Schutzpflicht, resultierend aus dem Heimvertrag. Eine konkrete Hinweispflicht durch das Pflegepersonal entfällt jedoch, wenn der Patient in regelmäßiger hausärztlicher Behandlung ist und das Heimpersonal bzw. die Heimleitung davon ausgehen kann, dass hinreichend für die ärztliche Überwachung Sorge getragen ist.

MMW 2/2018 S. 19

Unverändert Diskussionen um den Zielblutdruck

(mh) „35 Millionen sind über Nacht krank geworden“, titelte der Spiegel, nachdem die US-Fachgesellschaften AHA und ACC den Grenzwert von Hypertonie von 140/90 mmHg auf 130/80 mmHg abgesenkt hatten. Dies war die Reaktion auf die SPRINT-Studie, vor der der Nephrologe Prof. Jan-Christoph Galle, Lüdenscheid warnt. Tiefe Absenkungen führen zu signifikant mehr Hypotonien, Synkopen, Elektrolytanomalien und zu mehr Fällen von Nierenversagen.

Für Galle ist entscheidend, wie der Blutdruck in der zu Grunde liegenden Studiensituation gemessen wurde. Dabei wurden die Studienteilnehmer in einen separaten Raum für 10 Minuten in Ruhe gehalten und dann durch ein automatisiertes Messgerät die RR-Werte bestimmt. „Wer misst so in der Praxis?“, fragt Galle. Für ihn ist entscheidend, den Patienten so zu behandeln, dass er seine problematischen Spitzen weg bekommt. Wichtig ist eine gute Verträglichkeit der Blutdruck-Medikamente. In jedem Fall sei zudem eine einmalige Langzeitblutdruckmessung erforderlich. „Wichtig ist zu wissen, welchen Blutdruck der Patient zu Hause hat. Was ich in der Praxis messe, ist mir dann eigentlich egal“, so Galle.

MMW 2/2018 S. 18

Prävention von Schlaganfall bei Vorhofflimmern: auch bei Hochbetagten wird Antikoagulation empfohlen

(mh) Auf der American Heart Association 2017 wurden Ergebnisse verschiedener Stu-

dien vorgestellt, die Wirksamkeit und Sicherheit einer Therapie mit neuen oralen Antikoagulantien zur Schlaganfallprävention bei sehr alten Patienten bestätigen. Beim Vergleich der Therapien mit Vitamin-K-Antagonisten oder Rivaroxaban 15 mg/d (Xarelto®) gab es unter beiden Therapieformen keine nennenswerten Unterschiede bezüglich systemischer Embolien, schweren Blutungen, Schlaganfällen oder Tod.

Die Komplikationsraten waren vergleichbar niedrig, die Nutzen-Risiko-Bilanz unter Rivaroxaban und Vitamin-K-Antagonisten vergleichbar. Unter Rivaroxaban fand sich ein um 41 % reduziertes Risiko für Schlaganfälle gegenüber Warfarin, das Blutungsrisiko war vergleichbar.

MMW 2/2018 S. 62



FOTO: © pixabay

Schlaganfallrisiko bei Hormontherapie

(gh) Ein erhöhtes Schlaganfallrisiko zählt zu den bekannten Nebenwirkungen einer Hormontherapie gegen Wechseljahresbeschwerden. Eine Studie mit ca. 89.000 Frauen zeigte, dass entscheidend der Zeitpunkt des Therapiebeginns ist. Wurde innerhalb von fünf Jahren nach Beginn der Menopause mit einer Hormontherapie begonnen, erhöhte sich das Schlaganfallrisiko nicht, unabhängig von der Dauer der Behandlung und ob Östrogen alleine oder in Kombination gegeben wurde.

Erhöht war das Schlaganfallrisiko jedoch, wenn die Therapie später begonnen wurde und konjugierte Östrogene verordnet wurden.

DMW 2/2018 S. 69

ARNI bei Herzinsuffizienz

(mh) Der Angiotensin-Rezeptor- / Nprilysin-Inhibitor Sacubitril/Valsartan beweist seit 15 Jahren als erstes Medikament, dass die Prognose bei systolischer Herzinsuffizienz verbessert wird. „Das Ausmaß ist beachtlich, die relative Risikoreduktion für

KARDIOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Tod mit kardiovaskulärer Ursache oder Krankenhausbehandlung lag in der PARADIGM-HF-Studie bei 20 %, die Mortalitätsreduktion bei 16 %, so Prof. Dirk Westermann, Hamburg.

Der Behandlungseffekt ist bald nachweisbar. „Das ist eine Revolution in der Therapie der Herzinsuffizienz“, so Westermann. Somit ist die Umstellung von einem ACE-Hemmer auf Sacubitril/Valsartan eine Klasse-1-Empfehlung der Leitlinien, wenn der Patient unter Therapie mit einem ACE-Hemmer, einem Betablocker und einem Mineralcorticoid-Antagonisten behandelt und darunter weiterhin Symptome der Herzinsuffizienz bemerkt. Bei der Umstellung sollte langsam auftitriert und die volle Dosis angestrebt werden.

MMW 3/2018 S. 65

Thrombozytenaggregationshemmung bei akutem Koronarsyndrom

(mh) Die aktuellen Leitlinien empfehlen nach perkutaner Koronarintervention (PCI) bei akutem Koronarsyndrom (ACS) eine Thrombozytenaggregationshemmung mit P2Y12-Rezeptorinhibitoren (Prasugrel oder Ticagrelor) für 12 Monate. Den größten Benefit dieser hochpotenten Medikamente erfährt der Patient in der frühen Phase nach PCI, da hier das Risiko ischämischer Komplikationen am höchsten ist. Unter Langzeittherapie treten unter diesen Medikamenten zum Teil lebensbedrohliche Blutungen auf. Aus diesem Grund wird in der Praxis bereits nach der Entlassung bei 15-28 % der Patienten eine Umstellung der Therapie von einem P2Y12-Inhibitor auf das weniger potente Clopidogrel vorgenommen. D. Sibbing und Mitarbeiter vom Universitätsklinikum München kommen in der internationalen TROPICAL-ACS-Studie zu dem Schluss, dass die kontrollierte Umstellung der Medikation auf Clopidogrel bei ACS-Patienten im Hinblick auf die Inzidenz von thrombotischen Ereignissen und Blutungskomplikationen gleichwertig ist zur Langzeittherapie mit hochpotenten Plättchenhemmern.

DMW 2/2018 S. 73

Sekundärprävention bei stabiler KHK mit dem NOAK Rivaroxaban und ASS

(mh) Die internationale, doppelblinde, randomisierte und kontrollierte COMPASS-Studie, die an Patienten mit stabiler koronarer Herzkrankheit (KHK) und/oder peripherer arterieller Erkrankung (PAD) durchgeführt wurde, untersuchte 3 Patientengruppen: 1. Rivaroxaban 2 x 2,5 mg/d + 1 x 100 mg/d

Acetylsalicylsäure (ASS), 2. Rivaroxaban 2 x 5 mg/d und 3. 1 x 100 mg/d ASS. Wegen eindeutiger Überlegenheit der Kombinationstherapie wurde die Studie nach durchschnittlich 23 Monaten Beobachtungszeit vorzeitig abgebrochen. Unter der Kombination Rivaroxaban + ASS wurde das Risiko eines schwerwiegenden kardiovaskulären Ereignisses um 24 % abgesenkt. Die Häufigkeit von Schlaganfällen sank um 42 %, die von kardiovaskulären Todesfällen um 22 % und die von Myokardinfarkten um 14 %. Die Häufigkeit von MACE sank um 28 %. Die Blutungshäufigkeit lag bei Rivaroxaban + ASS bei 3,1 % vs. 1,0 % der Kontrollgruppe. Die Blutungen waren jeweils gut beherrschbar. Kein Unterschied ergab sich zwischen intrazerebraler oder tödlicher Blutung bei den Vergleichsgruppen.

Auf Grund der eindeutigen Ergebnisse halten Experten eine Änderung der Leitlinien für die Sekundärprävention stabiler kardiovaskulärer Erkrankungen für möglich.

MMW 1/2018 S. 68

NEUROLOGIE NEWS

Restless legs Syndrom in der Schwangerschaft

(sh) In einer Kohortenstudie wurde festgestellt, dass bei mehr als einem Drittel der Schwangeren im dritten Trimenon ein Restless legs Syndrom besteht. Verbunden damit war eine erhöhte Tagesmüdigkeit, eine schlechte Schlafqualität, gegebenenfalls ist eine Eisensubstitution zu empfehlen.

NeuroDepesche 11-12/2017, 20. Jahrgang



FOTO: © pixabay

Hirnblutungen bei Marcumar und NOAK

(sh) In einer prospektiven Fallserie aus den USA wurde festgestellt, dass Patienten mit

NEUROLOGIE NEWS

einem NOAK weniger dramatische Hirnblutungen erleiden, als Patienten mit Vitamin K Antagonisten. Das Blutungsvolumen war geringer, das Ausmaß der Behinderung nach drei Monaten ebenso. In einer Metaanalyse konnten diese Ergebnisse bestätigt werden.

INFONeurologie u. Psychiatrie, November 2017, Jg.19, Nr. 11

Migräne mit Aura erhöht bei Frauen das Schlaganfallrisiko

(sh) In einer schwedischen Zwillingsstudie zeigte sich ein erhöhtes Risiko von Schlaganfällen bei Frauen, die unter einer Migräne mit Aura leiden, insbesondere bei unter 50-jährigen Patienten. Die absolute Risikoerhöhung ist allerdings gering.

INFONeurologie u. Psychiatrie, Dezember 2017, Jg.19, Nr. 12

Symptomatische Arteria vertebralis Stenose

(sh) In einer prospektiven Studie aus Großbritannien, die wegen mangelnder Rekrutierung abgebrochen werden musste, zeigte sich beim Stenting von extrakraniellen Arteria-vertebralis-Stenosen eine niedrige Komplikationsrate, ein therapeutischer Nutzen konnte allerdings dadurch nicht belegt werden, so dass nach wie vor eine individuelle Entscheidung bei betroffenen Patienten getroffen werden muss.

INFONeurologie u. Psychiatrie, Dezember 2017, Jg.19, Nr. 12

medintern

Sie finden uns auch online!



www.med-intern.com

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

Medienhaus Kastner – web & design
Natalie Beck & Stephanie Stampfer
Telefon: 084 42/9253-610
E-Mail: nbeck@kastner.de

NEUROLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag**ASS und intrakranielle Blutungen**

(sh) In einer britischen Studie konnte über 14 Jahre beobachtet werden, dass die Einnahme von niedrigdosiertem ASS zur Prävention vaskulärer Ereignisse nicht zu einem erhöhten Risiko intrakranieller Blutungen führt.

INFONeurologie u. Psychiatrie,
Januar 2018, Jg.20, Nr. 1

**Diabetes Typ 2
unter Antipsychotikagabe**

(sh) Laut einer kanadischen Metaanalyse waren metabolische Nebenwirkungen unter Olanzapin und Clozapin am häufigsten. Unter Risperidon und Quetiapin war die Evidenz nicht eindeutig.

NeuroDepesche 1-2/2018

**Rauchstopp nach TIA
oder Schlaganfall**

(sh) In der IRIS Studie konnte über fünf Jahre lang beobachtet werden, dass das 5-Jahres-Risiko einen Schlaganfall oder einen Myokardinfarkt zu erleiden, 15,7 % bei den Patienten betrug, die mit dem Rauchen aufhörten, und 22,6 % bei den Patienten, die nach einem Schlaganfall oder TIA weiter rauchten. Das entspricht einem Hazard Ratio von 0,66.

INFONeurologie u. Psychiatrie,
Januar 2018, Jg.20, Nr. 1



FOTO: © pixabay

**Vorsicht mit Benzodiazepinen
bei Alzheimer-Patienten**

(gh) Benzodiazepine und verwandte Medikamente sind mit einem um 40 % erhöhten Todesrisiko bei Alzheimer-Patienten assoziiert, so das Ergebnis einer Kohortenstudie von Saarelainen et al. Das Sterberisiko ist bereits ab Einleitung der Behandlung mit diesen Pharmaka erhöht. Sollten Benzodiazepine und deren verwandte Medika-

mente zur Beruhigung notwendig sein, wird eine möglichst kurze Einnahmedauer unter möglichst geringer Dosis empfohlen.

DMW 2/2018 S. 69

ONKOLOGIE NEWS**Stark erhöhtes Risiko für
Speiseröhrenkrebs** durch Genuss von
heißem Tee, Tabak und Alkohol

(gh) Eine Kohortenstudie aus China mit rund einer halben Million Probanden ergab, dass Menschen, die ihren Tee sehr heiß trinken und darüber hinaus Tabak und Alkohol konsumieren, ein deutlich erhöhtes Risiko für ein Ösophaguskarzinom aufweisen. Das Krebsrisiko steigt mit der Häufigkeit des Teekonsums und der Temperatur des Tees. Wer zusätzlich raucht, verdoppelt das Risiko, regelmäßiger Konsum > 15 gr/d Alkohol verfünffacht das Risiko. Der Genuss von heißem Tee, Tabak und Alkohol in Kombination treibt das Krebsrisiko im Vergleich zu Personen, die nichts der Gleichen konsumieren, über den Faktor 5 hinaus.

MMW 3/2018 S. 3

**Zwingend notwendiger Sonnenschutz
für Arbeitnehmer im Freien**

(gh) Die berufliche UV-Exposition dürfte ein deutlich erhöhtes Risiko eines Plattenepithelkarzinoms darstellen, als die Exposition außerhalb des Arbeitslebens. An einer Fall-Kontroll-Studie waren acht deutsche Universitäten beteiligt, 632 Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom wurden mit ebenso vielen Kontrollpersonen ohne Plattenepithelkarzinom verglichen. Das Erkrankungsrisiko war doppelt so hoch bei einer beruflichen UV-Belastung über der 90sten Perzentile. Die außerberufliche UV-Exposition scheint das Risiko nicht signifikant zu erhöhen – möglicherweise, weil hier eher Maßnahmen zum Sonnenschutz ergriffen werden. Angesichts dieser Daten fordern die Autoren eine bessere UV-Schutz-Strategie für Outdoor-Berufe.

MMW 3/2018 S. 3

**Risiko für Leberkrebs um mehr
als 2/3 gesenkt**

(mh) Moderne Hepatitis-C-Virus (HCV)-Therapien mit antiviral wirksamen Medikamenten (DAA) sind in der Lage, das Risiko für Leberkrebs im Vergleich zu Interferon hal-

ONKOLOGIE NEWS

tigen Behandlungen deutlich zu erhöhen. HBV- und HCV-Infektionen sind die häufigsten Ursachen des hepatozellulären Karzinoms (HCC). „Es ist naheliegend zu vermuten, dass eine erfolgreiche HCV-Therapie das HCC-Risiko eliminiert oder zumindest substanziiell senkt“, so Prof. G. Ioannou, Washington. Da jedoch viele HCV-Patienten bereits zum Therapiezeitpunkt eine fortgeschrittene Leberfibrose oder Leberzirrhose aufweisen, besteht ein gewisses Leberkrebsrisiko auch nach HCV-Eradikation fort. Nach Datenlage beträgt dies nach Interferon-haltigen Therapien ca. 1 % pro Jahr. Es zeigte sich, dass die heutigen Interferon-freien Standardtherapien das Leberkrebsrisiko nach erfolgter HCV-Heilung um 71 % absenkt. Dabei liegt das Krebsrisiko nicht höher als bei einer erfolgreichen Interferon-Therapie.

MMW 2/2018 S. 14

OPHTHALMOLOGIE NEWS**Früherkennung in der
Augenarztpraxis**

(kk) Dr. Jost Elborg, Niedergelassener Augenarzt in Wiesbaden, berichtet über Früherkennung der altersabhängigen Makuladegeneration – AMD in der Augenarztpraxis. Nach den aktuellen Ergebnissen der Gutenberg-Studie manifestieren sich Makulaveränderungen nicht erst jenseits des 55. Lebensjahrs, sondern können z.B. bereits mit 40 Jahren mit der Optischen Kohärenztomographie (OCT) in ihren Vorstufen erkannt werden. Zellularalterung im Bereich von Photorezeptoren, Pigmentepithel und Aderhaut werden deutlich, Lipofuszin nimmt zu, Drusen können auftreten. Sie können oberhalb der Bruch'schen Membran und unterhalb des retinalen Pigmentepithels in allen Altersstufen vorkommen, nehmen aber mit steigendem Lebensalter an Größe, Anzahl und Ausdehnung zu. Erst ab einer bestimmten Größe (63 µm) stellen sie nach Expertenmeinung eine AMD dar.

In der Jugend können Drusen von der Aderhaut absorbiert werden, in höherem Lebensalter nicht mehr, da die Bruch'sche Membran weniger durchlässig wird, die Aderhautgefäße verhärtet und weniger Schadstoffe abtransportieren. Bei Persistenz von Lipofuszin und Drusen gehen das darüber liegende Pigmentepithel und anschließend die Fotorezeptoren zugrunde – die AMD beginnt. Blaulicht ist im Alter gefährlicher durch Lipofuszin,

OPHTHALMOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Singulett Sauerstoff und Lipid Peroxyd, sowie freie Radikale-Produktion. Es wird durch den hohen Melaningehalt des retinalen Pigmentepithels absorbiert. Das gelbe Makulapigment ist reich an Lutein, Zeaxanthin und Meso-Zeaxanthin; es dient der Netzhaut als Lichtfilter sowie als Fänger freier Elektronen als Antioxidans.

Studien zufolge gilt eine niedrige Pigmentdichte als wesentliche Ursache der altersbedingten Makuladegeneration.

Zur Früherkennung zentraler Netzhautveränderungen hat in der Praxis die Optische Kohärenztomographie einen hohen Stellenwert zur Erkennung der Frühformen der AMD.

Ophthalmologische Nachrichten 02/2018

Medizinisch angewandeter Cannabis zur Behandlung des Glaukoms?

(kk) (Aidan Hanratty) Seit Oktober 2017 ist in Kanada 69 Produzenten die lizenzierte Herstellung von Cannabis für medizinische Anwendung erlaubt. Bereits seit 1970 ist die augendrucksenkende Wirkung bei Glaukom vermutet worden. Gerauchtes Marijuana bringt für 3 – 4 h eine augendrucksenkende Wirkung, aber der Patient braucht eine 24h Drucksenkung. Deshalb würde man gerne 6 – 8 x pro Tag rauchen. Dabei wurden als Nebenwirkungen Schläfrigkeit, Schwindel und Perceptionstörungen sowie Angst, beobachtet. Als Augentropfen angewendet, bestehen Schwierigkeiten, korrekt zu dosieren, da Natur Cannabiod Extrakte aufgrund ihrer Fettlöslichkeit und geringen Wasserlöslichkeit nur zu weniger als 5 % der applizierten Dosis das intraokulare Gewebe erreichen.

Deshalb ist Cannabis für Appetitanregung, Spasmolyse, Schmerzlinderung und zahlreiche andere Probleme geeignet. Die traditionellen, aufgrund der gegenwärtigen Forschung angewendeten Tropfen- oder chirurgischen Glaukomtherapien bleiben aber weiterhin als geeignete Behandlung des Glaukoms im Einsatz.

Euro Times, Jan. 2018, Vol. 23, Issue 1



FOTO: © pixabay

Rhegmotogene Netzhautablösung

– einer der wichtigsten ophthalmologischen Notfälle (unbehandelt führt sie meist zur Erblindung)

(kk) N.E. Bechrakis – A. Dimmer Univ. Augenkl. u. Optometrie, Medizinische Univ. Innsbruck - Österreich.

Für die Entstehung einer rhegmotogenen Ablatioretinæ sind Myopie, Alter und Geschlecht, aber auch Zustand nach Unfällen oder operativen Therapien als Ursachen bekannt. Insbesondere nach Netzhautablösung eines Auges besteht für das zweite Auge 100-fach erhöhtes Risiko, ebenfalls an einer rhegmotogenen Netzhautablösung zu erkranken. Periphere Netzhautdegenerationen mit vitreoretinaler Adhärenz stellen ebenfalls ein erhöhtes Ablatorisiko dar, weshalb prophylaktische Laserkoagulation auch am Partnerauge empfohlen wird.

Erbliche Erkrankungen des Collagenstoffwechsels – hereditäre Vitreoretinopathien sind mit einem erhöhten Risiko für rhegmotogene Ablatio assoziiert. Insbesondere die familiäre exudative Vitreoretinopathie bei Morbus Eales und Morbus Coats, sowie Frühgeborenenretinopathie haben ein deutlich erhöhtes Risiko zumeist traktiver Netzhautablösungen.

Es ist bekannt, dass Netzhautablösungen mit abgehobener Fovea eine schlechtere zentrale visuelle Rehabilitation zu Folge haben und das Zeitfenster der fovealen Ablösung ein Einfluss auf das Endergebnis des Visus hat. Aus diesem Grund sollten praeoperativ Patienten mit rhegmotogener Netzhautablösung mit noch anliegender Netzhautmitte Bettruhe einhalten, da dadurch eine Stabilisierung des Ausmaßes der Netzhautablösung erzielt wird. Präoperative Aktivitäten des Patienten, wie beispielsweise Mahlzeiten und Toilettengang führen zur stetigen Progression der Netzhautablösung, weshalb bei noch anliegender Fovea, Leseverbot und Bettruhe mit entsprechender Lagerung, auch beim Transport des Patienten in ein operatives Zentrum berücksichtigt werden sollten. Das größte Risiko für eine Progression besteht bei Ablationen der superotemporalen Quadranten.

Der Ophthalmologe/Band 115/
Heft 2/Februar 2018

Neue aktuelle und zukünftige Therapieoptionen in der Behandlung des trockenen Auges

(kk) Prof. E. M. Messmer Augenkl. u. Optometrie, Ludwig-Maximilians-Universität, München berichtet über neue aktuelle und zukünftige Therapieoptionen in der Behandlung des

trockenen Auges. Das trockene Auge ist eine multifaktorielle Erkrankung der Augenoberfläche. Sie ist gekennzeichnet durch einen Verlust der Homöostase des Tränenfilms verbunden mit okularen Symptomen.

Ursächlich dafür sind Instabilität und Hyperosmolarität des Tränenfilms, Entzündung und Schädigung der Augenoberfläche, sowie neuronale Störungen. Zur Behandlung werden Tränenfilmersatz, Tränenfilmstimulation und antientzündliche Therapien eingesetzt, bei denen auch topisch Corticosteroide als Kurzzeittherapie etabliert sind. Ebenso werden 0,1 % kationisches Ciclosporin, sowie der LFA-1 (lymphocyte function-associated antigen-1)-Antagonist Lifitegrast (Xiidra), durch den die T-Zellaktivierung reduziert und somit die Entzündung unterdrückt wird, eingesetzt. Auch Tacrolimus hat ein ähnliches immunsupprimierendes Potenzial, ist aber als Augentropfen derzeit nicht im Handel.

Medikamente zur Beeinflussung der cornealen Innervation und neue Methoden zur Behandlung der Meibom-Drüsen Dysfunktion stehen bereits jetzt bzw. in der nahen Zukunft zur Verfügung.

Eine komplett neuartige Behandlungsstrategie: die nasale Neurostimulation durch chemische oder mechanische Reize und ein intranasales Gerät dafür, bestehend aus einem wieder aufladbaren Handgerät und 1 x Tips mit Hydrogel zur Stimulation des Nervus ethmoidalis anterior durch den Patienten, ist seit April 2017 in den USA zugelassen (True-tear). Derzeit vollzieht sich eine Entwicklung von der alleinigen Tränenersatztherapie mit viskositätsverbessernden Substanzen, wie Carboxymethylcellulose, Dextran, Hyaluronsäure, HP-Guar, Hydroxypropylmethylcellulose, sowie lipidhaltigen Tränenersatzmitteln über Tränenfilmstimulation, antientzündliche Therapie und neuronale Therapie, die auf die Innervation der Hornhaut Einfluss nimmt.

Der Ophthalmologe/Band 115/
Heft 2/Februar 2018

PÄDIATRIE NEWS

Episodische Syndrome: Migräne-Äquivalente im Kindesalter

(ub) Die episodischen Syndrome zyklisches Erbrechen, abdominale Migräne, benigner paroxysmaler Schwindel des Kindesalters und benigner paroxysmaler Torticollis des Säuglingsalters werden als Migräne-Äquiva-

PÄDIATRIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

lente gewertet, wenn die Symptome in einer Häufigkeit von mindestens 5 Attacken auftreten und nicht auf eine andere, organisch fassbare Ursache zurückzuführen sind. Die Kenntnis der Krankheitsbilder entlastet Eltern und Patienten, vermeidet Überdiagnostik und „doctor hopping“. Die Erkrankungen sind prognostisch günstig und selbstlimitierend, der Übergang in eine Migräne des Erwachsenenalters ist selten.

Zyklisches Erbrechen: Die Erkrankung beginnt im Kleinkind- und Vorschulalter und kann bis zum zehnten Lebensjahr persistieren, in Einzelfällen auch länger. Es treten stereotyp, patientenspezifische Episoden mit starker Übelkeit und Erbrechen auf, diese Attacken haben mindestens eines der folgenden Charakteristika: mindestens 4x Erbrechen pro Stunde, Dauer der Attacken 1 Stunde bis 10 Tage, Abstand zwischen den Attacken mindestens 1 Woche, im Intervall treten keine anderen gastrointestinalen Symptome auf.

Abdominelle Migräne: Die Erkrankung tritt im Grundschulalter mit einem Häufigkeitsgipfel im zehnten Lebensjahr auf. Der Bauchschmerz weist mindestens 2 der folgenden Charakteristika auf: Lokalisation in der Mittellinie, periumbilikal oder schlecht zu benennen, dumpfer Charakter oder einfach nur als Schmerz zu beschreiben, mittlere bis starke Schmerzintensität. Mindestens 2 der folgenden Symptome treten auf: Inappetenz, Übelkeit, Erbrechen, Blässe (dunkle Augenringe). Die Beschwerden halten 2 – 72 Stunden an.

Benigner paroxysmaler Schwindel: Die Erkrankung beginnt im dritten bis fünften Lebensjahr und zeigt im Alter von acht bis zehn Jahren eine Spontanremission. Der Schwindel tritt ohne Vorwarnung mit einem Intensitätsmaximum am Beginn der Attacke auf, nach Minuten bis Stunden klingen die Beschwerden spontan ab. Ein Bewusstseinsverlust tritt nicht auf. Während des Schwindelanfalls besteht mindestens eines der folgenden Symptome: Nystagmus, Ataxie, Erbrechen, Blässe, Angst. Im Intervall sind die neurologischen, audiometrischen und vestibulären Befunde regelrecht.

Benigner paroxysmaler Tortikollis des Säuglingsalters: Die Erkrankung manifestiert sich bei Säuglingen im Alter von zwei bis acht Monaten und tritt meist in monatlichen Abständen auf. Leitsymptom ist eine plötzliche Kopfschiefhaltung, die nach Minuten bis Tagen spontan abklingt. Während der Attacke tritt mindestens eines der folgenden Symptome auf: Blässe, Irritabilität, Unwohlsein, Erbrechen, Ataxie. Im Intervall sind die Säuglinge beschwerdefrei. Episodische Syndrome sind therapeutisch

vor allem durch Aufklärung über das Krankheitsbild und über die Möglichkeiten eines episodengerechten Verhaltens (Abschirmung, Ruhe, Schlaf) zu managen. Eine medikamentöse Therapie erfolgt nur, wenn Verhaltensmaßnahmen nicht ausreichen.

Kinder- und Jugendarzt 1/18

Nicht-operative Therapie der Appendizitis

(ub) Die akute Appendizitis tritt in allen Altersgruppen mit einem Häufigkeitsgipfel zwischen 4 und 25 Jahren auf. Zunehmend gibt es Berichte über ein nicht-operatives Therapiemanagement mit der systemischen Gabe von Antibiotika, um den Patienten die Operation zu ersparen. Eine Auswertung der Daten von 99.001 Kindern von 2010 bis 2016 zeigte folgende Ergebnisse: Die konservative Therapie der unkomplizierten Appendizitis mit Gabe von Antibiotika erfolgte zunächst bei 6 % aller Kinder, von denen mussten aber 46 % nachfolgend doch noch einer Appendektomie unterzogen werden. Damit wurden insgesamt rund 97 % der Kinder appendektomiert. Das Vorhandensein eines Appendikolithen gilt als größter Prädiktor für das Versagen des nicht-operativen Therapiemanagements. Obwohl die konservative Therapie der unkomplizierten Appendizitis häufiger durchgeführt wird als noch vor 7 Jahren, gibt es nach wie vor keine ausreichenden Daten, um eine exakte Indikation zu formulieren oder eine klare Empfehlung zu geben. Nach wie vor gilt es, im Zweifelsfall eher die Entfernung des Blinddarms zu empfehlen.

Monatsschrift Kinderheilkunde 12/2017

Reizdarm bei Kindern und Jugendlichen ein häufiges Problem

(mh) Funktionelle Bauchschmerzen sind in jungen Jahren außerordentlich häufig. Sie beeinträchtigen die Lebensqualität erheblich und führen zu häufigen Schulfehltagen. Es muss davon ausgegangen werden, dass 6-14 % der Kinder und 22-35 % der Jugendlichen unter einem Reizdarmsyndrom (RDS) leiden. In einer italienischen Studie wurde der Krankheitsverlauf über 2 Jahre an 83 Kindern beobachtet. Bei 34 (41 %) fand sich ein RDS mit Obstipation und bei 26 (31,3 %) ein RDS mit Durchfällen. 23 (27,7 %) wiesen eine Mischform auf. 47 (56,6 %) der Patienten erhielt keinerlei Medikation. 24 (28,9 %) erhielten Probiotika, 9 (10,8 %) Polyethylenglykol und 3 (3,6 %) Trimebutin. Eine Kontrolluntersuchung erfolgte nach 24 Monaten mit Evaluation über einen Frage-

bogen. 48 (57,8 %) der Probanden hatten keinerlei Symptome und Anzeichen eines RDS mehr aufgewiesen. Dabei war kein Unterschied zwischen beiden Geschlechtern oder den verschiedenen RDS-Subtypen.

Wegen der geringen Fallzahl konnte für keine der medikamentösen Therapien ein signifikanter Einfluss festgehalten werden.

MMW 1/2018 S. 36



FOTO: © pixabay

Pyelonephritis im Kindesalter: neue Strategien

(ub) Eine größere Aufmerksamkeit für Harnwegsinfektionen im Kindesalter und neue Studienergebnisse haben in den letzten Jahrzehnten zu einer Optimierung der therapeutischen Strategien geführt. In den aktuellen Leitlinien zeichnet sich ein internationaler Trend zur Konsensfindung ab. Ihnen allen gemeinsam sind folgende Handlungsempfehlungen:

Zur Diagnostik der Pyelonephritis ist neben der klinischen Untersuchung und den Entzündungsparametern die initiale Gewinnung der Urinkultur erforderlich. In den aktuellen Leitlinien gehört die Sonografie der Nieren und ableitenden Harnwege zur Basisdiagnostik bei fieberhaften Harnwegsinfekten des Säuglings- und Kleinkindalters. In den aktuellen Leitlinien gehört die Sonografie zur Basisdiagnostik bei fieberhaften Harnwegsinfekten des Säuglings- und Kleinkindalters.

Die radiologische oder sonografische Refluxdiagnostik bleibt denjenigen Kindern vorbehalten, bei denen angesichts klinischer Kriterien oder sonografischer Auffälligkeiten ein behandlungsbedürftiger vesiko-uretraler Reflux wahrscheinlich ist. Bei Früh- und Neugeborenen sowie Kindern mit obstruktiven Uropathien wird eine Pyelonephritis primär als kompliziert eingestuft, da diese Kinder besonders für eine Urosepsis gefährdet sind. Eine komplizierte Pyelonephritis liegt auch bei folgenden Risikofaktoren vor: Nieren- und Harntrakt-

PÄDIATRIE NEWS

fehlbildung, dilatierender vesikoureteraler Reflux, Urolithiasis, neurogene Blasenfunktionsstörung, Immundefizienz, Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, transurethraler Katheter, Nierentransplantation.

In den ersten 3 Lebensmonaten erfolgt die Antibiotikatherapie bei der Pyelonephritis initial parenteral (Aminoglykosid + Ampicillin oder Cefotaxim + Ampicillin) bis mindestens 2 Tage nach Entfieberung, anschließend weiter oral nach Antibiotogramm für insgesamt 10 bis 14 Tage.

Die unkomplizierte Pyelonephritis jenseits des frühen Säuglingsalters wird initial mit oraler Antibiose (Cephalosporin Gruppe 3 oder Amoxicillin + Clavulansäure) therapiert, nach Erhalt des Antibiotogramms gegebenenfalls korrigiert und für insgesamt 7 – 10 Tage antibiotisch behandelt. Die komplizierte Pyelonephritis wird anfangs parenteral mit Aminoglykosid + Ampicillin oder Piperacillin/Tazobactam oder Cefotaxim + Ampicillin behandelt, frühestens 2 Tage nach Entfieberung wird die Therapie nach Antibiotogramm oral weitergeführt, die gesamte Therapiedauer beträgt 10 - 14 Tage.

Nach fieberhaftem Harnwegsinfekt kommt es in über 20 % der Fälle zu einem Rezidiv, oft innerhalb der folgenden 3 Monate. Deshalb müssen die Eltern darüber aufgeklärt werden, dass bei zukünftigen Fieberepisoden ein erneuter Harnwegsinfekt innerhalb von 48 Stunden abgeklärt werden soll.

Die Indikation zur antibakteriellen Infektionsprophylaxe wurde erheblich eingeschränkt. Zu den Risikokindern, die von einer antibiotischen Reinfektionsprophylaxe profitieren, gehören Säuglinge und Kleinkinder mit hochgradigem vesikoureteralen Reflux, mit obstruktivem Megaureter und mit häufig rezidivierenden Pyelonephritiden.

Monatsschrift Kinderheilkunde 1/2018

Inhalationen mit Kortikosteroiden bei asthmakranken Kindern

bewirken keine erhöhte Frakturrate

(gh) Anhand einer Studie aus Kanada konnte nachgewiesen werden, dass asthmakranke Kinder, die eine Therapie mit einem inhalativen Kortikosteroid (ICS) erhielten, keineswegs eine erhöhte Frakturrate aufwiesen. Weder eine laufende noch zurückliegende ICS-Therapie wirkte sich auf die Frakturrate aus.

Unter einer systemischen Steroid-Therapie war das Frakturrisiko dagegen um 17% erhöht.

MMW 21-22/2017 S. 3

PNEUMOLOGIE NEWS

Leistungsfähigkeit von COPD-Patienten mit dem Sit-to-stand-Test ermitteln

(gh) Er ist ungemein leicht durchzuführen, benötigt praktisch keinen Platz und zeigt eine hervorragende Validität und Sensitivität z.B. auf Veränderungen bei COPD-Patienten nach einer Reha: der Sit-to-stand-Test (STST). Im sogenannten 1-Minuten-STST wird geprüft, wie oft der Patient mit über der Brust gekreuzten Armen binnen einer Minute von einem Stuhl aufstehen kann. Bei einer Variante des Tests wird geprüft, welche Zeit der Patient benötigt, um eine vorgegebene Anzahl von Aufstehbewegungen durchzuführen. Im 5-Wiederholungen-STST wird der Aspekt der Kraftfähigkeit und Koordination geprüft, hingegen beim 1-Minuten-STST die Kraftausdauer und die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit. Beim 5-Wiederholungen-STST geht man von einer Verbesserung aus, wenn die Testdauer um 1,7 Sekunden reduziert ist. Beim 1-Minuten-STST liegt eine Besserung ab einer Steigerung um drei Wiederholungen vor. Sollten im 1-Minuten-STST weniger als 12 Wiederholungen geschafft werden, liegt ein signifikant erhöhtes 2-Jahres-Mortalitätsrisiko vor. Wer mehr als 20 Aufstehbewegungen schafft, hat eine deutlich positivere Prognose. Ungeeignet ist der STST für Patienten, die nur mit fremder Hilfe aufstehen können.

Der STST ist rasch absolviert, benötigt kein teures Equipment (Stuhl und Stoppuhr), unterliegt keinem Lerneffekt und testet die alltagsnahe funktionelle Leistungsfähigkeit mit klinisch relevanter Aussage.

MMW 3/2018 S. 3

Duale Bronchodilatation (LAMA/LABA)

zur Therapie der COPD setzt sich durch

(mh) „Wir wissen, dass wir mit der dualen Bronchodilatation eine FEV1-Zunahme von 300-350 ml erreichen können“, erklärt Prof. Marek Lommatzsch, Rostock. Außer einer Erweiterung der Atemwege kommt es zu einer Entblähung der Lunge bis zu 700 ml. Folglich kann der Patient wieder besser durchatmen und wird belastbarer. Laut CLAIM-Studie kommt es infolge der Entblähung zu einem positiven Effekt auf das Herz. Nach Therapie mit einem dualen Bronchodilatator (Indacaterol/Glycopyrronium: 110/50 µg/d) wurde nach vierzehn Tagen eine Verminderung des enddiastolischen Volumens von 10,27 ml mittels der Magnetresonanztomographie ermittelt. Nach Lommatzsch zeigt die Studie, dass mit einer dualen inhalativen Therapie die Herzleistung gesteigert werden kann.

MMW 3/2018 S. 65

UROLOGIE NEWS

HWI: Experten empfehlen Immunprophylaxe statt Langzeitantibiose

(kh) Als Alternative zur Langzeitantibiose bei rezidivierenden bakteriellen Harnwegsinfekten (HWI) hat sich die Immunprophylaxe mit „StroVac“ bewährt. Die Impfung entfaltet ihre Wirkung auf immunologischem Weg. Bakterielle Resistenzplasmide haben darauf keinen Einfluss. StroVac immunisiert gegen die fünf häufigsten Erreger bakterieller HWI (Escherichia Coli, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae, Enterococcus faecalis, Morganella morganii). Die Vakzine verhindert zuverlässig Rezidive, die Nebenwirkungen beschränken sich auf vorübergehende Impfreaktionen. Die Grundimmunisierung erfolgt durch jeweils drei intramuskuläre Injektionen innerhalb von vier Wochen. Nach ungefähr zwölf Wochen sollte eine Auffrischimpfung erfolgen. Weitere Booster sind nach klinischem Bedarf möglich.

Die Wirksamkeit und Verträglichkeit von StroVac sind durch acht klinische Prüfungen und vier Anwendungsbeobachtungen bei insgesamt 3332 Patienten dokumentiert: Je nach Studie senkt die Immunisierung die Rezidivrate um 50-80 %. Die Zahl der Patienten, die im Studienverlauf infektfrei blieben, lag zwischen 60 und 89 %.

Besonders eindrucksvoll waren die Ergebnisse einer randomisierten und kontrollierten Studie von 400 Patienten mit Harnwegsinfekten und Bakteriurie. Rund die Hälfte von ihnen erhielt drei StroVac Impfungen, die andere Hälfte wurde bei Bedarf antibiotisch behandelt. In der Impfgruppe traten innerhalb von 12 Monaten 28 HWI bei 23 Patienten auf, in der Antibiotikagruppe kam es dagegen zu 84 HWI bei 47 Patienten. Die Unterschiede waren statistisch signifikant.

URO-NEWS. 2018; 22, S.61 Grischke EM et al. Urol.Int. (1987) 42; 338-41

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 Hunner-Läsionen. 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“ (Pentosanpo-

UROLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

lyphosphat, PPS) zur Behandlung dieses Blaseschmerz-Syndroms (BPS) zugelassen und wird von der Dr. R. Pfleger 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 Hista-

min, wodurch sich die Entzündung als Begleit- und Folgeerscheinung der Erkrankung reduziere.

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

Auch rezidivierende Harnwegsinfekte nicht mit Antibiotika behandeln

(mh) Auf Grund von steigender Prävalenz multiresistenter Erreger rät die aktuelle S3-Leitlinie zur Therapie und Prophylaxe rezidivierender Harnwegsinfekte (HWI) vom unge-

zielten Einsatz von Antibiotika ab. Es sollten vielmehr die natürliche Therapie mit D-Mannose z.B. Femannose® N, deren Effektivität gut belegt ist, zum Einsatz kommen. Die Wirkung beruht auf der Tatsache, dass sich die Fimbrien des für 90% der Harnwegsinfekte verantwortlichen Bakteriums Escherichia coli nicht mehr an das Epithel der Harnwege, sondern an den Einfachzucker binden. Mit diesen werden sie bei der Miktion ausgeschieden, eine Resistenzentwicklung entfällt.

MMW 1/2018 S. 72

Der aktuelle **BUCHTIPP**

Petra Neumayer

Kompakt-Ratgeber

Erste Hilfe bei Hitzewallungen & Co.

Heilpflanzen, Superfood und bioidentische Hormone gegen Wechseljahresbeschwerden

Hormone steuern unser ganzes Leben und die Fruchtbarkeitszyklen. Sie beeinflussen Wohlbefinden, Gefühlslieben und Aussehen. Besonders während der Umstellung in den Wechseljahren zeigen sie ihre Macht: Zwei Drittel aller Frauen zwischen 45 und 60 Jahren sind von Symptomen wie Hitzewallungen, Schlafentzug, Konzentrationsstörungen, depressiver Verstimmung oder trockenen Schleimhäuten betroffen.

Doch das Klimakterium wird auch von einem inneren Wandel begleitet, der das Tor zur zweiten Lebenshälfte öffnet. So wie jede Frau einzigartig ist, verlaufen auch die Wechseljahre individuell verschieden. Es gibt sehr viele Möglichkeiten, den Hormonhaushalt auf natürliche Weise ins Gleichgewicht zu bringen, das Wohlbefinden zu verbessern und Beschwerden zu lindern, um die Zeit dieses Übergangs vital und bewusst zu erleben.

Petra Neumayer vermittelt den Leserinnen praktisches Hintergrundwissen und stellt eine umfassende Palette an ganzheitlichen Methoden und Mitteln vor:

- **Östrogen, Progesteron & Co. – Basiswissen über das Hormonsystem**
- **Natürlich Beschwerden lindern mit Phytotherapie, Hildegard-Medizin, Homöopathie, Schüßler-Salzen, Hormonyoga, bioidentischen Hormonen, Ayurveda, TCM & Co.**
- **Clean Eating und Superfood – gesund und befreit durch richtige Ernährung**



Petra Neumayer – **Erste Hilfe bei Hitzewallungen & Co.**

1. Auflage 2018, Klappenbroschur, durchgehend farbig, 127 Seiten, Format: 165mm x 118mm, € 8,99
ISBN 9783863744359 · Mankau Verlag GmbH · Postfach 1322 · D-82413 Murnau am Staffelsee

Tel.: (0 88 41) 62 77 69-0 · Fax 62 77 69-6 · E-Mail: kontakt@mankau-verlag.de · Web: www.mankau-verlag.de

PHARMA NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Gibt es negative gesundheitliche Folgen durch zu häufige Einnahme von Protonenpumpeninhibitoren?

(gh) Protonenpumpeninhibitoren (PPI) sind nicht verschreibungspflichtig. Die Einnahme erfolgt häufig bei Indikationen, für die PPI weder jemals getestet noch die Wirksamkeit bewiesen wurde. Sie gehören zu den am häufigsten verordneten Medikamenten in Deutschland und auch in den USA. In einer epidemiologischen Untersuchung fanden Xie und Mitarbeiter (University in St. Louis), dass bei Langzeiteinnahme (über ein Jahr) von PPI eine um rund 50 % höhere Mortalität besteht. Außerdem fanden sie negative inotrope Effekte für das Herz. Das Risiko für eine erhöhte Sterblichkeit bei PPI-Einnahme korreliert mit der Dauer PPI-Einnahme. Weitere nachteilige Wirkungen der PPI sind Pneumonie bei Intensivpatienten, chronische Niereninsuffizienz, vermehrte Frakturen und Clostridium-difficile-Infektionen.

DMW 21/2017 S. 1571

LDL-Cholesterin-Zielwerte werden häufig verfehlt

(gh) In den Leitlinien zum Management von Fettstoffwechselstörungen der Europäischen Kardiologie- und Atherosklerose-Gesellschaften (ESC, EAS) gilt die effektive LDL-Cholesterinsenkung von < 70 mg/dl als primäres Ziel der Intervention. Das KHK-Risiko steigt mit der Höhe der LDL-Werte und mit der Zeitdauer einer Hypercholesterinämie. Weniger als die Hälfte der Hochrisikopatienten mit Hypercholesterinämie erreicht jedoch die geforderten LDL-Zielwerte mit

einer Statin-Monotherapie. Prof. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Berlin berichtet, dass in einer Querschnittstudie mit über 1000 Patienten nur 45,8 % den Zielwert von < 100 mg/dl und nur 9,9 % den Zielwert < 70 mg/dl unter der Monotherapie mit einem Statin erreichten. Wenn weder durch Lebensstilmodifikationen und konsequenter Therapie mit Statinen keine befriedigende LDL-Absenkung erreicht werden, sollte nach höchster tolerierbarer Wirkstoffmenge von Statinen die Therapie mit Cholesterin-Resorptions-Hemmern (Ezetimib) ergänzt werden. „Die Kombination Ezetimib plus Atorvastatin erreicht mit einer Dosis von 10/10 mg eine um 50 % höhere Reduktion des LDL als die Monotherapie mit 80 mg Atorvastatin“, so Prof. Harald Darius, Berlin. Somit konnte eine relative Risikoreduktion für kardiovaskuläre Ereignisse von bis zu 19 % erreicht werden.

DMW 21/2017 S. 1573

Erhöhte Konzentrationen von Valsartan im Berliner Trinkwasser

(gh) Berliner Behörden schlagen Alarm wegen bedenklich hoher Konzentrationen von Valsartan im Trinkwasser. Sie appellieren an die Ärzte, ihre Verschreibungspraxis anzupassen, nachdem Dr. Claudia Simon vom Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSO) diese Antihypertensiva im Trinkwasser ermittelte. Valsartan ist ein hochpotentes Antihypertonikum. Das hydrophile Molekül ist schlecht abbaubar. Das Berliner Trinkwasser wird hauptsächlich über Uferfiltration, also als Oberflächenwasser gewonnen.

MMW 19/2017 S. 8

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

WEBDESIGN

Wir gestalten auch Ihre Homepage: Medienhaus Kastner – web & design · Natalie Beck und Stephanie Stampfer
Telefon: 08442/9253-610 · E-Mail: nbeck@kastner.de · www.kastner.de/webdesign

ZERTIFIZIERTE FORTBILDUNG

IN ZUSAMMENARBEIT MIT DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER
Folge 1/18

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 23/2018



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. Die folgende Antwort ist falsch:**
 - A) Säuglinge unter 3 Monaten sind besonders gefährdet, eine Urosepsis zu entwickeln.
 - B) Bei jeder Pyelonephritis im Säuglingsalter soll eine radiologische Refluxdiagnostik erfolgen.
 - C) Bei der unkomplizierten Pyelonephritis des Kleinkindalters kann die initiale Antibiotikatherapie oral erfolgen.
 - D) Die Harntrakt-Sonografie gehört zur Basisdiagnostik der Pyelonephritis.
 - E) Eine Urinkultur mit Antibiotogramm soll bei jedem fieberhaften Harnwegsinfekt erfolgen.
- 2. Welche Frage stimmt? Eine Prävention von Schlaganfall bei Vorhofflimmern mit Antikoagulation ...**
 - A) entfällt bei Hochbetagten.
 - B) bringt keine Risiko-Reduktion für Schlaganfall im höheren Alter.
 - C) erfährt für Rivaroxaban ein um 41% reduziertes Risiko für Schlaganfälle gegenüber Warfarin.
 - D) ist der Erhalt der Unabhängigkeit, Lebensqualität und Symptomenkontrolle für den Patienten als oberstes Ziel anzusetzen.
 - E) muss die Nutzen-Risiko-Bilanz für Vitamin K-Antagonisten mit einbeziehen.
- 3. Welche Antwort ist falsch? Die Riesenzellarteriitis ...**
 - A) ist eine Notfallsituation und bei Verdacht sofort zu therapieren.
 - B) führt häufig zu einem permanenten Visusverlust.
 - C) ist zumeist mit temporalen Kopfschmerzen verbunden.
 - D) sollte nicht mit Prednisolon therapiert werden.
 - E) ist mit einem Breitbandantibiotikum hochdosiert zu behandeln.
- 4. Welche Antwort ist richtig? Die Rate für einen akuten Myocard-Infarkt (AMI) ...**
 - A) ist während einer Influenza B Infektion deutlich erhöht.
 - B) ist abhängig von der Impfung gegen Influenza.
 - C) wird entscheidend von der Immunkompetenz der Impflinge beeinflusst.
 - D) ist abhängig von einem unzureichenden Antigen-spektrum.
 - E) weist keinerlei Steigerung während einer Grippe-Erkrankung auf.
- 5. Welche Antwort ist richtig? Der Sit-to-stand-Test bei COPD ...**
 - A) ist nur bei groben Veränderungen von Nutzen.
 - B) ist nur für Patienten unter 40 Jahren anwendbar.
 - C) kann nur unter verstärktem Personal-Einsatz durchgeführt werden.
 - D) ist von hervorragender Validität und Sensitivität.
 - E) erfordert ein aufwändiges Equipment.
- 6. Welche Antwort stimmt? Die duale Bronchodilatation zur Therapie der COPD ...**
 - A) sollte besser durch Kombination eines Bronchodilators mit ICS erfolgen.
 - B) setzt sich immer mehr durch wegen der Zunahme der FEV1 unter dieser Therapie.
 - C) sollte wegen erhöhter Nebenwirkungen (Pneumonie) unterbleiben.
 - D) hat negative Wirkung auf das Herz.
 - E) führt zu einem Anstieg des enddiastolischen Volumens des Herzens.
- 7. Welche Antwort stimmt? Bei rezidivierenden Harnwegsinfekten ...**
 - A) sollte konsequent mit einem Breitbandantibiotikum therapiert werden.
 - B) darf nur nach Austestung mit einem Antibiotikum behandelt werden.
 - C) wird in der Regel mit Antibiotika-Kombinationen therapiert.
 - D) ist eine Langzeittherapie mit Antibiotika erforderlich.
 - E) sollte eine natürliche Therapie mit D-Mannose zum Einsatz kommen.
- 8. Welche Antwort ist richtig? Die Sepsis ...**
 - A) geht seit Jahren zahlenmäßig zurück.
 - B) kann wegen potenterer Antibiotika heute klar besser therapiert werden.
 - C) ist auch heute noch häufigste Todesursache auf deutschen Intensivstationen.
 - D) verursacht stetig sinkende Behandlungskosten.
 - E) darf erst nach Austestung mit einem Antibiotikum behandelt werden.
- 9. Welche Antwort stimmt? Eine Sepsis-Behandlung ...**
 - A) besteht aus Infusionstherapie zur Stabilisierung des Kreislaufs und sofortiger Gabe eines Breitbandantibiotikums.
 - B) schließt eine hochdosierte Prednisolon-Gabe ein.
 - C) ist bei Auftreten von Organfunktionsstörungen zu unterbrechen.
 - D) erfordert keine intensive Überwachung des Patienten.
 - E) schließt hochdosierte O₂-Gabe mit ein.
- 10. Welche Antwort stimmt? Die bariatrische Magenbypass-OP ...**
 - A) zeigt nur bei älteren Patienten gute Ergebnisse.
 - B) führt vorübergehend zu Erfolgen.
 - C) hat keinen Einfluss auf einen stehenden Diabetes mellitus.
 - D) führt zu verblüffenden Therapieerfolgen für Gewicht, Hypertonus und bestehendem Diabetes mellitus.
 - E) führt in der Regel zu schlechterer Essdisziplin der Patienten.

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. 1/2018

	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

PAVK! Der entscheidende Risikomarker für Herzinfarkt und Schlaganfall!

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

Quelle: getABI-Studie | www.getabi.de



Jetzt PAVK-Screening mit dem boso ABI-system!

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



boso

BOSCH + SOHN
GERMANY

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

Lassen Sie sich informieren und exklusiv beschenken:

Über Wichtiges und Neues kurz, aktuell und umfassend informiert werden

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

Sich nebenbei noch mit exklusiven, druckeigenen Broschüren beschenken lassen

ABONNEMENT

Per Fax:

08442 / 22 89

medintern

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

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

Name, Anschrift:

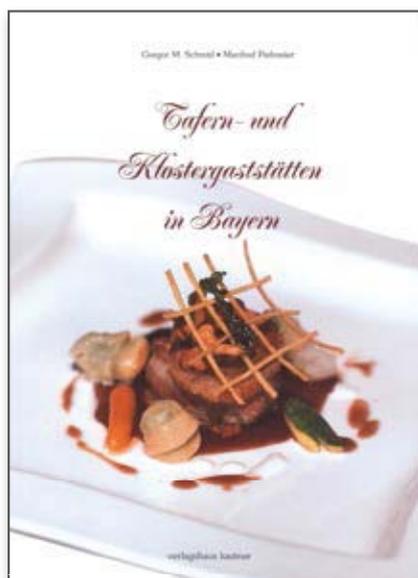
IBAN:

BIC:

Praxis (Stempel)

Unterschrift

Tafern- und Klostergaststätten in Bayern



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

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

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

Das Ambiente prägt den Geschmack des Essens mit.

46 Gasthöfe auf 160 Seiten



Ihre Prämie!

Das Gespenst der Datenschutz-Grundverordnung geistert momentan in zahlreichen Fachmedien für verschiedene Branchen. Die einschlägigen Zeitschriften und Internetportale für Ärzte schweigen sich allerdings weitestgehend zu diesem Thema aus. Das ist unverständlich, weil ja gerade die Ärzte mit den hochsensibelsten Daten tagtäglich zu tun haben und zum 25.05.2018 die neuen und auch die alten Vorgaben umgesetzt haben müssen, weil die Verstöße ab diesem Zeitpunkt unter Strafe (Geldbuße in Höhe von 4% des jährlichen Praxisumsatzes) gestellt sind.

Nun, was muss jeder Arzt ob alleine oder mit anderen Ärzten in einer Praxis zum neuen Datenschutz wissen: Das Ziel der neuen Vorschriften ist es, die Transparenz für die Verbraucher/Patienten zu schaffen. Sie sollen wissen, welche Daten von Ihnen wo und wofür gespeichert und verwendet werden. Um das zu gewährleisten, müssen Sie ab dem 25.05.2018 Ihre Patienten darüber informieren, wie die Patientendaten in Ihrer Praxis verarbeitet und Datenschutzerfordernungen erfüllt werden. Folgende Informationen sollen frei zugänglich (z.B. im Wartezimmer und/oder am Empfang) für Patienten in der Praxis vorgehalten werden:

- Name und Kontaktdaten der Praxis
- Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten (Pflicht bei Praxen mit mehr als 10 Mitarbeitern, die mit Patientendaten zu tun haben)
- Zwecke der Datenverarbeitung (z. B. Terminvereinbarung, Abrechnung, Verordnungen, Übermittlung an andere Leistungserbringer, etc)
- Mögliche Empfänger der Daten (z.B. Kassenärztliche Vereinigung, Prüfungseinrichtung)
- Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung
- Aufklärung über die datenschutzrechtliche Ansprüche des Patienten (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung, Widerspruchsrecht, Datenübertragung)
- Recht des Patienten auf Widerruf der Einwilligung in die Datenspeicherung
- Recht des Patienten auf die Beschwerde beim Datenschutzbeauftragten

Sollten Sie also Daten von Patienten speichern, ohne deren Einwilligung nachweisen zu können oder innerhalb von 4 Wochen die Patientenanfrage über die Art der von ihm in Ihrer Praxis gespeicherten Daten und den Zweck deren Verarbeitung nicht beantworten können, müssen Sie mit einer Überprüfung der Einhaltung der Datenschutzvorgaben durch den Datenschutzbeauftragten des Landes rechnen. In Bayern werden bereits jetzt Briefe an Unternehmen verschickt, die sich nach dem Stand der Umsetzung der DS-GVO erkundigen. Um die Auskunft über die Patientendaten überhaupt geben zu können, müssen Sie in Ihrer Praxis einen Verzeichnis der verarbeitender Tätigkeiten führen, aus dem hervorgeht:

- Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen und seines Vertreters (ggfl. auch Datenschutzbeauftragten)
- Zweck der Datenverarbeitung
- Kategorisierung der betroffenen Personengruppen (Patienten, Arbeitnehmer)
- Kategorisierung weiterer Empfänger der Daten (z.B. Kassenärztliche Vereinigung, PVS)
- Kategorisierung der Daten (von allgemein zugänglichen wie Adresse bis zu hochsensiblen wie z.B. Diagnosen, Behandlungsdaten)
- Lösungsfristen für einzelne Datenkategorien
- Maßnahmen der Datensicherheit

Die oben aufgeführten Vorgaben müssen ab 25.05.2018 erfüllt sein. Denn ab diesem Tag kann sich jeder Patient und/oder (Ex)Mitarbeiterin um die Auskunft über die Datenverarbeitung Ihrer Daten bitten. Sofern Sie diese Auskunft innerhalb von 4 Wochen nicht geben können, darf diese Person sich bei offiziellen Stellen beschweren. Auf die Beschwerde hin muss dann ein Prüfverfahren gegen Ihre Praxis eingeleitet werden, in dem die Einhaltung der Datenschutzvorschriften geprüft wird. Wenn Sie also nicht zumindest in groben Zügen mit den Anforderungen auseinandersetzen, droht Ihnen eine empfindliche Geldbuße. Daher müssen Sie sich jetzt mit diesem Gespenst auseinandersetzen, ob Sie nun wollen oder nicht. Gerne stelle ich Ihnen Vorlagen zur Verfügung, mit denen Sie das Thema schnell und sicher in den Griff bekommen.

Als Fachanwältin für Medizinrecht unterstütze ich Sie gerne bei:

- Gründung/Betrieb von Ärztenetzen und sonstigen ärztlichen Kooperationen
- Verteidigung gegen Regresse aller Art
- Lösungen für Probleme mit dem Praxispersonal
- Ausschöpfung Ihrer Abrechnungspotentiale im GKV-System
- Allen Anfragen und Problemen, die den Praxisbetrieb stören

Ich Sorge gerne dafür, dass Sie sich auf Ihre Patienten und Familie konzentrieren können.

Tatjana Schmelzer | Fachanwältin für Medizinrecht
Hindenburgstraße 59 | 66119 Saarbrücken
0681 / 96 77 0 0 | info@arztanwaeltin.de
www.arztanwaeltin.de





Die Videosprechstunde

Einfach online zum Arzt gehen



Zertifiziert und nach EBM
sowie GOÄ abrechenbar

support@viomedi.de
09426 85 260 160

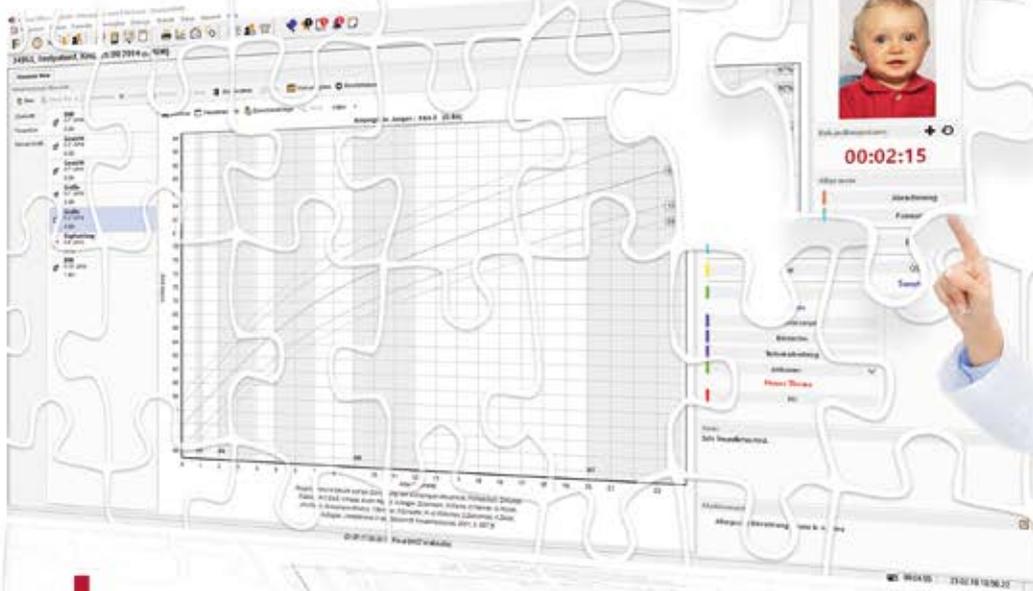
Dynamic View

Die Software für Ärzte.

**MEDICAL
OFFICE®**



Gestalten Sie Ihre individuelle
Programmoberfläche.



Jetzt Demo anfordern:

www.go2mo.de/dynamic

Das Konzept der dynamisch gestaltbaren Oberflächen je Arbeitsbereich und Fachgruppe bietet allen MEDICAL OFFICE-Anwendern nahezu unbegrenzte Möglichkeiten, ihre Arbeit noch effektiver zu gestalten.

Anmeldung, Labor, Funktionsraum, Sprechstunde Hausarzt, Kinderarzt oder Facharzt – in jedem Bereich haben bestimmte Informationen Priorität und müssen möglichst schnell und übersichtlich zur Verfügung stehen.

Ob Kontaktdaten, Kostenträgerinformationen, Cave-Einträge, Laborwerte, Informationen zu einer Schwangerschaft, eine Vorsorgeübersicht, ToDo- und Wartelisten, Hinweise und vieles mehr lässt sich individuell je Arbeitsbereich anordnen und darstellen.

Unsere Demoversion können Sie unverbindlich, zeitlich unbefristet und in aller Ruhe testen.



INDAMED EDV-Entwicklung und -Vertrieb GmbH Gadebuscher Straße 126 19057 Schwerin
Telefon 0385 7709-4 Telefax 0385 7709-4010 E-Mail: info@indamed.de