

m^{ed}intern

1/2017

Pharmaunabhängige Fortbildung: schnell und kompakt

NETZWERK:

MUM – Medizin und Mehr eG

KONGRESS:

IMCAS in Paris

KARDIOLOGIE:

Erhöhter Ruhepuls auch
für Gesunde ein Risikofaktor

CME-FORTBILDUNG

Kein Streikrecht für niedergelassene Kassenärzte

Ein niedergelassener Arzt mit einem Vertragsarztsitz unterliegt aufgrund seiner vertraglichen Bindung zur Kassenärztlichen Vereinigung bestimmten Pflichten. Dazu hat das Bundessozialgericht (BSG) nun entschieden, dass er aufgrund des medizinischen Versorgungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen einer Präsenzpflicht in seiner Praxis zur Behandlung der Patienten unterliegt, die eine Abwesenheit wegen eines Streiks nicht gestattet.

In dem betreffenden Fall wollte ein Facharzt für Allgemeinmedizin und Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung in einen Warnstreik treten und dazu seine Praxis an zwei Tagen schließen. Er rechtfertigte diese Maßnahme mit der Wahrnehmung des nach seiner Ansicht allen Berufsgruppen verfassungsrechtlich zustehenden Streikrechts und klagte gegen den in diesem Zusammenhang von der Kassenärztlichen Vereinigung erteilten disziplinarischen Verweis.

Das BSG hat das Begehren des Arztes letztinstanzlich zurückgewiesen. Das beruht darauf, dass Vertragsärzte dazu verpflichtet sind, ihre Patienten innerhalb der angegebenen Sprechzeiten zu versorgen, und dementspre-

chend einer Präsenzpflicht unterliegen. Eine ausnahmsweise Abwesenheit ist dabei nur im Rahmen von Krankheit oder Urlaub gestattet. Ein durch das Grundgesetz oder Europäisches Recht garantiertes Streikrecht, das ebenfalls eine Abwesenheit rechtfertigen könnte, steht einem kassenärztlichen Vertragsarzt jedoch nicht zur Verfügung.

Überhaupt ist laut dem BSG nicht mit dem Vertragsarztrecht vereinbar, Forderungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen über Arbeitskampfmaßnahmen durchzusetzen, da mögliche gegenläufige Interessen von Krankenkassen und Ärzten schon im Wege der Gesetzgebung durch die Gestaltung des Vertragsarztrechts zum Ausgleich gebracht worden sind. Dadurch sollte eine zuverlässige Versorgung der Patienten zu angemessenen Bedingungen gesichert werden. Der Vertragsarzt ist eingebunden in das Gefüge zwischen Ärzten und gesetzlichen Krankenkassen, innerhalb dem die ärztliche Entlohnung aufgrund einer gemeinsamen Selbstverwaltung weitgehend unabhängig verhandelt wird.

Durch diese vertragsärztliche Verbindung zur Kassenärztlichen Vereinigung unterliegt der Arzt dem von der Kassenärztlichen Vereini-

gung als Körperschaft des öffentlichen Rechts übernommenen Auftrag, die medizinische Versorgung durch Vertragsärzte sicherzustellen. Weiterhin verwies das BSG darauf, dass Konflikte zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen um die Höhe der Vergütung zunächst durch zeitnahe verbindliche Entscheidungen von Schiedsämtern gelöst werden könnten, sodass ein Streik nicht in Betracht käme. Das BSG hat in seiner Entscheidung letztlich deutlich herausgestellt, dass gegen gesetzliche Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen gerichtete Arbeitskampfmaßnahmen nicht mit der gesetzlichen Konzeption des Vertragsarztrechts vereinbar sind. Vertragsärzte sind vielmehr in ein Gefüge eingebunden, innerhalb dessen aufgrund des besonderen Versorgungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen Streitigkeiten, die zum Beispiel die Entlohnung betreffen, weitgehend selbständig gelöst werden.

*Dr. Daniela Hattenhauer
Dr. Clemens Butzer
Rechtsanwälte
Praxisgruppe Health Care,
Pharma und Life Sciences*

HEUKING KÜHN LÜER WOJTEK



ärztliches Berufsrecht



Arbeitsrecht in der Arztpraxis



Gebührenrecht



Vertragsgestaltung



Werberecht

Beratung bei der Wahl
ärztlicher Kooperations- und
Rechtsformen

Arznei- und Heilmittelrecht



Arzthaftung

Rechtssicherheit für Ärzte

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

www.heuking.de

Berlin

Chemnitz

Düsseldorf

Frankfurt

Hamburg

Köln

München

Stuttgart

Brüssel

Zürich

RECHTSANWÄLTE UND STEUERBERATER

medintern – Pharma-unabhängiger 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 | 17 |
| Zertifizierte Fortbildung | 19 |
| Ideen, die uns weiterbringen – Lebensretter Smartphone-App | 20 |
| Kongress | 22 |
| Pharmanews | 24 |

Auflösung der CME-Fragen aus der letzten **med**intern Ausgabe

| | | medintern Nr. 4/2016 | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| A | | | | | X | | | | | | |
| B | | | X | | | X | X | | | | |
| C | | | | | X | | | | | X | |
| D | X | | | | | | | | | | X |
| E | | X | | | | | | | X | | |

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Wir hoffen, all unsere Leser hatten einen guten Start ins neue Jahr, und nach der überstandenen „Eiskälte“ blicken wir nun erwartungsvoll gen Frühling.

Im Ärzte-Netzwerkbereich heißt es nun nicht mehr, Ärztenetze sind im Kommen, nein, die Ärztenetze haben sich etabliert. Eine vernetzte Versorgung der Patienten durch Netzgründungen ist durch etwaige Förderung inzwischen auf bundesweit 56 anerkannte Netze angestiegen und 50 werden von den jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen gefördert. Von den Projekten mit neuen Techniken und Therapien in Netzwerken profitieren die Patienten auf individueller Basis.

Auch **med**intern ist es ein zentrales Anliegen, in jeder Ausgabe einen Netzwerk-Report vorzustellen, im aktuellen Heft MuM – Medizin und Mehr eG in Bünde. Sowie einen Blick in die Zukunft des Gesundheitswesens zu werfen, dies werden wir auch weiterhin beibehalten.

meditoriale Grüße und einen schönen Frühlingsanfang

Kornelia Huditz

Kornelia Huditz,
 Projektleitung



Für Praxisärzte

Impressum

Herausgeber

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

Projekt- und Anzeigenleitung

Kornelia Huditz
 Tel.: 084 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 Heimbürger (sh)
 Dr. med. Klaus Hess (kh)
 Dr. med. Gusti Heun (gh)
 Dr. med. Michael Heun (mh), Gutachter
 E. Kastner (ek), Verleger
 Dr. med. Karin Kernt (kk)
 Dr. med. Christoph Liebich (cl)
 Dr. med. Nils Postel (np)
 Dr. med. Charles Sassen (hls)
 Dr. med. Daniel Sattler (ds)
 Dr. med. Hartmut Sauer (hs)
 Dr. rer. nat. Dipl.-Pharm. Benjamin Seibt (bs)
 Dr. med. Michael Zellner (mz)

Abonnement

medintern erscheint viermal jährlich
 Jahresabo zum Preis von 50,- €
 Bestellung beim medintern Verlag
 oder: 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

MuM – Medizin und Mehr eG: Kooperation – Koordination – Innovation

Diese drei Schlagworte beschreiben die Art und Weise, wie das Ziel „regionale Versorgung regional gestalten“ im ältesten Ärztenetz Deutschlands erreicht werden kann.

1995 schlossen sich 44 Ärzte zusammen und gründeten die Vereinigung Medizin und Mehr, um gemeinsam die Versorgung hier vor Ort zu verbessern. Mittlerweile gehören zu MuM über 57 Ärzte, sowohl aus dem hausärztlichen wie auch dem fachärztlichen Bereich. Die regionale Versorgung der Patientinnen und Patienten ist geprägt von der guten Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsärzten und den Kooperationspartnern: den örtlichen Krankenhäusern und Pflege-

einrichtungen, der Kassenärztlichen Vereinigung KVWL und den Krankenkassen.

Gemeinsam mit den ostwestfälischen Betriebskrankenkassen (BKK) und der Innungskrankenkasse (IKK; mittlerweile aus der Vertrag ausgeschieden) wurde beispielsweise 2005 der Selektivvertrag „OPTI-MuM“ abgeschlossen, ein entscheidender Schritt in der Geschichte des Ärztenetzes. Das Gesundheitsprojekt schafft zusätzlich zur herkömmlichen medizinischen Versorgung sinnvolle Angebote für gesunde, erkrankte, junge und ältere Menschen. OPTI-MuM führt die einzelnen Behandlungsschritte beim Arzt, der Klinik, im Reha-Zentrum oder Pflegeheim zusammen und verhindert so Doppeluntersuchungen, verkürzt Wartezeiten, erleichtert die Therapie und

spart so letztendlich auch anfallende Kosten. Für unter anderem die großen „Zivilisationskrankheiten“ (Diabetes, Übergewicht, Rückenschmerzen, Herzinsuffizienz und Osteoporose) wurden neue Behandlungsstrategien und Prozesse entwickelt. Erst im letzten Jahr wurden zwei neue Module für die Fachbereiche Dermatologie und Psychotherapie dem Projekt hinzugefügt. Kontinuierlich wird individuell auf die Bedürfnisse der Versicherten im Versorgungsgebiet Bünde, Kirchlengern, Rödinghausen geblickt, um anhand des identifizierten Bedarfs den Vertrag weiterzuentwickeln. Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen findet auf einem sehr guten und kooperativen Niveau statt und ist ein Beispiel für regionale Gesundheitsgestaltung.



Von links nach rechts: Dr. Kay Morawietz, Vorstand; Annette Hemen, Geschäftsführerin; Dr. Hans-Jürgen Beckmann, Vorstand.



Für Patienten gibt es in diesem Rahmen Schulungsprogramme, Vorsorge- und Bewegungsangebote. Die Netzärzte nehmen regelmäßig an Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen teil.

2013 erfolgte die Zusammenführung aller gesellschaftlichen und organisatorischen Strukturen in die Rechtsform einer Genossenschaft. Die ehemaligen Eigenbetriebe „Ernährungsberatung, Medizinisches Fitnesstraining und Physiotherapie“ gehören nun zu einem Gesamtkonzept, welches das Verständnis einer ganzheitlichen Gesundheit abbildet.

Seit der Zusammenführung der Gesellschaften und der Abschlüsse weiterer Versorgungsverträge wächst die Verwaltung und das Management der MuM – Medizin und Mehr eG.

Als ein nach Paragraph 87b SGBV zertifiziertes Ärztenetz nimmt MuM im Rahmen eines Pilotprojektes am MGEPA-Pflegeheimvertrag teil, mit dem Ziel, Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung von Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen zu erhöhen.

Die Demographische Entwicklung, die hohe Arbeitsbelastung der Ärzte und Versorgungsrealitäten von bis zu 20 km Distanz zu Pflegeheimen hat das Ärztenetz MuM als Projektanlass und -idee genommen, die elektronische Visite – kurz eVi® – zu entwickeln. Die Idee wird zunächst im Rahmen des Pflegeheimvertrages eingesetzt und pilotiert, um Dringlichkeiten für anlassbezogene Besuche vorab zu besprechen. Dabei ist das Ziel: Telemedizinische Versorgung ländlicher Gebiete außerhalb der Regelvisiten zur Klärung von Bagatellfällen und Dringlichkeiten zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte. Wie bei jedem Projekt wurden einige Hürden überwunden. Es musste mit unterschiedlicher technischer Affinität der Anwender umgegangen werden; in den Pflegeeinrichtungen wechselten die Anwender; es gab Anwendungsfehler und natürlich auch Vorbehalte

gegenüber „moderner Technik“ sowie Probleme bei der Netzabdeckung.

Nichtsdestotrotz stehen die Vorteile für Patienten und Ärzte im Vordergrund: Unnötige Krankentransporte und lange Wartezeiten können vermieden werden, da eine rasche ärztliche und pflegerische Stellungnahme in kritischen Situationen möglich ist. Nicht zuletzt dadurch wird die Sicherheit für die Patienten erhöht. Es können Fachärzte zugeschaltet und relevante Parameter in Echtzeit erhoben und übermittelt werden. Für die Ärzte bedeutet der Einsatz der eVi® eine höhere Visitenzahl mit engerem Patientenkontakt, die Reduzierung von „dringenden und sofort auszuführenden“ und Patientenbesuchen bzw. Besuchen aus Bagatellgründen und eine optimale Beurteilbarkeit im Vergleich zu telefonischer Kontakte durch Einbindung von Peripheriegeräten.

Die Kooperation mit den Partnern im Netz hilft Potentiale zu detektieren und zu nutzen. Die Koordination spart Ressourcen und sichert eine breite Umsetzung. Mithilfe von Innovationen wie zum Beispiel dem OPTI-

MuM-Vertrag, dem Pflegeheimvertrag oder der eVi® können Lösungen für die Entwicklung der regionalen Gesundheitsversorgung geschaffen werden.

Neben den beschriebenen Projekten bietet das Arztnetz individuell angepasste Konzepte für ein betriebliches Gesundheitsmanagement an. Damit werden regionale Unternehmen unterstützt, insbesondere auch Kooperationspartner. Gesundheitstage, Bewegungsangebote, Ernährungsberatung, Gesundheitszirkel und weitere Maßnahmen helfen, die Gesundheit der Mitarbeiter zu erhalten und zu verbessern.

Für die Zukunft sieht MuM eine wichtige Aufgabe in der Sicherung der ärztlichen Versorgung in der Region. Dafür sind gerade im ländlichen Raum und vor dem Hintergrund der aktuellen und kommenden Herausforderungen innovative Konzepte und die Koordination notwendiger Projekte in Kooperation mit allen Akteuren des Gesundheitswesens notwendig.

Wir warten nicht auf die Zukunft, wir gestalten sie.



Homepage von MuM.

• ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS •

Gepökelte Fleischprodukte bewirken eine Zunahme von Asthmabeschwerden

(gh) Wurst und Schinken sind in mancher Hinsicht gesundheitsschädlich. Sie steigern das Risiko für KHK und Diabetes, außerdem wurden sie von der WHO als karzinogen eingestuft. Einer prospektiven Studie aus Frankreich zur Folge bewirken sie darüber hinaus eine Zunahme von Asthmabeschwerden. An Asthma erkrankte Menschen, die häufig größere Mengen Wurst und Schinken essen, können von einer Zunahme der Asthmasymptome betroffen sein. Laut der Kohortenstudie hatten 22% der Teilnehmer mengenabhängig nach Konsum von Wurst und Schinken eine deutliche Zunahme von Asthmabeschwerden wie Engegefühl in der Brust oder Atemnot zu verzeichnen. Nach Adjustierung von Risikofaktoren wie Rauchen, Alter oder körperliche Aktivität lag das Risiko für eine Verschlechterung des Asthmas in der Gruppe mit dem höchsten Verzehr um 76% höher als in der Gruppe mit dem geringsten Verzehr von Pökelfleisch-Produkten.

MMW 1/2017, S. 8



Foto: Thogru

Drogentest für Patienten mit Befallswahn

(mh) Wissenschaftler um Anthony Bewley vom Royal London Hospital empfehlen, Menschen mit Befalls- oder Dermatozoenwahn auf Drogenkonsum zu untersuchen. Wenn es unter der Haut kribbelt oder juckt, ohne dass ein objektiv nachweisbarer Befund vorliegt, vermuten Personen mit Befallswahn, dass Parasiten die Verursacher sind. Londoner Wissenschaftler haben in einem retrospektiven Review bestätigt, dass solche Patienten häufig als Drogen- oder Alkoholkonsumenten imponieren. Analysiert wurden Daten von 86 Patienten im Alter von 23 bis 87 Jahren, bei denen durchschnittlich fünf Jahre lang die Befallssymptomatik vorlag. Bei 22% der Probanden wurde der Drogenkonsum dokumentiert, bei 33% waren die Urinproben auf

Drogen positiv. Am häufigsten war ein Cannabiskonsum nachweisbar.

MMW 1/2017, S. 8

Krankhafter Umgang mit der Ernährung häufig mit Essstörung verbunden

(gh) Orthorexie bedeutet einen krankhaften Umgang mit der Ernährung. Es besteht eine zwanghaft übertriebene Einengung der Ernährung auf vermeintlich gesunde Lebensmittel: beispielsweise Früchte, die die Natur freiwillig hergibt, die spontan zu Boden gefallen sind.

Sollte die Suche nach der perfekten gesunden Ernährung zum Zwang werden, kann durch eine Extremdiät das tägliche Leben erheblich beeinträchtigt werden. So kommt es vor, dass man nicht mehr auf Partys geht, weil es da nichts Richtiges zu essen gibt. Spätestens dann sollten Ärzte hellhörig werden und Warnzeichen nicht übersehen, so Prof. Voderholzer, Prien. Ergebnisse einer aktuellen Untersuchung belegen, dass bei knapp 38% der untersuchten Personen eine Anorexie und bei 26% eine Bulimie vorlag. Orthoretiker halten ihre Ernährungsweise für gesund und moralisch überlegen. Dahinter stecke jedoch häufig eine tiefe Unsicherheit und Suche nach Orientierung, so Voderholzer.

MMW 1/2017, S. 17

Reizdarmsyndrom im Gefolge einer Clostridien-Infektion

(mh) Gastrointestinale Infektionen erhöhen das Risiko für die Entstehung eines Reizdarmsyndroms (RDS). Das Risiko eines postinfektiösen RDS liegt nach Studien zahlreicher Metaanalysen bei 10-20%. Parallel dazu haben Häufigkeit und Krankheitsschwere der Clostridium (C.) – difficile-assoziierten Infektionen in den letzten Jahren erheblich zugenommen. In einer retrospektiven Kohortenanalyse konnte nun nachgewiesen werden, dass eine Clostridieninfektion ein signifikanter Risikofaktor für die Entwicklung eines RDS darstellt. Von den beobachteten Patienten entwickelten 14,1% mit einer Clostridien-Infektion ein RDS, in der Kontrollgruppe nur 6%. Einschränkung muss erwähnt werden, dass eine Clostridien-Infektion in der Regel antibiotisch behandelt wird. Antibiotika stellen jedoch einen Risikofaktor für die Entstehung eines RDS im Sinne eines postantibiotischen RDS dar.

MMW Sonderheft 2/2016, S. 44

Schwere Hypoglykämien erhöhen das Sterberisiko von Typ-2-Diabetikern

(mh) Eine prospektive Langzeitstudie konnte zeigen, dass schwere Hypoglykämien bei Typ-2-Diabetikern mit einem erhöhten Sterberisiko verknüpft sind. Insbesondere steigt das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen. Unter Berücksichtigung von Geschlecht, Dauer der Diabeteserkrankung, Hypertonie, mittlerem HbA1c-Wert, diabetische Nephropathie, Hyperlipidämie und Insulingebrauch erwies sich eine Anamnese mit schweren Hypoglykämien als signifikanter prognostischer Faktor für einen kardiovaskulär bedingten Tod. Als kausaler pathogenetischer Mechanismus könnten eine erhöhte Sympathikusaktivierung, Entzündungen, endotheliale Dysfunktion und veränderte Gerinnung in Betracht kommen.

MMW Sonderheft 2/2016, S. 46

Kein erhöhtes Gefäßrisiko durch Kalzium-Supplementation zur Osteoporoseprävention

(mh) Auch bei Einnahme von 2500 mg Kalzium täglich durch Nahrungs- bzw. Nahrungsergänzungsmittel setzen sich gesunde Erwachsene keinem erhöhten kardiovaskulären Risiko aus. Dieses ist das Ergebnis einer Metaanalyse von der Tufts-Universität, Boston. Ein Zusammenhang der Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Kalziumaufnahme und Mortalität bei Schlaganfall und kardiovaskulären Erkrankungen konnte nicht festgestellt werden. Die Tagesdosen lagen meist zwischen 200 und 2400 mg. Daten oberhalb der Toleranzgrenze von 2500 mg pro Tag lagen nicht vor. Die Empfehlung der US-Nationalen Osteoporosis Foundation und der American Society for Preventive Cardiology lautet daher, dass Kalziumaufnahmen sicher sind, wenn die Dosis von 2500 mg/d täglich nicht überschritten wird.

MMW Sonderheft 2/2016, S. 3

Anaphylaxie bei Kindern: Adrenalin-Autoinjektor

(gh) Tritt bei Kindern eine anaphylaktische Reaktion auf, sollte großzügig und rasch zum Adrenalin-Autoinjektor gegriffen werden. In einer kanadischen Studie an 292 Kindern mit erstmalig auftretender Anaphylaxie wurde ermittelt, dass 87% von ihnen auf ein Nahrungsmittel allergisch reagiert hatte. Die jährliche Wiederauftrettsrate lag bei 17,6%.

• ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS •

Es wurden zwar 66,2% mit Adrenalin behandelt, jedoch erhielt nur jedes zweite Kind bereits außerhalb der Klinik eine Injektion aus dem Notfallset.

Die Autoren fordern daher, die allergisch reagierenden Kinder und deren Eltern im Rahmen von Schulungen zum Gebrauch von Adrenalin-Autoinjektoren auszubilden.

MMW Sonderheft 2/2016, S. 3



Foto: CEphoto, Uwe Aranas

Verstärkter Appetit durch Schlafmangel

(gh) In einer Metaanalyse fanden Ärzte aus Großbritannien und den Niederlanden, dass Schlafdefizite möglicherweise durch vermehrte Kalorienzufuhr kompensiert werden. Beim Essverhalten zeigte sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen Teilnehmern mit und ohne Schlafmangel. Bei Schlafrestriktion wurden im Mittel 385 Kilokalorien zugeführt. Keine signifikante Differenz gab es beim Energieverbrauch und beim metabolischen Ruheumsatz zwischen den Gruppen mit und ohne Schlafentzug. „Schlaf könnte zusätzlich zu Bewegung und Ernährung ein neuer Ansatzpunkt im Gewichtsmanagement sein“, folgern die Autoren.

MMW 20/2016, S. 3

Das Lipödem – ein häufig verkanntes Krankheitsbild

(mh) Das Lipödem ist ein häufiges Krankheitsbild bei Frauen. Es imponiert mit einer massiven Fettgewebsvermehrung an den Beinen unter Aussparung der Füße mit zusätzlicher Ausbildung von Hämatomen, Cellulite und Dehnungsstreifen. Typisch ist eine Dysproportion bei schlankem Oberkörper. Häufig wird das Krankheitsbild als Adipositas interpretiert und den Frauen eine Gewichtsreduktion empfohlen. Nicht selten kann es daher in eine Anorexie einmünden, da die erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität zwanghaft zu einem gestörtem Essverhalten führt. Die Patientinnen klagen über ein im Laufe des Tages zunehmendes Schweregefühl und Schmerzen

in den Beinen, sagt Dr. Birgit Wörle, Meggen. Im Gegensatz zur Lipohypertrophie, die ein ausschließlich ästhetisches Problem darstellt, handelt es sich beim Lipödem um ein Krankheitsbild, das nach S1-Leitlinie mit Liposuktion (Fettabsaugung) therapiert werden sollte. Außerdem sind physikalische Entstauungstherapie mit Kompressionsstrümpfen und manueller Lymphdrainage ein fester Bestandteil des Therapiekonzepts, sagt Wörle. In Einzelfällen kann nach einer Liposuktion, die mit höchstem ästhetischen Anspruch durchgeführt werden muss, auf die konservative Begleittherapie mit flachgestrickten Kompressionsstrümpfen der Klasse II-III und manueller Lymphdrainage verzichtet werden, so Wörle. Zur Kostenübernahme solle man sich im Einzelfall mit der zuständigen Kasse in Verbindung setzen.

MMW Sonderheft 2/2016, S. 22

Neue Leitlinien zur Therapie und Diagnostik von Helikobakter pylori

(mh) Zur zuverlässigen Diagnostik von Helikobakter pylori werden zwei positive Testergebnisse gefordert, z.B. Histologie oder Urease-Schnelltest. Ein Test sollte jedoch nur dann erfolgen, wenn ein positiver Keimnachweis auch zu therapeutischen Konsequenzen führt, sagt Prof. Wolfgang Fischbach, Aschaffenburg. Sollte jedoch bei einem Ulcus duodeni oder bei einer chronisch aktiven Gastritis Helikobakter pylori nachgewiesen werden, ist ein zusätzlicher Keimnachweis nicht erforderlich zur Indikation einer Therapie. Die Indikation zu einer Eradikation wird dahingehend beantwortet, dass sowohl bei einem Ulcus ventriculi als auch bei einem Ulcus duodeni sowie bei einem MALT-Lymphom eine Eradikation durchgeführt werden „soll“. Ferner soll eine Eradikation vor einer ASS/NSAR-Therapie bei Ulcus-Anamnese erfolgen. Zur Magenkarzinomprophylaxe bei bestimmten Risikogruppen oder bei einer asymptomatischen Gastritis bzw. beim Morbus Ménétrier (Riesenfaltengastritis) „sollte“ eradiziert werden. Bei funktioneller Dyspepsie oder einer Eisenmangelanämie „kann“ man eradizieren.

Empfohlene Therapie ist unverändert die French-Triple (Clarithromycin, Amoxicillin, PPI) oder das Italian-Triple (Clarithromycin, Metronidazol, PPI). Bedenken sollte man jedoch, dass eine zunehmende Clarithromycin-Resistenz beobachtet wird. Risikofaktoren sind eine früher durchgeführte Makrolid-Therapie und/oder ein ost- oder südeuropäisches Herkunftsland. Dann soll

primär eine Bismuth-Quadrupel- oder eine konkomittierende Vierfach-Therapie durchgeführt werden mit einer Therapiedauer von zwei Wochen und nachfolgender Überprüfung des Therapieerfolgs.

MMW 2/2017, S. 20

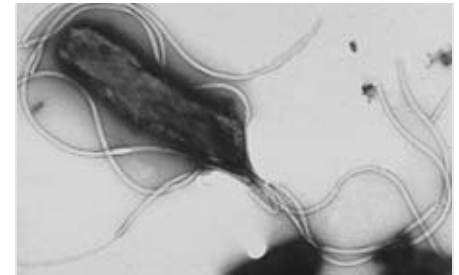


Foto: Prof. Yutaka Tsutsumi

Weibliche Klinik-Internisten haben bessere Therapieergebnisse

(gh) Frauen sind die besseren Ärzte! Dies ergab die Analyse der Daten von 1,5 Millionen Medicare-Patienten im Alter > 65 Jahre. Allen Patienten wurde der Arzt für innere Medizin zugeordnet, der die meisten Leistungen bei der Behandlung (durchschnittlich 51,1%) übernommen hatte. Es wurden nur Vollzeit-Ärzte einbezogen, um eine nahezu zufällige Geschlechterverteilung unter den Ärzten zu erreichen. Berücksichtigt bei der Auswertung wurde bei den Patienten: Alter, Geschlecht, Diagnose, Begleiterkrankungen und Einkommen, bei den Ärzten: Alter, medizinische Ausbildung und Weiterbildung. Patienten, die von weiblichen Internisten behandelt wurden, hatten eine signifikant geringere 30-Tage-Mortalität (11,07%) als solche, die von männlichen Kollegen betreut wurden (11,49%). Gleiches galt für die Wiederaufnahmerate (15,02% vs. 15,5%). Das bedeutet, dass die Behandlung von 233 Patienten durch Ärztinnen einen Todesfall verhindern kann. Eine Wiederaufnahme kann sogar durch 182 weibliche Behandlungen verhindert werden. Ärztinnen üben ihren Beruf wohl anders aus als Ärzte, dafür gibt es Hinweise. Sollte nun der Beweis vorliegen, dass dies auch den Behandlungserfolg beeinflusst?

MMW 2/2017, S. 42

Efeu-Extrakte haben antiinflammatorische Eigenschaften

(bb) Efeu-Extrakte (hier EA 575-Prospan) können in vitro signifikant den Entzündungsmediator Interleukin 6 hemmen (ab einer Dosis von 80µg/ml). Ab einer Dosis von 400µg/ml wirkte Efeu ähnlich antiinflammatorisch

• ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS • ALLGEMEINMEDIZIN NEWS •

wie Cortison. Neben der nachgewiesenen entzündungshemmenden Wirkung kommt noch die bekannte sekretolytische und bronchospasmolytische hinzu. Alpha-Hederin erhöht die Beta 2-adrenerge Ansprechbarkeit auf den Zellen der glatten Bronchialmuskulatur.

MMW Fortschr. Med. 2016 10/158, S. 82-83

Tauchen und Diabetes mellitus

(bb) Durch eine hohe körperliche Beanspruchung und Wärmeverluste kommt es bei dieser Sportart zu einer erhöhten metabolischen Beanspruchung mit einem erhöhten Glucosebedarf. Daraus ergeben sich neben vielen anderen Faktoren folgende absolute Kontraindikationen:

- Rezidivierende Hypoglykämien,
- Fix dosierte Insulintherapie,
- diabetische Folgeerkrankungen mit Organschäden,
- proliferative diabetische Neuropathie,
- kardiale autonome diabetische Neuropathie,
- Insulintherapie (alle Formen) bei bis zu diesem Zeitpunkt sportlicher Inaktivität unter 12 Monaten seit Beginn der Therapie, bei oralen Antidiabetika gilt die Grenze bis unter 6 Monaten.

Insulinpflichtige Diabetiker müssen ein unauffälliges Belastungs-EKG haben und möglichst über einen längeren Zeitraum aktive Sportler sein, eine stabile BZ-Einstellung haben, 4-mal täglich den BZ kontrollieren und eine intensiviertere Insulintherapie über ein Jahr praktizieren. Auch unter Belastung dürfen keine Hypoglykämien nachzuweisen sein. Diabetiker, die Tauchsport betreiben, müssen weiterhin eine Hypoglykämie gut erkennen können. Ein striktes Alkoholverbot während des Urlaubs wird von den Autoren gefordert.

Diabetes aktuell 201614, 2, S. 78-82



Foto: © Thomei08

Influenza-Impfung

(bb) Im Vergleich zum trivalenten Impfstoff enthält der quadrivalente Impfstoff zwei Influenza B-Impfstämme und hat damit eine bessere Wirksamkeit. Bei der Influen-

za B haben sich zwei Stämme auseinanderentwickelt. Das Problem: Es besteht keine Kreuzimmunität. Es musste immer die Entscheidung für einen dieser Stämme getroffen werden, wobei man häufig falsch lag. Bei den quadrivalenten Impfstoffen besteht dieses Problem nicht. Es kann eine jährliche Reduktion von 400 000 Infektionen in Deutschland erreicht werden.

Dtsch.med. Wochenschr. 2016 141, 1451-1454

HPV-Impfung für Jungen

(bb) Die Sächsische Impfkommision (SIKO) empfiehlt seit 2012 auch Jungen gegen HPV (Humanes Papillomvirus) zu impfen. Auch die Kommission der S3-Leitlinie „Impfprävention HPV-assoziiierter Neoplasien“ (www.hpv-impfleitlinie.de) hat ebenfalls die Impfung von Jungen befürwortet. Die derzeitige Durchimpfungsquote von Mädchen (9-17 Jahre) beträgt nur 50%, damit bleiben noch 50% einem Infektionsrisiko ausgesetzt, da Jungen nicht geimpft und potentielle Überträger sind. Die Infektion betrifft also beide Geschlechter, was die Impfung von Mädchen und Jungen begründen sollte.

CME 12/2016, S. 26

Eine intensiviertere Diabetestherapie sichert 8 Lebensjahre

(bb) 1993 wurde die dänische Steno2-Studie gestartet. 160 Patienten mit Mikroalbuminurie wurden in zwei Gruppen eingeteilt. Die eine Patientengruppe wurde konventionell in Hausarztpraxen (nach den damals geltenden Leitlinien), die andere in spezialisierten Diabeteskliniken behandelt. Der HbA1c in der konventionellen Gruppe betrug 7,5 (vs. 6,5 in der Klinikgruppe), der Zielblutdruck unter 160 (vs. 140 mmHg systolisch), das Gesamtcholesterin 250 (vs. 190 mg/dl) und die Triglyceride 195 mg/dl in der konventionellen Gruppe vs. 150 mg/dl in der Klinikgruppe. Gegenüber der herkömmlich betreuten Gruppe bekamen die Patienten aus der Klinikgruppe ASS bei einer vaskulären Erkrankung. Im Jahr 2000 wurden die Leitlinien aktualisiert und in beiden Gruppen weitgehend angepasst. Nach 21 Jahren konnten in der konventionell behandelten Gruppe eine Letalität von 69% und in der intensiviert behandelten Gruppe von 48% ermittelt werden (vor allen Dingen konnte in der Klinikgruppe eine deutlich erniedrigte kardiovaskuläre Mortalität festgestellt werden). Anhand dieser Studie kann noch einmal nachträglich sehr gut der Nutzen einer intensivierten kardiometabolischen Thera-

pie (wie heute allgemein üblich und empfohlen) gezeigt werden.

CME 2016 /12, S.30

Nachsorge nach bariatrischen Operationen

(bb) Durch eine Veränderung in der Glucose- und Insulinkinetik vor allen Dingen nach Konsum schnell resorbierbarer Kohlenhydrate kommt es durch einen beschleunigten Anstieg der Blutglucose zu einer überschießenden GLP-1 Sekretion und danach zu einer daraus resultierenden Hyperinsulinämie mit daraus folgender Hypoglykämie. Die Prävalenz dieser Komplikation liegt bei 0,1-0,2%. Neben diätetischen Maßnahmen kommen die Verwendung von Acarbose, Somatostatin-Analoga und die Anwendung von GLP-1 Rezeptorantagonisten und anderer Substanzen in Frage. Weiterhin wird von vielen Autoren die regelmäßige Bestimmung der Knochendichte empfohlen und die Forderung nach einer Kontrolle des Vitamin D und des Parathormones unterstrichen. Besonders bei Patienten mit vorbestehenden psychischen Erkrankungen steigt die Gefahr von Selbstverletzungen nach erfolgter Operation. Daraus ergibt sich auch die Forderung nach einer engmaschigen, perioperativen, psychologischen Betreuung.

Dtsch.med. Wochenschr. 2016 3, 1437-1440

DERMATOLOGIE NEWS

Behandlung bei Lazerationsverletzungen

(gh) Großflächige Lazerationsverletzungen können einerseits durch operative Therapie mittels Spalthauttransplantat und andererseits nach der Methode von Silk unter Verwendung von Wundnahtstreifen und Primärnaht therapiert werden. Letztere Methode hat den Vorteil, dass sie auf Grund der guten postoperativen Ergebnisse und der niedrigen zusätzlichen Gewebstraumatisierung eine sofortige Mobilisierung der Patienten ermöglicht. Hierbei werden sterile Wundnahtstreifen parallel zum Wundrand aufgeklebt. Sodann erfolgt nach Adaption der Wundränder die Wundnaht durch den Wundnahtstreifen unter Mitnahme der Haut, des subkutanen Fettgewebes sowie gegebenenfalls der Faszie und des Muskels. Der Aus-

DERMATOLOGIE NEWS

stich erfolgt analog durch den Wundverbandstreifen der Gegenseite. Bei größeren Defekten kann durch Aufbringen von sterilen Wundnahtstreifen auf den Hautlappen eine Fixation mit dem darunter liegenden Gewebe, ebenfalls mit einer Naht durch den Streifen, erreicht werden. Postoperativ wird über einer nichtadhäsiven Wundaufgabe ein leichter Kompressionsverband mit Watte und elastischen Binden angelegt. Eine Hospitalisierung ist nicht erforderlich. Eine ambulante Nachsorge mit Verbandwechsel findet zweimal pro Woche statt. Bei unauffälligem Heilverlauf werden nach 2 Wochen die Fäden entfernt.

MMW 1/2017, S. 46

Pricktest als Diagnoseparameter für Neurodermitis

(cl) Der Einsatz von Juckbohnen – *Mucuna pruriens* in der Pricktestung bei Neurodermitispatienten kann ihre Erkrankung aufzeigen. Sie reagieren auf die Histamin-testung weniger stark als Gesunde. Die Anwendung der Juckbohne führt bei Hautkranken länger zum Juckreiz als bei Gesunden. Ein Juckbohnenjuckreiz von über 30 Minuten und eine Histaminquaddel kleiner 20 mm nach 20 Minuten deuten auf ein atopisches Ekzem hin.

Allergy 2016; 71: 1745-52



Foto: © Wolfgang Ihloff

GYNÄKOLOGIE NEWS

Schwangerschaft und Flugreisen Voraussetzungen, Risiken und Empfehlungen

(rb) Die Beförderungsbedingungen der Fluggesellschaften für Schwangere variieren, die meisten befördern Schwangere bis zur 36. SSW, z.T. wird ein Attest benötigt (Details vgl. Webseite der jeweiligen Fluggesellschaft). Insgesamt scheint die Geburt an

GYNÄKOLOGIE NEWS

Bord aber ein seltenes Ereignis zu sein. Die Datenlage zum Einfluss von Flugreisen auf eine Schwangerschaft ist insgesamt dünn und bezieht sich überwiegend auf gesunde Schwangere. Es gibt Daten zu erhöhter Abortrate im 1. Trimenon bei Flugpersonal mit regelmäßiger Flugdauer >15 Std., erhöhter Rate an Frühgeburten (34-37. SSW) oder niedrigem Geburtsgewicht (2684+/-481 g) und signifikant früherem Geburtszeitpunkt bei Primipara (36,1 SSW versus 39,2 SSW) bei mehr als 7 Flügen á 7-8 Std. (Saudi-Arabien), aber auch Studien ohne Einfluss auf Ausgang der Schwangerschaft, Präeklampsie usw. Die nachfolgenden Empfehlungen beruhen überwiegend auf Expertenmeinung.

Für Schwangere bedeutsame Einflussfaktoren während eines Fluges sind v.a. durch die Flughöhe bedingte Druckveränderungen, Strahlenbelastung und Immobilisierung.

Wie bei Nichtschwangeren kann durch trockene Kabinenluft und erhöhte Übertragung aerogener Keime bei Flugdauer über 8 Stunden ein erhöhtes Risiko für Atemwegsinfektionen bestehen. Auch stellen Störungen der zirkadianen Rhythmik, Flugangst usw. Stressfaktoren dar.

Druckveränderungen:

Der höhenbedingte Luftdruckabfall wird durch den Druckausgleich in der Kabine weitgehend kompensiert und entspricht einem Luftdruck auf einer Höhe von 1524-2438 m über dem Meeresspiegel. Der Sauerstoffpartialdruck fällt von 95 mmHg auf 53-78 mmHg ab, die Sauerstoffsättigung von 99% auf 90-94%. Dies wird von gesunden Schwangeren toleriert und stellt auch für den gesunden Feten aufgrund seiner 50% höheren Hämoglobinkonzentration und 20-30% höheren Sauerstoffaffinität keine Gefährdung dar. Allerdings dehnen sich Gase bei vermindertem Luftdruck aus, so dass bei der Schwangeren vermehrt Blähungen auftreten können.

Cave: Für Schwangere mit obstruktiven Lungenerkrankungen, Anämie, stenosierenden Darmerkrankungen oder nach gastrointestinalen Operationen können dadurch Probleme auftreten (z.B. Pneumothorax)

Strahlenbelastung:

Der Grenzwert für eine Strahlenexposition ohne Nachweis einer Gefahr von Strahlenschäden wird mit 1 mSv/Jahr oder 0,5 mSv/Monat angegeben (Internationale Kommission für Strahlenschutz), für die Dauer der Schwangerschaft gilt ein Grenzwert von 1 mSv. Die Strahlenbelastung während des Fliegens liegt bei 0,001-0,003 mSv/Std. (Kurzstreckenflüge) und 0,005-0,008 mSv/Std. (Langstreckenflüge) abhängig von Flug-

höhe und Route. Bei polnahen Flügen ist die Strahlenexposition höher, die routenspezifischen Werte findet man auf der Webseite der Federal Aviation Administration (<http://jag.cami.jccbi.gov/cariprofile.asp>).

Cave: Bei Überschreitung des Grenzwertes von 1 mSv/Schwangerschaft sollten keine vermeidbaren Flugreisen mehr angetreten werden (WHO).

Body-Scanner:

Es gibt Terahertz-Scanner und Röntgen-Scanner, wobei zunehmend Terahertz-Scanner eingesetzt werden. Die Tera-Strahlung ist ein Zwischending zwischen Infrarot- und Wärmestrahlung, beim Scan ist die Strahlenemission 10000-fach geringer als beim Mobiltelefon. Die in den USA z.T. noch angewandten Röntgen-Scanner führen zu einer Strahlenexposition von 0,03-01 µSv/Scan und gelten als unbedenklich.

Ein Body-Scan kann jedoch abgelehnt werden, stattdessen Kontrolle durch Metalldetektor und Abtasten usw.



Foto: © Cory W. Watts

Die Immobilisierung bei Langstreckenflügen erhöht das in der Schwangerschaft per se erhöhte Thromboserisiko, zusätzliche Dehydrierung sollte vermieden werden.

Insgesamt werden gelegentliche Flugreisen in der Schwangerschaft für gesunde Schwangere als unproblematisch angesehen. Da das 2. Trimenon am wenigsten anfällig für Schwangerschaftskomplikationen ist, scheint es der günstigste Reisezeitraum zu sein.

Schwangere mit manifesten Schwangerschaftskomplikationen wie vaginalen Blutungen, Frühgeburtsbestrebungen, Wehntätigkeit, Blasensprung, Plazentalösung, V.a. EUG, drohendem Abort oder Präeklampsie (auch anamnestisch) sollten nicht fliegen. Risikoschwangere mit abnormer Kindslage, Z.n. Frühgeburt, Plazentationsstörungen, fetalen Wachstumsstörungen, Mehrlingschwangerschaften, Schwangere <15 Jahre oder >35 Jahre sowie Schwangere mit Grunderkrankungen sollten vorab ihren Arzt konsultieren.

FRAUENARZT, 57. Jahrgang, November 2016

HNO NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Erster Zungenschrittmacher in Thüringen erfolgreich implantiert

(hs) Bei Patienten mit Schlafapnoesyndrom, bei denen die Standardtherapie mit Atemmaske zu Druckstellen im Gesicht, Augenentzündungen oder Erstickungsangst führt, kann mit einem Zungenschrittmacher den Patienten zufriedenstellend geholfen werden.

Die Methode ist indiziert, wenn der Hauptort der Muskelerlaffung im Bereich des Zungengrundes liegt und kein ausgeprägtes Übergewicht beim Patienten besteht. Der Schrittmacher ist etwa so groß wie eine Streichholzschachtel und wird ähnlich wie ein Herzschrittmacher unterhalb des Schlüsselbeins eingesetzt. Ein Drucksensor zwischen der Rippenmuskulatur am Thorax versorgt ihn mit Informationen über die Atmung. Eine zweite Elektrode wird unter die Haut bis zum Nervus Lingualis gelegt und mit ihm verbunden. Diese Elektrode gibt bei jedem Einatmen einen kleinen Stromimpuls ab, wobei er die Zungenmuskulatur nach vorn aus dem Rachen heraus bewegt.

Insgesamt sind nur drei kleine Hautschnitte bei diesem Eingriff erforderlich, die allerdings unter Vollnarkose vorgenommen werden. Nach einer Einheilungsphase von drei bis vier Wochen wird das Gerät unter Schlaflaborkontrolle aktiviert. Der Patient kann es vor dem Schlafengehen mit einer Fernbedienung ein- und morgens wieder ausschalten.

Universitätsklinikum Jena,
Prof.- Dr. O. Guntinas-Lichius



Foto: Inspire

Fahreignung bei Hörstörungen

(hs) Für die Beurteilung ist es wichtig, zwischen zwei Fahrerlaubnisgruppen zu unterscheiden. In Gruppe 1 fallen vor allem private und landwirtschaftliche Fahrzeugnutzungen, während Gruppe 2 den gewerblichen Güter- und Personenverkehr umfasst. Diese Gruppenunterscheidung ist relevant für die Beurteilung der Fahreignung, da es hier gruppenspezifische Regelungen gibt.

Das Entscheidende dieser Regelung ist, dass eine Hörstörung bis hin zur beiderseitigen Ertaubung die Verkehrssicherheit nicht messbar, bzw. nachweisbar beeinträchtigt. Beispielsweise gibt es im Straßenverkehr keine isoliert akustischen Zeichen (das „Martinshorn“ ist beispielsweise immer von Blaulicht begleitet).

Eine Hörstörung, egal welcher Ausprägung, führt nicht zu einer Beeinträchtigung der Fahreignung – außer es liegen weitere sensorische Defizite vor (z.B. Beeinträchtigung des Visus und/oder des Gleichgewichtsinns). Also stellt auch eine Taubheit beidseits kein Hindernis für den Erwerb bzw. Fortbestand einer Fahrerlaubnis, zumindest für die Gruppe 1 dar. Für Gruppe 2 ist ab einem prozentualen Hörverlust von 60% (bestimmt mittels der 4-Frequenztabelle von Röser) am besseren Ohr ein fachärztliches Zeugnis nötig. Liegen keine weiteren sensorischen Defizite vor und sind die genannten Voraussetzungen gegeben, ist auch hier die Fahreignung zu bejahen.

Frank Waldfahrer, Universitätsklinik Erlangen,
in HNO-Nachrichten 6/2016

Infektionen im HNO-Bereich: strenge Indikationsstellung für Antibiotika

(hs) Ungerechtfertigte Antibiotikaverordnungen spielen eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung von Resistenzen. Um diese noch günstige Resistenzsituation in der HNO-Heilkunde zu erhalten, ist eine strenge Indikationsstellung zur antibiotischen Therapie unerlässlich, so Dr. Horst Luckhaupt, Chefarzt der HNO-Klinik des St. Johannes-Hospitals in Dortmund.

Bei unkomplizierten viralen Atemwegsinfektionen sind Antibiotika nicht indiziert. Das gilt auch bei der akuten Tonsillo-Pharyngitis. Neueren Erkenntnissen zufolge sind akute Mandelentzündungen in bis zu 90% der Fälle viral bedingt. Weißlich-gelbliche Beläge seien kein ausreichender Hinweis auf eine bakterielle Infektion, so Luckhaupt. Dabei handelt es sich nicht immer um Eiter, auch Viren können zu Fibrinablagerungen führen. Zur klinischen Differentialdiagnose zwischen Streptokokken-Tonsillo-Pharyngitis und viraler Erkrankung sollten verschiedene weitere Krankheitszeichen herangezogen werden: So sprechen druckdulente Halsschwellungen, hochrote geschwollene Tonsillen und hohes Fieber für eine bakterielle Infektion, zusätzlicher Husten und Schnupfen dagegen eher für eine virale Genese.

Bei Kindern unter 3 Jahren kommt es fast nie zu einer Streptokokken-Tonsillo-Pharyn-

gitis und auch bei Erwachsenen über 45 Jahren nimmt die Häufigkeit wieder ab.

Bei hinreichendem klinischen Verdacht auf Streptokokken-Infektion oder mikrobiologischem Nachweis ist Penicillin das Antibiotikum der Wahl, bei Penicillin-Allergie sind Makrolide oder Clindamycin eine Alternative.

Dr. H. Luckhaupt, Fortbildungsveranstaltung des
HNO-Berufsverbandes Mannheim

Stimmstörung interdisziplinär diagnostizieren und therapieren

(hs) Störungen des Stimmklangs wie Heiserkeit oder Resonanzminderung, sowie Einschränkungen der stimmlichen Leistungsfähigkeit bzw. Belastbarkeit, aber auch subjektive Missempfindungen können auf gutartige Veränderungen der Stimmlippen hindeuten. In Folge von mechanischen Reizungen kann es zu Entzündungskaskaden kommen, die sich in vaskulären bindegewebigen und epithelialen Umbauprozessen der Stimmlippen manifestieren. So kann Rauchen oder eine Fehl- bzw. Überlastung zu einem Reinke-Ödem führen. Eine weitere Ursache kann eine Entzündung durch einen laryngopharyngealen Reflux sein. Virusinfektionen können eine Papillomatose verursachen.

Wegen der hohen Auflösung und guten Erreichbarkeit der zu untersuchenden Regionen stellt die flexible Endoskopie heute das diagnostische Verfahren der Wahl dar, so Prof. Christof Arens, Direktor Universitäts-HNO-Klinik Magdeburg. Da gutartige Neubildung der Stimmlippen selten monokausal bedingt sind und mit funktionellen Störungen einhergehen sollte die Diagnostik interdisziplinär erfolgen und neben der hno-ärztlichen und phoniatischen Untersuchung auch eine Stimmfunktionsuntersuchung umfassen.

Nicht selten sei bei funktionellen Störungen die Halswirbelsäule involviert, so Arens. Bei zervikogener Dysphonie könne eine manuelle Behandlung hilfreich sein. Auch ein Beckenschiefstand oder Beinlängendifferenzen können eine Rolle spielen. Hier kann ggf. die Zusammenarbeit mit einem Orthopäden bzw. Physiotherapeuten sinnvoll sein.

HNO Nachrichten 6/16

Zusammenhang zwischen Morbus Menière und Migräne statistisch nachgewiesen

(hs) Schon in früheren Untersuchungen wurde ein Zusammenhang zwischen Morbus Menière und Migräne postuliert. Britische HNO-Ärzte haben das Verhältnis näher

HNO NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

beleuchtet und die einflussreichsten Faktoren für die Entwicklung des Morbus Menière eruiert. Als Probanden dienten erwachsene Patienten zwischen 2003 und 2010 an zwei neuro-otologischen Zentren.

Insgesamt wurden 181 Patienten in der Studie untersucht: 102 von ihnen litten unter Morbus Menière und 79 unter anderen Gleichgewichtsstörungen. Es konnten drei signifikante Befunde ausgemacht werden: Zunächst erwies sich eine Familiengeschichte mit Morbus Menière oder Migräne in der Menière-Gruppe als weiter verbreitet als in der Gruppe mit anderen Gleichgewichtsstörungen. Zum Zweiten ist Migräne in der Menière-Gruppe weiter verbreitet als in der Gruppe der anderen Gleichgewichtsstörungen. Drittens zeigten Patienten mit einer familiären oder persönlichen Vorgeschichte mit Morbus Menière oder Migräne eine höhere Wahrscheinlichkeit (erneut) an Morbus Menière zu erkranken.

Die Autoren kommen zu dem Fazit, dass es einen allgemeinen Zusammenhang zwischen Morbus Menière und Migräne gibt.

Journal Clin Otolaryngical in
Kompakt Hals-Nasen-Ohren – Heilkunde 1/2017



Abnahme des Hörvermögens hat weitreichende psychosoziale Folgen

(hs) Eine kürzlich in der Fachzeitschrift „Ear and hearing“ veröffentlichte Studie beschäftigt sich mit dem Längsschnittverhältnis zwischen Hörvermögen in Umgebungslärm und psychosozialen Gesundheitsstörungen wie Einsamkeit, Dysphorie, Depression, Distress und Somatisierung bei Erwachsenen zwischen 18 und 70 Jahren. Zielparameter war u.a. der Einfluss einer fünfjährigen Periode von Hörminderung bei Umgebungslärm auf das psychosoziale Funktionieren.

Die Fähigkeit, Sprache bei Umgebungslärm wahrzunehmen, die Sprachwahrnehmungsschwelle (SRT) wurde mittels eines speziellen Tests evaluiert. Der psychosoziale Status wurde von Online-Fragebögen festgestellt.

Bei Teilnehmern mit hohem Bildungsniveau

war der längsschnittliche Zusammenhang zwischen SRT und sozialer Einsamkeit besonders ausgeprägt. Eine Abnahme des Hörvermögens bei Umgebungslärm führte für bestimmte Probanden zu verstärkter Einsamkeit, sofern die Betroffenen im Untersuchungszeitraum von fünf Jahren permanent auf eine Hörhilfe verzichteten. Die Autoren bezeichnen die Ergebnisse ihrer Studie als „alarmierend“ und machen auf die Notwendigkeit weiterer Studien aufmerksam.

Kompakt Hals-Nasen-Ohrenheilkunde 1/2017

Prophylaktische Gabe von antibiotikahaltigen Tropfen bei Tauchern nicht sinnvoll

(hs) In den USA ist die prophylaktische Gabe von Ciprofloxacin-Ohrentropfen verbreitet. Die Gabe von Ciprofloxacin-Ohrentropfen bei einer akuten bakteriellen Otitis externa, in der überwiegend Pseudomonas aeruginosa oder Staphylococcus aureus die Ursache sind, ist hier eine anerkannte Therapie. Generell muss bei der topischen Applikation Antibiotika jedoch die potentielle Gefahr einer allergenen Sensibilisierung berücksichtigt werden. Insofern ist der ungezielte Einsatz von Ciprofloxacin-Ohrentropfen bei einer längerfristigen Prozedion gegenüber Salzwasser nicht indiziert. Er führt zu einer Reduktion der schützenden Lipide des Cerumens im äußeren Gehörgang und einer Auflockerung des Epithels des äußeren Gehörgangs. Zusätzlich kommt es zu einer Erhöhung des protektiven sauren pH-Wertes dieser Region. Neben dem Ausspülen der Gehörgänge mit sauberem Süßwasser nach den Tauchgängen sollten pflegende, desinfizierende und pH-senkende Maßnahmen der Anwendung antibiotischer Ohrentropfen vorgezogen werden.

Als geeignete Prophylaxe bieten sich insbesondere Ohrtropfen mit den Bestandteilen Glycerol, Alkohol und Eisessig in unterschiedlichen Konzentrationen an.

Medizin aktuell, Consilium HNO 2015;
HNO 2015; 45(6)



Foto: © Miguel V. Fernández

Nicht-sinugene Kopfschmerzen

(hs) Scheidet eine sinugene Ursache auf Grund der vorliegenden Befunde aus, so ist auch der HNO-Arzt gefordert, über eine Migräne, einen Spannungskopfschmerz oder womöglich einen sekundären Kopfschmerz nachzudenken. Oft genügt schon eine ausführliche Anamnese.

In 90% der Fälle handelt es sich um einen primären Kopfschmerz, d.h. Migräne oder Spannungskopfschmerzen. Spannungskopfschmerzen sind leichte bis mittelschwere Kopfschmerzen, die im Unterschied zur Migräne sich meist einseitig manifestieren und im Bereich des gesamten Kopfes auftreten. Sie haben drückenden, ziehenden, aber keinen pulsierenden Charakter und verstärken sich nicht bei körperlicher Aktivität. Von den 5% aller Menschen, die unter täglichen Kopfschmerzen leiden, besteht bei ca. 40% ein Spannungskopfschmerz, so Prof. Hartmut Göbel, aus Kiel. Für die Betroffenen bedeutet dies eine große Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit und Lebensqualität.

Pathophysiologisch liegen bei dem Spannungskopfschmerz erhöhte Schmerzempfindlichkeit der perikraniellen Muskulatur und das Vorhandensein von myofaszialen Triggerpunkten zu Grunde. Die erhöhte muskuläre Sensitivität erhöht den Muskeltonus. „Bei der Konversion in die chronische Verlaufsform kommt es dann auch zu einer zunehmenden zentralen Sensitivierung“, so Göbel.

Typisch für einen Migräneanfall ist der mittelschwere einseitige pulsierende Kopfschmerz, der sich körperlicher Aktivität verschlimmert. Er ist begleitet von vegetativen Begleitsymptomen wie Übelkeit und Erbrechen. Seit einigen Jahren wird Botulinumtoxin A in der Prophylaxe der chronischen Migräne mit Erfolg eingesetzt. Man diskutiert, dass das Botulinum u.a. die peripheren trigeminalen Schmerzfasern beeinflusst. Dafür spricht die Beobachtung, dass Botulinumtoxin dann am besten wirkt, wenn es in die Areale injiziert wird, die trigeminal innerviert werden.

Die Migräne bei Kindern ist mit Nackenschmerzen, auch mit psychischen Störungen assoziiert. Gerade in dieser Altersgruppe ist das Symptom „Schmerz“ häufig Folge eines Traumas.

Zu den trigeminoautonomen Kopfschmerzen, die auch bei Kindern auftreten können, gehören der Clusterkopfschmerz und die paroximale Hemikranie. Typisch sind heftige halbseitige Kopfschmerzattacken, die in der Regel nur kurz anhalten und mit mehr oder

HNO NEWS

weniger ausgeprägten autonomen Begleitsymptomen einhergehen. Dazu gehören konjunktivale Injektionen, Lakrimationen, Rhinorrhoe, Lidödeme, Otalgien und mehr. Clusterkopfschmerz bessert sich nach körperlicher Aktivität. „Clusterpatienten laufen herum, Migränpatienten bleiben liegen“, so einer der Autoren des Schmerzkongresses in Hamburg. Empfohlene Medikamente in solchen Fällen sind Triptane, Verapamil und Indometacin.

aktuelle Medizin – Kongressberichte,
MMW, 2015; 157 (11)

INFEKTOLOGIE NEWS

Vorgehen bei Skabiesausbrüchen in Alten-, Pflegeheimen und Kliniken

(mh) Bei Mehrfachinfektion mit Skabies sollten alle involvierten Personen (Pflegerpersonen und deren Angehörige) umgehend über die Ausbruchssituation informiert und die nötigen Maßnahmen schriftlich festgehalten werden. Nach Eingangsuntersuchung aller exponierten Personen erfolgt die synchrone Behandlung aller Befallenen und aller Kontaktpersonen zur Unterbrechung der Infektionskette mit Permethrin-Creme (5%) an zwei aufeinander folgenden Tagen und nochmals nach zehn bis vierzehn Tagen. Bei nicht betroffenen Kontaktpersonen genügt eine einmalige topische Behandlung mit Permethrin-Creme 5%. Zu den Kontaktpersonen zählen auch Familienmitglieder von Skabiespatienten oder ehrenamtliche Helfer. Die topische Therapie wird ergänzt durch zweimalige systemische Therapie mit Ivermectin-Tabletten (0,2 mg/kg KG) im Abstand von sieben bis vierzehn Tagen. Unter besonderen Umständen kann gemäß der neuen Leitlinie auch eine alleinige systemische Therapie mit oralem Ivermectin erfolgen.

An begleitenden Hygienemaßnahmen gelten für Patienten mit milbenreicher Skabies *crustosa* strenge Quarantänenvorschriften, gegebenenfalls in einer dermatologischen Fachabteilung. An Skabies erkrankte Personalangehörige dürfen ihre Tätigkeit nicht wahrnehmen, solange von Infektiosität auszugehen ist. Erste Nachuntersuchungen aller initial Behandelten finden zwei Wochen nach der ersten Behandlung statt. Bei Weiterbestehen der Erkrankung oder bei Auftreten von Verdachtsfällen wird ein erneuter Behandlungszyklus durchgeführt. Der Aus-

bruch gilt erst dann als beendet, wenn über mindestens sechs Wochen keine neuen Verdachtsfälle mehr beobachtet wurden.

MMW 2/2017, S. 22



Foto: © Steschke

Neues und Altes zur Hepatitis B

(np) In Deutschland leiden etwa 70 000 Menschen an einer chronischen Hepatitis B, die Prävalenz liegt bei 0,5 bis 1%. Etwa 90% aller akuten Hepatitis B-Virusinfektionen heilen aus; um 10% haben auch nach mehr als sechs Monaten das Hepatitis B-Virus (HBV) nicht immunologisch kontrolliert. Man spricht dann von einer chronischen Hepatitis B. Sie ist vergesellschaftet mit einer erhöhten Rate an Leberzirrhose und einem hepatozellulären Karzinom und konsekutiv mitunter stark erhöhter Mortalität. Ist die HBV-Viruslast auf mehr als 2000 IE/ml (entspricht etwa 10 000 Viruskopien/ml) erhöht und/oder besteht eine wiederholt gemessene Transaminasenerhöhung, besteht die Indikation zur Therapie. Früher wurde mit Interferonen behandelt; diese Strategie wurde verlassen, da pro zwölf Monate Therapie lediglich Ausheilungsraten im niedrigen einstelligen Prozentbereich erreicht werden. Mittlerweile wird mit direkt antiviralen Wirkstoffen aus der Gruppe der Nukleosid- bzw. Nukleotidanaloga behandelt. Nach umfangreicher klinischer Forschung konnten sich die Wirkstoffe Tenofovir (zwei verschiedene Derivate) und Entecavir durchsetzen. Sie sind sehr effektiv, besitzen eine hohe Resistenzbarriere und sind nebenwirkungsfrei bis -arm. Sie verbessern leider nicht die klinischen Ausheilungsraten. Ist eine Hepatitis B klinisch ausgeheilt, so bleibt dennoch lebenslang Genmaterial des Virus vorhanden. Sollte es im weiteren Verlauf zu einer iatrogenen oder krankheitsbedingten Immunsuppression kommen, kann eine solche – klinisch ausgeheilte – Hepatitis B reaktivieren. Dies korreliert mit einer sehr hohen Morbidität und auch Letalität. Mit dem Wirkstoff Lamivudin wird bei einer drohenden Reaktivierung eine präemptive Therapie durchge-

führt. Neuere Daten zeigen, dass es bei einer Hepatitis C-Therapie mit direkt antiviral wirkenden Substanzen ebenfalls zu einer HBV-Reaktivierung kommen kann. Inwieweit dies regelhaft zu einer präemptiven Therapie führen sollte, ist gegenwärtig in der Diskussion. Serologisch ist eine durchgemachte Hepatitis B anhand eines negativen HBs-Antigens und von nachweisbaren anti-HBc-Antikörpern festzustellen.

Die Hepatitis B ist sehr gut impfpräventabel, da das HBV phylogenetisch alt und sehr stabil ist. Säuglinge und Kleinkinder werden seit einigen Jahren grundimmunisiert. Im Erwachsenenalter ist eine nachgeholt Grundimmunisierung indiziert bei Menschen, die einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Dies sind Berufstätige mit Patientenkontakten, HIV-Infizierte, Dialysepatienten, Reisende in Risikogebiete und Menschen mit oft wechselnden Sexualkontakten. Da es regelmäßig Impfversager gibt, sollte nach abgeschlossener Grundimmunisierung eine anti-HBs-Antikörper-Kontrolle stattfinden. Diese sollte über 100 IE/l liegen; danach sind lebenslang keine Auffrischungsimpfung und auch keine Kontrolle mehr notwendig. Bei akuter Exposition sollte der Titer gemessen werden; liegt er unter 100 IE/l, sollte eine Auffrischungsimpfung erfolgen.

Der Arzneimittelbrief, 2017, Nr.2, S. 9-12

Neutralisierende monoklonale Antikörper zur Verhinderung eines Rezidivs einer Clostridium difficile-Infektion

(np) Die pseudomembranöse Enterokolitis, ausgelöst durch das A- und B-Toxin von *Clostridium difficile*, ist die häufigste Durchfallerkrankung bei hospitalisierten Patienten. Nach Therapie mit Vancomycin oder Metronidazol kann die Rezidivrate bis zu 30% betragen (die Rezidivrate ist nach Behandlung mit dem sehr teuren Fidaxomycin nur wenig geringer). Bisherige Antikörpertherapien zeigten nur geringe Erfolge. Aktuell wurden zwei neue Antikörper gegen Toxin A (Actoxumab) und Toxin B (Bezlotoxumab) in einer placebokontrollierten Studie an mehr als 2600 Patienten, die bereits mit den drei o.g. Wirkstoffen behandelt worden waren, getestet. Bezlotoxumab erwies sich als wirksam, es traten weniger Rezidive auf. Eine Zweifachprophylaxe ist nicht sinnvoll. Bezlotoxumab ist nicht sehr gut verträglich, es traten Übelkeit, Müdigkeit und Kopfschmerzen auf. Es wurden Herzinsuffizienzen ausgelöst bzw. bestehende Herzinsuffizienzen verschlechtert.

INFEKTIOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Letztere Patienten zeigten eine erhöhte Mortalität. Die Kosten für eine einmalige Behandlung betragen 3600 Euro.

Der Arzneimittelbrief, 2017, Nr.2, S. 13-14



Foto: © Copacopac

Neue Ebola-Vakzine – noch kein Durchbruch

(np) Der schlimmste Ebola-Ausbruch der Geschichte resultierte in 28000 Erkrankungs- und 11000 Todesfällen. Die wichtigste Strategie zur nachhaltigen Bekämpfung des Ebola-Virus ist die Entwicklung einer potenten und verträglichen Vakzine. In präklinischen Studien hatte ein abgeschwächter aber vermehrungsfähiger Lebendimpfstoff gute Ergebnisse gezeigt. Dieses „recombinant vesicular stomatitis virus“ (rVSV) wurde gentechnisch verändert: seine Glykoproteine wurden gegen jene des Zaire-Stammes des Ebolavirus (ZEBVO) ausgetauscht.

rVSV-ZEBVO wurde an insgesamt 78 Probanden in drei unterschiedlichen Dosierungen einmalig, bei einer aus 13 Probanden bestehenden Gruppe zweimalig verimpft. Die Verträglichkeit war recht gut. Alle Probanden bildeten bis Tag 28 Antikörper. Der Effekt hielt leider nicht länger als sechs Monate an.

NEJM, 2017; 376: 330-41

Mutter-zu-Kind-Transmission: Welche HIV-Medikamentenkombination ist die beste?

(np) Schwangere Frauen mit einer HIV-Infektion, die keine eigene Behandlungsindikation haben, wurden bislang – vor allem im Setting der armen Länder – mit dem ältesten HIV-Medikament Zidovudin behandelt, um ihre Babys nicht unter der Geburt anzustecken. Intrapartal erhielten sie zusätzlich eine Dosis des langwirksamen Wirkstoffs Nevirapin. Aufgrund fehlender Geldgeber gab es bisher keine weitergehende Forschung auf diesem Gebiet. Nun haben die US-amerikanischen National Institutes of Health eine Studie gesponsort,

die zeigt, dass die klassische HIV-Kombinationstherapie – die aus drei Wirkstoffen besteht – gegenüber dem bisherigen Vorgehen effektiver eine Mutter-zu-Kind-Übertragung verhindert. Untersucht wurden die beiden Kombinationen aus Tenofovir DF+Emtricitabin+Lopinavir/ritonavir und Zidovudin+Lamivudin+Lopinavir/ritonavir. Die Dreifach-Kombinationen waren allerdings schlechter verträglich; die Tenofovirhaltige Kombination zeigte sogar eine erhöhte Frühgeburtsrate.

NEJM, 2017; 375: 1726-37

KARDIOLOGIE NEWS

Erhöhter Ruhepuls auch für Gesunde ein Risikofaktor

(mh) Bekannt ist, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Gesamtmortalität bei Anstieg der Herzfrequenz auch bei Gesunden zunehmen. Eine Metaanalyse zur Bedeutung der Ruhedate ergab, dass ein erhöhter Ruhepuls um 10 Schläge pro Minute die Erkrankungshäufigkeit für KHK um 12%, für Schlaganfall um 5%, für plötzlichen Herztod um 12% und für Malignome um 9% steigert. Nicht kardiovaskuläre Erkrankungen werden insgesamt um 16% häufiger beobachtet, Erkrankungen ohne Malignome um 25%. Mit der Zunahme der Tachykardie steigt die Morbidität in einem linearen Zusammenhang. Ursachen dürften hämodynamischer Stress, eine Erhöhung der kardialen Belastung und des Sauerstoffverbrauchs sowie langfristig die Entwicklung einer Myokardischämie und Arteriosklerose sein. Andererseits konnte bisher nicht gezeigt werden, dass durch Absenkung der Herzfrequenz bei kardial Gesunden, z.B. mit Betablockern, die Prognose verbessert wird.

MMW 1/2017, S. 32



Foto: © Pia von Lützu

KARDIOLOGIE NEWS

Neues Behandlungskonzept der Therapie bei Patienten mit Vorhofflimmern plus Stent

(mh) Auf dem Kongress der American Heart Association wurden Ergebnisse der PIONEER-AF-PCI-Studie vorgestellt. Etwa 5-10% aller Koronarpatienten weisen Vorhofflimmern auf. Die klassische Triple-Therapie mit Vitamin-K-Antagonist plus dualer Plättchenhemmung stellt den heutigen Standard dar. Es konnte dargestellt werden, dass zwei verschiedene Therapiestrategien mit dem Faktor-Xa-Hemmer Rivaroxaban (15 mg/d) mit Clopidogrel (75 mg/d) und im anderen Fall um Rivaroxaban (2x 2,5 mg/d) plus Clopidogrel (75 mg/d) und ASS (75-100 mg/d) verabreicht wurden. Verglichen wurde gegenüber der klassischen Therapie mit Vitamin-K-Antagonist plus Clopidogrel plus ASS. Es fand sich ein signifikant geringeres Blutungsrisiko in den beiden Rivaroxaban-Gruppen (16,8 und 18 % in den Rivaroxaban-Gruppen gegenüber 26,7 % in der Warfarin-Gruppe).

Nur 12 bzw. 11 Patienten müssen mit Rivaroxaban plus Clopidogrel behandelt werden, um eine Blutung gegenüber dem klassischen Vorgehen zu verhindern, so Prof. Michael Gibson, Boston. Auch schwere bzw. behandlungsbedürftige Blutungen schnitten in der Rivaroxaban-Gruppe besser ab.

Die Wirksamkeit war in den beiden Gruppen nicht unterschiedlich bezüglich Ereignisraten oder den Einzelkomponenten wie Herztod, Infarkt, Schlaganfall oder Stentthrombose. Die Patienten in der Rivaroxaban-Gruppe wiesen ein signifikant geringeres Risiko für stationäre Wiedereinweisungen auf.

Zusammenfassend läutete Prof. Deepak Bhatt von der Harvard-Universität das Ende der klassischen Triple-Therapie in voller Dosis ein: „Bei Patienten außerhalb klinischer Studien sollte eine Antikoagulation plus duale Plättchenhemmung in jeweils voller Dosis in der Praxisroutine vermieden werden.“

MMW Fortschritte der Medizin, 2016, 21-22/158

Maßnahmen bei kardiogenem Notfall

(mh) Ursachen für akute Thoraxschmerzen sind koronare Syndrome, Lungenembolie oder ein akutes Aortensyndrom, seltener ein Spannungspneumothorax oder eine Oesophagusruptur. Eine vitale Bedrohung besteht bei Bewusstseinsstrübung, Pulsfrequenz > 100 oder < 60 pro Minute, schwerer Blutdruckdysregulation (systolischer Druck < 90 oder > 220 mmHg), Zentralisation, respi-

KARDIOLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

ratorischer Insuffizienz (SPO₂ < 90 %) oder therapierefraktären thorakalen Schmerzen. Das 12-Kanal-EKG sichert im Notdienst die Infarkt diagnose in Verbindung mit der klinischen Diagnose mit einer Trefferquote von über 90% schon in der prähospitalen Phase. Differenzialdiagnostisch gibt es jedoch ST-Strecken-Hebungen bei linksventrikulärem Aneurysma, akuter Perikarditis und Schenkelblockierungen.

Die Organisation eines raschen Transportes in die Klinik durch den Notarzt ist wichtigste Sofortmaßnahme. Analgesie durch intravenöse Opioid-Gabe gilt zwar immer noch als erste Wahl, es mehren sich jedoch Hinweise auf eine Verlangsamung der Resorption von Thrombozytenaggregationshemmern, so dass die Empfehlung von Opioiden zurückhalten ist. Sauerstoff soll nur Patienten mit einer Hypoxie (SPO₂ < 90%), Dyspnoe oder akuter Herzinsuffizienz appliziert werden. Eventuell muss sediert werden bei sehr angespannt-ängstlichen Patienten.



BRK Rettungswagen RTW.

Foto: © by Alfred Rath

Die antithrombozytäre Therapie soll bereits prähospital eingeleitet werden mit 150-300 mg ASS oral oder 80-150 mg i.v. Ebenfalls Antithrombin-Therapie mit Heparin oder Enoxaprin i.v., falls der Patient nicht bereits antikoaguliert ist.

In der Klinik erfolgt zusätzlich eine Echokardiographie sowie die Bestimmung des Troponintestes zur Sicherung der Diagnose, insbesondere eines NSTEMI-Infarktes oder einer instabilen Angina pectoris. Erst in der Klinik sollte zusätzlich Prasugrel oder Ticagrelor eingesetzt werden. Kommt es zusätzlich zur Insuffizienz des rechten oder linken Ventrikels, kann dieses durch die Bestimmung der natriuretischen Peptide (BNP) verifiziert werden. Als Ursache für den Anstieg des BNP kommt differentialdiagnostisch in Betracht: diastolische Herzinsuffizienz, akutes Koronarsyndrom, Hypertonie mit linksventrikulärer Hypertrophie, Klappenvitien, Vorhofflimmern oder Endo- bzw. Myokarditis.

Rhythmusstörungen werden am häufigsten durch akutes Vorhofflimmern hervorgerufen.

Supraventrikuläre Arrhythmien machen etwa 40% aller Arrhythmien aus, Kammertachykardien liegen bei 10-15% und Bradykardien bei 15-20% vor. Einen rhythmologischen Notfall können auslösen Vorhofflattern, tachyarrhythmisches Vorhofflimmern, atrioventrikuläre Tachykardien mit hoher Kammerfrequenz und ventrikuläre Tachykardien sowie Torsade-de-Pointes-Tachykardien, Kammerflimmern oder ein totaler AV-Block mit unzureichendem Ersatzrhythmus. Das EKG liefert mit hoher Trefferquote die Diagnose. Zur Therapie kommt bei Vorhofflimmern oder Vorhofflattern die elektrische Kardioversion in Betracht. Bei >48 Stunden bestehendem Vorhofflimmern sollte nach eingeleiteter Antikoagulation mittels transösophagealer Echokardiographie vor elektrischer Kardioversion ein Vorhoffthrombus ausgeschlossen sein. Zur Therapie ventrikulärer Tachykardien kommen Betablocker, Amiodaron i.v. und elektrische Kardioversion oder Defibrillation in Betracht. Bei Bradykardien Gabe von Isoprenalin und längerfristige Therapie durch einen Schrittmacher.

MMW Sonderheft 2/2016, S. 12

ESC-Leitlinien zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen

(mh) Obwohl Prävention zur Senkung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität unbestritten ist, zeigt die EUROASPIRE-IV-Studie, dass die Empfehlungen nur mangelhaft umgesetzt werden. Nach einem Koronareignis rauchen 48,6% der Raucher weiter, nur die Hälfte der Patienten mit Übergewicht befolgen Diättempfehlungen oder steigern ihre körperliche Aktivität. Die Zahl der KHK-Patienten mit Adipositas und Diabetes mellitus steigt unaufhörlich. In den neuen Leitlinien wird besonders auf ein breitgefächertes bevölkerungsbezogenes Maßnahmenpaket Wert gelegt: Kranken- und Pflegekassen sollen investieren für Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen und Betrieben.

Bevölkerungsbezogene Prävention kann das kardiovaskuläre Risiko einer Population senken, wenn die Empfehlungen konsequent umgesetzt werden.

Zur individuellen Prävention empfehlen die Leitlinien *Raucherentwöhnungsprogramme* unter Einsatz von Nikotinersatztherapie (NRT) wie Bupropion oder Vareniclin, dies mit einer Klasse-IA-Empfehlung. Auch die elektronische Zigarette könnte in der Raucherentwöhnung hilfreich sein.

Die körperliche Aktivität soll pro Woche mindestens 150 Minuten (aerob) trainiert werden, mit moderater Intensität und

schrittweiser Steigerung bis 300 Minuten. Personen mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko sollte ein individuelles Trainingsprogramm verordnet werden.

Ernährung, hier gilt die mediterrane Kost als besonders geeignetes Konzept. Ziel ist ein Gewicht mit einem BMI von 20-25 kg/m² für <60-Jährige.

Für den *Lipidstatus* gelten die Statine bei hohen LDL-Cholesterinwerten als Medikamente erster Wahl. Bei unbefriedigenden Werten sollte der monoklonale Antikörper TCSK9-Inhibitor eingesetzt werden, wobei es bis zu einer 60%-igen Reduktion des LDL-Cholesterins kommen kann.

Blutdruck-Zielwerte bei Patienten < 60 Jahren liegen bei 140/90 mmHg, bei Diabetikern und jungen Risikopatienten niedriger. Diuretika, ACE-Hemmer, Angiotensin-II-Rezeptor-Blocker, Kalzium-Antagonisten und Beta-Blocker unterscheiden sich laut Leitlinien nicht signifikant, so dass alle in der Therapie eingesetzt werden können, selbstverständlich auch in fixer Kombination. Zurückhaltung gilt für Betablocker und Thiazide bei metabolischen Risikofaktoren, da sie das Risiko für einen Diabetes erhöhen können.

Zur *Diabetes-Therapie* gilt Metformin unverändert als medikamentöse First-Line-Therapie. Jeder >40-jährige Patient mit Diabetes sollte laut Leitlinien mit einem Statin behandelt werden (Klasse-IA-Empfehlung), SGLT2-Inhibitoren bei kardiovaskulären Erkrankungen.

DMW 3/2017, S. 189

NEUROLOGIE NEWS

Schon früh an psychische Symptome bei einer Chorea Huntington Erkrankung denken

(sh) In einer retrospektiven Analyse konnte gezeigt werden, dass schon vor Beginn motorischer Symptome sich sowohl in der Selbst- als auch in einer Fremdeinschätzung deutliche psychische Symptome bei einer Chorea Huntington Erkrankung bemerkbar machen. Damit ist eine frühere Diagnosestellung bei der autosomal dominant vererbten Krankheit möglich. Typische Symptome sind vermehrt eine Depressivität, Ängstlichkeit, paranoides Denken etc.

Info Neurologie und Psychiatrie Dezember 2016, Jg18, Nr.12

NEUROLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Korrektur kardiovaskulärer Risikofaktoren als Demenzprophylaxe

(sh) In einer holländischen Studie konnte bei älteren Patienten kein Rückgang einer Demenz festgestellt werden, wenn die kardiovaskulären Risikofaktoren konsequent behandelt wurden. Die Teilnehmer der Studie waren allerdings zwischen 70 und 78 Jahre alt. Daraus konnte geschlossen werden, dass ein demenzpräventiver Effekt im höheren Alter nicht mehr zu erreichen ist und beeinflussbare Risikofaktoren schon im mittleren Lebensalter behandelt werden sollten.

InfoNeurologie und Psychiatrie, Dezember 2016, Jg18, Nr.12

Langzeitantibiotikabehandlung hilft nicht nach Borrelioseinfektion

(sh) In einer niederländischen randomisierten placebokontrollierten Doppelblindstudie wurde nach der üblichen zweiwöchigen Ceftriaxonbehandlung ein Teil der Patienten über zwölf Wochen weiter antibiotisch behandelt. Die Patienten litten unter Muskel- und Gelenkschmerzen nach einer früheren Borreliose. Die Therapie mit der Langzeitantibiose hatte keinerlei Effekt im Vergleich zur Placebogruppe.

InfoNeurologie und Psychiatrie, November 2016, Jg18, Nr.11



Foto: John Tann, Sydney

Placeboeffekt versus medikamentöse Prophylaxe bei Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter

(sh) In einer Studie zeigte sich bei acht- bis siebzehnjährigen Patienten mit einer Migräne eine Responderrate von 61% in der Placebogruppe und 51-55% in der Gruppe, die das Medikament Amitriptylin oder Topiramate erhielt.

Info Neurologie und Psychiatrie, Januar 2017, Jg. 19, Nr.1

PFO-Verschluss und Migräne mit Aura

(sh) Der PFO-Verschluss bei einer Migräne mit Aura ist nicht migräneprophylaktisch

wirksam und kann deswegen nicht empfohlen werden.

InfoNeurologie und Psychiatrie November 2016, Jg18, Nr.11

Therapie der hochgradigen Karotisstenose bei älteren Patienten

(sh) In einer Metaanalyse konnte festgestellt werden, dass bei einer Karotisendarteriektomie einer ACI Stenose bei über 70-jährigen Patienten das prozedurale Risiko mit weniger Komplikationen verbunden war, als das Stenting. Wahrscheinlich ist eine OP die bessere Alternative.

InfoNeurologie und Psychiatrie, November 2016, Jg18, Nr.11

Therapie der lumbalen Spinalkanalstenose

(sh) Eine alleinige Dekompressionsoperation der Spinalkanalstenose mit Laminektomie ist genauso wirksam, wie eine Laminektomie mit einer Fusionsoperation. (Schwedische randomisierte Studie).

InfoNeurologie und Psychiatrie, November 2016, Jg18, Nr.11

Hemikraniektomie bei malignem Hirnödem nach Schädel-Hirn-Trauma

(sh) In einer randomisierten Studie aus den USA zeigte sich bei Patienten, die eine dekompressive Hemikraniektomie bei erhöhtem Hirndruck nach SHT erhielten, im Vergleich zur Placebogruppe zwar eine verlängerte Mortalität, aber auch ein verschlechtertes funktionelles Outcome.

Info Neurologie und Psychiatrie, Januar 2017, Jg. 19, Nr.1

MAO B Hemmer kann Schlafstörungen bei Parkinsonpatienten verbessern

(sh) Parkinsonpatienten leiden häufig unter Schlafproblemen, unter anderem einer Insomnie, aber auch REM-Schlafstörungen. In einer Studie konnte festgestellt werden, dass das Medikament Rasagilin diesbezüglich zu einer Besserung führt und die Schlafstörungen bzw. erhöhte Tagesmüdigkeit zurückgingen.

NeuroDepesche, 12/2016

Post-Zoster Neurologie

(mh) In einer Metaanalyse wurde der Wert einer Impfung gegen Herpes zoster untersucht. Ferner war gefragt, ob eine Häufung

von klinischen Symptomen mit einem erhöhten Risiko für eine Post-Zoster-Neuralgie (PZN) verbunden ist. Als Risikofaktoren für die Entstehung einer PZN fanden sich Prodromalschmerzen, starker Akutschmerz, großflächiger Ausschlag, Beteiligung des Auges, Diabetes mellitus und schwere Immunsuppression. Für Depression und Karzinome ergab sich keine Evidenz für ein erhöhtes PZN-Risiko. Alle genannten Symptome könnten mit einer Impfung gegen Herpes zoster vermieden werden. Die Autoren folgern daher, dass eine Impfung gegen Herpes zoster auf lange Sicht auch eine vorbeugende Maßnahme gegen die Entstehung einer PZN darstellt.

MMW 2/2017, S. 41



Foto: © Preston Hunt

Lichtempfindlichkeit mit Verschlimmerung der Schmerzen bei Migräne

(gh) Während einer akuten Migräne-Attacke verspüren nahezu alle Patienten eine verstärkte Lichtempfindlichkeit. Eine Arbeitsgruppe aus Boston untersuchte Migräne-Patienten. Während einer Attacke wurden sie verschiedenen farbigem Licht ausgesetzt. Vermessen wurde, welche Farbe die Kopfschmerzsymptome verstärkte, abschwächte oder ohne Wirkung blieb. Ergänzend wurde eine Elektroretinografie mit unterschiedlichen Farben durchgeführt und durch ein EEG visuell evozierte Potenziale abgeleitet. Dabei fand sich, dass weißes, blaues, oranges und rotes Licht intensitätsabhängig die Kopfschmerzen verstärkte, während grünes Licht bei einem Teil der Patienten nur zu einer geringen Verstärkung der Kopfschmerzintensität führte und bei einigen Patienten es sogar zu einer Abschwächung der Schmerzen kam. Durch elektroretinografische Untersuchungen und Ableitung der visuell evozierten Potenziale gelang eine Replikation dieser Ergebnisse. Die evozierten Potenziale waren bei grünem Licht am geringsten. Demnach würde die Retina und die Verschaltung der Farbsignale im Thalamus bei der Entstehung der Fotophobie eine höhergradigere Rolle spielen als der visu-

NEUROLOGIE NEWS

elle Cortex. Es wäre zu prüfen, ob die Exposition gegenüber grünem Licht eine Linderung der Schmerzen bewirkt.

MMW 20/2016, S. 46

PÄDIATRIE NEWS

Leitsymptome kindlicher ZNS-Tumore

(ub) Tumore im Gehirn und Rückenmark sind die zweithäufigste Krebserkrankung bei Kindern und Jugendlichen, jährlich erkranken in Deutschland ca. 450 Kinder neu an einem ZNS-Tumor. Bei einem Drittel der Kinder wird die Diagnose innerhalb von 4 Wochen, bei einem Drittel innerhalb von 6 Monaten und bei 13% länger als ein Jahr nach Auftreten der ersten Symptome gestellt. Absolutes Warnsymptom für einen Hirntumor ist die Kombination von Kopfschmerzen mit Nüchternbrechen und Vigilanzminderung. Bei verzögerter Diagnostik steigt das Risiko für Komplikationen und irreversible neurologische Schäden. Bei ZNS-Tumoren wird zwischen Symptomen eines erhöhten intrakraniellen Drucks und lokalisationsbezogenen Symptomen mit entsprechenden neurologischen Ausfällen unterschieden. Hinweisende Symptome sind Makrozephalus, plötzliches Schielen, abnorme Augenbewegungen, kognitive Probleme, Hirnnervenausfälle, Hemiplegie, fokalmotorische Schwäche, Makrozephalie, Lethargie und Gewichtsverlust. Gerade Müdigkeit und Gewichtsabnahme werden oft als unspezifische Symptome einer systemischen Erkrankung interpretiert, was zu einer verzögerten Diagnose des Hirntumors führt. Rückenschmerzen in Kombination mit Gangstörungen, Wirbelsäulendeformitäten und (inkompletten) Querschnittssyndromen weisen auf einen spinalen Tumor hin. ZNS-Tumore zeigen in den verschiedenen Altersgruppen unterschiedliche klinische Symptome.

Neugeborene: Perinatale Hirntumore liegen überwiegend supratentoriell und sind zu 30-45% Teratome. Die häufigsten Symptome sind Makrozephalie und Hydrozephalus. Oft wurde die Tumormasse bereits pränatal diagnostiziert. In 20% der Fälle kommt es zu intrakraniellen Blutungen.

Säuglinge: Hirntumoren äußern sich in diesem Alter durch ein überproportionales Kopfwachstum, durch Gedeihstörung, Erbrechen, Lethargie und durch ophthalmologische Auffälligkeiten (Nystagmus, Strabismus).

PÄDIATRIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Kleinkinder: Im Gegensatz zu älteren Kindern kommen vermehrt Verhaltensauffälligkeiten und Lethargie vor, Kopfschmerzen und epileptische Anfälle werden seltener beobachtet. Spinale Tumoren fallen durch eine auffallend frühe Handpräferenz und durch ein verzögertes Erreichen motorischer Meilensteine auf.

Jugendliche: Wachstums- und Pubertätsstörungen können auf einen Hirntumor hinweisen. Verhaltensauffälligkeiten und Kopfschmerzen durch einen Hirntumor sind schwer von pubertätsbedingten Stimmungsschwankungen abzugrenzen.

Hirntumor als Zufallsbefund: In 0,1–0,7% der Schädel-CT und MRT-Untersuchungen aus anderer Indikation (zum Beispiel SHT) wird zufällig ein bis dahin asymptomatischer Hirntumor entdeckt, das sind ungefähr 6% aller neu diagnostizierten Hirntumore.

Monatsschrift Kinderheilkunde 10/2016

Zweitumore nach Therapie des Morbus Hodgkin

(ub) Jährlich erkranken in Deutschland etwa 150 Kinder und Jugendliche an einem Morbus Hodgkin, die 10-Jahres-Überlebensrate beträgt über 90%. In einer Studie wurde bei 2548 Patienten in einer Nachbeobachtungszeit von durchschnittlich 14,3 Jahren die Häufigkeit von Zweitumoren untersucht. Bei 138 Patienten traten insgesamt 147 bösartige Neubildungen auf. Das zusätzliche absolute Risiko einer malignen Zweiterkrankung war dabei im Vergleich zur erwarteten Häufigkeit in der Normalbevölkerung für Brustkrebs, Schilddrüsenkarzinome und Leukämien erhöht. Schilddrüsenkarzinome traten nur bei den Patienten auf, die im Hals- oder Mediastinalbereich bestrahlt wurden. Kinder und Jugendliche, die wegen eines Morbus Hodgkin eine Strahlentherapie erhalten haben, sollten lebenslang eine regelmäßige ärztliche Nachsorge erhalten.

Monatsschrift Kinderheilkunde 10/2016

Schmerzreduktion beim Impfen

(ub) Impfungen im Säuglings- und Kindesalter sollen so schmerz- und stressarm wie möglich erfolgen, um beim Patienten eine lebenslange positive Einstellung zum Impfen zu erzielen und einer Spritzenphobie vorzubeugen. Dabei haben sich folgende Techniken als wirksam erwiesen:

- Impfung nicht im Liegen, sondern in aufrechter Position, Säuglinge und Kleinkinder sollen auf dem Arm oder auf dem Schoß der Eltern gehalten werden – Säuglinge können während der Impfung gestillt werden.

- Die Injektion soll zügig erfolgen.
- Eine Aspiration ist bei der intramuskulären Impfung nicht erforderlich, weil an den empfohlenen Injektionsstellen M. vastus lateralis und M. deltoideus keine großen venösen Gefäße existieren.
- Kombinationsimpfstoffe sollen bevorzugt werden, um die Anzahl der Injektionen zu verringern.
- Bei Simultanimpfungen soll der schmerzhafteste Impfstoff zuletzt appliziert werden. Als schmerzhaft gelten: Pneumokokkenkonjugat-MMR- und HPV-Impfstoffe.
- Es soll eine altersangemessene Ablenkung erfolgen.
- In Einzelfällen kann vor der Injektion eine lokale Schmerztherapie mit Emla®Pflaster erfolgen.

Monatsschrift Kinderheilkunde 11/2016



Polyneuropathien bei Hashimoto-Thyreoiditis

(ub) Eine demyelinisierende periphere Polyneuropathie mit verminderter sensibler Nervenleitgeschwindigkeit, abnormen Muskeleigenreflexen und bilateralem Karpaltunnelsyndrom kann bei der Hashimoto-Thyreoiditis auftreten. Diagnostisch richtungsweisend ist der Nachweis von TPO-Antikörpern. Therapeutisch haben neben symptomatischen Maßnahmen die Behandlung der Hypothyreose mit L-Thyroxin und das Erreichen einer euthyreoten Stoffwechsellage den größten Stellenwert.

Pädiatrie up2date 4/2016

Kindesmisshandlung vorbeugen

(ub) Misshandlung von Kindern kommt in allen Bevölkerungs- und Gesellschaftsschichten vor. Erste und wichtigste Voraussetzung zur Prävention von Kindesmisshandlungen ist die Kenntnis der familiären und sozialen Situation des Kindes. Eskalationen in der Partnerschaft, Änderungen der familiären Situation und finanzielle Probleme, soziale Isolation, geringes Selbstwertgefühl der Eltern, psychische Instabilität, Überforderung und gestörte familiäre Interaktionen bergen ein erhöhtes Risiko für eine

PÄDIATRIE NEWS

Kindesmisshandlung. Bei entsprechender Risikokonstellation können „normale“ Entwicklungsschritte des Säuglings und Kleinkindes zum Auslöser für eine Kindesmisshandlung werden. Die sieben gefährlichsten Entwicklungsschritte eines Kindes, die zu gewalttätigen Erziehungsmaßnahmen führen können, sind nachfolgend aufgeführt:

- nächtliches Erwachen
- Schreiphasen
- Trennungängste
- natürliche Neugier
- Trotzverhalten
- Appetitlosigkeit
- Widerstand gegen das Toilettentraining

Der häufigste Auslöser für eine Misshandlung im Säuglingsalter, besonders für das Schütteltrauma, sind Regulationsstörungen (exzessives Schreien, Schlafstörungen, Fütterungsprobleme), die im ersten Monat beginnen und im 2.-4. Monat ihren Höhepunkt erreichen. Ein vorsorgliches Gespräch mit den Eltern über die natürlichen Entwicklungsschritte des Kindes kann helfen, rechtzeitig gewaltfreie Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Monatsschrift Kinderheilkunde 12/2016

PHARMAKOGENOMIK

Voriconazol und der Einfluss von CYP2C19

(bs) Voriconazol ist ein Triazol-Antimykotikum, welches zur Behandlung von schweren Mykosen eingesetzt wird. Dies sind insbesondere die invasive Aspergillose sowie Candidämie bei nicht neutropenischen Patienten. Es findet ebenfalls Anwendung bei der Behandlung von Fluconazolresistenten, schweren invasiven Candida-Infektionen (einschließlich durch *C. krusei*), der Behandlung schwerer Pilzinfektionen, hervorgerufen durch *Scedosporium* spp. und *Fusarium* spp. Voriconazol hemmt das Enzym Lanosterol-14 α -Demethylase bei der Ergosterol-Biosynthese. Es wird primär von dem Enzym Cytochrom P450 2C19 (kurz: CYP2C19) und in geringerem Ausmaß auch vom CYP2C9 und CYP3A4 metabolisiert. Der Wirkstoff selbst hemmt insbesondere das Enzym CYP3A4, über welches zahlreiche Wirkstoffe metabolisiert werden, und führt damit zu Wirkungsverlust oder Nebenwirkungen. Das Antimykotikum Voriconazol zeigt eine breite Variabilität in der Serumkonzentration bei Patienten. Diese erfolgt teilweise aufgrund der unterschiedlichen genetischen Varianten des CYP2C19 Al-

PHARMAKOGENOMIK

els. Patienten, die aufgrund einer genetischen Mutation CYP2C19 ultraschnelle Metabolisierer sind, haben eine verminderte Voriconazol-Konzentration und können die Ziel-Blutkonzentration somit nicht erreichen. Wohingegen langsame Metabolisierer eine erhöhte Konzentration und dadurch ein erhöhtes Risiko an unerwünschten Arzneimittelwirkungen aufweisen.

Die Autoren der CPIC-Richtlinien empfehlen daher die Dosis von Voriconazol individuell, aufgrund der genetischen Variation von CYP2C19, anzupassen.

Moriyama B. et al.; Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC®) Guideline for CYP2C19 and Voriconazole Therapy. Clin Pharmacol Ther. 2016 Dec. [Epub ahead of print]



Foto: © EMW

Standardisierung von pharmakogenetischen Analysen

(bs) Der Fachbereich der Pharmakogenomik entwickelt sich derzeit rasant, und daher ist es umso wichtiger, dass alle Wissenschaftler die gleiche Nomenklatur verwenden. Das Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) sorgt mit der neusten Veröffentlichung für einen angemessenen Standard. 58 Experten, darunter Wissenschaftler, Kliniker und klinische Informatiker, haben einen Konsens für entsprechende pharmakogenetische Richtlinien nach dem Delphi-Verfahren erarbeitet. Dabei sind diese Experten in fünf Runden befragt worden und haben eine Übereinstimmung der Richtlinien zu über 70% erreicht. In der finalen Runde stimmten 90% der Experten für diese Richtlinien. Inhaltlich geht es um das Verstehen und Interpretieren von pharmakogenetischen Analysen, die Reduktion von Verwechslung und die Nutzung der konsistenten Nomenklatur. Dies ist wichtig für den internationalen Austausch von Wissen und die Grundlage für die Nutzung der Daten im elektronischen Gesundheitssystem.

Caudle K.E. et al.; Standardizing terms for clinical pharmacogenetic test results: consensus terms from the Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) Clin Pharmacol Ther. 2016 Dec., 19 (2), 215-223

PNEUMOLOGIE NEWS

Infektprophylaxe von akut-respiratorischen Erkrankungen

(gh) Zu den akut-respiratorischen Erkrankungen (ARE) zählen akute Rhinopharyngitis, Sinusitis, Pharyngitis, Laryngitis, Tracheitis, Otitis media und Pneumonie. Ein Erwachsener hat im Schnitt zwei bis drei ARE pro Jahr, Kinder im Vorschulalter ca. 4-8 Are.

Da ARE in der Regel durch Viren (Rhino-, Corona- und Influenzaviren) verursacht sind, ist eine Antibiotikabehandlung nicht indiziert, viel mehr meist kontraindiziert.

Zur Prophylaxe können besonders Kinder von einer mehrmonatigen, präventiven Zinkeinnahme (10-15 mg/Tag) profitieren. Patienten unter körperlicher Belastung scheinen durch eine präventive Vitamin-C-Einnahme seltener einen Infekt zu bekommen. Eine Vitamin-C-Einnahme bei gesunden Patienten führt allenfalls zu einer Verkürzung der Erkältungsdauer um wenige Stunden bis Tage. Der diskrete Nutzen ist daher gegenüber potenziell möglichen Nebenwirkungen abzuwägen.



Foto: Není nutno

Die Evidenz-Lage zur Wirksamkeit von Echinacea-Präparaten ist zu gering. Sollte die Anwendung von Echinacea gewünscht werden, gibt es Hinweise, dass Echinacea purpurea am effektivsten sein könnte. Der empfohlene Einnahmezeitraum beträgt 1-4 Monate.

Die präventive mehrmonatige Einnahme von Knoblauch dürfte das Immunsystem beeinflussen und zu positiven Resultaten führen. Eine empirisch sicher nachgewiesene Wirksamkeit besteht nicht, es fehlen hierzu prospektive Studien. Durch physikalische Maßnahmen wie regelmäßiges Waschen der Hände, Verwendung eines Desinfektionsmittels und Benutzen von Handschuhen und Mundschutz, kann eine deutliche Senkung der Ansteckungsrate von ARE nachgewiesen werden, und dies bei geringen Kosten.

DMW 3/2017, S. 217

Pneumonie führt zu einem gnädigen Tod

(gh) Anders als beim Erstickungstod ist der Tod bei der Lungenentzündung in der Regel nicht mit Qualen verbunden. Es kommt bei ausgedehnter Pneumonie nicht zu einem An-

PNEUMOLOGIE NEWS

stieg des Kohlendioxidspiegels im Blut, was mit erheblicher Atemnot verbunden ist, so Dr. Matthias Thöns, Witten. In Folge Störung der Blut-Luft-Schranke kommt es zum Sauerstoffmangel bei dem Betroffenen mit zunehmendem Koma. Sauerstoffmangel allein bewirkt eher Glücksgefühle als Atemnot, so Thöns. Hat ein Patient sich schriftlich dagegen ausgesprochen, dass sein Leben künstlich verlängert wird, wäre die nicht-behandelte Lungenentzündung eine Möglichkeit des natürlichen nicht qualvollen Todes, sagt Thöns.

MMW 20/2016, S. 3

UROLOGIE NEWS

5-Alpha-Reduktasehemmer vor TURP senkt Blutungsrisiko

(kh) Durch eine Vorbehandlung mit den 5-Alpha-Reduktasehemmern Finasterid oder Dutasterid vor einer geplanten transurethralen Resektion der Prostata lässt sich das Blutungsrisiko der hypertrophierten Drüse deutlich reduzieren. Dies wurde nun durch die erste randomisierte, kontrollierte Studie aus dem Dr. Ram Manohar Lohia Institut of Medical Sciences im indischen Lucknow (Urology 2016, online 15. November) belegt.

Jeweils 150 Männer wurden vier Wochen vor der geplanten TURP entweder mit Finasterid, Dutasterid oder Placebo behandelt. Die Resektion erfolgte im Anschluss standardisiert unter Lokalanästhesie mit 1,5-prozentiger Glycin-Spüllösung. In folgenden postoperativ gemessenen Parametern kam es zu signifikanten Unterschieden:

Der gesamte Blutverlust im Finasterid-Arm betrug 168,7 ml, unter Dutasterid 162,4 ml und in der Placebo-Kontrollgruppe 265,3 ml. Pro reseziertem Gramm Prostatagewebe lag der Blutverlust jeweils bei 7,4 ml/g, 7,2 ml/g bzw. 19,74 ml/g. Pro Operationsminute wurden entsprechend 4,30 ml, 4,23 ml bzw. 6,59 ml Blut verloren. Dies zeigte sich auch an den deutlich geringeren Anteilen derjenigen mit 5-ARH behandelten Patienten, die eine Bluttransfusion benötigten. Unter Finasterid waren dies 2,7%, unter Dutasterid 2,0% und in der Kontrollgruppe 9,3%.

In den sekundären Studien-Endpunkten wurde die Theorie bestätigt, dass der Blutverlust bei TURP-Patienten von der Mikrovaskularisierung der hypertrophierten

UROLOGIE NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag

Prostata abhängt, sowohl durch den jeweiligen Hämoglobinabfall (0,8g – 0,7g – 1,6g) als auch durch die mittlere Mikrogefäßdichte (microvessel density, MVD von 14,2, 13,3 bzw. 21,3) bestätigt. MVD ist nach Aussage der Autoren der „histologische Marker für die Angiogenese“. Die 5-Alpha-Rezeptor-Inhibitoren Finasterid und Dutasterid hemmen sowohl Angiogenese als auch Mikrovaskularisierung, indem sie die Dihydrotestosteronkonzentration senken und den androgen-gesteuerten Wachstumsfaktor blockieren.

Beide Medikamente wurden gut vertragen, die bei wenigen Patienten beeinträchtigte Libido und bemerkte erektile Dysfunktion, hatte sich innerhalb von drei Monaten wieder weitgehend normalisiert.

ÄrzteZeitung Dezember 2016, Nr. 137-247D

Zystitis: D-Mannose verhindert Rezidive

(kh) D-Mannose kann nach einer akuten Zystitis ein Rezidiv mindestens ebenso wirksam verhindern wie eine Therapie mit dem Antibiotikum Nitrofurantoin.

Rund neun von zehn Harnwegsinfekten werden durch den Keim Escherichia Coli verursacht. Die Oberfläche der Blasenepithelzellen besteht zum Teil aus Zuckerstrukturen (= körpereigene D-Mannose), an denen sich E.Coli anheften und die Entzündung verursachen. D-Mannose bindet auf physikalische Weise an die Fimbrien der E-Coli-Bakterien, sodass diese nicht mehr an die Epithelzellen der Harnblase andocken und keine Entzündung auslösen können. Die Zucker-Bakterien-Komplexe werden mit dem Urin ausgeschwemmt.

Eine randomisierte klinische Studie hat belegt, dass D-Mannose in der Rezidivprophylaxe von Harnwegsinfekten mindestens ebenso wirksam ist wie die Therapie mit dem Standardantibiotikum Nitrofurantoin und zudem besser verträglich ist. In der Studie erhielten 308 Frauen mit akuter Zystitis, die wiederholt unter Harnwegsinfekten gelitten hatten, zunächst für eine Woche Ciprofloxacin. Im Anschluss wurden sie in drei Gruppen randomisiert: keine Rezidivprophylaxe, Nitrofurantoin 50mg/tgl. oder D-Mannose 2g/Tag in 200 ml Wasser. Nach sechs Monaten war bei 98 Patientinnen ein Rezidiv der Harnwegsinfektion aufgetreten. In der Gruppe ohne Prophylaxe hatten rund 61% der Frauen eine erneute Infektion, unter Nitrofurantoin 20% und unter D-Mannose 15%.

Damit war die Rezidivrate in beiden aktiven Prophylaxe-Gruppen im Vergleich zu Kontrollgruppe ohne Prophylaxe signifikant reduziert, um 66% mit dem Antibiotikum und um 76% mit D-Mannose. Die Prophylaxe mit D-Mannose war auch besser verträglich. Nur acht Frauen, die mit D-Mannose behandelt wurden, aber 29 unter Nitrofurantoin-Therapie berichteten über Nebenwirkungen. Am häufigsten in beiden Gruppen war Durchfall.

World J Urol 2014; 32: 79-81
Ärzte Zeitung Nr. 18-33D, 17./18.02.2017, S. 9

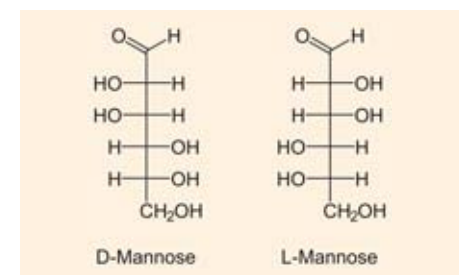


Foto: NEUROtiker

S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom aktualisiert

(kh) Bei dem Update wurden Neuerungen in der Primär- und Rezidivdiagnostik sowie aktuelle Erkenntnisse in der Strahlentherapie und der medikamentösen Behandlung des Prostatakarzinoms (PCa) berücksichtigt:

Neue Varianten der Positronenemissionstomographie können gezielt PCa-Zellen mithilfe eines radioaktiven Markers aufspüren, der das prostata-spezifische Membranantigen (PSMA) erkennt. Durch die Magnetresonanztomografie-Ultraschall-Fusionsbiopsie ist eine wesentlich genauere Gewebeentnahme möglich.

Im Bereich der PCa-Therapie werden derzeit vermehrt hypofraktionierte Bestrahlungskonzepte angewandt, bei denen man die erforderliche Strahlendosis in kürzerer Zeit als bei der konventionellen Bestrahlung verabreicht.

Studien haben ergeben, dass Patienten in gutem Allgemeinzustand mit einem metastasierten hormonsensitiven PCa von einer kombinierten Hormonentzugs-Chemotherapie mit Docetaxel profitieren.

Bei der Überarbeitung der Leitlinie wurden diese diagnostischen und therapeutischen Verfahren priorisiert und aus den besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenzen Empfehlungen für ihren Einsatz abgeleitet.

URO-NEWS, Febr. 2017/ Jg. 21/Nr.2

Angelika Gräfin Wolffskeel von Reichenberg
Susanne Schütte / Kurt Ludwig Nübling

Rosenmedizin

So sanft heilt die Königin der Blumen

Die besten Anwendungen bei 100 häufigen Beschwerden
Plus 30 feine Rezepte aus der Rosenküche

Die Rose ist die Königin der Blumen, wunderschön anzusehen, zart und betörend im Duft. In keine Pflanze der Welt haben Mensch und Natur so viel Kreativität, Geduld und Raffinesse investiert wie in die einfache Rosa gallica. Aus dieser wundervollen Urform sind bis heute Tausende Rosensorten entstanden, die an Vielfalt und Schönheit kaum zu überbieten sind. Das allein macht aber ihre besondere Bedeutung nicht aus. Denn die dornige Schönheit besitzt

wertvolle Inhaltsstoffe, die dem Menschen an Körper und Seele wohltun. Die Hagebutte senkt den Blutdruck, Globuli der Damaszener-Rose wirken positiv auf Schleimhäute und Gelenke, eine Rosenmaske aus Blütenblättern hilft gegen Akne, und Rosenöl wirkt gegen die Hautalterung entgegen. Der bloße Duft der Rose harmonisiert das Gemüt, senkt den Appetit und wirkt befreiend bei Sorgen und Grübeleien. Erfahren Sie alles über die gesundheitsfördernden Wirkungen der Blume aller Blu-



men: das Wichtigste über ihre Geschichte und Anpflanzung heilkräftige Rosenzubereitungen wie Rosentee, Rosenwasser, Rosenöl etc. wirksame Heilrezepte und Extratipps für häufige Beschwerden köstliche Rezepte aus der Rosenküche.

Mankau Verlag • 1. Auflage • Februar 2017 • Klappenbroschur • durchgehend farbig • 280 Seiten
Format: 16 x 22 cm • € 20,00 • ISBN 978-3-86374-349-9



conhit
Connecting Healthcare IT
25.-27. April 2017

„Damit wir die medizinische Versorgung auf einem hohen Niveau halten können, muss sie bezahlbar bleiben. Die conhit bietet einen Überblick über Lösungen und Strategien, die dazu beitragen, dass wir den Spagat zwischen Qualität und Kostendruck meistern können.“

Dr. Nikolai von Schroeders
Vorstand, Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.



Messe | Kongress | Akademie | Networking

www.conhit.de

GOLD-Partner



SILBER-Partner



In Kooperation mit



Unter Mitwirkung von



Veranstalter



Organisation



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!
Der neue Standard für
die hausärztliche Praxis.**

Die Messung des Knöchel-Arm-Index mit dem boso ABI-system dauert nur 1 Minute und entdeckt auch die asymptomatischen Patienten. Zuverlässig und so einfach, dass sie problemlos an die Mitarbeiter delegiert werden kann.

Optional mit PWV-Messung zur Beurteilung der arteriellen Gefäßsteifigkeit.

Premium-Qualität für Arzt und Klinik

Hier können Sie CME-Punkte sammeln für die Pflichtfortbildung aller Vertragsärzte. Die folgenden Multiple-Choice-Fragen beziehen sich auf die **medintern**-Fortbildungsbeiträge auf den Seiten 5 bis 16. Wenn Sie bis zu 70% der Fragen richtig beantworten, erhalten Sie 1 CME-Punkt.

Einsendeschluss für die Teilnahme per Brief/Fax: KW 24/2017

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

Achtung: Teilnahme nur für unsere Abonnenten
Abocoupon auf der nächsten Seite

Zur Teilnahme an der Fortbildung beantworten Sie bitte nachfolgende Fragen.

▶ 1. Welche Antwort ist falsch?

Die ESC-Leitlinien zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen ...

- A** legen großen Wert auf Gesundheitsförderung in Schulen und Betrieben.
- B** fördern die bevölkerungsbezogene Prävention zur Aufklärung über das kardiovaskuläre Risiko.
- C** fordern die konsequente Umsetzung der Empfehlungen in der Bevölkerung.
- D** raten bei erhöhtem kardiovaskulärem Risiko zur Verordnung eines individuellen Trainingsprogrammes.
- E** empfehlen bei erhöhtem LDL-Cholesterin den monoklonalen Antikörper TCSK9 als erste Wahl.

▶ 2. Welche Antwort ist richtig?

Leitliniengerechte Diagnostik und Therapie von Helikobakter pylori ...

- A** erfordert zwei positive Testergebnisse.
- B** erfordert auch bei nachgewiesenem Ulcus duodeni einen Keimnachweis.
- C** erfordert bei erwiesenem MALT-Lymphom einen Keimnachweis.
- D** ist bei Therapie von ASS/NSAR bei Ulcusanamnese nicht erforderlich.
- E** sollte möglichst ohne Einsatz von Metronidazol oder Amoxicillin erfolgen.

▶ 3. Welche Antwort ist falsch?

Beim kardiogenen Notfall ...

- A** muss stets genügend Sauerstoff insuffliert werden.
- B** sollten bei Bedarf Opiode i.v. zur Schmerzbehandlung verabreicht werden.
- C** ist eine Sedierung bei ängstlich agitierten Patienten erforderlich.
- D** sollte eine antithrombozytäre Therapie mit ASS 150-300 mg oral oder 80-150 mg i.v. erfolgen.
- E** sollte Ticagrelor und Prasugrel erst in der Klinik zum Einsatz kommen.

▶ 4. Folgende Aussage ist falsch:

- A** Ein Hirntumor im Säuglingsalter äußert sich oft durch vermehrtes Kopfwachstum.
- B** Plötzlich auftretender Strabismus oder Nystagmus sind verdächtig auf einen Hirntumor.
- C** Kopfschmerzen, Nüchternerebrechen und Vigilanzminderung sind Warnsymptome eines Hirntumors.
- D** Hirntumore zeigen immer klinische Symptome.
- E** Bei ca. 13% der Kinder vergeht mehr als ein Jahr von den ersten Symptomen bis zur Diagnose des Hirntumors.

▶ 5. Welche Antwort trifft zu?

Die Thromboseprophylaxe bei Krebspatienten mit NOAK's ist ...

- A** als Prophylaxe nicht erforderlich.
- B** leider zurzeit nicht möglich, da NOAK's noch keine Zulassung für diese Indikation haben.
- C** obsolet.
- D** unzureichende und einer Therapie mit niedermolekularem Heparin klar unterlegen.
- E** nicht möglich, da von den Kassen kein Ersatz geleistet wird.

▶ 6. Welche Antwort ist falsch?

Ein Reizdarm-Syndrom ...

- A** kommt in ca. 10-20% nach gastrointestinalen Infektionen vor.
- B** steigt parallel zur Häufigkeit von Clostridium difficile Infektionen.
- C** hat durch eine Clostridieninfektion einen hohen Risikofaktor.
- D** kommt gelegentlich als postantibiotisches RDS nach Antibiotika-Therapie einer Clostridieninfektion vor.
- E** tritt selten nach einer Infektion mit Clostridium difficile auf.

▶ 7. Welche Antwort ist falsch?

Voriconazol ...

- A** ist ein Antimykotikum.
- B** wird über CYP2C19 metabolisiert.
- C** hemmt CYP3A4.
- D** sollte vor dem Einsatz auf CYP2C19 Variationen genetisch getestet werden.
- E** kann bei langsamen Metabolisierern zu keinen unerwünschten Arzneimittelwirkungen führen.

▶ 8. Welche Antwort stimmt?

Ein erhöhter Ruhepuls ist ...

- A** kritisch für Jugendliche bis zur Pubertät.
- B** bedeutungslos bei Gesunden.
- C** ein Risikofaktor nur für Patienten mit nachgewiesener KHK.
- D** auch für Gesunde ein Risikofaktor für KHK, Schlaganfall und plötzlichen Herztod.
- E** in der Regel durch Begleitmedikation hervorgerufen.

▶ 9. Welche Antwort ist falsch?

Prophylaxe von akut-respiratorischer Erkrankung ist profitabel durch ...

- A** die Gabe von Antibiotika für acht bis zehn Tage.
- B** Einnahme von Vitamin C.
- C** die Gabe von Zink (10-15 mg/Tag) für Kinder.
- D** regelmäßiges Händewaschen.
- E** Verwendung von Desinfektionsmitteln.

▶ 10. Welche Antwort ist richtig?

Das Lipödem ...

- A** ist eine seltene Hautveränderung mit Schwellung der unteren Extremitäten.
- B** wird durch Adipositas verursacht.
- C** wird mittels strenger Diät therapiert.
- D** kann durch physikalische Maßnahmen nicht therapiert werden.
- E** ist ein Krankheitsbild, das durch Liposuktion mit höchsten ästhetischem Anspruch therapiert wird.

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. 1/2017

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Name, Vorname Fachrichtung

Geburtsdatum Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)

Straße, Nr. Zuständige Landesärztekammer

PLZ, Ort Unterschrift

Bitte kreuzen Sie pro Frage je eine Antwort deutlich an.

Und so kommen Sie zu Ihrem Punkt:

Teilnahme per Brief und Fax **ausschließlich für unsere Abonnenten**

medintern
Schloßhof 2-6
85283 Wolnzach

Fax:
0 84 42-22 89

Mit dem Smartphone in der Hand zum Lebensretter

Wie Notfall-Apps die Rettungskette in Deutschland sinnvoll ergänzen



www.einlebenretten.de



Quelle: © BDA / DGAJ

Die Botschaft „Prüfen. Rufen. Drücken!“ hilft im Notfall ein Leben zu retten.

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) ruft alle ausgebildeten Ersthelfer in Deutschland dazu auf, sich bei einer sogenannten Notfall-App zu registrieren. Die dort eingetragenen mobilen Ersthelfer werden bei einem Notfall von der Leitstelle per App angefragt und bestätigen ihre Einsatzbereitschaft per Klick. Im Anschluss erhalten sie die genauen Daten zum Einsatzort und begeben sich dorthin. So könnten die oft lebensentscheidenden Minuten zwischen dem Auftreten eines Herzstillstandes und dem Eintreffen des professionellen Rettungsdienstes durch den Einsatz ausgebildeter Laienhelfer geschlossen werden, sagt Dr. Jan-Thorsten Gräsner, Mitglied des BDA-Präsidiums und Direktor des Instituts für Rettungs- und Notfallmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in Kiel. Weitere Informationen zum Thema Wiederbelebung stehen auf www.einlebenretten.de bereit.

Mehr als 70.000 Menschen erleiden in Deutschland jährlich außerhalb einer Klinik einen Kreislaufstillstand. Oft sind es die ersten fünf Minuten nach einem Herzversagen, die über das Überleben des Betroffenen entscheiden. Bleiben innerhalb dieser kritischen Phase Maßnahmen zur Herz-Lungen-Reanimation aus, sinken die Überlebenschancen drastisch. Da Rettungsdienste, Notärzte oder Feuerwehr häufig erst nach diesen für die Reanimation entscheidenden fünf Minuten am Ort des Geschehens eintreffen, muss diese lebenswichtige Rettungslücke zwingend anders geschlossen werden: „Die Unterstützung durch Laien und ausgebildete Ersthelfer ist für eine optimale Rettungskette unverzichtbar. Durch den Einsatz von Notfall-Apps wird das Rettungsnetz in Deutschland noch engmaschiger. Die Chance, dass eine Reanimation in den ersten fünf Minuten erfolgt, kann sich dadurch deutlich erhöhen“, sieht Gräsner die Ersthelfer-Apps als sinnvolle Ergänzung des bundesweiten Rettungssystems.

Per Notfall-App zum mobilen Ersthelfer werden

In Deutschland sind derzeit nach Schätzungen mehr als 50 Millionen Smartphones im Umlauf. Gleichzeitig verfügen viele Menschen hierzulande über eine professionelle Ausbildung in Erster Hilfe: „Vom gut trainierten Laien bis zum Arzt oder Pfleger in seiner Freizeit kann sich jeder bei einer Notfall-App in seiner Nähe registrieren“, sagt Gräsner. Der BDA setzt sich seit Jahren mit Kampagnen wie „Ein Leben retten. 100 Pro Reanimation“ oder der „Woche der Wiederbelebung“ für eine Optimierung der Rettungskette nach einem Herzstillstand ein – mit großem Erfolg: Die Quote der Reanimationen durch Laien konnte allein in den vergangenen sechs Jahren von 17 Prozent (2010) auf 34 Prozent (2016) verdoppelt werden. In Deutschland bereits existierende Notfall-Apps wie www.mobile-rettet.de (Gütersloh), www.meine-stadt-rettet.de (Lübeck) und andere bieten laut BDA weiteres riesiges Potenzial, Menschenleben zu retten. Für die Zukunft wünscht sich Gräsner, „dass die existierenden App-Systeme miteinander kompatibel werden. Darin steckt technisch wie politisch die Herausforderung für die Zukunft.“ Doch wie funktioniert die Rettung per Notfall-App genau?

Lebensrettung per Notfall-App – so geht's

„Geht ein Notruf in der Leitstelle des Rettungsdienstes ein, werden die Einsatzdaten des Notfall-Patienten gleichzeitig an die Leitstelle der regional verfügbaren Notfall-App weitergegeben. Diese kann per GPS-Daten sehen, welche registrierten mobilen Ersthelfer sich in unmittelbarer Nähe des Einsatzortes aufhalten. Potenzielle Retter werden sofort über das Smartphone angefragt. Bestätigt ein solcher Ersthelfer seine Bereitschaft zu helfen, erhält er die genauen Daten des Einsatzortes. In manchen Fällen ist

es sinnvoll, dass die Leitstelle gleich mehrere Helfer aktiviert, die dann verschiedene Aufgaben in Bezug auf den Einsatz erhalten, z.B. die Mitnahme eines AED-Systems, also eines Defibrillators“, erklärt Gräsner den genauen Ablauf der Rettung per App.

Dänemark punktet mit der App

Dass effektive Erste Hilfe per Notfall-App tatsächlich funktioniert, beweisen erste Zahlen der in Dänemark weit verbreiteten Notfall-App „FirstAED“:

- In 89% der Alarmierungen waren App-Ersthelfer am Einsatzort.
- Das durchschnittliche Eintreffen der mobilen Ersthelfer lag in städtischen Regionen bei 1 bis 2 Minuten, in ländlichen Gegenden bei 4 Minuten, also insgesamt innerhalb der kritischen Fünf-Minuten-Phase nach dem Herzstillstand.
- In 99 Prozent der Fälle brachte ein mobiler Ersthelfer einen Defibrillator an den Einsatzort mit.
- 8 von 13 Patienten mit Herzstillstand konnten durch das System wiederbelebt werden.
- Zwei Drittel der mobilen Retter waren ausgebildete Laienhelfer.

Damit Deutschland eine ähnliche Entwicklung nimmt, ermutigt der BDA professionelle Ersthelfer wie Ärzte, Krankenschwestern und Rettungspersonal, aber auch qualifizierte Laien mit einer Ausbildung in Reanimation, sich bei einer App anzumelden: „Wir als Rettungsprofis begrüßen das ausdrücklich. Jeder, der sich registrieren lässt, ist ein potenzieller Helfer, den man im Notfall einsetzen kann. Und davon kann es nie genug geben“, so Gräsner.



Notfall-Apps bieten ein großes Potenzial, Menschenleben zu retten.

Ab sofort: 1 CME-Fortbildungspunkt pro **medintern**-Heft

Lassen Sie sich informieren und exklusiv beschenken:

- Über Wichtiges und Neues kurz, aktuell und umfassend informiert zu werden
- Auf dem neuesten Stand der Forschung, Behandlung und Medikation zu sein und damit dem Patienten gerecht zu werden
- Sich nebenbei noch mit exklusiven, druckeigenen Broschüren beschenken zu lassen

GESCHENKE:

Die Freuden des jungen G.



36 Kurzerzählungen von Polts Kindheitserlebnissen und -erinnerungen. Wie gewohnt sein trockener Humor und seine Deftigkeit hinter(unter)malt mit anmutenden Bildern von Gerd Dengler.

Kapern – ein kulinarisches Aschenputtel



Natürlich kennt jeder Kapern. Sie würzen z. B. Vitello tonnato und Königsberger Klopse damit. Doch wer weiß, dass es sich um Blütenknospen eines knorrigen Strauchs handelt und diese einen sensationellen Nährwert haben. In dieser Broschüre finden Sie alles Wissenswerte über die Kaper.

Weingeleees und Mostarden ein Hochgenuss



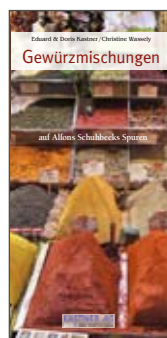
Entdecken Sie in dieser Broschüre die Vielfältigkeit dieser Köstlichkeiten. Mostarden und Weingeleees dienen nicht nur der Verfeinerung von Käse, auch bei Fleischgerichten, Fisch und selbst beim Verfeinern von Kuchen sind sie einsetzbar. Lassen Sie sich überraschen.

Im Reis-Reich



Im Reis-Reich stellen wir Ihnen eine große Vielfalt an Reissorten vor. Es ist das Hauptnahrungsmittel für mehr als 3 Milliarden Menschen. Die Vielzahl unterschiedlicher Sorten lädt zur Entdeckungsreise ein, auf der Sie zum Reis-Gourmet und Liebhaber werden.

Gewürzmischungen



Wer kennt sie nicht, die farbenprächtigen Gewürzmärkte. Viel Spaß beim Kochen mit der Broschüre „Gewürzmischungen – auf Alfons Schubecks Spuren“. Geschrieben, entworfen und illustriert von Eduard & Doris Kastner sowie Christine Wassely.

Abonnement

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

Per Fax:
08442 / 22 89

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

IMCAS in Paris

(cl) Zum 19. Mal fand dieses Jahr der IMCAS in Paris statt (International Master Course on Aging Science). Dieser Weltkongress befasst sich mit ästhetischer Medizin aus den Bereichen der Dermatologie und der plastischen Chirurgie. Ende Januar trafen sich ca. 6000 Teilnehmer aus 85 Ländern im „Palais de congrès“, um spannenden Vorträgen von knapp 600 Referenten zu lauschen. Vier Tage lang wurden die neuesten Techniken und die modernsten Gerätschaften vorgestellt, die im Bereich der ästhetischen Medizin zum Einsatz kommen.

So wurden am ersten Tag in mehreren Live-Schaltungen, unter anderem auch direkt aus Indonesien, verschiedene ästhetische Eingriffe und Verfahren gezeigt, vornehmlich Injektionen mit Fillern. In den USA gibt es nur ca. 10 verschiedene zugelassene Präparate, in Europa über 100 Stück. Da kann man schnell mal den Überblick verlieren. Dass es so viele verschiedene Produkte gibt, ist der Tatsache geschuldet, dass Hyaluronsäure hierzulande nicht als Medikament angesehen wird, sondern nur als Medizinprodukt wie zum Beispiel auch ein Pflaster, und daher keine aufwändigen Zulassungsstudien wie bei Medikamenten erforderlich sind. Das ist auch der Grund, warum zum Beispiel Heilpraktiker Hyaluronsäure injizieren dürfen aber kein Botulinumtoxin, wobei ersteres ein höheres Nebenwirkungsrisiko hat.

So wurden dann auch an präparierten menschlichen Kadavern die wichtigsten anatomischen Strukturen dargelegt und die gefährlichsten Regionen hervorgehoben, welche bei ästhetischen Eingriffen in Mitleidenschaft gezogen werden können. Gleichzeitig wurden an lebenden Probanden die dazu gehörigen ästhetischen Behandlungen durchgeführt. So wurde hervorgehoben, wie wichtig es ist, bei Injektionen mit Hyaluronsäure vor allem auf den Verlauf der Arterien in der temporalen Region zu achten und in der richtigen Ebene zu injizieren, entweder direkt über dem Knochen oder im Bereich des subkutanen Fettgewebes. Noch wichtiger ist die Struktur des subkutanen Fettgewebes beim Einbringen von Fäden. Das Fadenlifting muss nicht nur um Komplikationen zu vermeiden, sondern vor allem um einen guten Effekt zu erzielen, unbedingt in diesem Gewebeanteil erfolgen. Zu tief sitzende Fäden werden an Strukturen fixiert, die nicht beweglich sind und daher zu keinem Liftingeffekt führen, und zu oberflächlich verlaufende Fäden wiederum scheinen durch die Haut durch. Der Effekt hält in der Regel circa 12 bis 24 Monate an und die ganze Prozedur dauert in der Regel nicht länger als 30-45 Minuten, wobei zu erwähnen ist, dass der maximale Effekt häufig erst einige Monate später zu erwarten ist. Das Fadenlifting im Bereich des Gesichts und der Halsregion hat sich innerhalb der letzten

Jahre immer mehr als erster Schritt vor einem chirurgischen Eingriff etabliert, wenn es logischerweise auch nicht so offensichtliche Ergebnisse erzielt, ist es doch viel besser verträglich und einfacher und schneller durchzuführen. Bei Polymilchsäurefäden gibt es außer dem mechanischen Effekt auch noch den chemischen Effekt. Dies wurde nun zuletzt in einer histologischen Studie am Menschen untersucht. Diese hat nicht nur gezeigt, dass diese Fäden sicher sind für den Menschen, sondern dass dadurch auch vermehrt Kollagen 1 produziert wird. Diese Neokollagenese induziert wiederum eine bessere Verankerung der Fäden und wirkt synergistisch und führt zudem noch zu einer Verbesserung der Hautqualität.

Die periorbitale Region ist ein beliebtes Angriffsziel der Hyaluronsäure. Ein müdes Erscheinungsbild auf Grund einer vermehrten Tränenrinne und Verlust von infraorbitalem Volumen lässt viele Patienten den Dermatologen aufsuchen. Hierbei gibt es hauptsächlich zwei Injektionsmöglichkeiten. Entweder mit der Kanüle oder mittels einer Nadel. Am wichtigsten zu beachten sind die Gefäße und Nerven, die man dabei verletzen kann. Sie befinden sich vor allem im medialen Augenbereich ca. 8-10 mm unterhalb des Orbitarandes. Entweder man geht unterhalb lateral des äußeren Augenwinkels mit der Kanüle direkt subdermal entlang des Orbitaknochens nach medial, oder man kommt von unten vom Wangenbereich her und injiziert mehrere parallel verlaufende Bahnen von Hyaluronsäure infraorbital. Wichtig ist immer, zu unterscheiden zwischen den beiden verschiedenen Fettschichten, nämlich dem oberflächlichen subkutanen dynamischen Fett und dem tiefen statischen und nicht beweglichen Fett. Möchte man nämlich mit Hyaluronsäure zum Beispiel dem Mittelgesicht mehr Volumen verleihen, so ist es wichtig, die Substanz in das tiefe statische Fett zu injizieren, da man sonst nicht den gewünschten Effekt erzielt. Um unnötige Komplikationen mit Fillern zu vermeiden, ist es wichtig auf Gefäße und Nerven zu achten. Vor allem die Arteria und Vena facialis sind stets zu beachten, da hier die schwerwiegendsten Nebenwirkungen auftreten können, nämlich die versehentliche

Injektion von Hyaluronsäure in die Gefäße mit möglicher Okklusion, Infektion, Nekrose und in den seltensten Fällen gar Erblindung. Um dies zu vermeiden, sollte man zum einen nicht parallel zum Verlauf der Gefäße injizieren, sondern quer und zum anderen sollte man in Risikoarealen mehr auf dicke stumpfe Kanülen zurückgreifen, da eine Perforation oder versehentliche Injektion damit viel weniger wahrscheinlich ist. Generell ist zu empfehlen, im sicheren Bereich mit den Kanülen zu bleiben, welcher sich in der Regel direkt subdermal befindet, da dort zumeist keine relevanten Gefäße verlaufen. Wichtig ist vor allem das langsame und vorsichtige Voranschieben der Kanüle und das Injizieren ohne zu starken Druck. Zudem sollte immer beim Zurückziehen der Spritze injiziert werden, also retrograd.

Sollte es doch in seltenen Fällen ausnahmsweise zu dem Verschluss eines Gefäßes kommen, ist es von größter Wichtigkeit, so schnell wie möglich mittels Hyaluronidase die Hyaluronsäure wieder aufzulösen. Sollte man sich nicht sicher sein, sollte man im Zweifel nicht zögern und auch nicht untertherapieren, sondern lieber das ganze Areal „fluten“. Danach sollte man das Areal massieren und im Zweifelsfall bei nicht ausreichender Besserung stündlich die Injektionen wiederholen. Zudem sollte man begleitend antibiotisch behandeln und mit Wärmekompressen arbeiten. Im Fall von Visus-Problemen ist eine retrobulbäre Injektion notwendig, dies sollte in der Regel durch einen erfahrenen Ophthalmologen erfolgen oder durch einen hierin speziell fortgebildeten Arzt.

Ein anderes relativ neues Thema war dieses Jahr auch „PRP“. Diese Behandlungen mit „platelet rich plasma“ werden in verschiedenen Bereichen eingesetzt. Dem Patienten wird zuerst Blut abgenommen, dieses dann zentrifugiert, worauf sich zellreiches Material absetzt, welches dann dem Patienten wieder injiziert wird – in alle möglichen Bereiche des Körpers. Diese kernlosen Zellen enthalten Wachstumsfaktoren, die die Bildung von Kollagen anregen. Bei jedem Menschen ist die Konzentration des Plasma und der wirksamen Bestandteile aber anders, so dass es hilfreich sein kann, diese zu messen, um ein eventuelles Versagen der Therapie zu vermeiden.

Die klassische Anwendung findet sich im Gesicht zur Rejuvenation der Haut, besser bekannt auch als „Vampire lifting“. Wobei man diese Behandlung in der Regel mit Skinboostern kombiniert, um einen besseren Effekt zu erzielen. Weitere Anwendung findet sich zwischenzeitlich auch bei Patienten, die unter androgenetischem Haarausfall leiden. Diesen Patienten wird das Material großflächig in die lichten Areale der Kopfhaut injiziert. Auch bei dem häufigen postmenopausalen Effluvium der Frau stellt dies eine interessante und harmlose Therapie dar, welche allerdings, wie alle anderen Therapien gegen Haarausfall auch, nur wirkt, wenn man sie dauerhaft durchführt. Der gewünschte Effekt besteht in einer Verlangsamung bzw. dem Aufhalten des Haarausfalles sowie einer Verdickung der verbleibenden Haare um ca. 50%. Zu Beginn der Therapie wird für die ersten drei Monate monatlich injiziert, danach alle drei Monate einmal.

PRP kann aber auch im Genitalbereich appliziert werden. Bei der Frau um die äußeren Schamlippen aufzubauen, dann aber in Kombination mit einer Eigenfettinjektion oder aber auch zur Behandlung der postmenopausalen vulvovaginalen Trockenheit, von der bis zu 60% der Frauen ab einem gewissen Alter betroffen sind. Diese geht einher mit Juckreiz, Spannungsgefühl und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Interessant ist dies vor allem für Frauen, die auf Grund von Brustkrebs keine Hormontherapie durchführen können. Hier wird PRP in Kombination mit Hyaluronsäure in die hintere Vaginalwand und das Perineum injiziert, allerdings nur oberflächlich submukös.

Beim Mann wiederum wird PRP in Kombination mit Eigenfett zur Vergrößerung des Penis verwendet. Für den Patienten aufwändig ist die Nachbehandlung, da er eine Woche lang alle 2 bis 3 Stunden den Penis massieren muss, um die Bildung von Fettzysten zu vermeiden. Aber auch mit Hyaluronsäure lässt sich das Erscheinungsbild des männlichen Geschlechtsteils verbessern. Vor allem den Umfang kann man um bis zu 2,5 cm vergrößern, in der Länge ca. 1-2 cm. Hierfür werden ca. 5-10 ml Hyaluronsäure um die Schwellkörper herum injiziert. Für 48 Stunden darf der Patient sich dann nicht dem Geschlechtsverkehr hingeben.

Ein weiteres Feld der ästhetischen Medizin ist die Reduktion von ungeliebtem Körperfett. Eine elegante Therapie ist hier die Kryolipolyse. Das Prinzip dahinter ist durch ein lokales Herunterkühlen von Fettgewebe auf 4 Grad Celsius den Zelltod von subkutanem Fett zu induzieren, ohne die darüberliegende Haut zu beschädigen, da diese weniger kalteempfindlich ist als das Fettgewebe. Beobachtet wurde dieser Effekt erst-

mals bei Frauen Ende des 19. Jahrhunderts, die bei kalten Temperaturen häufig mit dem Pferd in der freien Natur reiten waren. Der Effekt stellt sich aber nicht sofort ein, sondern wird meist erst nach 3 bis 4 Monaten erreicht. Zwischenzeitlich gibt es Adapter in allen Größen für alle möglichen Bereiche, so unter anderem auch für das „Doppelkinn“ bzw. den Hals. Bisherige Erfahrungen und Studien mit bis zu 6 Monaten Nachbeobachtung zeigen keine dauerhaften Schäden, vorübergehend kann es zu Hämatomen und sensorischen Missempfindungen wie Taubheitsgefühl kommen, welche aber in der Regel nicht länger als maximal einen Monat anhalten.

Was gibt es sonst noch für Neuigkeiten im Bereich der klinischen Dermatologie?

Es wurden Fortschritte im Bereich der Neurodermitis diskutiert wie neue Biologika, von welchen als erstes Dupilumab, ein Antikörper gegen Interleukin 4 und 13, bald auf den Markt kommen wird. Weitere neue Substanzen sind unter anderem auch Tezepelumab und Nemolizumab gegen Interleukin 31. Aber auch in der topischen Therapie gibt es seit langem mit Crisaborol als 2%ige Crème eine neue sehr gut verträgliche Option für die Patienten.

Beim Thema Alterung durch UV-Licht bzw. Schutz davor wird eine natürliche Substanz als zunehmend interessant betrachtet: Polypodium leucotomes (PL). Dieser aus einer Farnart gewonnene Stoff kann entweder systemisch oder topisch angewendet werden. Er wirkt als Radikalfänger, da er ein Antioxidant ist. Freie Radikale lassen einen schneller altern und schädigen die DNA. Dies wird nicht nur durch UV-Licht, sondern auch zum Beispiel durch Rauchen oder Umweltverschmutzung ausgelöst. In Tierversuchen konnte durch die tägliche Einnahme von PL das Hautkrebsrisiko gesenkt werden. Dabei ist die Substanz gar nicht neu, bekannt und verwendet wird sie schon seit 25 Jahren, daher weiß man auch, dass keine Nebenwirkungen hierbei auftreten. In Amerika empfehlen viele Hautärzte die tägliche dauerhafte

Einnahme dieser Substanz, nicht nur um vor der Alterung der Haut zu schützen, sondern um ggf. auch beim Menschen das Hautkrebsrisiko zu mindern.

Auch im Bereich der sehr störenden Keloide gibt es neue Erkenntnisse. Man weiß, dass nach einer Keloidoperation es in 72% der Fälle zu einem Rezidiv kommt. In Studien konnte jetzt durch eine direkt nach der Operation durchgeführte Behandlung mit Imiquimod 5% 1 mal täglich für 2 Monate das Rezidivrisiko auf nur noch 20% reduziert werden. Bei alten Keloiden zeigte dies jedoch keine Wirksamkeit. Eine weitere Option ist auch die postoperative Radiatio, hier konnten sogar noch geringere Rezidivraten erreicht werden. Auch Therapieversuche mit Verapamil-Injektionen direkt in das Keloid erbrachten gute Ergebnisse.

Bei der Rosacea gibt es als neuen topischen Wirkstoff für diese Indikation 1%ige Oxymetazolin Crème. Diese wirkt ähnlich wie Brimonidintartrat, setzt aber ca. 30 Minuten später ein. Generell gut kombinieren lassen sich beide Substanzen mit topischem Ivermectin.

So wird es also auch im nächsten Jahr spannend bleiben, was es auf dem Gebiet der ästhetischen dermatologischen und chirurgischen Medizin an Neuerungen und Innovationen geben wird.

Erscheinungsbild des diesjährigen Kongresses in Paris

MARK YOUR CALENDAR!

IMCAS

19th ANNUAL
WORLD
CONGRESS
2017

26 TO 29
JANUARY
PARIS
PALAIS DES CONGRÈS

200 top exhibitors ■
500 expert speakers ■
250 fulfilling learning hours ■
7 000 international participants ■

www.imcas.com

PHARMA NEWS – vom Facharzt für den Praxisalltag**Thromboseprophylaxe mit NOAKs bei Krebspatienten?**

(mh) Tumorpatienten haben bekannter Weise ein deutlich erhöhtes Thrombose-Risiko. Eine Antikoagulation ist daher in der Regel erforderlich. Leider sind NOAKs in dieser Indikation noch nicht offiziell zugelassen. Zur Standardtherapie werden daher weiterhin niedermolekulare Heparine (NMH) eingesetzt. Es mehren sich jedoch Studiendaten, die zeigen, dass NOAKs bei Tumorpatienten eine gleich gute und sichere Wirkung haben wie bei Nicht-Tumorpatienten. Zu erwarten ist daher, dass in absehbarer Zeit die Zulassung von NOAKs auch für Tumor-Patienten erfolgen wird.

Das erhöhte Thrombose-Risiko bei Tumorpatienten bildet sich bei kurativer Therapie weitgehend zurück, so dass eine Prophylaxe nicht mehr erforderlich ist. Im Fall eines Rezidivs steigt es jedoch wieder an.

MMW 1/2017 S. 18

Paracetamol auch für junge Asthmatiker geeignet

(gh) Wegen bekannter Beobachtungsstudien galt bisher Paracetamol bei Kindern mit Asthma als kontraindiziert, da es den Krankheitsverlauf verschlechtern kann. In einer randomisierten, doppelblinden Studie an 18 Zentren in USA wurden 300 Kleinkinder im Alter von 12 bis 59 Monaten mit Asthmaerkrankung beobachtet. Alle wurden mit topischen Kortikosteroiden und Montelukast behandelt. Eine antipyretische oder analgetische Therapie wurde bei entsprechen-

der Indikation durchgeführt. Die eine Hälfte der Kinder erhielt Ibuprofen (9,4 mg/kg alle sechs Stunden), die andere Paracetamol (15 mg/kg alle sechs Stunden). Die Kinder in der Paracetamol-Gruppe hatten im Schnitt 0,81 (95% – Konfidenzintervall: 0,65-1,02) Exazerbationen der Lungenkrankheit, die der Ibuprofen-Gruppe 0,87 (95% – Konfidenzintervall: 0,69-1,10). Auch hinsichtlich der notwendigen medizinischen Leistungen fand sich zwischen beiden Gruppen kein Unterschied. Paracetamol, das am häufigsten verschriebene Medikament zur Fiebersenkung oder Schmerzlinderung, kann somit auch bei Kleinkindern eingesetzt werden.

MMW 1/2017 S. 35

Steigende Überlebenszeiten unter Immuntherapie beim malignen Melanom

(mh) Studiendaten aus USA zufolge hat ein Drittel der Patienten mit malignem Melanom im fortgeschrittenen, metastasierten Stadium Aussicht auf ein Langzeitüberleben durch Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren. In der KEYNOTE-006-Studie wurden Patienten mit dem PD-1-Inhibitor Pembrolizumab (Keytruda®) oder mit Ipilimumab therapiert. Bei der Therapie mit Pembrolizumab sprachen 36% der Patienten an, auf Ipilimumab 13%. 55% der Patienten in der Pembrolizumab-Gruppe überlebten die ersten zwei Jahre, 43% in der Ipilimumab-Gruppe. In der KEYNOTE-029-Expansions-Kohorte wurden Patienten kombiniert mit beiden Substanzen (Pembrolizumab in Normaldo-

sis und Ipilimumab in niedrigerer Dosis) behandelt. Die Ansprechrate lag mit 57% deutlich höher als in der Monotherapie. 10% der Behandelten zeigte eine komplette Remission.

MMW 1/2017 S. 66

Hilfe bei Zytostatika-Erbrechen durch Olanzapin

(mh) Hilfe gegen Übelkeit und Erbrechen unter emetogenen Chemotherapien bietet das Neuroleptikum Olanzapin. Olanzapin blockiert multiple Neurotransmitter im zentralen Nervensystem, unter anderem Rezeptoren, die wohl beim Mechanismus von Übelkeit und Erbrechen verantwortlich sind. Nebenwirkungen von Chemotherapien sind außer Haarausfall Übelkeit und heftiges Erbrechen. Dadurch wird die Lebensqualität massiv beeinträchtigt.

In einer randomisierten doppelblind geführten Studie wurde das Neuroleptikum Olanzapin gegen Placebo getestet, jeweils in Kombination mit Dexamethason, Aprepitant oder Fosaprepitant und einem 5-HT₃-Rezeptor-Antagonisten. Die Zahl der Patienten ohne Übelkeit in den ersten 24 Stunden nach Applikation der Chemotherapie war in der Olanzapin-Gruppe mit 74% signifikant größer als unter Placebo mit 24%. Wichtigste Nebenwirkung von Olanzapin war ein sedierender Effekt. Es kommt zwar unter fortlaufender Therapie zu einem Abfall der antiemetischen Wirkung unter Olanzapin, dennoch dürfte der positive Effekt den Horror der Nebenwirkungen einer Chemotherapie maßgeblich abmildern.

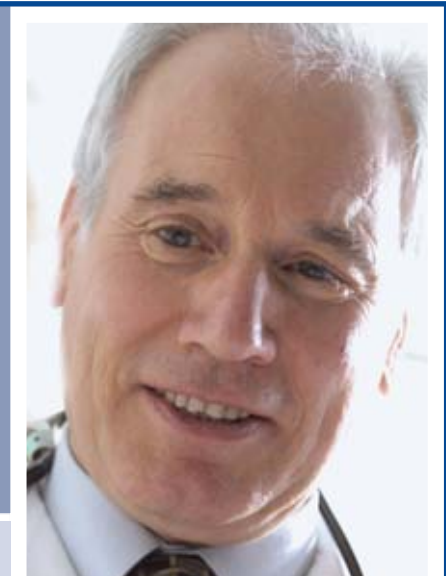
MMW 20/2016 S. 48

Anzeige

Mitautoren gesucht!**PNEUMOLOGIE und RADIOLOGIE**

... 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 **medintern**, das Zukunftsmagazin im Gesundheitswesen.

Ihre Ansprechpartnerin ist: Kornelia Huditz
Telefon: 08442/92 53-712 • E-Mail: khuditz@kastner.de





OUTSIDE
Mitten im Draußen



**DAS NATUR- & WANDERHOTEL IM
NATIONALPARK HOHE TAUERN | TIROL
WWW.HOTEL-OUTSIDE.AT | +43 4875 5200**

**MEHR
INFOS UND
ANGEBOTE
ONLINE**



DETOX WOCHE

Basische Ernährung und Bewegung in der Natur wirken der Übersäuerung Ihres Körpers entgegen, und bringen Sie wieder ins gesunde Gleichgewicht.

- 7 Nächte inkl. basische Ernährung
- täglich Kräutertee und Bergwasser
- Beratungsgespräche mit Therapeutin
- **6 basische Körperbehandlungen**
- Wanderungen | Yoga | Natur SPA

AB EUR 1.033.-



7=6 WANDERWOCHE

Eine Woche lang die Osttiroler Bergwelt und den Nationalpark genießen - dabei schenken wir Ihnen eine Nacht!

- 7 Nächte - **1 Kostenlos**
- **1 Sportlerrmassage**
- Outdoor-Programm inkl. geführte Wanderungen und Yoga
- 3/4 Outside Pension | Natur SPA

* Zeitraum: 24.05. - 24.06. & 09.09. - 29.10.2017

AB EUR 599.- *



E-BIKE & WANDERN

Erkunden Sie zu Fuß und mit unseren E-Mountainbikes die besonderen Plätze des National Hohe Tauern in Osttirol!

- 4 Nächte
- **2 Tage E-Bike Verleih inkl. Helm**
- Biofrühstück
- Nachmittagsjaue
- 5-Gänge Menü
- Zutritt Natur SPA

AB EUR 419.-



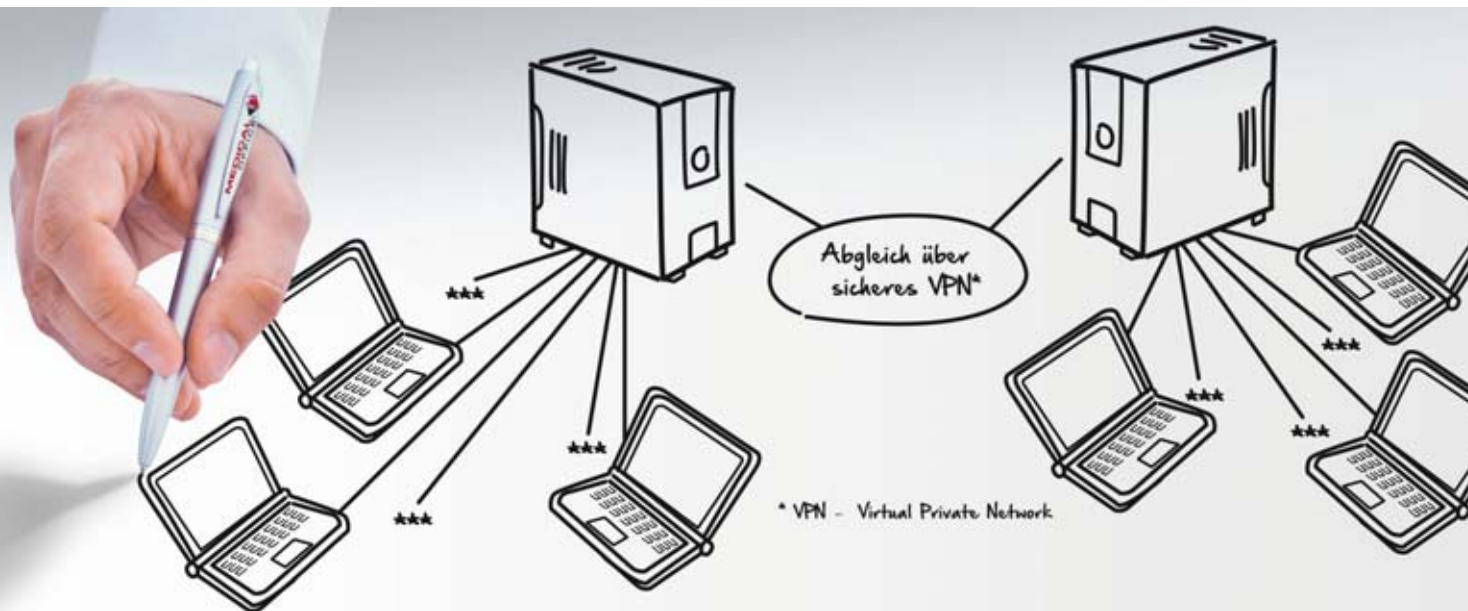
Die Software für Ärzte.

**MEDICAL
OFFICE®**



MEDICAL OFFICE Exchange

Ausfallsichere Standortvernetzung durch **Zweigstellenserverlösung**



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

MEDICAL OFFICE Exchange

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

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

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

So liegen die **Patientendaten überall nahezu in Echtzeit** vor. Diese Lösung über die Standortserver und Datenreplikation erlaubt es ebenfalls, problemlos externe Geräte wie EKG, Ultraschall oder Scanner anzubinden. Rufen Sie uns an!

Wir **verbinden** Sie professionell.

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

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