119. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Current congress

Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

06.04.–09.04.2013

Bild: Archiv Kurbetriebe Wiesbaden

Bild: Rhein-Main-Hallen GmbH

16 Versorgungsforschung in der Inneren Medizin
Die Veränderungen im Gesundheitswesen nehmen an Geschwindigkeit zu. Für die Fachärzte der Inneren Medizin wird es dadurch immer schwieriger, den Überblick zu behalten. Um dennoch rational entscheiden zu können, bedarf es der Kenntnis über den aktuellen Stand der Versorgung.

22 Telediabetologie: Was gibt es schon in der Praxis?
Die Anzahl von Personen mit Typ-2-Diabetes ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Eine ergänzende telemedizinische Betreuung kann zukünftig mit dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung der Patienten sicherzustellen.

23 Wiesbaden
Vom Neroberg aus hat man einen guten Blick auf die Landeshauptstadt, die durch ihr elegantes Flair, ihre imposante Architektur und die Vielfalt von Parks und Grünanlagen besticht.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, liebe Gäste,

im Namen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ist es mir eine große Freude, Sie zum 119. Internistenkongress in Wiesbaden vom 06.–09. April 2013 begrüßen zu dürfen. Der Vorstand der DGIM und alle an der Kongressvorbereitung Mitwirkenden sind sehr stolz darauf, dass wir Ihnen auch in diesem Jahr wieder in der Tradition der Vorgängerkongresse ein umfangreiches Wissenschafts- und Fortbildungsprogramm präsentieren können.

„Innere Medizin – vom Organ zum System" – das ist das Leitthema des diesjährigen Internistenkongresses, das den Schwerpunkt der Vorsitzenden der DGIM 2012/2013 und des Wiesbadener Kongressteams widerspiegelt: die Rheumatologie und klinische Immunologie mit Betonung der entzündlichen Systemerkrankungen. Zudem verdeutlicht es, dass sich die Innere Medizin trotz aller notwendigen Subspezialisierungen dem übergeordneten ärztlichen Denken und Handeln verpflichtet sieht.

Die Schwerpunktthemen umfassen in diesem Jahr die systemische Entzündung und Immunität, die Versorgungsforschung, die rationelle Diagnostik, die Morbidität und Komorbidität, die minimalinvasive Therapie, die Telemedizin sowie den chronisch Kranken und sein Arzt. Diese Themen folgen dem Leitthema und sollen den wissenschaftlichen Fortschritt in der Inneren Medizin zusammenfassend abbilden. Dabei deckt das kompakte Kongressprogramm alle derzeit wichtigen klinischen und wissenschaftlichen Aspekte mit unterschiedlichen Programmelementen wie Plenarvorträgen, klinischen Symposien, dem Jahr im Rückblick, Posterpräsentationen, Tutorien und Expertenforen sowie interaktiven Falldiskussionen hervorragend ab.

Darüber hinaus ist es ein großes Anliegen der DGIM und auch mir persönlich, den wissenschaftlichen Nachwuchs in der Inneren Medizin zu fördern. Auf dem Kongress bietet das Forum für junge Mediziner „Chances" Assistenten in der Weiterbildung und Medizinstudenten die Möglichkeit, über wissenschaftliche, berufspolitische und alltägliche Fragen miteinander und mit erfahrenen Kollegen ins Gespräch zu kommen.

Ich hoffe, dass ich Ihr Interesse für den 119. Internistenkongress in Wiesbaden wecken konnte und freue mich auf Ihren Besuch, anregende Gespräche und spannende Diskussionen. Eine Gelegenheit, uns abseits der wissenschaftlichen Diskussionen auszutauschen, bietet das Rahmenprogramm an den Kongressabenden unter anderem bei der „Get-Together-Party" oder bei der traditionellen „Festlichen Abendveranstaltung" im Kurhaus Wiesbaden. Gerne lade ich Sie hierzu herzlich ein. Verbringen Sie mit uns einige lehrreiche und angenehme Tage in Wiesbaden!

Ihre
Prof. Dr. Elisabeth Märker-Hermann
Kongresspräsidentin

KARL Demeter Verlag

Samstag, 06. April 2013

	Halle 1	Saal 1 A/1	Saal 1 A/2	Saal 1 A/3	Saal 2A	Saal 2B	Saal 2C	Halle 4	Halle 5	Saal 6/1	Saal 6/2	Saal 7	Saal 11A	Saal 11B	Saal 12B/C	CHANCES (Halle 8)	Raum 16	Museum	Raum Brüssel (Dorint Hotel)	Raum Wiesbaden (Dorint Hotel)	Posterbereich (Halle 3)
07:00																					
07:15																					
07:30																					
07:45																					
08:00	Der geheilte Krebspatient	Zucker für die Seele	Nichtinvasive Beatmung bei akuter Exazerbation einer COPD	Sektion Angiologie I – Diagnose und Therapie von Beinschwellungen aus angiologischer Sicht BDI	Update Aldosteron-antagonisten	Marcumar versus neue Antikoagulatien im Alltag	AK Tropen-Reisemedizin und Impfwesen I: Update reisemedizinisch relevanter Krankheiten BDI	Idiopathische Lungenfibrose: aktueller Stand der Pathogenese, Therapie und Versorgung	Höhen- und Tiefenmedizin	Nephroprotektion	Lungenkarzinom	AK Hypertonie – Aktuelle Hochdruckfragen I BDI	Infektionen auf der Intensivstation	Die alternde Niere	Klinisches Pruritus Symposium in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Pruritusforschung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft		PowerPoint – Vorträge professionell umsetzen	Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Innere Medizin e. V.: Vom Leitbefund zur Therapie: Diagnostische und therapeutische Algorithmen		Echokardiographie kardiologisch relevanter Krankheitsbilder. Interaktive Besprechung von Diagnose, Differentialdiagnose und Pitfalls		08:00
08:15																						08:15
08:30																						08:30
08:45																						08:45
09:00																						09:00
09:15																						09:15
09:30																						09:30
09:45																						09:45
10:00	Moderne Therapie des Typ 2 Diabetes: Diabetes und Niere	Einsatz des eigenen Immunsystems gegen Krebs – eine Hoffnung wird Realität		Sektion Angiologie II BDI	Lungenembolie	Metastasenbehandlung	AK Tropen-Reisemedizin und Impfwesen II: Spezielle Aspekte der Reisemedizinischen Beratung BDI	Transition von der Kinder- und Jugend- in die Erwachsenenmedizin	Systemische Vaskulitiden	Sektion Hämatologie/ Onkologie Anämie – die häufigste hämatologische Erkrankung BDI	Gastroenterologische Notfälle	AK Hypertonie – Aktuelle Hochdruckfragen BDI	Chamäleon neuroendokrine Tumoren (NET)	Der „austherapierte" Patient	Telemedizin und Versorgungsforschung		PowerPoint: Professionelle Vortragsgestaltung mit Bild, Video und Animation	Sondersymposium mit der Möglichkeit des Besuches der Jawlensky Ausstellung: Chronische Krankheit und Kunst				10:00
10:15																						10:15
10:30																						10:30
10:45																						10:45
11:00																						11:00
11:15																						11:15
11:30																						11:30
11:45																						11:45
12:00		Sektion Nephrologie: Innere Medizin – Vom Organ zum System BDI		Das Zusammenspiel internistischer Spezialisierungen am Beispiel der rheumatoiden Arthritis	Fahrtauglichkeit bei hepatischer Enzephalopathie – Diagnose, Therapie, Verkehrspsychologie	Schmerzen im Dialog	AK Tropen-Reisemedizin und Impfwesen III: Spezielle Reiseaktivitäten BDI	Tinnitus – „Phantomschmerz" der Cochlea. Moderne Konzepte zur Tinnitusentstehung und -therapie	Der chronisch Kranke hat viele Gesichter – und meistens auch eine Anämie	AG Radiologie, Nuklearmedizin und MRT – Rationelle Diagnostik: Bedeutung Nuklearmedizinischer Verfahren in der Inneren Medizin Seite BDI	Folgeerkrankungen und Risiken der symptomatischen Hyperurikämie	Herz und Seele – Eine interdisziplinäre Herausforderung	Update COPD – mehr als ein Phänotyp?	Impfen im Focus	Idiopathische pulmonale Fibrose IPF – Herausforderung für Diagnostik und Therapie		Homepage für die Arztpraxis	Sektion Rheumatologie: Frühe Diagnostik und therapeutische Langzeitbegleitung in der internistischen Praxis BDI				12:00
12:15																						12:15
12:30																						12:30
12:45																						12:45
13:00																						13:00
13:15																						13:15
13:30																						13:30
13:45																						13:45
14:00	Der chronisch Kranke und sein Arzt	Palliativmedizin I – Symptome, Symptomkontrolle	Rechtsberatung: Patientenrechtegesetz & Chefarztgesetz	Machen wir zu viel?	IgG4-Erkrankungen und ihre Therapie	Impfungen im Erwachsenenalter	AK Tropen-Reisemedizin und Impfwesen IV: Besondere Beratungssituationen BDI	Tumor in der Leber	Cutting-edge-Medikamente	Essverhalten zwischen Lust und Last	Luftnot, reduzierte Belastbarkeit und Brustschmerz – Wie können wir den Patienten helfen?	Das Jahr im Rückblick: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie	Der unbekannte Primärtumor CUP	Über Antiinfektiva hinausgehende Therapie von Infektionen	Immunsuppression im Alter		Internet – Medizinische Recherche	Walter Siegenthaler Gesellschaft für Fortschritt in der Inneren Medizin: Individualisierte Therapiestrategien – wo stehen wir heute?		Advanced Cardiac Life Support – ACLS		14:00
14:15																						14:15
14:30																						14:30
14:45																						14:45
15:00																						15:00
15:15																						15:15
15:30																						15:30
15:45																						15:45
16:00	Minimal invasive Viszeralmedizin, Stand und Perspektiven	Paliativ medizin II – Ethik	Orale Antikoagulation – Patientengerechte Therapiewahl	Kontroversen der Intensivmedizin	Schwierigkeiten in der Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus und Adipositas	Therapie des Lungenversagens	Kontroversen in der Therapie tiefer Atemwegsinfektionen	Saarländische Pfälzische Internistengesellschaft e.V.: Leitlinien im Dialog – wann sind sie hilfreich?	2. H.G. Lasch Gerinnungssymposium	Prophylaxe und Therapie venöser Thromboembolien – Update 2013	Herausforderungen und zukunftsorientierte Lösungsansätze in der Arzt-Patienten-Kommunikation im Zeitalter des Internet	Der adipöse Patient auf der Intensivstation	Kolibri oder Spatz? Die arterielle Hypertonie	Reduzieren und Absetzen von Medikamenten – wann und wie?	Deutsche Gesellschaft für Telemedizin: Rahmenbedingungen für Telemedizin in Deutschland – wo stehen wir?		Internet – Wissenschaftliche Recherche	Frauen und Niere				16:00
16:15																						16:15
16:30																						16:30
16:45																						16:45
17:00																						17:00
17:15																						17:15
17:30																						17:30
17:45		Die intensivpflichtige OPD-Exazerbation		Proktologie in der Praxis	Sarkopenie – Kachexie	Rationale Antibiotika-Therapie	Kopfschmerz						Relevanz und Sinn der Allergiediagnostik	Parenterale und enterale Ernährung in der Intensivmedizin									17:45
18:00																						18:00
18:15																						18:15
18:30																						18:30
18:45																						18:45
19:00																						19:00
19:15																						19:15
19:30																						19:30
19:45																						19:45
20:00																						20:00

Diese Sitzung wird aufgezeichnet und kann über die Homepage www.dgim-onlinekongress.de abgerufen werden.

Sonntag, 07. April 2013

	Halle 1	Saal 1 A/1	Saal 1 A/2	Saal 1 A/3	Saal 2A	Saal 2B	Saal 2C	Halle 4	Halle 5	Saal 6/1	Saal 6/2	Saal 7	Saal 11A	Saal 11B	Saal 12B/C	CHANCES (Halle 8)	Raum 16	Museum	Raum Brüssel (Dorint Hotel)	Raum Wiesbaden (Dorint Hotel)	Posterbereich (Halle 3)
07:00																					
07:15																					
07:30																					
07:45																					
08:00	Sektion Pneumologie: COPD Management 2013 – Was ist neu? BDI	Gesellschaft für Innere Medizin Sachsen-Anhalt e.V. Medikation im Alter	Kurs für Klinische Immunologie – Neues zur immunologischen Diagnostik und von Therapien mit Biologika	Heilung für die rheumatoide Arthritis in Sicht	Vorsorge und Früherkennung von Krebserkrankungen	Sport als Therapie bei …	Infektiologische Problemfälle	Sektion Kardiologie I – Interventionelle Kardiologie BDI	Offene Fragen bei neuen Antikoagulantien	Periphere arterielle Verschluss-krankheit (pAVK)	Infektion und Immunsuppression	Das Jahr im Rückblick: Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten	Anämie	Sektion Endokrinologie/ Diabetologie: Neuroendokrine Tumore BDI	AK Umweltmedizin – Klimawandel und internistische Erkrankungen I BDI		Internet – Medizinische Recherche	Klinische Neuigkeiten zur Behandlung von Fettstoffwechsel-Problemen	Basiskurs Internistische Intensivmedizin	Advanced Pediatric Life Support – APLS		08:00
08:15																						08:15
08:30																						08:30
08:45																						08:45
09:00																						09:00
09:15																						09:15
09:30																Eröffnung der „Chances"						09:30
09:45																						09:45
10:00	Sektion Endokrinologie/ Diabetologie: Diabetes interdisziplinär I BDI	Rhythmusstörungen – Neue Aspekte		AK Psychosomatik: Psychoimmunologische Aspekte körperlicher und seelischer Belastung BDI	Kontroversen in der pneumologischen Therapie	Adipositas (Metabolische)-Chirurgie	Pneumologie und kardiovaskuläre Erkrankungen – Gemeinsamkeiten in Prävention und Therapie	Sektion Kardiologie II: Neue Aspekte kardiologischer Therapie BDI	Der diabetische Fuß: eine Frage des Blick winkels	Funktionelle Beschwerden	Komplikationen nach interventionellen Eingriffen	Das Jahr im Rückblick: Deutsche Gesellschaft für Angiologie/Gefäßmedizin	Polyurie und Elektrolytstörungen	AK Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin BDI	AK Umweltmedizin – Klimawandel und internistische Erkrankungen II BDI	Internist oder Spezialist – Ist beides möglich? Junge Foren in der Inneren Medizin stellen sich vor	PowerPoint – Vorträge professionell umsetzen	Gesellschaft für Innere Medizin Thüringens e. V. Regionalgesellschaft: Entzündung: Mehr als Bakterien oder Viren			10:00
10:15																						10:15
10:30																						10:30
10:45																						10:45
11:00																						11:00
11:15																						11:15
11:30																						11:30
11:45																						11:45
12:00	Sektion Endokrinologie/ Diabetologie: Diabetes interdisziplinär II BDI	Behandlungsfehler im Klinikalltag vermeiden – rechtliche Risiken abschätzen!		Die tägliche Praxis – Management von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz	Osteoporose im Dialog: Therapieansätze für Männer und Frauen	Glutenbedingte Beschwerden – von Zöliakie über Weizenallergie bis zur Glutensensitivität	Kardiovaskuläres Kontinuum – moderne Therapiekonzepten zwischen Leitlinien und Erstattung	Selbst medikation bei Reflux	Synkopen und Schlaganfall: Wenn möglich, die nächsten verhindern! –/– Renale Denervierung (RDN): Moderne Bluthochdruck-Therapie!	Chronische Schmerzen effektiv behandeln !	Ejaculatio praecox: 1, 2, 3 … schon vorbei!	Leitliniengerechte Therapie alters-bedingter Erkrankungen: Osteoporose der postmenopausalen Frau und benigne Prostatahyperplasie des Mannes	Versorgung chronischer Entzündungspatienten: aktuelle Herausforderungen in der Praxis	Diagnostik und Therapie bei ANCA-assoziierter Vaskulitis	Interdis. Patientenmanag. und neue Therapiestrategien beim Reizdarmsyndrom		PowerPoint: Professionelle Vortragsgestaltung mit Bild, Video und Animation	Sektion Gastroenterologie: Chronische Entzündungen im Verdauungstrakt: Klinische Relevanz und Therapieoptionen BDI	Posterbegehungen		12:00
12:15																						12:15
12:30																						12:30
12:45																						12:45
13:00																						13:00
13:15																						13:15
13:30																						13:30
13:45																						13:45
14:00	Systemische Inflammation: Zytokine und Epigenetik	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie: Die Schmerztherapie des Internisten	Bronchoskopie	AK Sportmedizin: Mann und Sport BDI	Der alte Mensch in der Notaufnahme	Tuberkulose – eine alte Krankheit mit neuen Problemen	Kontroversen in der minimalinvasiven pulmonologischen Diagnostik und Therapie	Faustregeln zur oralen Antikoagulation bei Patienten mit Vorhofflimmern – Sie fragen, wir antworten!	Sektion Kardiologie III und AG Internisten im KH: Qualitäts-sicherung oder Versorgungssteuerung BDI	Moderne Therapie der Adipositas – aktuelle Studiendaten zu zentral wirksamen Antiadiposita	COPD – Eine zirkadiane Erkrankung?	Das Jahr im Rückblick: Deutsche Gesellschaft für Infektiologie	Blutbildveränderungen (Wegweiser Blutbild)	Von A(temnot) bis Z(ucker) – der multimorbide Patient	Stress, Burnout und Depression – Risikokonstellationen bei kardiovaskulären Erkrankungen	„Young Investigator Award"	Internet – Wissenschaftliche Recherche	Die Leber als Manifestationsort seltener Stoffwechselstörungen		Herzschrittmachertherapie		14:00
14:15																						14:15
14:30																						14:30
14:45																						14:45
15:00																						15:00
15:15																						15:15
15:30																						15:30
15:45		Notfall: tachykarde Rhythmusstörungen		Akute Herzinsuffizienz	Primärprävention mit Thrombozytenaggregationshemmern	Ernährung am Lebensende	Neues aus der Echokardiographie			Unkonventionelle Krebstherapie	Sinnvolle prä-operative Diagnostik		Kinderwunsch bei chronischen Erkrankungen	Schwieriges und schweres Asthma	Schluckstörungen		Mobil im Netz: Die medizinische Recherche unterwegs				15:45
16:00																						16:00
16:15																						16:15
16:30																						16:30
16:45																						16:45
17:00																						17:00
17:15																						17:15
17:30																						17:30
17:45																						17:45
18:00																						18:00
18:15																						18:15
18:30																						18:30
18:45	Festliche Abendveranstaltung, 17:00 – 19:30 Uhr, im Kurhaus Wiesbaden, Friedrich-von-Thiersch-Saal																					18:45
19:00																						19:00
19:15																						19:15
19:30																						19:30
19:45																						19:45
20:00																						20:00

Diese Sitzung wird aufgezeichnet und kann über die Homepage www.dgim-onlinekongress.de abgerufen werden.

BDI-Symposien | Klinisches Symposium/ Grundlagenforschung | Pro und Contra | DGIM Kurse | Industrieveranstaltungen | Veranstaltungen anderer Gesellschaften und Vereinigungen | Tutorium / Expertenforum | Spezielle Sitzungen | Ländergesellschaften | Chances

Inflammation versus bakterielle Sepsis

Haben wir gute differenzierende Parameter?

Quelle: Fotolia, S.Kaulitzki

F. Brunkhorst

Das bisherige Scheitern neuer Ansätze zur Behandlung der schweren Sepsis und des septischen Schocks ist eng mit den Defiziten einer differenzierten Diagnosemöglichkeit verbunden. Der Zeitpunkt der Diagnose – und damit die frühzeitige Initiierung therapeutischer Maßnahmen – ist jedoch die entscheidende Determinante der Mortalität, berichtet Univ.-Prof. Frank Brunkhorst, Jena.

Sowohl im prähospitalen als auch im intrahospitalen Verlauf der Erkrankung vergehen häufig mehrere Stunden bis Tage bis die Diagnose gestellt und der Patient adäquat auf der Intensivstation behandelt wird. Gerade bei Intensivpatienten ist die Differenzialdiagnose einer infektiösen Ätiologie des akuten inflammatorischen Organversagens (schwere Sepsis) angesichts der geringen Spezifität klinischer Symptome (Fieber, Leukozytose, Tachykardie und Tachypnoe, Anstieg des C-reaktiven Proteins) von anderen nichtinfektiösen Ursachen (systemisches inflammatorisches Response-Syndrom, SIRS) extrem schwierig. Zudem ist der mikrobiologische Nachweis einer Infektion gerade bei antibiotisch vorbehandelten Patienten problematisch.

Prokalzitonin (PCT) gilt gegenwärtig als einer der vielversprechendsten Biomarker in der Differenzialdiagnostik der Sepsis. Das Protein wird als Vorstufe des Hormons Kalzitonin in der Schilddrüse gebildet. Bei bakteriellen Infektionen und Pilzinfektionen bilden jedoch auch Zellen in anderen Organen dieses Prohormon, sodass die PCT-Konzentrationen im Blut schnell um ein Vielfaches ansteigen.

Prokalzitonin ermöglicht frühe Diagnose einer bakteriellen Sepsis

In einer kürzlich publizierten Metaanalyse wurde die diagnostische Wertigkeit dieses Biomarkers erstmals systematisch untersucht [1]. Hierbei waren die Anforderungen hinsichtlich der methodischen Qualität hoch. Insbesondere musste der gegenwärtige Goldstandard der Sepsisdefinition einschließlich mikrobiologischer Kriterien berichtet sein. Lediglich 30 von 3487 Studien erfüllten die Einschlusskriterien. Die Autoren analysierten die Daten von insgesamt 3244 Intensivpatienten. Davon hatten 1863 Patienten eine Sepsis, eine schwere Sepsis oder eine septischen Schock und 1381 ein SIRS ohne infektiöse Ätiologie.

Die bivariate Analyse der Daten ergab eine mittlere Sensitivität und Spezifität von 0,77 (95 %-Konfidenzintervall [KI] 0,72–0,81) und 0,79 (95 %-KI 0,74–0,84). Die Fläche unter der Receiver-Operating-Characteristic-Kurve (AUC) betrug 0,85 (95 %-KI 0,81–0,88). Die Heterogenität zwischen den Studien war erheblich (I^2=96 %). Daher wurden verschiedene Kovariaten analysiert, um potenzielle Ursachen dieser Heterogenität zu untersuchen.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Prokalzitonin der derzeit beste verfügbare Biomarker für die frühe Diagnose einer bakteriellen Sepsis ist. Allerdings reicht dieser als alleiniger Test für eine sichere Therapieentscheidung nicht aus. Hierzu müssen die Vorgeschichte des Patienten, das klinische Bild und auch immer mikrobiologische Untersuchungen mitbetrachtet werden.

Univ.-Prof. Dr. Frank Brunkhorst, Paul-Martini-FG für Klinische Sepsisforschung, Universitätsklinikum Jena, Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Sepsis und Sepsisfolgen, Jena

Literatur

1 Wacker C, Prkno A, Brunkhorst FM, Schlattmann S. Lancet Infectious Diseases 2013; Published Online February 1

Sonntag, 07. April 2013

Gesellschaft für Innere Medizin Thüringens e. V. Regionalgesellschaft: Entzündung: Mehr als Bakterien oder Viren 10:00–11:30 Uhr, Museum (10:00–10:22 Uhr: Inflammation vs. bakterielle Sepsis: Haben wir gute differenzierende Parameter?)

Montag, 08. April 2013

	Halle 1	Saal 1 A/1	Saal 1 A/2	Saal 1 A/3	Saal 2A	Saal 2B	Saal 2C	Halle 4	Halle 5	Saal 6/1	Saal 6/2	Saal 7	Saal 11A	Saal 11B	Saal 12B/C	CHANCES (Halle 8)	Raum 16	Museum	Kurhaus	Raum Brüssel (Dorint Hotel)	Raum Wiesbaden (Dorint Hotel)	Posterbereich (Halle 3)	
07:00																							07:00
07:15																							07:15
07:30																							07:30
07:45																							07:45
08:00	Neue Medikamente in der Inneren Medizin – Highlights 2013	Behandlung der Pneumonie	Refresherkurs internistische Intensivmedizin	AK Psychosomatik/Psychotherapie: Praktischer Workshop: Hilfe beim Führen schwieriger Gespräche BDI	Paraneoplasien – Wahrheit oder Täuschung	Leber und Rheuma	AK Gebührenordnungsfragen: GOÄ Update 2013 BDI	Biomarker in der Kardio-/Angiologie	Dünndarm – von der mukosalen Immunologie zur endoskopischen Diagnostik und Therapie	Osteoporose unter Genderaspekten	Berliner Gesellschaft für Innere Medizin (BGIM): Schwerpunkt „Endokrinologie“	Das Jahr im Rückblick: Deutsche Gesellschaft für Kardiologie	Bench to Bedside Onkologie	Das humane Mikrobiom – Bakterien in und um uns	Sekundäre Hypertonie – was muss ich ausschließen?		PowerPoint – Vorträge professionell umsetzen	Nordwestdeutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.: Herz-Nierenkomorbidität – Potenzierung der klinischen Risiken		Typ 2 Diabetes – Was ist überholt? Was bleibt? Was ist neu?			08:00
08:15																							08:15
08:30																							08:30
08:45																Was bieten die Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen? Teil 1							08:45
09:00																							09:00
09:15																							09:15
09:30																							09:30
09:45																							09:45
10:00	Telemedizin in der Inneren Medizin, von der Telekardiologie zur Lifestyle-Beratung – was gibt es schon in der Praxis?	PAH pulmonalarterielle Hypertonie)		Sektion Endokrinologie/Diabetologie: Schilddrüsenerkrankungen BDI	Medikamenteninduzierte Blutungen im Gastrointestinaltrakt	Kontroversen in der Therapie des Schlaganfalls und bei Stürzen in der Geriatrie	AG Intensivmedizin: Biomarker in der Internistischen Intensivmedizin BDI	Tumorinduktion durch Medikamente	Grenzen der Intensivmedizin	AK Palliativmedizin BDI	Kontroversen in der medikamentösen internistischen Therapie	Das Jahr im Rückblick: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie	Granulomatöse Lungenerkrankung	Asthma	Internistische Erkrankungen in der Schwangerschaft	– Frauen in der Medizin –	PowerPoint: Professionelle Vortragsgestaltung mit Bild, Video und Animation	Verbund Klinischer Pharmakologie (VKliPha): Arzneimitteltherapiesicherheit – der Aktionsplan des BMG					10:00
10:15																							10:15
10:30																							10:30
10:45																							10:45
11:00																							11:00
11:15																							11:15
11:30																							11:30
11:45																							11:45
12:00		Können wir die Behandlung von CED-Patienten mit einer hochdosierten i.v. Eisentherapie optimieren?		Update Kontrastmittelsonographie	Praktische Aspekte der Rheumatoiden Arthritis	Chronische Obstipation – eine unterschätzte Heraus-forderung	Beethoven & die Leberzirrhose – Hepatische Enzephalopathie: So behandelt man heute –	Der kardiometabolische Patient – Update 2013	Welche Rolle spielen Biomarker bei der Rheumatoiden Arthritis?	SGLT-2 Inhibitoren, GLP-1 Analoga und DPP-4 Inhibitoren: Patientenzentrierte Perspektive bei Typ-2 Diabetes für die Praxis	ZNS für den Hausarzt: „Sind psychische Erkrankungen auf dem Vormarsch? Was Burnout, Depression und Sucht gemeinsam haben“		Der chronisch Kranke und sein Arzt	Facetten des modernen Rheuma-Managements	Neue Opt. zur wirksamen Schlag-anfall prophylaxe bei Vorhofflimmern – praktische Erfahrungen am Bsp. von Apixaban		Excel – Tabellen-kalkulation für den Alltag	Zusatznutzen von neuen Arzneimitteln – Konsequenzen aus dem AMNOG für die rationale Arzneimitteltherapie		Poster-begehungen	12:00
12:15																							12:15
12:30																							12:30
12:45																							12:45
13:00																							13:00
13:15																							13:15
13:30																							13:30
13:45																							13:45
14:00	Versorgungsforschung in der Inneren Medizin	Innovative minimalinvasive Therapien in der Kardiologie		AK Qualifizierter Entzug (AKQEIM): Die Alkoholkrankheit in der Inneren Medizin BDI	Evidenz für Ernährungsinterventionen in der Inneren Medizin	Sepsis und Sepsis prävention	Aktuelles zum Lebensstil Faktor Wein Relevanz für die Praxis	Evidenzbasierte Prävention und Früherkennung	Virus hepatitiden	Sektion Infektiologie I BDI	The gut – joint axis: inflammatory bowel disease and spondyloarthritis	Das Jahr im Rückblick: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie	Zufallsbefund Leberrundherd	Problematische Infektionen im klinischen Alltag	Frühjahrssymposium der Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin: Arzneimittelfälschung	Was bieten die Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen? Teil 2	Internet – Medizinische Recherche	Fallvorstellungen aus dem gesamten Gebiet der Inneren Medizin und den Schwerpunkten „Hätten Sie die Diagnose schneller stellen können?“ „Wie hätten Sie therapiert?“		Schmerztherapie in der Palliativmedizin	Spiroergometrie		14:00
14:15																							14:15
14:30																							14:30
14:45																							14:45
15:00																							15:00
15:15																							15:15
15:30																							15:30
15:45																							15:45
16:00	Immuntherapie in der Inneren Medizin – Neue Zielstrukturen, neue Werkzeuge	Symposium in Kooperation mit dem MDK Bayern: Sozialmedizin und Begutachtung im Schwerbehindertenrecht für Internisten: neue sozialmedizinische Entwicklungen		AG Naturheilverfahren: Gefäßerkrankungen BDI	Schmerztherapie bei muskuloskelettalen Erkrankungen	Infektionen als Notfälle	Demenz als Systemerkrankung	Neue Welt der Antikoagulation: Wichtige Tipps für den Einsatz in Klinik und Praxis	Transplantationsmedizin – Organmangel im Brennpunkt	Sektion Infektiologie II BDI	Hypertonie: Die unterschätze Gefahr – Nachhaltiges Hypertoniemanagement für die Praxis	Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie: Das Jahr im Rückblick	Einsatz von Glukokortikoiden und NSAR in der Rheumatologie – gut oder böse?	DKI-Forum: Management- und Führungs-Know-how für Internisten in der Klinik		Preisträgersitzung	Internet – Wissenschaftliche Recherche			EKG in Klinik und Praxis		16:00
16:15																							16:15
16:30																							16:30
16:45																							16:45
17:00																							17:00
17:15																							17:15
17:30																							17:30
17:45		Zufallsbefunde			COPD beim Nichtraucher?	Nicht-radiografische axiale Spondyloarthritis – früher Morbus Bechterew	Physikalische Therapie in der Rheumatologie – wann, wie und wie lange soll sie verordnet werden?				Säurebasenhaushalt und Elektrolytentgleisungen		Inappetenz	Tipps u. Tricks bei der EKG-Beurteilung	Paraproteinämie – was nun?				Verleihung des Paul-Martini-Preises				17:45
18:00																							18:00
18:15																							18:15
18:30																							18:30
18:45																							18:45
19:00																							19:00
19:15																							19:15
19:30																							19:30
19:45																							19:45
20:00																							20:00

Diese Sitzung wird aufgezeichnet und kann über die Homepage www.dgim-onlinekongress.de abgerufen werden.

Dienstag, 09. April 2013

	Halle 1	Saal 1 A/1	Saal 1 A/2	Saal 1 A/3	Saal 2A	Saal 2B	Saal 2C	Halle 4	Halle 5	Saal 6/1	Saal 6/2	Saal 7	Saal 11A	Saal 11B	Saal 12B/C	CHANCES (Halle 8)	Raum 16	Museum	Raum Brüssel	Raum Wiesbaden	Posterbereich (Halle 3)	
07:00																						07:00
07:15																						07:15
07:30																						07:30
07:45																						07:45
08:00	Management/Diagnostik/Therapie venöser Thromboembolien	Bildgebung Herz/Lunge	Endosonographie-Basiskurs	„Treat to target“ bei Kollagenosen und Vaskulitiden	Sarkoidose	Lymphom, multiples Myelom und Leukämien	COPD/Emphysem	Komorbiditäten – auf was muss ich aufpassen?	Folgen der Antibiotika-Therapie	Erweiterte Bildgebung in der Inneren Medizin	Allergologie für Internisten	Das Jahr im Rückblick: Deutsche Gesellschaft für Nephrologie	Gelenkschmerzen und erhöhte Leberwerte	Nebenwirkungsmanagement unter Biologika-Therapie in der Rheumatologie, Gastroenterologie und Onkologie	Antifibrotische Therapien – realisierbar oder noch Utopie?	Was bieten die Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen? Teil 3	Excel – Tabellen und Diagramme für die Praxis	Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP): Differentielle Sporttherapie in der Inneren Medizin				08:00
08:15																							08:15
08:30																							08:30
08:45																							08:45
09:00																							09:00
09:15																							09:15
09:30																							09:30
09:45																							09:45
10:00	Akutes Abdomen	Neue antivirale Therapiestrategien bei HIV, HBV, HCV		Osteomyelitis, Spondylodiszitis und Komplikationen	Update (periphere) Gefäßinterventionen	Primäre Hypertonie	Interleukin-1 vermittelte Erkrankungen	Die dekompensierte Leberzirrhose – interdisziplinär internistisch	Deutsche Akademie für Präventivmedizin e.V.: Prävention des kardiometabolischen Syndroms	Kontroversen in der minimalinvasiven Therapie – Nephrologie/Hochdruck	PEG-Anlage/Ernährung am Lebensende	Das Jahr im Rückblick: Deutsche Gesellschaft der internistischen Intensivmedizin und Notfallmedizin	Nierenversagen bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen	Stammzelltherapie	... Diabetes Typ 2 – Pneumologie – Kardiologie – Rheumatologie	Die vielen Facetten des Internisten	Internet – Wissenschaftliche Recherche	Gemeinsames Symposien der Kompetenznetze „Akute und chronische Leukämien“ und „Maligne Lymphome“: Neues bei Leukämien und Lymphomen			10:00
10:15																						10:15
10:30																						10:30
10:45																						10:45
11:00																						11:00
11:15																						11:15
11:30																						11:30
11:45																						11:45
12:00	Infektion, Organentzündung und Systementzündung	Immunsuppression im Alter		AG Ernährungsmedizin: Ernährungsaspekte bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen BDI	Akutes Koronarsyndrom	Schlafbezogene Atemstörungen	Probleme der Antikoagulation bei Komorbiditäten	Therapie-Philosophien beim Typ 2 Diabetes	Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM e.V.): Adipositas Chirurgie	Was können wir durch endoskopische Maßnahmen lokal und was für den Gesamtorganismus heute erreichen – und was nicht?	Metabolisches Syndrom als Risikofaktor für maligne Erkrankungen	Das Jahr im Rückblick: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin	Hautausschlag und AZ-Verschlechterung, was steckt dahinter?	Gesellschaft der Internisten Mecklenburg-Vorpommern e.V.: Ist Mecklenburg-Vorpommern das Florida von Deutschland – Volkskrankheit Adipositas?	Wie beeinflussen DRG's unsere Therapieentscheidungen		PowerPoint – Vorträge professionell umsetzen	Klinisches Forum II: Fallvorstellungen aus dem gesamten Gebiet der Inneren Medizin und den Schwerpunkten „Hätten Sie die Diagnose schneller stellen können?“ „Wie hätten Sie therapiert?“				12:00
12:15																						12:15
12:30																						12:30
12:45																						12:45
13:00																						13:00
13:15																						13:15
13:30																						13:30
13:45																						13:45
14:00		Schilddrüsenknoten	Spiroergometrie		Thoraxsonographie	Postoperative Besonderheiten	Infektiöse Gastroenteritis	Evidenz versus Ökonomie in der Diagnostik		Klinische Fälle aus der Geriatrie zum Miträtseln	Rationelle Diagnostik erhöhte Leberwerte		Kolonkarzinom Prävention und Nachsorge	Rheuma und Niere	Telemedizin bei Herzinsuffizienz		PowerPoint: Professionelle Vortragsgestaltung mit Bild, Video und Animation					14:00
14:15																						14:15
14:30																						14:30
14:45																						14:45
15:00																						15:00
15:15													Ordentliche Mitgliederversammlung der DGIM									15:15
15:30																						15:30
15:45																						15:45
16:00																						16:00
16:15																						16:15
16:30																						16:30
16:45																						16:45
17:00																						17:00
17:15																						17:15
17:30																						17:30
17:45																						17:45
18:00																						18:00
18:15																						18:15
18:30																						18:30
18:45																						18:45
19:00																						19:00
19:15																						19:15
19:30																						19:30
19:45																						19:45
20:00																						20:00

Diese Sitzung wird aufgezeichnet und kann über die Homepage www.dgim-onlinekongress.de abgerufen werden.

BDI-Symposien | Klinisches Symposium/Grundlagenforschung | Pro und Contra | DGIM Kurse | Industrieveranstaltungen | Veranstaltungen anderer Gesellschaften und Vereinigungen | Tutorium / Expertenforum | Spezielle Sitzungen | Ländergesellschaften | Chances

Forum der Industrie

Osteoporose – adäquat versorgen!

Nach den Ergebnissen der BEST-Studie [1] sind in Deutschland rund 6,3 Millionen Menschen an Osteoporose erkrankt. Jedes Jahr kommen etwa 885 000 neue Fälle hinzu. Insgesamt belaufen sich die osteoporosebezogenen Kosten auf 4,5 Milliarden Euro pro Jahr. Aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung erkranken immer mehr Menschen daran – ein enormes volkswirtschaftliches Problem.

Die mit Abstand häufigste Form der Osteoporose ist die postmenopausale Manifestation. Etwa 30 % aller postmenopausalen Frauen in Europa sind betroffen, und mehr als 40 % von ihnen werden in ihrem Leben osteoporotische Frakturen erleiden [2]. Solche Frakturen treten vor allem an den Wirbelkörpern, an der Hüfte und am Handgelenk auf. Für die meist älteren Patientinnen kann dies den ersten Schritt in einen Teufelskreis aus Schmerz, Bewegungseinbuße und weiterem Knochendichteverlust bedeuten.

Mehr Diagnose und Therapie vonnöten

Innerhalb eines Jahres nach einer Fraktur erhielten in der BEST-Studie nur 9 % der Patienten eine Knochendichtemessung (DXA). Drei von vier Patienten erhalten laut BEST-Daten keine spezifische Osteoporosetherapie. Im Vergleich zu anderen großen europäischen Ländern ist Deutschland Schlusslicht bei der medikamentösen Osteoporosebehandlung [3]. Handlungsbedarf besteht in der Praxis auch in Bezug auf die Persistenz gegenüber der Osteoporosetherapie. Unter oralen Bisphosphonaten war unabhängig vom Einnahmeintervall (täglich, wöchentlich, monatlich) eine niedrige Persistenz zu beobachten [4]. Die mangelhafte Therapietreue geht mit einem erhöhten Frakturrisiko einher [5].

Deshalb appelliert Prof. Johannes Pfeilschifter, Essen, Osteoporose-Patienten konsequenter zu identifizieren und adäquat zu behandeln. „Das Ziel sollte sein, dass Risikopatienten eine Basistherapie und alle geeigneten Hochrisikopatienten eine medikamentöse Therapie bekommen." Um Risikopatienten zu erkennen und zu behandeln, empfiehlt der Dachverband Osteologie e. V., das jährliche Risiko für vertebrale und Hüft(gelenksnahe) Frakturen abzuschätzen. Beträgt das jährliche Frakturrisiko mehr als 3 %, so wird eine medikamentöse Therapie empfohlen (www.dv-osteologie.de).

Denosumab: wirksam am kortikalen und trabekulären Knochen

Zur Therapie steht eine Vielzahl spezifischer Medikamente zur Verfügung, und mit dem RANK-Ligand-Inhibitor Denosumab eine wirksame Therapieoption, die im Vergleich mit Placebo an allen untersuchten Skelettlokalisationen das Frakturrisiko signifikant senkt und gute Wirksamkeit mit einfacher, patientenfreundlicher Anwendung vereint. Wie die Ergebnisse der FREEDOM-Studie, einer Phase-III-Studie bei 7808 postmenopausalen Frauen mit Osteoporose, belegen, entfaltet der RANK-Ligand-Inhibitor Denosumab sowohl am vertebralen als auch am nichtvertebralen Knochen – insbesondere an der Hüfte – seine Wirkung [6]. Nach 36 Monaten wurde das relative Risiko für neue Wirbelkörperfrakturen um 68 % und für nichtvertebrale Frakturen um 20 % gegenüber Placebo reduziert ($p < 0{,}001$ bzw. $< 0{,}01$). Die Inzidenz von Hüftfrakturen sank in der Denosumab-Gruppe um 40 % ($p = 0{,}04$ vs. Placebo) [7]. Langzeitdaten der offenen FREEDOM-Extension-Studie mit 4550 Patientinnen zeigen, dass der Effekt von Denosumab auf die Knochendichte über mindestens sechs Jahre anhält und es allgemein gut verträglich war [8]. Patientinnen mit Osteoporose können von einer Therapie auch im höheren Lebensalter profitieren. Denn gerade bei diesen schreitet der Abbau des kortikalen Knochens [9] und damit die Inzidenz von Hüftfrakturen [10] stetig voran. Dem kann Denosumab effektiv entgegenwirken [5].

Weitere wissenschaftliche Informationen zum Thema Osteoporose:

Leitliniengerechte Therapie altersbedingter Erkrankungen: Osteoporose der postmenopausalen Frau und benigne Prostatahyperplasie des Mannes

Sonntag, 7. April 2013
12:00–13:30 Uhr, Halle 7

Leitliniengerechte Therapie der Osteoporose 2013
Prof. Dr. med. Johannes Pfeilschifter, Essen

Für die Veranstaltung sind CME Punkte beantragt.

Quelle: Thieme Verlagsgruppe, R. Stockinger

Literatur

1 Hadji P et al. Dtsch Ärztebl Int 2013; 110: 52–57
2 Epidemiology. International Osteoporosis Foundation: http://www.iofbonehealth.org/health-professionals/about-osteoporosis/epidemiology.html (Stand: 22.03.2010)
3 Ström O et al. Arch Osteoporos 2011; 6: 59–155
4 Hadji P et al. Osteoporos Int 2012; 23: 223–231
5 Claus et al. ISPOR 12th Annual European Congress, Paris, France, 24–27 October 2009 – PMS66
6 Boonen S et al. J Clin Endocrinol Metab 2011; 96: 1727–1736
7 Cummings SR et al. N Engl J Med 2009; 361: 756–765
8 Papapoulos S et al. ASBMR 2012; Abstract und Präsentation FR0391/SA0391
9 Zebaze RM et al. Lancet 2010; 9727: 1729–1736
10 Sambrook P, Cooper C. Lancet 2006; 367: 2010–2018

Quelle: nach Informationen der GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG und Amgen GmbH, München

Die Emanzipation des Patienten

Von der partizipativen Entscheidungsfindung bis zur Wahrnehmung kollektiver Patientenrechte

E. Gromnica-Ihle

Das Arzt-Patienten-Verhältnis wandelte sich besonders in den letzten Jahrzehnten deutlich. Chronische Krankheiten nehmen weiterhin zu und führen von singulären Konsultationen durch veränderte Lebensumstände des chronisch Kranken zu einer lebenslangen Begleitung durch den Arzt, konstatiert Prof. Erika Gromnica-Ihle, Berlin.

Quelle: MEV

Der auf der abendländischen Gesinnungsethik beruhende Grundsatz des ärztlichen Handelns „Salus aegroti suprema lex" (das höchste Gut ist das Wohl des Patienten) muss gegen exogene Einflüsse einer am Gewinn orientierten Gesundheitswirtschaft verteidigt werden. Gleichzeitig wird die wohltätige paternalistische Beziehung zwischen dem Arzt und Patienten erodiert, bei der der Arzt als Heiler und professioneller Experte mit seinem Wissensmonopol die Diagnostik und Therapie festlegt.

Neue Arzt-Patienten-Kommunikation: „shared decision making"

Die in den 1970er Jahren stattfindenden Demokratisierungsdebatten und die von den Bürgern, den Versicherten und den Patienten vom Sozialstaat eingeforderte Partizipation generierte auch eine neue Arzt-Patienten-Kommunikation zur Entscheidungsfindung – die partizipative Entscheidungsfindung („shared decision making"). Sowohl auf der Mikroebene, der direkten Beziehung des Patienten zu seinem Arzt, als auch auf der Makroebene, auf der im gesundheitspolitischen Kontext kollektive Patientenrechte eingefordert werden, ist die Entwicklung noch im Fluss. Der informierte Patient, der Experte aus Betroffenheit beziehungsweise der kompetente Laie möchte nicht länger ein Objekt ärztlicher Entscheidungen bleiben, sondern verlangt Informationen und Alternativlösungen von seinem Arzt, um schließlich eine Behandlungsstrategie gemeinsam festzulegen. Dabei wünschen sich weiterhin auch kranke, besonders ältere Menschen die paternalistische Rolle des Arztes in großer Angst, um keine eigene Verantwortung übernehmen zu müssen.

Veränderungen im Arzt- und Patientenverhalten notwendig

Die neue Rolle des Patienten verlangt Gesundheitskompetenz („health literacy"). Letzteres setzt voraus, dass der Betroffene die kognitiven Fähigkeiten und die sozialen Fertigkeiten besitzt, sich einen Zugang zu Informationen zu beschaffen. Er muss diese aber auch verstehen und nutzen können, damit sie zur Erhaltung und Förderung seiner Gesundheit beitragen. Somit sind für die neue Kommunikationsform Veränderungen im Verhalten beider Partner nötig: Der Patient muss lernen, Fragen zu stellen und seine Präferenzen zu artikulieren. Der Arzt muss durch seine Kommunikation den Patienten motivieren, sodass sich dieser aktiv am Gesundungsprozess beteiligt. Ein solches Kommunikationsmodell setzt Rahmenbedingungen voraus, wie ein ausreichendes Zeitbudget, aber auch das Verlassen der traditionellen autoritären Rolle des Arztes. Eine partizipative Entscheidungsfindung schafft eine bessere Adhärenz und bessere klinische Ergebnisse, mehr Zufriedenheit des Patienten, weniger Arztwechsel, weniger Kosten für die Diagnostik und die Therapie und somit finanzielle Entlastungen des Gesundheitswesens.

Selbsthilfe – „Stachel im Fleisch" des etablierten Gesundheitssystems

In diese Veränderungen ist die Gesundheitsselbsthilfe seit nunmehr über 40 Jahren aktiv involviert. Auf der Mikroebene erfolgen durch die Selbsthilfegruppen ein Erfahrungsaustausch unter Betroffenen, die Begleitung neu erkrankter Personen durch bereits „erfahrene" Kranke, eine Beratung und Vermittlung praktischer Angebote sowie das Erlernen, die krankheitsbedingte neue Lebenssituation aktiv anzunehmen. Schließlich werden individuelle Erfahrungen zu kollektiven Erfahrungen zusammengeführt. Hierdurch erlangen die Patienten Gesundheitskompetenz. Aus Betroffenen können durch diese Selbsthilfeangebote und einen geübten „Face-to-face"-Austausch Experten mit sozialer Kompetenz werden. Insbesondere spielen die Selbsthilfeorganisationen aber auch auf Makroebene bei der Durchsetzung der kollektiven Interessen der Betroffenen, zum Beispiel im Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Mitberatung und längerfristig auch bei der Mitbeteiligung an Entscheidungen, eine wichtige Rolle. Dabei ist die Selbsthilfe der „Stachel im Fleisch" des etablierten Gesundheitssystems.

Patienten als Koproduzenten ihrer Gesundheit

Die Selbsthilfebewegung mit 70 000–100 000 Gruppen und über 3 Millionen Mitgliedern ist bereits jetzt neben dem Staat und Markt der 3. Sektor im Gesundheitswesen. Sie hat nicht nur dort eine Lückenbüßerfunktion, wo das professionelle System unzureichend ist, sondern lässt den Patienten zum Koproduzenten seiner Gesundheit werden. Das Einsparpotenzial im Gesundheitswesen durch die Tätigkeit der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe wird auf 2 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt.

Gemeinsam mit anderen „Playern" im Gesundheitswesen müssen die Selbsthilfe und die Ärzte die genannten neuen Kommunikationsformen umsetzen und die Kooperationen zwischen Professionellen und Laien aktiv ausgestalten.

Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle, Präsidentin des Bundesverbandes der Deutschen Rheuma-Liga e.V., Berlin

Samstag, 06. April 2013

Der chronisch Kranke und sein Arzt
14:00–15:30 Uhr, Halle 1
(14:45–15:30 Uhr: Die Emanzipation des Patienten: von der partizipatorischen Entscheidungsfindung bis zur Wahrnehmung kollektiver Patientenrechte)

Forum der Industrie

Hypertonie als Schnittstelle von Diabetes, Nieren- und Herzinsuffizienz

Die Hypertonie und der Typ-2-Diabetes sind ein Gespann, das das kardiovaskuläre Risiko stark in die Höhe treibt. Das Gleiche trifft für Hypertonie und Nieren- beziehungsweise Herzinsuffizienz zu. Die wichtigste Maßnahme zur Risikoreduktion ist die Senkung des Blutdrucks. Dazu sollten organprotektive Substanzen beziehungsweise Kombinationen eingesetzt werden wie Perindopril/Indapamid (BiPreterax®N), die auch die Albuminurie vermindern und die Gefäßelastizität verbessern.

Um das stark erhöhte Risiko von Diabetes-Patienten mit Hypertonie effektiv zu senken, müsse man frühzeitig Antihypertensiva-Kombinationen einsetzen, am besten fixe, sagte Prof. Dr. med. Diethelm Tschöpe, Bad Oeynhausen. „Aber es ist höchste Zeit, sich hier von manchem Liebgewordenem zu verabschieden", mahnte der Experte. „Denn Betarezeptorenblocker haben nur bei speziellen Indikationen wie koronarer Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz noch einen Platz!"

Die Basis der Therapie sollte ein ACE-Hemmer oder AT1-Rezeptorblocker sein. Für die Kombination von Perindopril und Indapamid sprechen die Ergebnisse der ADVANCE-Studie [1], in der Patienten mit Typ-2-Diabetes ≥ 55 Jahre mit hohem kardiovaskulären Risiko zusätzlich zu ihrer antihypertensiven Standardtherapie diese Kombination erhielten. Gezeigt werden konnte eine umfassende signifikante kardiorenale Protektion. Bei Patienten der Perindopril/Indapamid-Gruppe traten um 14% weniger koronare und um 21% weniger renale Ereignisse auf; ihre Gesamtmortalität war um 14% und die kardiovaskuläre Mortalität um 18% geringer als in der Placebo-Gruppe.

„The lower the better" gilt nicht mehr

Der systolische Blutdruck des hypertensiven Diabetes-Patienten sollte auf einen Wert zwischen 130 und 140 mmHg, der diastolische auf einen Wert zwischen 80 und 85 mmHg gesenkt werden. „Noch tiefere Werte bringen keine weitere Risikoreduktion mehr, sondern möglicherweise das Gegenteil", betonte Tschöpe. Lebensstilmodifikationen mit dem Fokus auf einer Gewichtsabnahme sollten eine pharmakologische Therapie immer begleiten, ergänzte Tschöpe. Denn sie verbessern auch das Ansprechen auf Antihypertensiva.

Auch für den Hypertonie-Patienten mit diabetischer Nephropahtie gilt der genannte Zielkorridor für den Blutdruck, erklärte Prof. Dr. Roland Schmieder, Erlangen. Eine Niereninsuffizienz entwickeln Patienten mit Hypertonie etwa 6-mal häufiger als die gesunde Bevölkerung. Das erste klinisch messbare Zeichen dafür ist das Auftreten einer Mikroalbuminurie. Diese signalisiert nicht nur ein Risiko für die Progression zur Nephropathie, sondern auch ein erhebliches kardiovaskuläres Risiko und Mortalitätsrisiko.

Der Arzt, der eine Hypertonie behandelt, muss deshalb die Albuminausscheidung seines Patienten kontrollieren und Antihypertensiva nicht nur nach ihrem blutdrucksenkenden Effekt auswählen, sondern auch danach, ob sie in der Lage sind, die Albuminurie zu vermindern. Aus der bereits erwähnten ADVANCE-Studie geht hervor, dass die Kombination aus Perindopril und Indapamid hier signifikant effektiv ist. Sie senkt sowohl das Risiko für eine Mikroalbuminurie um 21% als auch das für die Progression zur Makroalbuminurie um 31% und schließlich das für die Verschlechterung der Nephropathie um 24%. Je höher die Ausgangskonzentration von Albumin im Urin war, desto mehr wurde sie durch Perindopril/Indapamid vermindert.

Weniger Albumin im Urin – längeres Überleben

Mit der Reduktion der Albuminurie nimmt auch die Gesamtmortalität ab, wie eine neue Analyse der ONTARGET-Studie zeigt [2]. Gelingt es zum Beispiel, eine Mikroalbuminurie von dem oberen Bereich (100–< 300 mg/g Kreatinin) in den Normbereich (< 30 mg/g Kreatinin) zu senken, beträgt die Gesamtmortalität über einen Zeitraum von 4 Jahren 7,9%. Bleibt die Albuminausscheidung aber unverändert, sterben im selben Zeitraum 14,9% der Patienten. Ein weiterer wichtiger Aspekt einer antihypertensiven Therapie ist der Einfluss auf die Gefäßelastizität. Ein steifes Gefäßsystem ist die Ursache der systolischen Hypertonie in höherem Lebensalter und führt dazu, dass das Schlagvolumen bei Belastung nicht bedarfsgerecht ansteigen kann und das Herz unökonomisch arbeitet.

Perindopril/Indapamid macht Gefäße elastischer

Während ACE-Hemmer und AT1-Blocker die Gefäßelastizität verbessern, haben Betablocker und Diuretika einen eher ungünstigen Einfluss. Die doppelblinde REASON-Studie [3] zeigte, dass Perindopril/Indapamid den erhöhten aortalen Augmentationsindex als Zeichen der Gefäßsteifigkeit signifikant vermindert ($p = 0{,}002$), während dieser in der Atenolol-Gruppe leicht, aber nicht signifikant stieg.

Literatur

1 Patel A et al. Lancet 2007; 370: 829–840
2 Schmieder R. et al. J Am Soc Nephrol 2011; 22: 1353–1364
3 Asmar R et al. Hypertens 2001; 38: 922–926

Quelle: nach dem Symposium „Der Patient mit Hypertonie aus 3 Blickwinkeln", Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Hochdruckliga, 7. Dezember 2012, Berlin; Veranstalter: SERVIER Deutschland GmbH, München

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Von der Pathophysiologie zu neuen Therapieansätzen

M. F. Neurath

Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED; Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) sind durch schubweise verlaufende Entzündungsprozesse charakterisiert, die zu einer Destruktion der Darmwand führen. Molekulare, genetische und immunologische Studien der letzten Jahre haben neue Einblicke in die Pathogenese der CED erlaubt, berichtet Prof. Markus F. Neurath, Erlangen.

Quelle Portraitfoto: IZKF – Interdisziplinäres Zentrum für Klinische Forschung
Maximiliansplatz 2, 91056 Erlangen
Tel. 09131/85-39223
Fax 09131/85-35903
www: http://www.izkf.uk-erlangen.de

Quelle: Fotolia, S.Kaulitzki

Die Befunde dieser Studien lassen vermuten, dass CED bei genetisch prädisponierten Personen durch äußere Faktoren getriggert werden und zu einer Barrierestörung im Darm führen. Hierdurch entsteht eine unkontrollierte Immunreaktion im Darm, die sich gegen Antigene der kommensalen Darmflora richtet und durch aktivierte T-Lymphozyten vermittelt wird.

Neue Therapieansätze richten sich gegen die überschießende Immunantwort

Basierend auf diesen Befunden sind neue Therapieansätze entstanden, die sich gegen die überschießende Immunantwort richten [1]. Hierzu gehören Antikörpertherapien gegen die Zytokine IL-12/IL-23 zur Hemmung der T-Zellantwort und das Integrin alpha4/beta7 zur Blockade des T-Zell-Homings in den Darm [2, 3]. Weitere neue Ansätze umfassen ein verbessertes Immunmonitoring bei CED zur Auswahl eines geeigneten immunsuppressiven Konzeptes und die Weiterentwicklung etablierter Immunsuppressiva wie Anti-Tumornekrosefaktor-Antikörper und Azathioprin.

Besser und selektiver in den Entzündungsprozess des Darmes eingreifen

Zudem werden derzeit Janus-Kinase-Hemmer (JAK-Hemmer) getestet, die mehrere proinflammatorische Zytokine gleichzeitig blockieren – hierzu hat eine erste klinische Studie zur Colitis ulcerosa vielversprechende Ergebnisse geliefert [4]. Basierend auf der Erkenntnis, dass eine Mukosaabheilung und eine Wiederherstellung der Barrierefunktion wichtige Therapieziele sind [5, 6], werden darüber hinaus noch weitere neue Therapieansätze getestet. Es ist zu hoffen, dass es durch diese Ansätze gelingt, besser und selektiver in den Entzündungsprozess des Darmes eingreifen zu können als durch die bisherigen Therapieansätze.

Prof. Dr. Markus F. Neurath, Medizinische Klinik 1, Gastroenterologie, Pneumologie, Endokrinologie, Universität Erlangen-Nürnberg

Transkatheter-Aortenklappenimplantation

Wo stehen wir heute?

U. Gerckens

S. Yücel

Die perkutane Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) ist ein etabliertes und anerkanntes Verfahren bei inoperablen oder operativen Hochrisikopatienten mit symptomatischer Aortenklappenstenose (Logistic EuroScore >20%; Society of Thoracic Surgeons [STS] Score >10%). Nach den Daten der Euro Heart Survey konnten bis dato etwa 33% der Patienten einer konventionellen Operation nicht zugeführt werden, berichten Dr. Ulrich Gerckens und Seyrani Yücel, Bonn.

Seit 2007 stehen 2 CE zugelassene TAVI-Klappen in Europa zur Therapie dieser Patientengruppen zur Verfügung: die selbstexpandierende Medtronic CoreValve® (Medtronic GmbH, Meerbusch-Deutschland) und die ballonexpandierende Edwards Sapien XT™ (Edwards Lifesciences, Irvine, USA). Als primärer Zugangsweg kommen der transfemorale oder der transapikale Zugang und alternativ die Subclavia oder der direkt transaortale Weg infrage. 2012 erhielten 2 weitere transapikale TAVI-Klappen die CE-Zulassung, die Symetis Acurate TA™ (SYMETIS, Ecublens, Schweiz) und die JenaValve™ (JenaValve Technology GmbH, München). Weltweit wurden seit der Einführung der TAVI-Systeme etwa 60000 Patienten mit TAVI behandelt.

Was haben wir bereits gelernt?

Die TAVI ist bei inoperablen Patienten oder Hochrisikopatienten mit symptomatischer Aortenklappenstenose dem Aortenklappenersatz nicht unterlegen und dem konservativen Therapieschema deutlich überlegen. Dieser Überlebensvorteil wird nach 3 Jahren noch deutlicher (PARTNER A und B) [1].

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Publikationen mit multizentrischen Daten, die gute prozedurale Ergebnisse nachweisen, die geringe Komplikationsrate bestätigen und die Sicherheit des Verfahrens aufzeigen. Allerdings ist die Aussagekraft der Single-zenter- und Multizenterstudien durch das Fehlen einheitlicher Aufnahmekriterien, eines Monitorings und von unabhängigen klinischen Komitees limitiert. Um einheitliche Kriterien zu definieren, wurden seit 2011 die VARC-Kriterien (Valve Academic Research Consortium) zur einheitlichen Bewertung der Endpunktkriterien festgelegt [2] und die Therapieleitlinien zur Behandlung der Aortenklappenstenose im September 2012 aktualisiert [3].

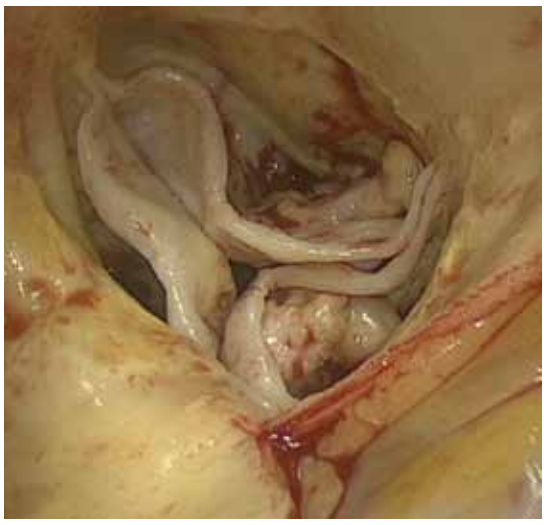


Abb. 1 Verkalkte native Aortenklappe.

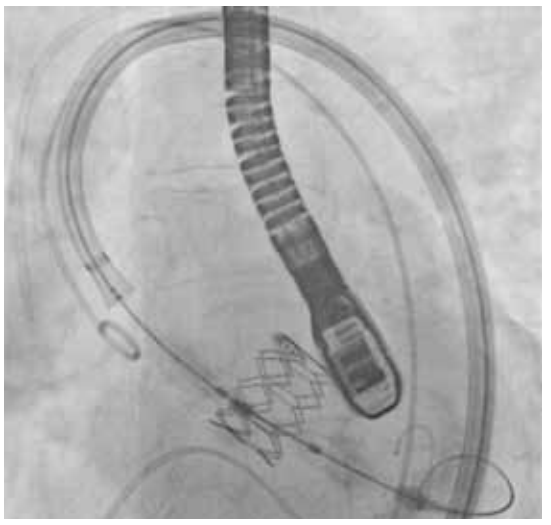


Abb. 2 Implantierte Edwards-Sapien-XT™-Bioprothese (Edwards Lifesciences, Irvine, USA).

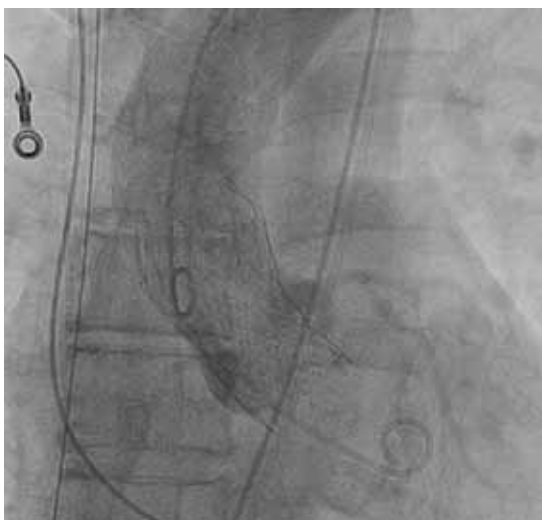


Abb. 3 Implantierte Medtronic CoreValve®-Bioprothese (Medtronic GmbH, Meerbusch).

Quelle: Dr. Ulrich J. Gerckens, Gemeinschaftskrankenhaus Bonn

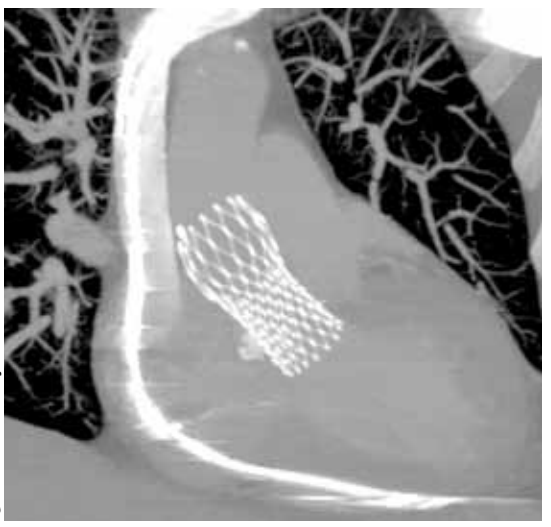


Abb. 4 CT-Bild nach Implantation einer Medtronic CoreValve®-Prothese (Medtronic GmbH, Meerbusch). Zu sehen ist auch die auf die Seite gedrückte Verkalkung der Nativklappe.

Patienten mit geringem oder intermediärem Risiko profitieren am meisten

Mit zunehmender Erfahrung der Zentren und Verbesserung der TAVI-Systeme sowie der Diagnostik treten schwere prozedurale TAVI-Komplikationen seltener auf. Vorliegende Daten zeigen jedoch, dass die kurz- und mittelfristige Prognose auch entscheidend durch die Gebrechlichkeit („frailty“) des Patienten mitbestimmt wird. Den größten Nutzen haben Patienten mit geringem oder intermediärem Risiko. Bei Patienten mit intermediärem oder geringem Opera-

Literatur
1 Neurath MF, Finotto S. Translating inflammatory bowel disease research into clinical medicine. Immunity 2009; 31:357–361
2 Danese S. New therapies for inflammatory bowel disease: from the bench to the bedside. Gut 2012; 61: 918–932
3 Sandborn WJ, Gasink C, Gao LL et al. Ustekinumab induction and maintenance therapy in refractory Crohn's disease. N Engl J Med 2012; 367: 1519–1528
4 Sandborn WJ, Ghosh S, Panes J et al. Tofacitinib, an oral Janus kinase inhibitor, in active ulcerative colitis. N Engl J Med 2012; 367: 616–624
5 Neurath MF, Travis SP. Mucosal healing in inflammatory bowel diseases: a systematic review. Gut 2012; 61: 1619–1635
6 Rutgeerts P, Vermeire S, Van Assche G. Mucosal healing in inflammatory bowel disease: impossible ideal or therapeutic target? Gut 2007; 56: 453–455

Dienstag, 09. April 2013

Infektion, Organentzündung und Systementzündung
12:00–13:30 Uhr, Halle 1
(12:45–13:30 Uhr: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: von der Pathophysiologie zu neuen Therapieansätzen)

Forum der Industrie

Chronische Herzinsuffizienz: SH*I*$_f$T-Studie belegt verbesserte Prognose und Symptomatik

Ivabradin (Procoralan®) wird seit Mai 2012 in den Leitlinien der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft (ESC) zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz empfohlen [1]. Bei Herzinsuffizienz-Patienten mit erhöhter Herzfrequenz trotz optimaler Basistherapie bessert die Gabe von Ivabradin die Prognose und die Symptomatik, belegt die SH*I*$_f$T-Studie [2]. Die SH*I*$_f$T-Studie bestätigte die Herzfrequenz als Prädiktor der Prognose, in der Studie gemessen am kombinierten primären Endpunkt aus kardiovaskulärem Tod und Hospitalisierung aufgrund der Verschlechterung einer Herzinsuffizienz.

Primärer Endpunkt signifikant um 18 % reduziert

In der Studie mit über 6500 Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium II–IV, Ejektionsfraktion ≤ 35 %, Herzfrequenz ≥ 70 bpm) senkte Ivabradin – ergänzend zu einer Basistherapie inklusive Betablocker – den primären kombinierten Endpunkt hochsignifikant um 18 %. Außerdem wurde mehr als jede vierte Klinikeinweisung aufgrund einer Herzinsuffizienz verhindert (–26 %). Die Mortalität aufgrund einer Herzinsuffizienz nahm ebenfalls relativ um 26 % ab.

Reduktion der Rehospitalisierungen – bedeutsam auch unter Kostenaspekten

Doch nicht nur die Gesamtzahl der Hospitalisierungen durch Ivabradin wurde gesenkt (um 25 %), sondern auch wiederholte Krankenhauseinweisungen aufgrund einer Herzinsuffizienz wurden signifikant verringert (um relativ 25–34 %) [3]. Dieses Ergebnis ist vor allem unter Bezug der Gesundheitskosten bedeutsam.

Großer Bedarf für die frühzeitige Ivabradin-Therapie

Im Praxisalltag kommt eine nicht unerhebliche Zahl der Patienten für eine Therapie mit Ivabradin infrage. Auch in einem gut behandelten Patientenkollektiv haben – trotz Betablocker – rund ein Drittel der Patienten eine erhöhte Herzfrequenz. In dem deutschen Screening INDICATE mit circa 15 000 Herzinsuffizienz-Patienten aus rund 1000 Praxen betrug die mittlere Herzfrequenz 72–74 bpm. Selbst unter der maximalen Zieldosis des Betablockers hatte noch jeder fünfte Patient eine erhöhte Herzfrequenz.
In der SH*I*$_f$T-Studie setzen die günstigen Effekte von Ivabradin bereits sehr früh im Therapieverlauf ein – erkennbar am sofortigen Auseinandergehen der Ereigniskurven. Deshalb sollte Ivabradin in der Praxis frühzeitig ergänzend zur Vortherapie eingesetzt werden. Auch bezüglich der Lebensqualität profitieren die Patienten von der Herzfrequenzreduktion, belegte eine weitere Auswertung der Studie in SH*I*$_f$T [4].

Fazit für die Praxis

Bei einer Herzfrequenz ab 75 Schläge pro Minute sollte die Therapie mit Ivabradin 2-mal täglich mit 5 mg/Tag begonnen und nach 2 Wochen auf die Zieldosis von 2-mal 7,5 mg/Tag gesteigert werden, wenn die Herzfrequenz nach 2 Wochen noch über 60 Schläge pro Minute ist [5].

Literatur
1 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur Heart J 2012; 33: 1787–1847
2 Swedberg K et al. Lancet 2010; 376: 875–885
3 Borer JS et al. European Heart Journal 2012; doi:10.1093/eurheartj/ehs259
4 Ekman J et al. Eur Heart J 2011; 32: 2395–2404
5 Fachinformation Procoralan® (Stand Oktober 2012)

Quelle: nach Informationen der SERVIER Deutschland GmbH, München

Tab. 1 Übersicht der CE zugelassenen TAVI-Prothesen.

Prothese	Edwards Sapien XT™ (Edwards Lifesciences, Irvine, USA)	Medtronic CoreValve® (Medtronic GmbH, Meerbusch)	JenaValve™ (JenaValve Technology GmbH, München)	Symetis Acurate TA™ (SYMETIS, Ecublens, Schweiz)
Gerüst	Cobalt-Chrom	Nitinol	Nitinol	Nitinol
Klappe	Rinderperikard	Schweineperikard	Schweine-Nativklappe	Schweine-Nativklappe
Implantation	ballonexpandierbar	selbstexpandierbar	selbstexpandierbar	selbstexpandierbar
Zugangswege	TF, TA	TF, SC, DAo	TA	TA
Erhältliche Größen	23, 26, 29	23, 26, 29, 31	23, 25, 27	23, 25, 27
Annulusweite	16–27	17–29	21–27	21–27
Delivery-Katheter	16/18/19F	18F	32F	28F
Repositionierbarkeit	nein	gering	teilweise	voll
CE-Zulassung	2007	2007	2012	2012

TF = transfemoral, TA = transapical, SC = transsubclavian, DAo = transaortal

tionsrisiko fehlen allerdings nach wie vor Langzeitergebnisse, um eine Indikationsausweitung auf diese Patientengruppen derzeit zu rechtfertigen. Daher ist bei Patienten mit niedrigem Operationsrisiko weiterhin der konventionelle Aortenklappenersatz die Methode der ersten Wahl. Die Notwendigkeit der individuellen Risikoeinschätzung, um die optimale Therapieoption für den Patienten festlegen zu können, unterstreicht die Unerlässlichkeit eines interdisziplinären „Heart-Teams“ (TAVI-Team). Nach aktueller Studienlage ist „transfemoral first“ aufgrund der geringeren Invasivität und der Durchführbarkeit in Analogsedierung sinnvoll. Allerdings gibt es weder randomisierte Vergleichsstudien über die Zugangswege noch eine randomisierte Vergleichsstudie der beiden Prothesen untereinander.

Wie sehen die zukünftigen Ziele aus?

Die zukünftigen Ziele auf dem Gebiet der TAVI-Verfahren sind:
- die Reduktion der paravalvulären Leckagen,
- die Verbesserung der Positionierbarkeit und Repositionierbarkeit der Prothesen,
- die Senkung der Schrittmacherraten bei selbstexpandierbaren Prothesen,
- die Verringerung der Komplikationen, die an Zugangswegen auftreten, und
- die Reduktion des Schlaganfallrisikos (effektive Protektionssyteme).

Die TAVI-Systeme werden technisch und anatomisch weiter optimiert und in klinischen Studien überprüft, um diese Ziele zu erreichen. Dabei werden diese insbesondere die Unzulänglichkeiten der Klappenprothesen der ersten Generation adressieren.

Dr. Ulrich Gerckens und Seyrani Yücel, Gemeinschaftskrankenhaus Bonn

Literatur
1 Smith CR, Leon MB, Mack MJ et al.; PARTNER Trial; Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk Patients. N Engl J Med 2011; 364: 2187–2198
2 Kappetein AP, Head SJ, Généreux P et al. the Valve Academic Research Consortium-2 consensus document. Eur Heart J 2012; 33: 2403–2418
3 ESC/EACTS. Guidelines on the management of valvular heart disease. Eur Heart J 2012; 33: 2451–2496

Montag, 08. April 2013

Innovative minimal-invasive Therapien in der Kardiologie
14:00–15:30 Uhr, Saal 1A/1
(14:00–14:22 Uhr: Transkatheter-Aortenklappenimplantation [TAVI])

Rationelle Diagnostik der pAVK

Vorhandene kardiovaskuläre Risikofaktoren erfordern gezielte Suche nach einer pAVK

C. Espinola-Klein

Patienten mit einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) haben eine hohe Koinzidenz einer koronaren oder zerebrovaskulären Atherosklerose und daher eine schlechte Prognose. Die Prävalenz einer pAVK liegt bei über 65-Jährigen bei 15–20 % [1, 2]. Aus epidemiologischen Untersuchungen ist jedoch bekannt, dass die Mehrzahl der pAVK-Patienten klinisch asymptomatisch ist [1, 2]. Nach Ansicht von Univ.-Prof. Christine Espinola-Klein, Mainz, ist es daher prognostisch wichtig, bei Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren gezielt nach einer pAVK zu suchen.

Nach symptomorientierter Anamnese und klinischer Untersuchung sollte als nächster Schritt der Knöchel-Arm-Index (ABI) ermittelt werden. Mit dieser nichtinvasiven, schnellen und kostengünstigen Screeningmethode lassen sich symptomatische und asymptomatische pAVK-Patienten identifizieren. Hierzu wird mit Hilfe eines Taschendopplers an beiden Beinen der systolische Blutdruck der Arteria tibialis anterior und posterior gemessen. Der ABI berechnet sich als Quotient aus dem niedrigeren der beiden Knöcheldrücke dividiert durch den höheren der beiden systolischen Armdrücke [1, 3]. Ab einem ABI <0,9 geht man von einer pAVK aus. Bei Mediasklerose mit inkompressiblen Gefäßen wird der periphere Blutdruck falsch zu hoch gemessen. Hier ist die Messung des Blutdrucks an der Großzehe eine Alternative, da die Digitalarterien seltener von einer Mediasklerose betroffen sind. Der Zehendruck ist allerdings niedriger als der Knöcheldruck und ein Zehen-Arm-Druck <0,7 gilt als pathologisch. Epidemiologische Studien belegen, dass ein niedriger ABI mit einer erhöhten kardiovaskulären Mortalität assoziiert ist [2]. Der ABI eignet sich daher zur Identifikation kardiovaskulärer Hochrisikopatienten.

Duplexsonografie: zentrale Methode der angiologischen Diagnostik

Neben der kardiovaskulären Risikostratifizierung spielt die Untersuchung der Beinperfusion für die Therapieentscheidung eine wichtige Rolle. Die zentrale Untersuchungsmethode der angiologischen Diagnostik ist die farbcodierte Duplexsonografie. Mittels Duplexsonografie ist eine funktionelle und eine morphologische Diagnostik des Gefäßsystems möglich [1, 4].

Funktionelle Diagnostik zur Ermittlung des Kompensationsgrades

Darüber hinaus dient die gestufte funktionelle Diagnostik dazu, den Kompensationsgrad zu ermitteln, und hilft damit bei der Indikationsstellung für eine Therapie [4]. Die cw-Dopplersonografie und die Oszillografie (mechanisch bzw. elektronisch) ermöglichen eine Etagenlokalisation und eine hämodynamische Beurteilung der Beindurchblutung.

Differenzierung zwischen Claudicatio intermittens und Pseudoclaudicatio

Bei Patienten mit Claudicatio intermittens werden mittels Belastungsuntersuchungen wie der Laufbandergometrie und der Belastungsoszillografie die schmerzfreie und absolute Gehstrecke objektiv quantifiziert. Darüber hinaus wird eine in Ruhe gut kompensierte pAVK demaskiert. Dies ermöglicht die Differenzierung zwischen Claudicatio intermittens und Pseudoclaudicatio [1]. Bei kritischer Extremitätenischämie hilft die transkutane Sauerstoffpartialdruckmessung ($tcPO_2$-Messung),

Forum der Industrie

Spezifisch gegen Clostridium-difficile-Infektionen

Infektionen mit dem Darmkeim Clostridium difficile sind auf dem Vormarsch. Laut ESCMID (European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases) ist die hohe Anzahl an Rezidiven das größte Problem in der Behandlung dieser vorwiegend in Krankenhäusern auftretenden Diarrhöen. Bislang galten Metronidazol und Vancomycin als Standardmedikamente. Seit Januar 2013 steht mit Fidaxomicin (Dificlir™) ein neues Antibiotikum zur Behandlung von Clostridium-difficile-Infektionen (CDI) zur Verfügung. Das weltweit erste Markrozyklin zeigte in Studien bei vergleichbar guten Heilungsraten wie Vancomycin einen deutlichen Fortschritt in der Verhinderung von Rezidiven.

Clostridium difficile – ein problematischer Erreger

Clostridium difficile ist im Krankenhaus ein problematischer Erreger, da er über Wochen oder sogar Monate auf Oberflächen überleben und so über das Pflegepersonal oder Angehörige verbreitet werden kann. Das Risiko, im Krankenhaus eine Clostridium-difficile-Infektion zu erleiden, ist doppelt so hoch wie bei MRSA. Die zusätzlichen Kosten für einen Fall liegen bei rund 7000 Euro [1]. Der wichtigste Auslöser einer CDI sind Antibiotika, die Clostridium-difficile-Bakterien selektieren, indem sie einen Teil der intestinalen Flora zerstören und das Aufkeimen der Clostridien fördern.

Fidaxomicin reduziert Rückfälle statistisch signifikant um fast die Hälfte

Über viele Jahre hinweg galten Metronidazol und Vancomycin als Standardtherapien. Inzwischen werden unter diesen Medikamenten aber Rückfallraten von 28 % (Vancomycin) beziehungsweise 47 % (Metronidazol) beobachtet [2, 3]. Eine Lösung zeichnet sich jetzt mit Fidaxomicin ab: Das weltweit erste Makrozyklin wurde in 2 randomisierten klinischen doppelblinden Phase-III-Zulassungsstudien mit insgesamt mehr als 1100 Patienten untersucht [4, 5]. Die erwachsenen CDI-Patienten erhielten über 10 Tage täglich entweder 400 mg Fidaxomicin (2-mal 200 mg oral) oder 500 mg Vancomycin (4-mal 125 mg oral). Das primäre Studienziel, der Nachweis der Nichtunterlegenheit in Bezug auf den primären Endpunkt klinische Heilungsraten am Ende der Therapie, wurde erfüllt. Der Anteil der Studienteilnehmer, bei denen nach 10 Behandlungstagen eine initiale klinische Heilung erreicht wurde, war in der Fidaxomicin- und der Vancomycin-Gruppe gleich hoch. Hinsichtlich der Rückfallrate erwies sich die

Zwei Fragen an Prof. Dr. Oliver A. Cornely, Leiter des Zentrums für Klinische Studien der Medizinischen Fakultät Köln

? Was können wir von Fidaxomicin erwarten?

Cornely: Nach dem, was wir bislang aus den Studien wissen, ist Fidaxomicin die beste Substanz, die evaluiert wurde. Fidaxomicin hat in 2 großen Studien gezeigt, dass es eine signifikante Verbesserung gegenüber Vancomycin ist. Und da der Wirkstoff die bakterielle Darmflora nicht beeinträchtigt, ist Fidaxomicin die beste Wahl, sowohl in der Erstlinientherapie bei Risikopatienten als auch beim ersten Rezidiv.

? Welchen Therapiealgorithmus empfehlen Sie nach der Einführung von Fidaxomicin?

Cornely: Stationäre Patienten mit bewiesener CDI, bei denen das Absetzen der auslösenden Antibiotika nicht ausreicht, sollten in der ersten Linie Fidaxomicin erhalten. Das wäre nach den Ergebnissen der klinischen Studien eine konsequente Entscheidung.

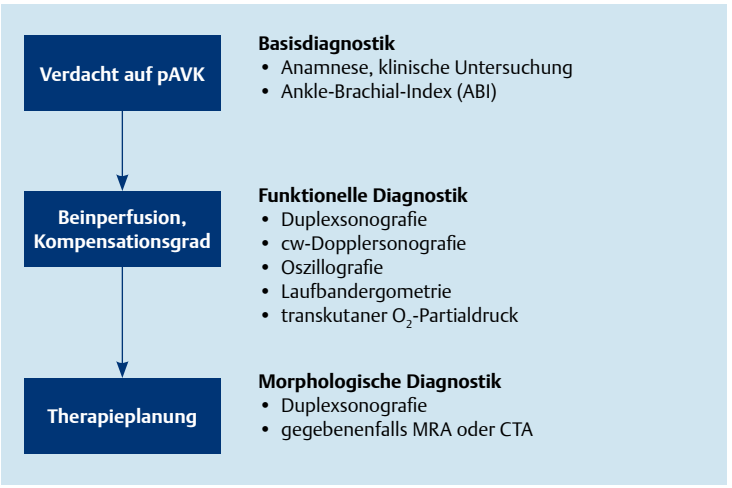


Abb. 1 **Stufendiagnostik bei pAVK.**

(pAVK = periphere arterielle Verschlusskrankheit, cw = continuous wave, MRA = Magnetresonanzangiografie, CTA = computertomografische Angiografie)

Quelle: modifiziert nach [1] und [2]

um die Sauerstoffversorgung des Gewebes zu beurteilen. Ein erniedrigter $tcPO_2$ kann auf Wundheilungsstörungen hinweisen. Allerdings sollten bei dieser Methode mögliche Fehlerquellen wie beispielesweise Ödeme, Entzündungen oder eine chronisch venöse Insuffizienz bedacht werden.

Wann ist eine ergänzende radiologische Diagnostik indiziert?

Wenn eine operative oder interventionelle Therapie notwendig ist und nach duplexsonografischer Diagnostik noch Fragen offen sind, ist eine ergänzende radiologische Diagnostik indiziert. Hier sollte die Magnetresonanzangiografie (MRA) den Vorzug erhalten. Bei Kontraindikationen kann alternativ auch eine computertomografische Angiografie (CTA) durchgeführt werden. Die konventionelle Angiografie sollte aufgrund der Invasivität normalerweise nicht zur reinen Diagnostik, sondern in Kombination mit einer interventionellen Therapie eingesetzt werden.

Messung des ABI als pAVK-Screeningmethode

Zusammenfassend dient die Messung des ABI als Screeningmethode für eine pAVK. Mittels funktioneller Diagnostik kann der Kompensationsgrad ermittelt werden. Die farbcodierte Duplexsonografie ermöglicht gleichzeitig eine morphologische und funktionelle Diagnostik und ist daher die zentrale angiologische Untersuchungsmethode zur Therapieplanung.

Univ.-Prof. Dr. Christine Espinola-Klein, II. Medizinische Klinik/Abteilung Angiologie, Universitätsmedizin Mainz

Literatur

1 Lawall H, Diehm C, Pittrow P (Hrsg). VASA 2009; 38 (suppl 75): 1–72
2 Norgren L, Hiatt W, Dormandy J et al. Eur J Vasc Endovasc Surg 2007; 33 (suppl 1): S1–S75
3 Espinola-Klein C, Rupprecht HJ, Bickel C et al. Circulation 2008; 118: 961–967

Sonntag, 07. April 2013

Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)
08:00–09:30 Uhr, Saal 6/1
(08:00–08:22 Uhr: Versorgungsrealität – rationelle Diagnostik)

Fidaxomicin-Therapie jedoch als signifikant überlegen. Die Anzahl der Patienten, die in der 30-tägigen Nachbeobachtungsphase nach Therapieende einen Rückfall erlitten, wurde mit Fidaxomicin im Vergleich zur Vancomycin-Therapie statistisch signifikant fast um die Hälfte (46%) reduziert. Demzufolge erzielte Fidaxomicin auch signifikant höhere Raten einer nachhaltigen klinischen Heilung (klinische Heilung ohne Rückfall in den folgenden 30 Tagen nach Therapieende). Als im Magen-Darm-Trakt lokal wirkendes Präparat wird Fidaxomicin nur minimal systemisch resorbiert und weist daher nur ein geringes Risiko für systemische Nebenwirkungen auf. Fidaxomicin war in den Zulassungsstudien gut verträglich und das Sicherheitsprofil war mit dem von oralem Vancomycin vergleichbar.

Vorteile lassen sich auch mikrobiologisch erklären

Die klaren Vorteile von Fidaxomicin lassen sich auch mikrobiologisch erklären: Fidaxomicin wirkt spezifisch gegen Clostridium difficile, inhibiert die Sporen- und Toxinproduktion und hat darüber hinaus einen vergleichsweise langen postantibiotischen Effekt.

Weitere Informationen zu Dificlir™ und der Antiinfektivasparte der Astellas Pharma GmbH finden Sie ab sofort auch online unter www.astellas-antiinfektiva.de.

Literatur

1 Schlottmann R et al. Gastroenterologe 2007; 2: 53–63
2 Aslam A et al. Lancet Infect Dis 2005; 5: 549–557
3 Pepin J et al. Clin Infect Dis 2005; 11: 1591–1597
4 Louie TJ et al. N Engl J Med 2011; 364: 422–431
5 Cornely OA et al. Lancet Infect Dis 2012; 12: 281–289

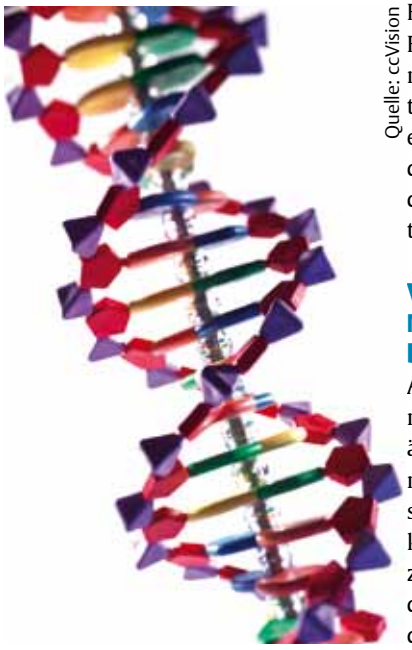
Quelle: nach Informationen der Astellas Pharma GmbH, München

Epigenetische Modifikationen beim Gesunden und Kranken

Wie sehen die Ansatzpunkte möglicher zukünftiger epigenetischer Therapien aus?

S. Gay

Epigenetische Modifikationen sind Modifikationen der Histone oder der DNA, die durch eine Änderung der Chromatinstruktur und/oder Rekrutierung von Signalmolekülen die Expression von Genen beeinflussen. Während die DNA methyliert wird, können Histone methyliert, azetyliert, phosphoryliert, ubiquitiniert, sumoyliert und am Adenosindiphosphat ribosyliert werden. Der epigenetische Code, der sich aus den verschiedenen Modifikationen zusammensetzt, bestimmt, ob ein Gen abgelesen oder stillgelegt wird. In gesunden Zellen sorgen epigenetische Mechanismen dafür, dass – obwohl jede Zelle im Körper die gleiche DNA besitzt – nur gewebespezifische Gene exprimiert werden. Auch während der Embryonalentwicklung und Differenzierung von Zellen sind epigenetische Modifikationen des Chromatins bedeutsam, um für den jeweiligen Entwicklungsschritt wichtige Gene zu aktivieren beziehungsweise wieder zu deaktivieren. Zudem wird die Stilllegung des zweiten X-Chromosoms und die Formation des sogenannten Barr-Körperchens bei Frauen durch epigenetische Mechanismen geregelt, erläutert Prof. Steffen Gay, Zürich.



Quelle: ccVision

Interessanterweise können epigenetische Modifikationen, obwohl sie mehr oder weniger stabil und in einigen Fällen auch vererblich sind, durch Umwelteinflüsse verändert werden. So wird die Entwicklung der Bienenkönigin in einem Bienenstock zum Beispiel durch die Aufnahme von Gelée Royale eingeleitet: Die im Gelée Royale enthaltenen Stoffe fungieren als Inhibitoren der Methyltransferasen, verändern dabei den epigenetischen Code und schalten damit Gene frei, die für die Reproduktion der Bienenkönigin wichtig sind.

Veränderungen in der Nahrungsaufnahme beeinflussen das Epigenom

Auch beim Menschen wird vermutet, dass lang andauernde Veränderungen in der Nahrungsaufnahme das eigene Epigenom und sogar das Epigenom der Nachkommen beeinflusst. So wurden zum Beispiel bei Nachkommen, deren Mütter während des niederländischen Hungerwinters 1944/45 schwanger waren, epigenetische Veränderungen im Gen des insulinähnlichen Wachstumsfaktors II (IGF-II) gefunden. Es ist durchaus vorstellbar, dass auch andere Umwelteinflüsse auf lange Sicht das Epigenom verändern und damit zur Grundlage für die Entwicklung von Krankheiten werden. Beispielsweise können aberrante Verhaltensweisen durch ein aggressives Umfeld auf Modulationen des Methylierungsmusters im Gehirn zurückgeführt werden.

Epigenetische Modifikationen bei rheumatoider Arthritis

Epigenetische Veränderungen wurden bei einer Reihe von Tumorerkrankungen und chronisch entzündlichen Erkrankungen nachgewiesen. In Tumorzellen tritt insbesondere ein Verlust der epigenetischen Abschaltung von Onkogenen auf, aber auch eine

Forum der Industrie

Chronische Herzinsuffizienz: die Abwärtsspirale stoppen

Die chronische Herzinsuffizienz ist durch eine stetige Abnahme der linksventrikulären Pumpkraft gekennzeichnet. Immer öfter sind daher stationäre Behandlungen notwendig. Die EMPHASIS-HF-Studie (Eplerenone in Mild Patients Hospitalization and Survival Study in Heart Failure) zeigt, dass Eplerenon (Inspra®) die Abwärtsspirale bremst und stationäre Behandlungen reduziert [1, 2].

Signifikante Reduktion der kumulativen Hospitalisierungsrate

Die chronische Herzinsuffizienz hat eine schlechte Prognose, selbst wenn die Diagnose in einem frühen Stadium (NYHA-Klasse II) gestellt wird. Der Grund hierfür: Die eingeschränkte linksventrikuläre Auswurffraktion initiiert eine Abwärtsspirale mit stetiger Verschlechterung. Immer häufiger sind stationäre Behandlungen erforderlich – ein Indiz dafür, dass die Erkrankung weiter fortschreitet. Bei optimalem Ausschöpfen der medikamentösen Therapie könnten viele dieser Klinikbehandlungen vermieden werden. Dafür spricht eine neue Post-hoc-Analyse der Studie EMPHASIS-HF [1, 2]. Die randomisierte klinische Studie umfasste 2737 Patienten im Alter von mindestens 55 Jahren mit chronischer systolischer Herzinsuffizienz (linksventrikuläre Auswurffraktion ≤ 30 oder ≤ 35 % plus QRS > 130 ms) und leichter Symptomatik (NYHA-Klasse II). Patienten, die zusätzlich zu einem Azetylcholinesterase-Hemmer und Betablocker den selektiven Mineralokortikoidrezeptor-Antagonisten (MRA) Eplerenon (25–50 mg/Tag) erhalten hatten, profitierten im Vergleich zu Placebo von einer signifikanten Reduktion der kumulativen Hospitalisierungsrate nach einem Jahr um 11,06 %, nach 2 Jahren um 14,84 % und nach 3 Jahren um 18,88 % (Rate Ratio 0,53; 95 %-Konfidenzintervall 0,43–0,66; p < 0,001) [2].

Selektiver MRA senkt kardiovaskuläre Mortalität

Die ursprünglich auf 4 Jahre angelegte randomisierte Doppelblindstudie wurde vorzeitig beendet, nachdem es aufgrund der Überlegenheit der Verumgruppe ethisch nicht länger vertretbar war, der Kontrollgruppe den selektiven MRA vorzuenthalten. Die Zusatztherapie mit Eplerenon senkte den primären kombinierten Endpunkt aus kardiovaskulärem Tod oder einer ersten herzinsuffizienzbedingten Hospitalisierung um 37 % (Hazard Ratio 0,63; p < 0,001) [1]. Eine statistisch signifikante relative Risikoreduktion bestand auch für die sekundären Endpunkte Gesamtmortalität und kardiovaskulärer Tod (jeweils –24 %), stationäre Behandlungen insgesamt (–23 %) und erste herzinsuffizienzbedingte Hospitalisierungen (–42 %) [1].

Die neuen ESC-Leitlinien zur Behandlung der Herzinsuffizienz empfehlen für nahezu alle Pa-

Forum der Industrie

Sonntag, 07. April 2013, 12:00–13:00 Uhr, Saal 1A/3

Die tägliche Praxis – Management von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz

Vorsitz: *J. Bauersachs (Hannover), C. Tschöpe (Berlin)*

12:00 Uhr Was ist in der täglichen Praxis bei der medikamentösen Therapie älterer herzinsuffizienter Patienten zu berücksichtigen?
M. Wehling (Mannheim)

12:20 Uhr Versorgungssituation von Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz in Deutschland – neue Daten aus REFLECT-HF
C. Tschöpe (Berlin)

12:40 Uhr Neue Therapiechancen bei chronischer Herzinsuffizienz unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien
J. Bauersachs (Hannover)

Mit freundlicher Unterstützung der Pfizer Pharma GmbH

Für den Besuch dieser Veranstaltung erhalten Sie 1 CME-Punkt.

Forum der Industrie

Epoetin zeta: das einzige Epoetin-Biosimilar mit Subkutan-Zulassung in Deutschland

Epoetin zeta (SILAPO®) wurde vor 5 Jahren als eines der ersten Erythropoetin-Biosimilars zur Therapie der symptomatischen renalen Anämie sowie zur Behandlung der Anämie unter Chemotherapie zugelassen [1]. In Studien hat SILAPO® seine Sicherheit und Wirksamkeit bewiesen. Im Rahmen der Pharmakovigilanz wurden bis heute allein in Deutschland über 28 000 Patientenjahre, auf Basis der DDD, dokumentiert [2].

In den Studien mit insgesamt über 900 Patienten wurde SILAPO® mit dem Referenzarzneimittel Erypo® verglichen. THEMIS I [3] untersuchte bei 305 Patienten die Wirkung von SILAPO® auf die Korrektur der Erythrozytenzahl. THEMIS II [4] betrachtete die Aufrechterhaltung der Erythrozytenzahl bei 155 Patienten. Beide Studien zeigten für SILAPO® eine vergleichbare Wirksamkeit und Sicherheit wie bei dem Referenzarzneimittel. SILAPO® war sowohl bei intravenöser als auch bei subkutaner Gabe genauso wirksam.

Biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, zu denen auch Epoetin zeta gehört, sind aus dem medizinischen Alltag nicht mehr wegzudenken und gehören zur lebensrettenden Standardmedikation. Sie zählen jedoch gleichzeitig zu den teuersten Arzneimitteln. Um auch in Zukunft jeden Patienten leitliniengerecht behandeln zu können, kommt Biosimilars eine entscheidende Rolle zu [5]. Die Entwicklungszeit eines Biosimilars bis zur Zulassung beträgt in der Regel 7–10 Jahre. Während die Entwicklung eines „klassischen" Generikums in der Regel zwischen 3–5 Millionen US-Dollar kostet, müssen die Unternehmen, die sich an die Entwicklung von Biosimilars heranwagen, pro Präparat Investitionen schultern, die sich zwischen 75 und 250 Millionen US-Dollar bewegen [6].

Epoetin zeta ist eine biopharmazeutische Kopie des menschlichen Erythropoetins und wirkt auf die gleiche Weise wie der natürliche Wachstumsfaktor. Es regt die Produktion von Erythrozyten im Knochenmark an. SILAPO® wird in einem als „rekombinante DNA-Technologie" bezeichneten Verfahren von einer Ovarialzelllinie des chinesischen Hamsters, die durch Einbettung des humanen Erythropoetin-Gens zur Bildung des Zytokins befähigt ist, produziert [7].

Biosimilars leisten laut einer aktuellen Studie einen wichtigen Beitrag zur Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen. Laut der Hochrechnung des IGES-Instituts Berlin können durch den Einsatz von Biosimilars bis 2020 insge-

fälschliche Deaktivierung von Tumorsuppressorgenen. Zudem ist in Tumorzellen meistens ein globaler Verlust der DNA-Methylierung mit einer vereinzelten Hypermethylierung an spezifischen Promotern messbar.

Ein ähnliches Bild zeigt die Analyse der DNA-Methylierung in synovialen Fibroblasten bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA). Im Gegensatz zu synovialen Fibroblasten von Patienten mit Osteoarthritis werden in Zellen von RA-Patienten durch den Verlust von Methylresten an der DNA Zytokine und Chemokine vermehrt exprimiert. Insbesondere auch nicht codierende Regionen des Genoms scheinen von der Demethylierung betroffen zu sein und könnten für die Deregulierung der Expression von microRNAs in synovialen Fibroblasten bei Patienten mit RA verantwortlich sein.

Histonazetylierung und -methylierung bei RA-Patienten gestört

MicroRNAs sind kleine, nicht codierende RNA-Moleküle, die an die messengerRNA (mRNA) binden, zu ihrer Degradation führen und somit die Expression von Genen modulieren. Die Produktion einiger microRNAs ist in synovialen Fibroblasten bei Patienten mit RA erhöht. Hierdurch wird die Expression von entzündlichen und matrixschädigenden Molekülen gefördert. Auch Störungen der Histonazetylierung und -methylierung sind bei Patienten mit RA nachweisbar und könnten eine Rolle in der Pathogenese spielen. Interessant dabei ist, dass bestimmte microRNAs mit beschriebener apoptose- oder fibroseregulierender Rolle bei RA oder systemischer Sklerose auch bei kardiovaskulären Erkrankungen nachgewiesen werden konnten.

Unglaubliche Komplexität der epigenetischen Prozesse

Werden alle bekannten epigenetisch regulierbaren biologischen Prozesse zusammen betrachtet, muss festgestellt werden, dass nicht nur alle früher als „Junk" bezeichneten DNA-Sequenzen wichtige Kontrollfunktionen in der Regulation der Genexpression einnehmen, sondern dass die regulatorischen Prozesse selbst durch epigenetische Mechanismen gesteuert werden. Damit steht uns derzeit eine unfassbare Komplexität der Prozesse gegenüber.

Zusammenfassend eröffnete sich mit der Analyse von epigenetischen Modifikationen ein neues Feld in der biomedizinischen Forschung, das nicht nur Klarheit hinsichtlich der Pathogenese vieler Erkrankungen bringen kann, sondern auch neue diagnostische und therapeutische Ansätze liefert.

Dr. Caroline Ospelt und Prof. Dr. Steffen Gay, Zentrum für Experimentelle Rheumatologie, Rheumaklinik, UniversitätsSpital, Zürich, Schweiz

Sonntag, 07. April 2013

Systemische Inflammation: Zytokine und Epigenetik
14:00–15:30 Uhr, Halle 1
(14:00–14:45 Uhr: Epigenetische Modifikation beim Gesunden und Kranken)

tienten mit chronischer Herzinsuffizienz eine Tripletherapie mit einem MRA zusammen mit einem ACE-Hemmer und einem Betablocker [3].

Dr. med. Kirsten Westphal, München

Literatur

1 Zannad F et al. N Engl J Med 2011; 364: 11–21
2 Rogers JK et al. Circulation 2012; 126: 2317–2323
3 McMurray J et al. Eur Heart J 2012; 33: 1787–847

Quelle: nach einem Pressegespräch der Pfizer Pharma GmbH, Berlin, anlässlich der Herbsttagung der DGK am 11. Oktober 2012 in Hamburg

samt circa 11,7 Milliarden Euro eingespart werden [8].

Literatur

1 nähere Informationen s. Fachinformation SILAPO; Stand: September 2012
2 interne Daten
3 Krivoshiev S, Todorow VV, Manitius J et al. Comparison of the therapeutic effects of epoetin zeta and epoetin alfa in the correction of renal anaemia. Curr Med Res Opin 2008; 24: 1407–1415
4 Wizemann V, Rutkowski B, Baldamus C et al. Comparison of the therapeutic effects of epoetin zeta and epoetin alfa in the maintenance phase of renal anaemia treatment. Curr Med Res Opin 2008; 24: 625–637
5 http://www.biosimilars-schaffen-freiraeume.de/
6 ProGenerika, Biosimilars in Deutschland: den Weg jetzt freimachen, 1. Ausg., 2012
7 European Medicines Agency. EPAR-Bericht SILAPO; Stand: Juli 2012
8 Studie des IGES-Instituts: Die Rolle der Biosimilars im Wettbewerb auf dem GKV-Arzneimittelmarkt, 2008

Quelle: Werbeaussage der cell pharm GmbH, Bad Vilbel

Sarkopenie: von der Definition zur Therapie

Kann dem altersbedingten Muskelabbau entgegengewirkt werden?

J. M. Bauer

Die altersassoziierte Abnahme an Muskelmasse und Muskelkraft wird als Sarkopenie bezeichnet (griechisch: σάρξ für Fleisch und Πενια für Mangel). Es handelt sich dabei um ein universelles Phänomen, das bei beiden Geschlechtern bereits in mittleren Jahren beginnt, sich jedoch mit steigendem Lebensalter stärker ausprägt. Die Abnahme der Muskelmasse liegt bei älteren Männern zwischen –0,64 und –1,29 % und bei älteren Frauen zwischen –0,53 und –0,84 % pro Jahr. Wird die Muskelmasse eines 25-Jährigen mit der eines 80-Jährigen verglichen, ist ein Verlust um 40 % zu beobachten. Dabei gilt es zu beachten, dass im gleichen Zeitraum in der Regel keine Ab-, sondern eine Zunahme der Gesamtkörpermasse mit einer deutlichen Vermehrung der Fettmasse die Regel ist. Aus funktionellem Blickwinkel betrachtet bedeutet dies, dass eine signifikant größere Körpermasse von einer deutlich verminderten Muskelmasse bewegt werden muss, erläutert PD Jürgen M. Bauer, Oldenburg.

Diese Beobachtung veranschaulicht, dass das Altern allein schon aufgrund dieses Umbaus der Körperkomposition eine Prädisposition für Mobilitätseinbußen bedeutet, insbesondere da diese Veränderungen an den unteren Extremitäten stärker als an den oberen Extremitäten ausgeprägt sind. Aufgrund ihrer im Verhältnis größeren Fett- und geringeren Muskelmasse sind zudem Frauen stärker als Männer durch dieses Phänomen in ihrer Selbstständigkeit gefährdet. Ein unterschiedlicher Trainingszustand bedingt lediglich ein unterschiedliches Ausgangsniveau für den Abbau. Diesem entkommen kann jedoch auch der ehrgeizigste Sportler im Alter nicht.

Viele pathophysiologische Mechanismen führen zur Sarkopenie

Aus pathophysiologischer Sicht ist eine Vielzahl von Mechanismen an der Entstehung der Sarkopenie beteiligt [1]. Neben hormonellen und neuronalen Mechanismen scheinen insbesondere die altersassoziierten mitochondrialen Veränderungen bedeutsam zu sein. Zuletzt wurde zudem eine Assoziation der Sarkopenie mit der Konzentration des im Bereich der neuromuskulären Endplatte sezernierten Proteins Agrin beschrieben [2]. Ganz wesentlich modifiziert werden diese Prozesse jedoch durch das individuelle Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie durch Komorbiditäten. So führt ein Krankenhausaufenthalt, zum Beispiel im Rahmen einer Pneumoniebehandlung, bei einem hochaltrigen Nicht nur die Anzahl Übergewichtiger hat sich auf hohem Niveau eingependelt, auch werden bereits adipöse Menschen immer dicker, zeigte jüngst der aktuelle Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung [1]. Einer Chronifizierung der Adipositas – mit ihrem erheblichen Risiko für komorbide Stoffwechsel- und kardiovaskuläre Erkrankungen – kann nur mit einem multimodalen Therapiekonzept effektiv begegnet werden, das eine Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltensveränderung umfasst. Greift diese Basistherapie nicht ausreichend, sollte nach den Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft eine medikamentöse Unterstützung bei Patienten erwogen werden, die einen Body-Mass-Index (BMI) ≥ 30 kg/m² oder einen BMI ≥ 27 kg/m² bei gleichzeitigem Vorliegen erhöhter Risikofaktoren beziehungsweise Komorbiditäten aufweisen [2].

Zentral wirksamer Appetitzügler reduziert Hungergefühl

Der zentral wirksame Appetitzügler Cathin (Alvalin®) ist in diesen Fällen eine Option zur kurzfristigen adjuvanten Behandlung. Cathin erhöht die Neurotransmitterkonzentration im synaptischen Spalt der sympathischen Nervenzellen und reduziert hierdurch zentral das Hungergefühl.

Neueste klinische Daten zur adjuvanten Adipositastherapie mit Cathin stellt Prof. Dr. Hans Hauner, Direktor des Else Kröner-Fresenius-Zentrums für Ernährungsmedizin der Technischen Universität München, in einem Symposium nun vor und gibt darüber hinaus einen aktuellen Überblick über das effektive Adipositasmanagement in der hausärztlichen Versorgung.

Literatur

1 12. Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE), Im Internet: www.dge.de (Stand: 01.03.2013)
2 S3-Leitlinien: Therapie und Prävention der Deutschen Adipositas Gesellschaft, 2007

Forum der Industrie

Alpha-1-Antitrypsin-Mangel: die oft unerkannte Ursache des Lungenemphysems

Der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, oder kurz Alpha-1, ist mit einer Prävalenz von 1:2500 eine der häufigsten Erbkrankheiten weltweit [1]. Entdeckt wurde Alpha-1 vor 50 Jahren von Carl Bertil Laurell und seinem Kollegen Sten Eriksson, weshalb die Krankheit auch als das Laurell-Eriksson-Syndrom bekannt ist. Doch obwohl Laurell und Eriksson ihre bahnbrechende Entdeckung vor bereits 50 Jahren publizierten, ist der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel immer noch zu wenig bekannt. Allein in Deutschland leben mehrere tausend Menschen mit der Erbkrankheit, davon etwa 90 % unerkannt und nicht entsprechend behandelt [2].

Die Symptomatik ist der COPD ähnlich

Betroffene entwickeln dabei Symptome ähnlich denjenigen einer COPD – chronischer Husten, Atemnot, Auswurf. Denn den Patienten fehlt in der Lunge ein essenzielles Schutzprotein: das vorwiegend in der Leber gebildete Blutplasmaprotein Alpha-1-Antitrypsin. Dieses schützt gesundes Lungengewebe davor, fälschlicherweise von Immunzellen, vor allem Granulozyten, angegriffen zu werden. Denn Letztere sezernieren beim Eindringen von Bakterien in die Lunge die neutrophile Elastase. Da die neutrophile Elastase nicht zwischen körpereigen und körperfremd unterscheiden kann, werden bei Alpha-1-Patienten bei jeder Immunabwehr gesunde Lungenzellen in Mitleidenschaft gezogen. Davor würde das Alpha-1-Antitrypsin schützen. Doch bei Alpha-1-Patienten lagert sich das Protein aufgrund der Genmutation an seinem Bildungsort, der Leber, ab. Es wird nicht in den Blutkreislauf sezerniert und gelangt so nicht zur Lunge [3, 4]. Daher werden bei jedem Angriff auf Bakterien durch Granulozyten auch die empfindlichen Trennwände der Alveolen von der neutrophilen Elastase in Mitleidenschaft gezogen. Ohne Behandlung wird immer mehr gesundes Lungengewebe zerstört, es entwickelt sich ein Lungenemphysem [1, 3, 4].

Bis zu 3 % der COPD-Patienten leiden eigentlich an Alpha-1

Ohne rechtzeitige Diagnose und adäquate Therapie nimmt die Erkrankung einen progredienten und fatalen Verlauf. Schlimmstenfalls rettet nur noch eine Lungentransplantation das Leben des Patienten [1]. Deshalb empfehlen die COPD-Leitlinien der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie & Beatmungsmedizin e. V. für alle COPD-Patienten einen Test auf einen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel [5]. Bis zu 3 % der COPD-Patienten leiden an Alpha-1 [6]. Alpha-1-Patienten werden mittels Substitutionstherapie behandelt. Das fehlende Alpha-1-Antitrypsin wird dabei per Infusion einmal die Woche zugeführt. Studien haben gezeigt, dass eine Substitutionstherapie das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen und das Leben des Patienten deutlich verlängern kann [7]. Substituiert werden sollen – laut der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin – Patienten mit einem Alpha-1-Antitrypsin unter 35 % des Normwertes sowie einer Einsekundenkapazität zwischen 30 und 65 % des Sollwertes oder einem jährlichen Verlust der forcierten Einsekundenkapazität (FEV_1) von mehr als 50 ml [1, 5]. Die deutschlandweiten Alpha-1-Center sind dabei für die Patienten erste Anlaufstellen. Denn: Sie zeichnen sich besonders durch medizinische Expertise auf dem Indikationsgebiet Alpha-1 aus. Die bestmögliche Versorgung und Beratung von Alpha-1-Patienten und ihren Angehörigen ist eines der obersten Ziele der deutschlandweit vernetzten Alpha-1-Center. Mehr Informationen sind unter www.alpha-1-center.de abrufbar.

Literatur

1 Fregonese L, Stolk J. Hereditary alpha-1-antitrypsin deficiency and its clinical consequences. Orphanet Journal of Rare Diseases 2008; 3: 16
2 Steinkamp T, Köhnlein T, Ley-Zaporozhan K et al. Studienendpunkte beim Alpha-1-Antitrypsin-Mangel: Interdisziplinäre Aspekte. Pneumologie 2011; 65: 229–235
3 Jeppson JO. Amino acid substitution Glu leads to Lys alpha-1antitrypsin PiZ. FEBS Lett 1976; 65: 195–197
4 Carrell RW, Lomas DA. Alpha1-antitrypsin deficiency – a model for con-

Menschen aufgrund der damit verbundenen Immobilität und Malnutrition häufig zu einem dauerhaften Verlust an Muskelmasse und Muskelkraft. Dieser Umstand gefährdet auf bedeutsame Weise ein selbstbestimmtes Leben.

Worauf basieren moderne Sarkopeniedefinitionen?

Erste Sarkopeniedefinitionen beruhten ausschließlich auf der Quantifizierung der Muskelmasse und setzten diese zur Körpergröße oder Körpermasse in Relation. Analog des Vorgehens bei der Bewertung der Knochendichte wurde der so erhaltene Index auf eine jüngere Referenzpopulation bezogen. Lag der entsprechende Wert unterhalb der doppelten Standardabweichung der Referenzpopulation, wurde geschlechtsspezifisch von einer Sarkopenie gesprochen. Moderne Sarkopeniedefinitionen basieren auf der Kombination der Muskelmasse mit einem Parameter der Muskelkraft (z. B. Handkraft) oder der Funktionalität (z. B. Ganggeschwindigkeit). Beispielhaft sei hier auf die aktuelle Europäische Sarkopeniedefinition hingewiesen [3].

Individuell relevante Pathomechanismen müssen identifiziert werden

Nach der Diagnose einer Sarkopenie müssen die individuell relevanten Pathomechanismen identifiziert werden. Liegt zum Beispiel gleichzeitig eine Malnutrition vor, so ist es für eine erfolgreiche Therapie unverzichtbar, zunächst eine ausreichende Versorgung mit Kalorien und Proteinen sicherzustellen. Gegenüber der WHO-Empfehlung von 0,8 g/kg Körpergewicht pro Tag vertritt die Mehrzahl der im klinischen Bereich der Geriatrie tätigen Experten eine Empfehlung von mindestens 1,0 g/kg Körpergewicht pro Tag. Gerade von gebrechlichen älteren Menschen wird diese Verzehrmenge oftmals nicht erreicht. Um die Muskelkraft älterer Menschen zu optimieren, sollte ferner auf eine ausreichende Zufuhr von Vitamin D geachtet werden. Als Standard der Sarkopenietherapie ist ein altersadaptiertes Krafttraining unter fachkundiger Aufsicht anzusehen, das einen relevanten Zuwachs an Muskelmasse und –kraft ermöglicht [4]. Aktuell laufende Studien werden zudem zeigen, ob Nahrungssupplemente, Hormone und/oder Pharmaka helfen können, der Sarkopenie präventiv entgegenzuwirken und ihre funktionell negativen Folgen zu lindern.

PD Dr. Jürgen M. Bauer, Geriatrie, Geriatrisches Zentrum Oldenburg

Literatur

1 Bauer JM, Wirth R, Volkert D et al. Malnutrition, Sarkopenie und Kachexie im Alter – Von der Pathophysiologie zur Therapie. Ergebnisse eines internationalen Expertenmeetings der BANSS-Stiftung. Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 305–310
2 Drey M, Sieber CC, Bauer JM et al. C-terminal Agrin Fragment as a potential marker for sarcopenia caused by degeneration of the neuromuscular junction. Exp Gerontol 2013; 48: 76–80
3 Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing 2010; 39: 412–423
4 Pillard F, Laoudj-Chenivesse D, Carnac G et al. Physical activity and sarcopenia. Clin Geriatr Med 2011; 27: 449–470

Montag, 08. April 2013

Evidenz für Ernährungsinterventionen in der Inneren Medizin
14:00–15:30 Uhr, Saal 2A
(14:22–14:44 Uhr: Sarkopenie – von der Definition zur Therapie)

Sonntag, 07. April 2013
Symposium
„Moderne Therapie der Adipositas – Aktuelle Studiendaten zu zentral wirksamen Antiadiposita“
Referent: Prof. Dr. Hans Hauner
14:00–15:00 Uhr, Saal 6/1
Die Veranstaltung ist mit 1 CME-Punkt zertifiziert.

Quelle: nach Informationen der RIEMSER Pharma GmbH, Greifswald

formational diseases. N Engl J Med 2002; 346: 45–53
5 Vogelmeier C, Buhl R, Criée A et al. Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) Guidelines for the Diagnosis and Therapy of COPD Issued by Deutsche Atemwegsliga and Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Pneumologie 2007; 61; e1–e40
6 Campos MA, Wanner A, Zhang G. Trends in the diagnosis of symptomatic patients with alpha-1-antitrypsin deficiency between 1968 and 2003. Chest 2005; 128: 1179–1186
7 Stockley RA, Parr DG, Piitulainen E et al. Therapeutic efficacy of alpha-1 antitrypsin augmentation therapy on the loss of lung tissue: an integrated analysis of 2 randomised clinical trials using computed tomography densitometry. Pneumologie 2011; 65: 229–235

Quelle: nach Informationen der Grifols Deutschland GmbH, Frankfurt/Main

Wie sieht eine gute Telemedizin aus?

Erwartungen und Voraussetzungen aus Sicht der deutschen Ärzteschaft

F.-J. Bartmann

Telemedizinische Methoden verbreiten sich in der Patientenversorgung zunehmend – seien es die Telekonsultationsanwendungen, wie beispielsweise in der Akutversorgung von Schlaganfallpatienten, oder die Telemonitoringmodelle in der Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Die Verbreitung dieser Methoden variiert zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten sehr stark, berichtet Dr. Franz-Joseph Bartmann, Berlin. So ist beispielsweise die Teleradiologie im stationären Versorgungsbereich kaum noch aus den Krankenhäusern wegzudenken. Andererseits kommen sinnvolle telemedizinische Anwendungen in anderen Fachgebieten kaum aus dem Projektstadium heraus.

Telemedizinische Methoden werden von den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen mit durchaus unterschiedlichen Interessen verfolgt. In diesem Interessengeflecht ist es für die Weiterentwicklung dieser Methoden im Sinne einer Verbesserung der Patientenversorgung wichtig, dass aus ärztlicher Sicht die Voraussetzungen für einen sinnvollen Einsatz telemedizinischer Methoden aufgezeigt werden. Die Ärzteschaft ist bei der gegenwärtigen Entwicklung die treibende Kraft. Dies lässt sich an den vielen telemedizinischen Projekten aufzeigen, die zur Verbesserung unterschiedlicher Versorgungsdefizite aktuell in Deutschland entstehen (siehe telemedizin.fokus.fraunhofer.de). So hat die deutsche Ärzteschaft auch anlässlich des Deutschen Ärztetages in Dresden 2010 eine Entschließung „Voraussetzung für gute Telemedizin“ gefasst, in der in einem 12-Punkte-Katalog die innerärztlichen Voraussetzungen und die Rahmenbedingungen für eine gute Telemedizin abgebildet sind. Der Katalog adressiert auch die wesentlichen Umsetzungsbarrieren, die

Forum der Industrie

Neue Behandlungsoption zur Therapie des Reizdarmsyndroms mit Obstipation zugelassen

Das Reizdarmsyndrom (RDS) ist eine häufig auftretende, multifaktorielle, chronische Erkrankung, deren Prävalenz in Europa schätzungsweise bei 10–15% liegt [1]. Man geht davon aus, dass bis zu 70% der Patienten mit RDS keine Diagnose haben [2]. Die Erkrankung bedeutet für Betroffene oftmals eine deutliche Einschränkung ihrer Lebensqualität. Das therapeutische Spektrum ist begrenzt, die Behandlung führt häufig nicht zur Symptomfreiheit und ein therapeutischer Gold-Standard existiert nicht [3].

S3-Leitlinie zum RDS

Fortschritte im Verständnis der Pathophysiologie des RDS haben zur Formulierung der ersten deutschen S3-Leitlinie zum RDS unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neuromodulation e.V. (DGNM) einschließlich einer neuen Definition des RDS geführt, bei der unter anderem Stuhlgangsveränderungen nicht mehr obligat sind [3].

Zudem ermöglichen die neuen Forschungsergebnisse auch die zielgerichtete Entwicklung neuer Medikamente.

Neuer Therapieansatz Linaclotid

Mit Linaclotid wurde der erste Vertreter einer neuen Wirkstoffklasse zur symptomatischen Behandlung des mittelschweren bis schweren Reizdarmsyndroms mit Obstipation (RDS-O) bei Erwachsenen zugelassen. Grundlage für die Zulassung des Guanylatzyklase-C-Rezeptor-Agonisten waren 2 randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte, multizentrische Phase-III-Studien mit insgesamt 1604 Patienten mit RDS-O [4, 5].

Signifikante Verbesserung der Hauptsymptome des RDS-O

Patienten, die mit Linaclotid behandelt wurden, zeigten eine statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserung ihrer abdominellen Schmerzen, Blähungen und Obstipation. Die Wirkung trat innerhalb der ersten Woche ein und hielt über die gesamte Dauer der Studien an. Außerdem wurde eine signifikante Verbesserung der krankheitsspezifischen Lebensqualität beobachtet. Insgesamt war die Verträglichkeit in beiden Studien gut, die am häufigsten berichtete Nebenwirkung war eine größtenteils leichte bis mittelschwere Diarrhö bei weniger als 20% der Patienten [4, 5].

Mit der Zulassung des einmal täglich, oral applizierbaren Linaclotids (ab Mai 2013 als Constella® verfügbar) wird das Spektrum der bislang limitierten Therapieoptionen für die Behandlung von Patienten mit RDS-O erweitert.

Veranstaltungshinweis

Interdisziplinäres Patientenmanagement und neue Therapiestrategien beim Reizdarmsyndrom

Sonntag, 07.04.2013,
12:00–13:00 Uhr, Saal 12 B/C

Literatur

1 Müller-Lissner SA et al. Digestion 2001; 64: 200–204
2 Hungin APS et al. Aliment Pharmacol Ther 2003; 17: 643–650
3 Layer P et al. Z Gastroenterol 2011; 49: 237–293
4 Rao S et al. Am J Gastroenterol 2012; 107: 1714–1724
5 Chey WD et al. Am J Gastroenterol 2012; 107: 1702–1712

Quelle: nach Informationen der Almirall Hermal GmbH, Reinbek

Versorgungsforschung in der Inneren Medizin

Was ist Versorgungsforschung? Was kann sie für die Innere

H. Pfaff

Die Veränderungen im Gesundheitswesen nehmen an Geschwindigkeit zu. Für die Fachärzte der Inneren Medizin wird es dadurch immer schwieriger, den Überblick zu behalten. Um dennoch rational entscheiden zu können, bedarf es der Kenntnis über den aktuellen Stand der Versorgung und darüber, wie die Zusammenhänge im Gesundheitswesen sind. Nach Ansicht von Univ.-Prof. Holger Pfaff, Köln, stellen sich für die Entscheidungsträger dabei folgende Fragen: Wie stelle ich die Versorgung auf dem Lande sicher? Gibt es Versorgungsgerechtigkeit? Wie kann man den Arztberuf in der Inneren Medizin attraktiver machen? Verbessern ärztliche Leitlinien die Versorgungsqualität? Welche Wirkung hat die Form der Entlohnung (z.B. „pay for performance“) auf die Versorgung? Sind Medikamente auch unter Realbedingungen noch voll wirksam? Nimmt das Vertrauen zu den Ärzten zu oder ab? Wie müssen Teams in Praxen organisiert sein, damit sie effizient sind?

Fragen dieser Art beantwortet die Versorgungsforschung. Sie untersucht die im Versorgungsalltag erbrachten Versorgungsleistungen und ihren Nutzen für die Patienten und die Gesellschaft. Eine Versorgungsleistung besteht aus der medizinischen Kernleistung und den Leistungen, die rund um diese Kernleistung erbracht wurden. Die Versorgungsforschung wird als ein fachübergreifendes Forschungsgebiet definiert, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung sowie ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert. Daraus ergeben sich folgende Aufgaben:

1. Ist-Analyse der Krankenversorgung in der Inneren Medizin

Im Rahmen der Beschreibung der Ist-Situation der Krankenversorgung wird beispielsweise der Frage nachgegangen, wie es um die fachärztliche Versorgung in den Regionen Deutschlands bestellt ist, wie die Zuständigkeiten zwischen den Arztgruppen konkret gehandhabt werden (z.B. beim metabolischen Syndrom), wie stark das Leitlinienwissen unter den Ärzten verbreitet ist oder wie stark sich die Allgemeininternisten belastet und ausgebrannt fühlen.

2. Ursächliche Erklärung der Ist-Situation der Krankenversorgung in der Inneren Medizin

Die zweite Aufgabe der Versorgungsforschung besteht darin, die Ursachen und Wirkungen der Ist-Versorgungssituation zu analysieren und zu ergründen. Um zum Beispiel eine bessere Koordination zwischen der ambulanten und stationären Versorgung bei chronisch kranken, multimorbiden Patienten realisieren zu können, ist es nötig, die Ursachen der mangelhaften Koordination zu ergründen.

3. Entwicklung und Evaluation von innovativen Versorgungskonzepten

Aufbauend auf diesen Analysen kann ein innovatives Versorgungskonzept entwickelt werden, zum Beispiel zur besseren Koordination des ambulanten und stationären Bereichs bei multimorbiden Patienten oder zur Telemedizin-Nutzung im ländlichen Bereich bei chronisch kranken Patienten mit Herzinsuffizienz oder Diabetes. Es kann aber auch darum gehen, Gesundheitsförderungskonzepte zur Verringerung der psychischen Belastung der Internisten zu entwickeln (Burnout-Prophylaxe). Alle innovativen Konzepte sollten im Sinne des Leitbildes der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung begleitend erforscht und auf dem höchstmöglichen Evidenzniveau evaluiert werden.

4. Aufbau von Patientenregistern nötig

Es ist unabdingbar, langfristig in der Inneren Medizin industrieunabhängige Patientenregister aufzubauen, die für bestimmte Patientengruppen beziehungsweise bestimmte Therapien (z.B. Biologika-Therapien in der Rheumatologie) Langzeitdaten zur Therapieart, zu den Nebenwirkungen und zum Outcome (z.B. Lebensqualität) liefern. Dies dient der Qualitätssicherung und ermöglicht Lernfortschritte.

5. Multidisziplinäre Forschungsteams bilden

Die Versorgungsforschung verfolgt einen multidisziplinären Ansatz, um dies alles leisten zu können. Sie wird meist in Zentren der Versorgungsforschung betrieben, in denen mehrere Disziplinen wie zum Beispiel die Medizinische Soziologie, die Allgemeinmedizin und die Gesundheitsökonomie vertreten sind. In diesen Zentren bedarf es einer Kernprofessur im Fach Versorgungsforschung. Solche Zentren können in enger Zusammenarbeit mit der Inne-

Quelle: iStockphoto

gegenwärtig der Etablierung telemedizinischer Methoden im Wege stehen.

Medizinische Gesamtkontrolle muss in ärztlicher Hand bleiben

Als wesentliche Grundvoraussetzung wird im Voraussetzungskatalog zunächst gefordert, dass die Versorgungsszenarien für telemedizinische Methoden aus ärztlich-medizinischer Sicht definiert werden müssen und die medizinische Gesamtkontrolle in ärztlicher Hand bleiben muss. Hierauf wurde kürzlich auch von der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin in einer Erklärung hingewiesen, da in letzter Zeit immer häufiger telemedizinische Projekte entwickelt wurden, die hinsichtlich der Indikation, der Patientenrekrutierung und der Versorgungsinhalte in der Federführung von gesetzlichen Krankenkassen stattfinden.

Evidenzlage zu verschiedenen Versorgungsmodellen ungenügend

Die problematische Finanzierungssituation telemedizinischer Methoden, bei der mit Ausnahme der telemedizinischen Versorgung von Schlaganfallpatienten gegenwärtig keine Abbildung in den Regelvergütungssystemen existiert, ist unter anderem auch der teilweise ungenügenden Evidenzlage geschuldet. Zwar existieren für verschiedene telemedizinische Versorgungsmodelle durchaus Evidenznachweise, aufgrund der sehr heterogenen Versorgungsmodelle sind die Studien jedoch nur sehr schwer miteinander vergleichbar. Damit sind generellere Aussagen zu den verschiedenen Versorgungsansätzen kaum möglich. Erschwerend kommt die Tatsache hinzu, dass telemedizinische Verfahren als sogenannte komplexe Interventionen sehr schwierig zu evaluieren sind. Hier wären eine Bündelung der Forschungsvorhaben und eine Einigung auf definierte Versorgungsmodelle hilfreich.

Einheitliche und barrierefreie Infrastruktur gefordert

Neben den vielen inhaltlichen Fragen und den Vergütungsaspekten müssen auch eine Reihe von technischen Problemen gelöst werden. Hier ist insbesondere eine einheitliche und barrierefreie Infrastruktur für telemedizinische Methoden zu fordern. Diese könnte beispielsweise den Neuaufbau eines telemedizinischen Netzwerks erleichtern, wenn sie Schnittstellenprobleme und weitere sogenannte Interoperabilitätsprobleme „out of the box“ lösen und auch Lösungskonzepte für Datenschutz und -sicherheit der hochsensiblen medizinischen Informationen anbieten könnte. Die Ärzteschaft fordert diese Funktionalitäten von der gegenwärtig im Aufbau befindlichen Telematikinfrastruktur ein.

Dr. Franz-Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Vorsitzender des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer, Berlin

Samstag, 06. April 2013

Deutsche Gesellschaft für Telemedizin: Rahmenbedingungen für Telemedizin in Deutschland – wo stehen wir?
16:00–17:30 Uhr, Saal 12 B/C
(16:30–16:50 Uhr: Erwartungen und Voraussetzungen an gute Telemedizin aus Sicht der deutschen Ärzteschaft)

Medizin leisten?

ren Medizin schlagkräftige Forschungsteams zusammenstellen, um Fragen der Inneren Medizin schnell und gezielt beantworten zu können.

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff,
Universität zu Köln

Montag, 08. April 2013

Versorgungsforschung in der Inneren Medizin
14:00–15:30 Uhr, Halle 1
(14:00–14:45 Uhr: Was ist Versorgungsforschung? Was kann sie für die Innere Medizin leisten?)

Impressum

Redaktionsleitung
Stephanie Schikora (V.i.S.d.P.)
Tel. 0711/8931-440

Redaktion
Simone Müller
Tel. 0711/8931-416

Herstellung & Layout
Wolfgang Eckl

Verantwortlich für den Anzeigenteil
Thieme.media
Pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH
Conny Winter (Anzeigenleitung)
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart
oder
Postfach 30 08 80, 70448 Stuttgart
Tel. 0711/8931-509
Fax. 0711/8931-563
Conny.Winter@pharmedia.de
Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 11, gültig seit 1.10.2012

Druck
Grafisches Centrum Cuno, Calbe

Verlag
Karl Demeter Verlag
im Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart

Die Beiträge unter der Rubrik „Forum der Industrie“ stehen nicht in Zusammenhang mit den wissenschaftlichen Inhalten der Kongresszeitung. Die Rubrik „Forum der Industrie“ enthält Beiträge, die auf Unternehmensinformationen basieren und erscheint außerhalb der Verantwortung des Kongresspräsidiums.

Neue Biomarkerkonzepte in der Kardiologie

Schnell, spezifisch und prognosesicher

P. W. Radke

Kardiovaskuläre Notfälle sind häufig diagnostische und therapeutische Herausforderungen. Die beiden wichtigsten Leitsymptome in diesem klinischen Kontext sind insbesondere der akute Thoraxschmerz und die akut einsetzende Dyspnoe. Zu den häufigsten potenziell lebensbedrohlichen Krankheitsbildern zählt hierbei das akute Koronarsyndrom. Wichtig ist jedoch auch das frühzeitige Erkennen seltenerer Entitäten mit einer sehr hohen Frühsterblichkeit wie der akuten Lungenarterienembolie und der akuten Aortendissektion. Eine der zeitlichen Dringlichkeit angemessene Anamneseerhebung, der klinische Untersuchungsbefund und die Ergebnisse der apparativen Diagnostik wie dem Elektrokardiogramm und der Echokardiografie sind die entscheidenden Säulen in der (Differenzial-)Diagnostik und der Therapieplanung. Biomarker wie beispielsweise Troponine, Copeptin und D-Dimere können hierbei insbesondere aufgrund ihres hohen negativen prädiktiven Wertes (Stichwort Ausschlussdiagnostik) entscheidende diagnostische Hinweise liefern, erläutert Prof. Peter W. Radke, Lübeck.

Große Bedeutung besitzen Biomarker bei kardiovaskulären Notfällen, insbesondere im Rahmen der Risikostratifizierung und der nachfolgenden Differenzialtherapie. Die Troponine sind die am besten evaluierten Biomarker beim akuten Koronarsyndrom und der akuten Lungenarterienembolie. Neue Biomarker wie beispielsweise Copeptin – ein Prohormon von Vasopressin – können darüber hinaus sehr sinnvoll sein, um schneller und sicherer prognostische Aussagen bei Patienten mit akutem Thoraxschmerz zu treffen.

Troponine: Goldstandard bei akutem Koronarsyndrom

Die Troponine sind seit über einem Jahrzehnt der Goldstandard in der Risikostratifizierung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom. Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Elevation, bei denen die Troponinwerte pathologisch erhöht sind, haben eine schlechtere Prognose im Vergleich zu Patienten mit normalen Werten (Nicht-ST-Strecken-Elevations-Myokardinfarkt, NSTEMI) und profitieren in besonderem Maße von einer frühinvasiven Diagnostik und Therapie [1].

Quelle: ccVision

Troponine – vor allem die nun gebräuchlichen hochsensitiven Troponine – haben jedoch auch Limitationen hinsichtlich ihrer Spezifität („rule in"). Nicht jede Troponinerhöhung resultiert aus einem Myokardinfarkt durch Plaqueruptur (Typ-I-Myokardinfarkt). So gibt es neben dem NSTEMI mehrere Entitäten, die auch mit Thoraxschmerzen und erhöhten Troponinen einhergehen und daher differenzialdiagnostisch und -therapeutisch von großer Bedeutung sind (z. B. hypertensive Krise, Tachyarrhythmie, Tako-Tsubo-Kardiomyopathie, Myokarditis). Dieser Herausforderung lässt sich durch eine sorgsame ärztliche Einschätzung des klinischen Bildes und einer gezielten apparativen Diagnostik (v. a. EKG, Echokardiografie) begegnen.

Copeptin liefert wertvolle Zusatzinformationen

Darüber hinaus haben Troponine aber auch aufgrund ihrer Kinetik Limitationen beim frühzeitigen Ausschluss eines Myokardinfarkts („rule out"), das heißt bei der Präsentation im Krankenhaus. In dieser Situation kann mittels des innovativen Biomarkers Copetin – der C-terminale Teil des Vasopressin-Prohormons – zusammen mit einem negativen Troponinwert schneller und sicherer ein akuter Myokardinfarkt ausgeschlossen werden als mit seriellen Troponinbestimmungen [2]. Copeptin liefert somit wertvolle Zusatzinformationen bei einem Verdacht auf einen akuten Myokardinfarkt und kann bereits bei der Krankenhausaufnahme signifikant zur verbesserten diagnostischen Aussagekraft des Troponins beitragen. Potenziell kann bei bis zu der Hälfte der Patienten, die aufgrund des Verdachts auf ein akutes Koronarsyndrom evaluiert werden, auf serielle Troponinmessungen und ein Monitoring verzichtet werden, da die Kombination von (hochsensitivem) Troponin und Copeptin zum „rule out" einen negativen prädiktiven Wert von bis zu 99,7 % besitzt [3].

Lungenarterienembolie: rasche Risikostratifizierung mittels Biomarker möglich

Die Diagnostik bei Lungenarterienembolien ist nicht selten aufgrund der variablen klinischen Präsentation und der zum Teil hohen Frühsterblichkeit eine große He-

rausforderung für die behandelnden Ärzte. Ist eine Lungenarterienembolie gesichert, muss eine rasche Risikostratifizierung folgen. Auch in diesem klinischen Kontext sind Biomarker hilfreich. Patienten mit positivem Troponin oder Brain Natriuretic Peptide (BNP) repräsentieren eine Gruppe mit intermediärem Risiko und einer 3-Monats-Sterblichkeit von bis zu 15 %. Im Gegensatz hierzu liegt das Frühsterblichkeitsrisiko ohne erhöhte kardiale Marker respektive ohne Zeichen der Rechtsherzbelastung bei nur etwa 2 %. Derzeit gibt es weiterhin erste Hinweise dafür, dass sich mittels des humanen Fettsäurebindungsproteins (hFABP) als bettseitiger Biomarker in Zusammenschau mit der klinischen Präsentation (z. B. Tachykardie oder Synkope als Leitsymptom) die Prognose (Frühsterblichkeitsrisiko) von Patienten mit normotensiver Lungenarterienembolie besser einschätzen lässt [4].

Neue Biomarker erhöhen diagnostische Sicherheit weiter

Biomarker werden bei akuten kardiovaskulären Erkrankungen insbesondere zur Ausschlussdiagnostik und Risikostratifizierung eingesetzt. Seit Längerem bekannte Biomarker wie die Troponine, die initial zur Risikostratifizierung und Therapiesteuerung beim akuten Koronarsyndrom erfolgreich evaluiert wurden, sind beispielsweise auch bei der akuten Lungenarterienembolie sinnvoll, um prognostisch relevante Zusatzinformationen schnell zu gewinnen. Andererseits gibt es neue Biomarker wie das Copeptin, die in Kombination mit den Troponinen die diagnostische Sicherheit weiter erhöhen.

Es ist zu erwarten, dass in Zukunft neue Biomarker oder auch die Kombination unterschiedlicher Marker auf der Basis des klinischen Bildes und der apparativen Diagnostik die Risikostratifizierung und die Therapiesteuerung bei akuten kardialen Krankheitsbildern weiter verbessern werden.

Prof. Dr. Peter W. Radke, Klinik für Innere Medizin – Kardiologie, Schön Klinik Neustadt i.H., Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Lübeck

Literatur

1 Hamm CW, Bassand JP, Agewall S et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2011; 32: 2999–3054
2 Reichlin T, Hochholzer W, Stelzig C et al. Incremental value of copeptin for rapid rule out of acute myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 2009; 54: 60–68
3 Keller T, Tzikas S, Zeller T et al. Copeptin improves early diagnosis of acute myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 2010; 55: 2096–2106
4 Lankeit M, Friesen D, Schäfer K et al. A simple score for rapid risk assessment of non-high-risk pulmonary embolism. Clin Res Cardiol 2013; 102: 73–80

Montag, 08. April 2013

AG Intensivmedizin: Biomarker in der Internistischen Intensivmedizin
10:00–11:30 Uhr, Saal 2C
(11:00–11:30 Uhr: Schnell, spezifisch, prognosesicher: Neue Biomarkerkonzepte in der Kardiologie)

Forum der Industrie

Medizintechnik für Atemwegserkrankungen

Das international agierende medizintechnische Unternehmen Aerocrine mit Sitz in Solna (Schweden) legt seinen Schwerpunkt auf die Optimierung der Behandlung von Patienten mit Asthma. Die entwickelten Spezialmessverfahren für entzündliche Atemwegserkrankungen ermöglichen eine präzise Diagnose und die Überwachung und Verbesserung der Therapie.

Stickstoffmonoxid als Marker für Entzündungen

Die Gründer von Aerocrine begannen ihre Forschungen im renommierten Karolinska-Institut in Schweden. Hier gelang es ihnen innerhalb ihrer Forschungsarbeit, Stickstoffmonoxid (NO) als Marker für Entzündungen zu identifizieren. Diese revolutionäre Entdeckung wurde mit dem Nobelpreis ausgezeichnet und verhalf Aerocrine zum Aufstieg vom Laboratorium zum führenden Unternehmen auf dem Gebiet der NO-Messung. Aerocrine ist bereits auf einigen der größten internationalen Märkte etabliert und vertreibt weltweit 2 Produkte (NIOX® Flex und NIOX MINO®). Beide Produkte sind verlässliche und effektive Instrumente in der Diagnose und Kontrolle von Atemwegserkrankungen.

Verbesserung der Lebensqualität bei entzündlichen Atemwegserkrankungen

Aerocrine ist bestrebt, seine führende Position auf dem Gebiet der NO-Messung zu erhalten und stetig auszubauen. Oberste Priorität hat dabei die Entwicklung von Produkten zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit entzündlichen Atemwegserkrankungen.

Quelle: nach Informationen der Aerocrine AG, Bad Homburg

Schmerztherapie bei Rheuma: NSAR und Opioide unverzichtbar

Nutzen-Risiko-Verhältnis muss jedoch vor der Verordnung genau abgewogen werden

C. Baerwald

Konventionelle Schmerztherapeutika wie nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) und Opioide sind nach wie vor unverzichtbar zur Behandlung akuter oder chronischer Schmerzzustände bei rheumatischen Erkrankungen. Dabei zählen nichtselektive und selektive Cyclooxygenase-Inhibitoren zu den meist verordneten Medikamenten überhaupt. Durch ihre antiphlogistische und analgetische Wirkung werden diese Prostaglandinsynthesehemmer bei Osteoarthrose, ankylosierender Spondylitis, Gicht oder rheumatoider Arthritis und anderen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen erfolgreich eingesetzt. Therapeutische Wirkungen stehen hierbei einem speziellen Nebenwirkungsprofil der NSAR und Coxibe entgegen, sodass das Nutzen-Risiko-Verhältnis vor der Verordnung genau abgewogen werden muss, konstatiert Prof. Christoph Baerwald, Leipzig.

Die Wirksamkeit von NSAR und Coxiben ist durch eine Vielzahl von Studien überzeugend belegt. Die Frage nach der langfristigen Sicherheit dieser Substanzen bestimmt jedoch weiterhin die Diskussion. In einer großen Studie konnten erneut wesentliche Risikofaktoren für das Auftreten NSAR-assoziierter Nebenwirkungen im Gastrointestinaltrakt aufgedeckt werden [1]. Demzufolge sind ein hohes Patientenalter (über 65 Jahre), ein vorhergehendes gastrointestinales Ereignis und bestimmte Komedikationen (Azetylsalizylsäure, Glukokortikoide) Hauptrisikofaktoren für gastrointestinale Ereignisse. Dabei zeigte sich wieder, dass gastrointestinale Nebenwirkungen signifikant häufiger unter klassischen NSAR als unter Coxiben auftreten. In einer prospektiven Studie konnte gezeigt werden, dass die Ereignisrate am unteren Gastrointestinaltrakt unter Coxiben (Celebrex®, Pfizer Deutschland GmbH, Berlin) geringer ist als unter einer Komedikation mit NSAR (Diclofenac®, ratiopharm GmbH, Ulm) und Protonenpumpeninhibitoren (PPI) [2]. Daher wird bei bestehenden gastrointestinalen Risikofaktoren nach wie vor empfohlen, bevorzugt Coxibe oder bei Kontraindikationen NSAR in Kombination mit PPI einzusetzen, wobei hier die schlechtere Schutzwirkung im unteren Gastrointestinaltrakt zu beachten ist.

Alle NSAR tragen ein gewisses kardiovaskuläres Risiko

Bislang wurde die Auffassung vertreten, dass Coxibe unter allen

Quelle: ccVision

NSAR ein besonders hohes kardiovaskuläres Nebenwirkungspotenzial besitzen. Nach den Ergebnissen einer Metaanalyse kann diese Auffassung teilweise relativiert werden. Es wurden 7 verschiedene klassische NSAR und Coxibe hinsichtlich des Risikos für kardiovaskuläre Ereignisse miteinander verglichen. Dabei musste festgestellt werden, dass für alle untersuchten NSAR ein gewisses Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse besteht [3]. Pharmakokinetische Eigenschaften der NSAR könnten hierbei eine wichtige Rolle spielen. Möglicherweise beeinflussen Präparate mit langer Halbwertszeit und solche mit kurzer Halbwertszeit, die aber mehrfach am Tag eingenommen werden müssen, wesentlich stärker den Cyclooxygenase-Weg als Präparate mit kürzerer Halbwertszeit und nur einmaliger Einnahme pro Tag.

Was kann man daraus für die klinische Praxis ableiten?

Alle NSAR tragen ein gewisses kardiovaskuläres Risiko. Deshalb sollte die Dosis möglichst gering und die Behandlungsdauer so kurz wie möglich sein. Liegen bestimmte Risikofaktoren vor, ist ebenfalls ein Wechsel auf alternative Präparate wie Paracetamol oder schwach wirkende Opioide zu erwägen, wobei auch diese Substanzen mit spezifischen Nebenwirkungen wie einem Anstieg der Leberwerte (Paracetamol) oder Obstipation (Opioide) verbunden sind. Coxibe und traditionelle NSAR unterscheiden sich bezüglich renaler Nebenwirkungen nicht. Als Risikofaktoren dafür gelten ein hohes Alter, vorbestehende Herz-, Leber- oder Nierenerkrankungen und eine arterielle Hypertonie.

Verstärkte Suche nach Therapiealternativen

Die anhaltende Diskussion über die Sicherheit von NSAR erfordert eine verstärkte Suche nach Therapiealternativen. Bei dem Einsatz von Opioiden ist auf retardierte Medikamente zurückzugreifen, da die Therapietreue hierdurch stark verbessert wird. Bei Nierenfunktionsstörungen ist gegebenenfalls das Dosisintervall zu verlängern, während bei Leberfunktionsstörungen mit einer geringeren Dosierung begonnen werden sollte. Bei älteren Patienten ist in erster Linie auf die gelegentlich bei Opioiden auftretenden Nebenwirkungen wie Schwindel und Verwirrtheit zu achten, da hierdurch Stürze induziert werden können. Weiterhin können als Nebenwirkungen Übelkeit und Erbrechen auftreten, die üblicherweise vorübergehend sind. Bei allerdings geringeren Kompensationsmechanismen der älteren Patienten kann bei rezidivierendem Erbrechen der Wasser- und Elektrolythaushalt gestört werden. Das neu entwickelte Tapentadol zeigt hier eine bessere Verträglichkeit. In weiteren Studien muss nun nachgewiesen werden, ob bei älteren Patienten die Sturzrate unter Tapentadol geringer ist als unter den anderen Opioiden.

Prof. Dr. Christoph Baerwald, Sektion Rheumatologie, Department für Innere Medizin, Uniklinikum Leipzig

Literatur beim Verfasser

Sonntag, 07. April 2013

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie: Die Schmerztherapie des Internisten
14:00–15:30 Uhr, Saal 1A/1
(14:22–14:44 Uhr: Schmerztherapie bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen)

Forum der Industrie

Zielgerichtete Therapien: Paradigmenwechsel in der Hepatologie

Analog der Situation in der Krebsmedizin gibt es auch in der Hepatologie derzeit einen Paradigmenwechsel hin zu einer zielgerichteten personalisierten Medizin, die sich direkt an den individuellen Gegebenheiten des Patienten und seiner Erkrankung orientiert. Das gilt nicht nur für das Leberzellkarzinom, sondern ebenso für die cholestatischen Lebererkrankungen und die Autoimmunhepatitis. Durch Fortschritte bei der Entwicklung zielgerichteter Therapieoptionen hoffen Hepatologen, die Behandlung nicht nur effektiver, sondern auch für die Patienten verträglicher gestalten zu können, so ein Fazit des Falk Workshops „Targeted Therapies in Hepatology“ in Hannover.

Die Hepatologie war in den vergangenen Jahren von der Erforschung der Ätiologie der Erkrankungen und der Entwicklung effektiver Therapieformen geprägt, die das Leben der Patienten verlängern. Beispiele hierfür sind virale chronische Hepatitiden, Erkrankungen wie die Autoimmunhepatitis (AIH), bei der durch die Etablierung der Steroidtherapie eine enorme Besserung der Prognose bewirkt werden konnte, und cholestatische Lebererkrankungen. Bei Letzteren kann bei der primär biliären Zirrhose das transplantatfreie Überleben durch Ursodeoxycholsäure (UDC, Ursofalk®) deutlich verlängert werden.

Auf dem Weg zur maßgeschneiderten Therapie

Derzeit ändern sich die Behandlungskonzepte: Es geht zunehmend darum, die verfügbaren Optionen weiterzuentwickeln und für die Patienten maßgeschneiderte Therapien zu erarbeiten. „Wir stehen mit der Targeted Therapy in der Hepatologie erst am Anfang“, berichtete Prof. Dr. Michael Manns, Hannover. Durch Fortschritte in der Grundlagenforschung und das bessere Verständnis der Krankheit sowie des genetischen Hintergrunds der Erkrankungen können nun neue therapeutische Möglichkeiten entwickelt werden, die den Weg in die „personalisierte Medizin“ in der Hepatologie ebnen.

Budesonid – hohe Effektivität bei weniger Nebenwirkungen

Realisiert wird dieses Konzept bereits bei der Behandlung der AIH: Hier steht mit Budesonid (Budenofalk® 3 mg) eine weitere Therapieoption zur Verfügung. Der Wirkstoff entfaltet infolge seines hohen First-Pass-Effektes eine lokale Wirksamkeit. „Wir können somit gezielt die besondere Pharmakokinetik des Medikamentes für die Therapie nutzen“, so Manns. Denn Budesonid zeigt eine nur geringe systemische Bioverfügbarkeit, betonte PD Dr. Elmar Jäckel, Hannover. Dies hat zur Folge, dass einerseits zwar eine gute klinische Wirksamkeit bei der AIH resultiert, andererseits aber das Nebenwirkungsrisiko gering ist. Insbesondere steroidtypische Nebenwirkungen treten deutlich seltener auf als unter der bisher üblichen Behandlung mit Prednison. „Die Rate der Patienten mit steroidspezifischen Begleitreaktionen der Therapie ist unter Budesonid signifikant geringer als unter herkömmlichen Steroiden, wie Studien belegen“, erklärte der Mediziner. Es muss jedoch beachtet werden, dass Budesonid nicht bei bereits vorliegender Leberzirrhose eingesetzt werden darf.

Allerdings sprechen nicht alle Patienten mit einer AIH auf eine Steroidbehandlung an. Es gibt nach Jäckel daher intensive Forschungsbemühungen, um die Therapiemöglichkeiten weiter zu optimieren. Dabei erhoffen sich die Forscher Marker auf molekularer Ebene (z. B. T-regulatorische Zellen in der Leber) zu identifizieren, über die im Einzelfall vorherzusagen ist, ob sich eine Toleranz induzieren lässt.

Gallensäurerezeptoren als Zielstrukturen neuer Therapeutika

Weitere Fortschritte sind durch das Konzept der zielgerichteten Therapie auch bei der Behandlung cholestatischer Lebererkrankungen zu erwarten. Zwar gibt es mit UDC bereits eine effektive Therapieoption, „wir sind jedoch dabei, spezifische Targets zu nutzen, um weitere therapeutische Fortschritte zu etablieren“, so Manns. So kann die Effektivität der Behandlung mit UDC durch eine Weiterentwicklung, der norUDC, nach derzeitiger Kenntnis deutlich gesteigert werden, berichtete Prof. Dr. Michael Trauner, Wien. Bei norUDC handelt es sich um ein UDC-Homolog mit veränderter Seitenkette des Moleküls. Diese Gallensäure wird im geringeren Ausmaß als UDC mit Taurin oder Glycin konjugiert. Dadurch reichert sich die Galle mit norUDC an, sodass ein „Bicarbonat-Schutzschirm“ gegenüber toxischen Gallensäuren entsteht.

Den experimentellen Befunden zufolge eröffnet sich damit möglicherweise eine effektive Behandlungsoption bei primär sklerosierender Cholangitis. Die Forscher erhoffen sich durch diese noch in der Entwicklung befindliche Option, die Gallenwege besser vor Schädigungen schützen zu können als mit den bisher wenig überzeugenden und spärlich vorhandenen Therapiemöglichkeiten.

Davon abgesehen werden nach Trauner intensiv weitere neue Therapieoptionen bei cholestatischen Lebererkrankungen entwickelt. Als wichtigste Zielstrukturen nannte er den Gallensäurerezeptor TGR5, der in der Plasmamembran lokalisiert ist, sowie FXR, einen Kernrezeptor für Gallensäuren. Beide Gallensäurerezeptoren sind in die Regulation des Metabolismus von Gallensäuren involviert und auch an den Entzündungsreaktionen beteiligt.

Quelle: nach dem Workshop „Targeted Therapies in Hepatology“ der Falk Foundation e. V., Freiburg, am 24. und 25. Januar 2013, Hannover

Telediabetologie – wenn die konventionelle Diabetesbetreuung nicht ausreicht

Was gibt es schon in der Praxis?

S. Martin

Die Anzahl von Personen mit Typ-2-Diabetes ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Eine ergänzende telemedizinische Betreuung kann zukünftig mit dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung der Patienten sicherzustellen. Dabei wurden telediabetologische Verfahren in den vergangenen Jahren für die stationäre und die ambulante Diabetesversorgung entwickelt, berichtet Prof. Stephan Martin, Düsseldorf.

In Krankenhäusern haben schätzungsweise 30 % aller stationären Patienten die Nebendiagnose Diabetes mellitus. Glukoseentgleisungen sind unter anderem bei operativen Eingriffen mit erhöhten Wundinfektionen und anderen Komplikationen assoziiert. Ein konsequentes Diabetesmonitoring ist jedoch mit den aktuellen Strukturen nicht möglich. Zur Betreuung von stationären Diabetespatienten wurde durch das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ) das TeleDiabetologische Verfahren TeDia entwickelt. Bei diesem telemedizinischen Betreuungssystem werden alle Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes, die im Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf stationär behandelt werden, mittels elektronischer Konsilanforderung dem WDGZ gemeldet (Abb. 1).

TeleDiabetologisches Verfahren TeDia

Diabetesmanager erfassen in den jeweiligen Kliniken vor Ort die diabetologische Krankengeschichte, die aktuelle Therapie und die wichtigen klinischen und labortechnischen Parameter und dokumentieren diese im Krankenhausinformationssystem (KIS). Das Diabetesteam des WDGZ überwacht anschließend den Diabetesverlauf und reagiert bei Veränderungen des Gesundheitszustandes in Absprache mit den jeweiligen Stationsärzten umgehend auf diese. Über ein speziell entwickeltes telemedizinisches Verfahren werden die Blutzuckerwerte, die Insulinanpassungspläne und die verabreichten Insulindosierungen im KIS hinterlegt und zentral verwaltet. Im Rahmen von Visiten stimmt das Team des WDGZ die Diabetestherapie mit den behandelnden Ärzten auf der Station ab und bespricht die Therapieziele. Patienten, die erstmals im Rahmen des stationären Aufenthaltes Insulin benötigen werden durch das Diabetesteam geschult und nach der Entlassung in Absprache mit dem Hausarzt niedergelassenen Diabetologen zur Weiterbehandlung vorgestellt. Derzeit wird das System technologisch dahin gehend verändert, dass es unabhängig vom KIS genutzt und überregional angeboten werden kann.

Abb. 2 **Telemedizinisches Lifestlyle-Programm TeLiPro.**
Quelle: Prof. Dr. Stephan Martin, VKKD und WDGZ

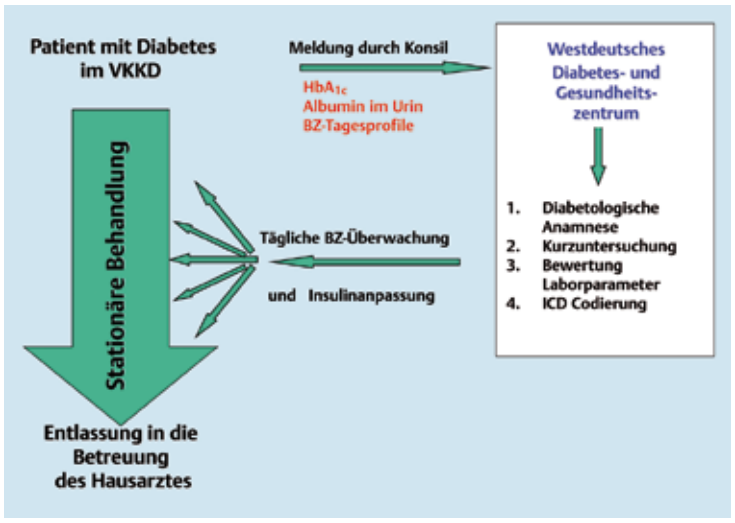


Abb. 1 **TeleDiabetologisches Verfahren TeDia.**
(VKKD = Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf, BZ = Blutzucker, ICD = International Classification of Diseases) Quelle: Prof. Dr. Stephan Martin, VKKD und WDGZ

Telediabetologie eröffnet neue therapeutische Ansätze

Die Ursache des Anstiegs der Typ-2-Diabeteserkrankungen ist beim überwiegenden Teil der Fälle ein ungünstiger Lebensstil. Eine langfristige Änderung des Lebensstils ist jedoch sehr schwierig und es gibt kaum Institutionen, die den Betroffenen dabei auf lange Sicht helfen. Hier ergeben sich durch die Telediabetologie neue therapeutische Ansätze. Das WDGZ konnte in den vergangenen Jahren im Rahmen von verschiedenen wissenschaftlichen Studien zeigen, dass durch verschiedene nichtpharmakologische Interventionen das Gewicht, kardiovaskuläre Risikofaktoren und die Lebensqualität von übergewichtigen Personen mit Typ-2-Diabetes verbessert werden können. Die wissenschaftlichen Studien wurden nun zum Telemedizinischen Lifestyle-Programm TeLiPro zusammengefasst. Dabei werden auf ein Internetportal das Gewicht, Blutzucker- und Blutdruckwerte sowie die körperliche Aktivität automatisch über eine SIM-Karte übermittelt (Abb. 2). Zur Nutzung benötigen die Patienten weder einen Computer noch einen Internetzugang. Die jeweiligen Gesundheitsberater rufen die Patienten in definierten Abständen an, um mit ihnen die eingegangenen Werte zu besprechen und Zielvereinbarungen zu treffen. Ein weiteres telemedizinisches Programm mit besonderen Coachinginhalten wurde in Kooperation mit der Central Krankenversicherung bei neu diagnostiziertem Typ-2-Diabetes begonnen.

Unterstützung der Betroffenen und der behandelnden Ärzte

Zusammenfassend ist es mittels Telediabetologie möglich, die bisherige Diabetestherapie durch eine Unterstützung der Betroffenen und der behandelnden Ärzte zu verbessern. Bei der stationären Betreuung von Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes mellitus können telediabetologische Verfahren die zum Teil unzureichende diabetologische Versorgung in Krankenhäusern verbessern. Bei der ambulanten Diabetesbetreuung stehen die Verbesserung der Therapietreue und die Änderung des Lebensstils im Vordergrund.

Prof. Dr. Stephan Martin, Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf (VKKD), Chefarzt für Diabetologie und Direktor des Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ)

Montag, 08. April 2013

Telemedizin in der Inneren Medizin, von der Telekardiologie zur Lifestyle-Beratung – was gibt es schon in der Praxis?
10:00–11:30 Uhr, Halle 1
(10:44–11:06 Uhr: Telediabetologie)

Forum der Industrie

SEVICONTROL-2: effektivere Blutdrucksenkung mit Fixkombination

Die arterielle Hypertonie ist einer der wichtigsten kardiovaskulären Risikofaktoren [1]. Um bei Patienten mit Hypertonie die Herzinfarkt- oder Schlaganfallgefahr zu reduzieren, ist eine rasche, effektive Blutdrucksenkung auf Zielwerte unter 140/90 mmHg unabdingbar. Für eine potente antihypertensive Therapie steht zum Beispiel der AT1-Inhibitor Olmesartan in fixer Kombination mit Amlodipin (Sevikar®) beziehungsweise mit Amlodipin und Hydrochlorothiazid (Sevikar HCT®) zur Verfügung. Laut Zulassung ist der Einsatz der Fixkombination Olmesartan/Amlodipin auf die Umstellung von Olmesartan oder Amlodipin beschränkt [2]. Die Studie SEVICONTROL-2 untersuchte die Wirksamkeit und Sicherheit einer Umstellung [3]. Die Ergebnisse werden jetzt auf dem 119. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) vorgestellt.

Signifikant bessere Blutdrucksenkung

In dieser Studie erfolgte die Umstellung von Hypertoniepatienten von einer Monotherapie mit Candesartan 32 mg, sofern sie damit die Blutdruckzielwerte nicht erreicht hatten. Die Patienten wurden über den Schritt einer Olmesartan-Monotherapie 40 mg auf die Fixkombination Olmesartan 40 mg/Amlodipin 10 mg umgestellt. Primärer Endpunkt war die Blutdrucksenkung der Fixkombination im Vergleich zur Candesartan-Monotherapie gemessen als systolischer Mittelwert am Tag in der ambulanten 24-Stunden-Blutdruckmessung.

Für die Auswertung standen Daten von 23 Patienten zur Verfügung. Es zeigte sich eine ausgeprägte systolische Blutdrucksenkung der Fixkombination um –11,6 mmHg ($p = 0{,}0003$). Korrespondierende signifikante Senkungen ergaben sich – sowohl systolisch als auch diastolisch – zur Nacht und im 24-Stunden-Mittelwert. Die Blutdrucksenkung in der Praxismessung (systolisch –10,9 mmHg; $p = 0{,}002$) war mit der systolischen Tagabsenkung vergleichbar. Die kumulative Zielwerterreichung (< 140/90 mmHg) war unter der Fixkombination mit 63,6 % im Vergleich zu den Monotherapien am höchsten.

Die Blutdruckkontrolle bei zuvor unter Candesartan unkontrollierten Patienten betrug in mehreren Messparametern mehr als 80 %. Bis auf die erhöhte Ödemrate waren Nebenwirkungen unter der Fixkombination insgesamt selten und unspezifisch.

Effektive und sichere Umstellung

SEVICONTROL-2 zeigte, dass die sequenzielle Umstellung von Candesartan auf die Fixkombination Olmesarten/Amlodipin zu einer deutlichen zusätzlichen Blutdrucksenkung und bei der Mehrzahl der Patienten zu einer Verbesserung der Zielwerterreichung und -kontrolle führte. Somit erwies sich die Umstellung als effektiv und sicher.

Literatur

1 WHO, FS 317. Cardiovasc Dis. Im Internet: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html (Stand: Februar 2013)
2 Fachinformation Sevikar® (Stand: August 2012)
3 Im Internet: http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01611077?term=SEVICONTROL-2&rank=1 (Stand: Februar 2013)

Quelle: nach Informationen der Daiichi Sankyo Deutschland GmbH, München

Wiesbaden

Wiesbaden mit Marktplatz und Marktkirche

Russisch-Orthodoxe Kirche

Neues Rathaus mit Marktplatz

Hessisches Staatstheater

Kurhaus

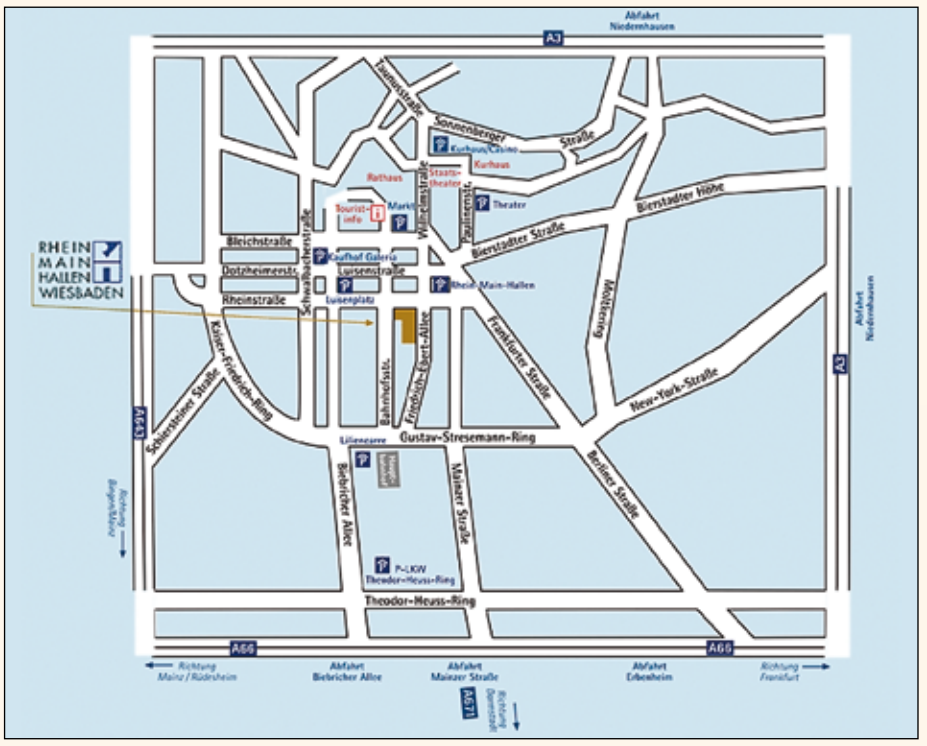
Hessischer Landtag

Bilder: Wiesbaden Marketing, Archiv Kurbetriebe, T. Krüger, O. Hebel

Sehenswertes

Elegantes Flair, imposante Architektur und eine Vielfalt von Parks und Grünanlagen prägen das Erscheinungsbild der hessischen Landeshauptstadt. Die günstige Lage zwischen Taunus und Rhein sowie die Nähe zum Weinbaugebiet Rheingau sind gute Gründe, Wiesbaden einen Besuch abzustatten.

Die Internationalen Maifestspiele am Hessischen Staatstheater, das Rheingau-Musikfestival, Open-Air-Konzerte sowie verschiedene Ausstellungen locken jedes Jahr Kultur- und Kunstinteressierte nach Wiesbaden. Viele städtische Ausstellungsorte und private Galerien sind in der Vermittlung zeitgenössischer Kunst engagiert. Die Stadt verleiht seit 1991 den Alexej von Jawlensky-Preis. Der Preis ist nach einem Künstler benannt, der sich in seiner letzten Schaffensperiode in Wiesbaden aufhielt.



Heiße Quellen

Schon vor 2000 Jahren sprudelten an der Stelle des späteren Wiesbadens 26 heiße Quellen mit heilender Wirkung. Nachdem sich einst die Römer dort niedergelassen hatten (Giebelinschrift am Kurhausportal: „AQUIS MATTIACIS"), waren es später die Grafen von Nassau, die der Ansiedlung „Wisibada" zur ersten Blüte verhalfen. Badehäuser und Herbergen zogen damals viele Gesundheitsgläubige an. Unter preußischer Herrschaft wird Wiesbaden Weltkurstadt. Schlösser, Residenzen und vornehme Hotels beherrschen das Stadtbild. In Wiesbaden treffen sich europäischer Adel, Dichter und Denker. Kaiser Wilhelm II. besucht Wiesbaden häufig („Kaiserstadt"). Durch die Entwicklungen seit dem Ersten Weltkrieg verlor Wiesbaden seine einstige Bedeutung als „Weltkurstadt".

Seit 1945 siedelten sich in der hessischen Landeshauptstadt Behörden, Verlage, Versicherungen sowie Betriebe der Filmindustrie an. Darüber hinaus dokumentieren zahlreiche Gebäude, Einrichtungen und Veranstaltungen Wiesbadens Bedeutung als Kur- und Kongressstadt.

Heute lädt die Wilhelmstraße mit ihren Geschäften und Passagen zum Einkaufsbummel ein. Angeschlossen ist der alte Stadtkern mit Marktplatz, Rathaus und dem „Schiffchen", in dem sich Weinlokale und Restaurants befinden. Geht man vom Kurhaus in nördliche Richtung, um mit der wasserbetriebenen Zahnradbahn zum Neroberg hinaufzufahren, stößt man auf die Taunusstraße, eine wichtige Anlaufstelle für Antiquitäten- und Kunstliebhaber, die hier ganz sicher fündig werden. Vom Neroberg aus sieht man die Kuppel der Russischen Kirche und schaut über die Stadt, den Rhein bis nach Mainz.

Quelle: Wiesbaden Marketing

Kurpark

Nach einem inspirierenden Kongresstag bietet sich ein kleiner Bummel durch den Kurpark an. Der Park wurde 1852 im Stil eines Englischen Landschaftsgartens angelegt. Während der Fußball-Weltmeisterschaft 2006 benannte man ihn in Helmut-Schön-Park um. Warum? Der ehemalige DFB-Trainer Helmut Schön startete in Wiesbaden seine Trainer-Laufbahn und starb dort auch 1996.

Bäder in Wiesbaden

Das historische Bad (Kaiser-Friedrich-Therme) mit seinem 66,4 Grad heißen Wasser aus der Adlerquelle bietet seinen Gästen eine irisch-römische Badeabteilung, eine Saunalandschaft und Therapien, die auf natürlichen Behandlungsverfahren beruhen. Zu einem Besuch von Wiesbaden gehört auch ein Besuch des Thermalbades. Ein großer Saunabereich, ein Durchschwimmkanal, ein Aktionsbecken und ein reichhaltiges Repertoire an Massagen zählen zum Angebot. Öffnungszeiten Kaiser-Friedrich-Therme: tgl. von 10–22 Uhr, Badeschluss: 21:30 Uhr; Fr und Sa 10–24 Uhr, Badeschluss: 23:30 Uhr; Di: Damentag. Öffnungszeiten Thermalbad (Badebereich): Mo, Mi, Do, So 8–22 Uhr; Di 6–22 Uhr; Fr, Sa 8–24 Uhr.

Hessisches Staatstheater

Das Hessische Staatstheater ist ein Fünf-Sparten-Haus. In mehr als 40 Inszenierungen in jeder Spielzeit (Oper, Schauspiel und Ballett) werden klassische Werke, modernes Musiktheater und Stücke der dramatischen Gegenwartsliteratur gezeigt. Hinzu kommen Veranstaltungen der „musik-theater-werkstatt", Liederabende im Foyer des Großen Hauses, Lesungen und literarische Veranstaltungsreihen im Kleinen Haus und Studio oder Late Nights in der Wartburg.

Genießenswertes

Die Ente im Hotel Nassauer Hof

Kaiser-Friedrich-Platz 3–4, 65183 Wiesbaden
Tel.: 0611/133-666, Fax: 0611/133-632
Öffnungszeiten Restaurant: Di–Fr 18:00–22:30 Uhr, Sa 12:00–15:00 Uhr und 18:00–22:30 Uhr
Öffnungszeiten Bistro: Di–Sa 12:00–15:00 Uhr und 18:00–22:30 Uhr

Seit vielen Jahren wird dieses Gourmetrestaurant mit einem Michelin-Stern ausgezeichnet. Alternativ bietet sich ein Besuch im gleichnamigen Bistro an. Dort serviert der freundliche Service hausgemachte Bratwurst, Weinbergschnecken oder Lachstatar. Zwölf offene Weine werden ausgeschenkt, 11 offene Champagner und außerdem eine exquisite Auswahl deutsch-französisch-italienischer Tropfen.

Gollner's Restaurant / Burg Sonnenberg

Am Schlossberg 20, 65191 Wiesbaden
Tel.: 0611/541409, Fax: 0611/543900
Öffnungszeiten: tgl. 12:00–14:30 Uhr, 18:00–24:00 Uhr, Di Ruhetag

Feinschmecker wissen dieses Restaurant auf der Burg Sonnenberg zu schätzen. Hervorzuheben ist die umfangreiche Weinkarte, in der auch ganz exklusive Tropfen aufgeführt sind. Internationale Küche: vom kleinen Gericht bis zum Feinschmeckermenü.

Landhaus Diedert

Am Kloster Klarenthal 9, 65195 Wiesbaden
Tel.: 0611/1846600, Fax: 0611/18466030
Öffnungszeiten: täglich mittags und abends, Samstag ab 18:00 Uhr, Montag Ruhetag

Hier wird sehr jahreszeitenabhängig gekocht, was frische Produkte sowie Abwechslung auf dem Teller bedeutet (regionale Küche und kulinarische Köstlichkeiten). Die Karte hält über 170 Weine bereit.

Domäne Mechtildshausen

65205 Wiesbaden-Erbenheim
Tel.: 0611/7374660, Fax: 0611/7374679
Öffnungszeiten: Di–Sa: mittags und abends, So: nur mittags

Ehemaliges kaiserliches Versorgungsgut. Jetzt Gourmetrestaurant in elegantem Ambiente. Kompetenter, freundlicher Service. Küche: international, leicht, regional. Sehr gutes Preis-/Leistungsverhältnis, ausgezeichnete Weinkarte, biologische Landwirtschaft.

Restaurant Trüffel

Webergasse 6–8, 65183 Wiesbaden
Tel.: 0611/99055-30, Fax: 0611/99055-55-11
Öffnungszeiten: Di–So 11:00–15:00 Uhr und 17:30–23:00 Uhr; Mo 11:00–15:00 Uhr

International bekannte Rot- und Weißweine, außergewöhnliche Menüs und delikate kleinere Speisen können im Restaurant Trüffel geordert werden. Mittags gibt es ein 3-Gänge-Business-Menü.

Erlebenswertes

Bevor du gehst – Matthias Bulang (Fotografie)
21.02.–21.04.2013; Mi, Do 10:00–17:00 Uhr; Sa, So 12:00–17:00
frauen museum wiesbaden
Wörthstr. 5

‚Fairytales', Malerei von Krisger Tindin in der Gallery 21
22.02.–17.04.2013; Di–Do 15:00–18:00 Uhr, Fr 12:00–18:00 Uhr, Sa 10:00–15:00 Uhr
Gallery 21
Luxemburgstr. 6

Graf Dracula und die heißen Quellen – magisch, kulinarischer Theaterabend
24.02.–24.12.2013; 19:30–23:00 Uhr
Radisson Blu Schwarzer Bock Hotel
Kranzplatz 12

100-jähriges Jubiläum der Kaiser-Friedrich-Therme ‚Tag der offenen Tür'
06.04.2013; 13:00–19:00
Kaiser-Friedrich-Therme
Langgasse 38–40

Facettenreiches Wiesbaden – Stadtrundgang zum Kennenlernen (TI)
06.04.2013; 10:30–12:00/12:30 Uhr
Treffpunkt: Tourist Information
Marktplatz 1

ARBEITsWEISE
Künstlergespräch
07.04.2013; 17:00 Uhr
(Öffnungszeiten der Ausstellung Di, Mi, Fr, Sa, So 11:00–17:00 Uhr, Do 11:00–19:00 Uhr)
Kunsthaus
Schulberg 10

Für jeden ‚Ebbes'
Der Kleinkunst-Frühschoppen...
07.04.2013; 11:00 Uhr
Kleinkunstbühne Lilien Palais
Mainzer Straße 14

Dr. Martin Mayer: Landeskunde selbst gemacht
08.04.2013; 19:00 Uhr
Hess. Landesbibliothek Wiesbaden
Rheinstraße 55/57