

MEDIZIN AKTUELL 2012

PROGRAMM

20. und 21. Januar 2012
Esslingen a. N.
Neckar Forum

Klinikum Esslingen 
Das Qualitätskrankenhaus

Kreisärzteschaft Esslingen 



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

unser Update „Medizin aktuell 2012“ darf inzwischen auf eine gewisse Tradition zurückblicken. Von Veranstaltung zu Veranstaltung beweisen uns zunehmende Besucherzahlen, dass unser Konzept stimmt, den Kollegen in unserer Region zu Beginn jedes Jahres einen Überblick über neue Entwicklungen in der Inneren Medizin zu geben. Trotz inzwischen selbstverständlicher Interdisziplinarität ist es unumgänglich, die einzelnen Schwerpunktfächer der Inneren Medizin von Experten des jeweiligen Ressorts referieren zu lassen. Aus der Flut von Arbeiten und Kongressbeiträgen muss herausgefiltert werden, was für die tägliche Praxis sinnvoll ist. Gerade für den Allgemeinarzt ist es eminent wichtig, den Überblick über die Essenz der einzelnen Fächer zu behalten. Dies ist der Leitgedanke unserer Referenten: für unsere Gäste das in der Praxis Umsetzbare zu eruieren und in prägnanter, praxisnaher Form vorzustellen. Was die populäre Presse immer häufiger polemisiert – dass die Medizin ständig neue Krankheiten „erfinde“ –, haben wir zum Anlass genommen, in unseren Updates sogenannte Modekrankheiten kritisch unter die Lupe zu nehmen. Diesmal beschäftigen wir uns mit dem Fibromyalgie-Syndrom. Und es rückt eine junge Disziplin in den Fokus unserer Aufmerksamkeit, die Somnologie. Auch da sind populäre mediale Attacken zu registrieren. Unser Update Somnologie wird zeigen, wie bedeutsam Schlafstörungen und schlafbezogene Erkrankungen heute sind. Die Herzschrittmachertherapie blickt auf fünfzig erfolgreiche Jahre zurück – Anlass für einen historischen Rückblick durch Ludger Seipel, der zu den Pionieren der Herzschrittmachertherapie zählt. Ein Höhepunkt wird der Festvortrag von Hartwig Gauder über das Thema „Motivation in Grenzsituationen“ sein. Als Geher brach Gauder alle Rekorde – bis nach einer Infektion sein Herz versagte. Seine Erfahrungen mit einem Kunst- und einem Spenderherzen haben ihm einen Weg gezeigt, wie man trotz schwerer Krankheit ein erfülltes Leben führen kann. Wir sind stolz darauf, Ihnen zu Beginn des neuen Jahres eine wirklich hochkarätige Präsentation des aktuellen Standes der Inneren Medizin bieten zu können. Wir freuen uns auf Ihren Besuch, vor allem auch auf die Diskussionen und Gespräche.

Seien Sie herzlich willkommen!

Prof. Dr. Matthias Leschke Dr. Rainer Graneis
Prof. Dr. Michael Geißler Dr. Rainer Palme

FREITAG 20. Januar 2012

13.00

Begrüßung

R. Graneis, Vorsitzender der Kreisärzteschaft
M. Leschke, Esslingen

Vorsitz

R. Graneis, M. Leschke

13.15

Update Infektiologie

R. W. Braun, Esslingen/Stuttgart

13.45

Update Endokrinologie und Diabetologie

S. Jacob, Villingen-Schwenningen

14.15

Update Angiologie

C. Diehm, Karlsbad-Langensteinbach

14.45

PAUSE UND INDUSTRIEAUSSTELLUNG

Vorsitz

C. Diehm, R. Arntz

15.30

Update Sportmedizin

H. G. Predel, Köln

16.00

Update Onkologie

L. Kanz, Tübingen

16.30

Update Somnologie

H. Woerle, Ulm

17.00

PAUSE UND INDUSTRIEAUSSTELLUNG

Highlight-Session I

Vorsitz

M. Leschke, K.-P. Maier

17.15

Walters Fälle

E. Walter, Donaueschingen

17.45

Herzinfarkttherapie – historisches Update

R. Arntz, Berlin

18.15

Festvortrag: Motivation in Grenzsituationen

H. Gauder, Jena

18.45

GET-TOGETHER IM FOYER

Musikalische Begleitung: Prof. Martin Schrack & Band

SAMSTAG 21. Januar 2012

Vorsitz

M. D. Alscher, M. Faehling

09.00 Update Pneumologie
H. Teschler, Essen

09.30 Update Nephrologie
M. D. Alscher, Stuttgart

10.00 Update Kardiologie
M. Leschke, Esslingen

10.30 PAUSE UND INDUSTRIEAUSSTELLUNG

Highlight-Session II

Vorsitz

M. Geißler, M. Leschke

**11.00 50 Jahre Schrittmachertherapie –
ein historischer Rückblick**
L. Seipel, Tübingen

11.20 Die typischen Irrtümer und Fehler in der Medizin
M. D. Alscher, Stuttgart

11.50 IMBISS UND INDUSTRIEAUSSTELLUNG

Vorsitz

M. Geißler, R. Palme

12.30 Update Gastroenterologie
G. von Wichert, Ulm

13.00 Update Hepathologie
K.-P. Maier, Stuttgart

13.30 Fibromyalgie-Syndrom und Update Rheumatologie
B. Hellmich, Plochingen

14.00 Zusammenfassung und Schlussworte
K.-P. Maier, Stuttgart

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Prof. Dr. med. M. Leschke, Esslingen

Prof. Dr. med. M. Geißler, Esslingen

Dr. med. R. Graneis, Ostfildern

Dr. med. R. Palme, Deizisau



Prof. Dr. med. Rüdiger W. Braun
Labor Enders & Partner, Stuttgart/Esslingen
Zentrallabor Klinikum Esslingen
Hirschlandstr. 97; 73730 Esslingen
Tel.: 0711 3103-3250
Fax: 0711 3103-3344
braun@labor-enders.de

Prof. Dr. med. Rüdiger W. Braun ist Facharzt für Labormedizin und Infektiologe. Von 1990 bis 1993 war er Leiter des Instituts für Virologie der Bayer AG in Wuppertal danach Direktor und Forschungsleiter bei Bayer Yakuin Ltd. in Osaka, Japan am Forschungszentrum Kyoto. Seit 1996 Prof. Braun Partner des Labors Prof. Enders & Partner, Stuttgart/Esslingen.

Update Infektiologie

Diagnose und Therapie von Problemkeimen: MRSA, ESBL, CRE und MRCD

Neben den seit vielen Jahren bekannten MRSA (Methicillin resistenter Staphylococcus aureus) bestimmen in letzter Zeit auch weitere Problemkeime unseren klinischen und ambulanten Alltag. Hierzu gehören gramnegative Bakterien mit einer Breitspektrum-Betalaktamase (extended spectrum beta-lactamase; ESBL), gramnegative Keime mit Cephalosporin-Resistenz (CRE), sowie zunehmend Clostridium difficile Stämme mit Resistenz gegen Metronidazol (MRCD). Während für die Diagnostik von MRSA Infektionen mittlerweile verschiedene schnelle Nachweismethoden und Screeningalgorithmen

BEIRAT

Prof. Dr. med. S. Jacob, Villingen-Schwenningen

Prof. Dr. med. L. Kanz, Tübingen

Dr. med. N. Smetak, Kirchheim u. T.

Prof. Dr. med. H. Teschler, Essen

existieren, ist dies für die anderen genannten Infektionen bisher noch nicht der Fall. Es verwundert daher nicht, dass insbesondere Infektionen mit ESBL Keimen, aber auch mit CRE und in letzter Zeit mit MRCD stetig zunehmen. Man schätzt, dass jährlich mehr als 20 000 nosokomiale Infektionen durch diese Keime entstehen. Dabei ist die Rate von ESBL E. coli in Deutschland zwischen 2002 und 2007 von 0,7 % auf ca. 10 % gestiegen. Die in den letzten Jahren zusätzlich angestiegene Resistenz von E. coli und anderer gramnegativer Keime gegenüber Gyrasehemmern führt in der Primärtherapie von Infektionen immer häufiger zu Therapieversagen, sofern nicht primär Substanzen mit entsprechenden Beta-Laktamasehemmern oder Carbapeneme eingesetzt werden. Auch durch die vermehrte Notwendigkeit, im klinischen Alltag Antibiotika, z. B. bei immungeschwächten Patienten, einzusetzen, hat in den letzten Jahren die Frequenz von Infektionen mit Clostridium difficile und die Häufigkeit der pseudomembranösen Colitis zugenommen. Man nimmt an, dass mehr als 20 % aller Patienten mit C. difficile besiedelt sind und bis über 1 % der Krankenhauspatienten an einer C. difficile Colitis erkranken. Dies wird durch die Melderegister nur unzureichend widergespiegelt. Auffallend ist, dass der in Deutschland 2007 erstmalig nachgewiesene sehr pathogene Ribotyp 027 mittlerweile der am häufigsten nachgewiesene Subtyp von C. difficile ist. Hinzu kommt, dass die früher bewährte Therapie mit Metronidazol (s. o.) mittlerweile in bis zu 30 % der Patienten nicht dauerhaft wirksam ist. Dies liegt einerseits an einer zunehmenden Resistenz von C. difficile gegenüber Metronidazol, andererseits aber auch an offensichtlich häufigen Reinfektionen. Der Beitrag diskutiert den ambulanten und klinischen Stellenwert solcher Infektionen, spricht die diagnostischen Möglichkeiten an und zeigt auf, welche Therapiestrategie in der Behandlung erfolgversprechend ist.



Prof. Dr. med. Stephan Jacob
Praxis für Prävention und Therapie
Brombeerweg 6
78048 Villingen-Schwenningen
Tel.: 07721 504388
Fax: 07721 504389
Mobil: 0177 3555730

Prof. Dr. med. Stephan Jacob ist Facharzt für innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie. Weiterhin ist er Hypertensiologe und Ernährungsmediziner sowie „Kardiovaskulärer Präventionsmediziner DGPR“. Seit 2006 ist Prof. Jacob als niedergelassener Arzt in privater Praxis für Prävention und Therapie tätig. Er ist Leiter der Arbeitsgruppe Kardio-Metabolische Versorgungsforschung am Lehrstuhl für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin der TU München und Mitglied in zahlreichen Fachgesellschaften.

Update Endokrinologie und Diabetologie

Adipositas: Neben den interessanten Befunden aus der bariatrischen Chirurgie, gab es relevante Veröffentlichungen über das Gewichtsmanagement in der Praxis – auch über telemedizinische Betreuung. Die Auswertung der NHANES Daten mit Hilfe des EOSS (Edmonton Obesity Staging System) geben uns wichtige Informationen über eine klinisch orientierte Adipositas-Diagnostik mit prognostischem Wert.

Diabetes mellitus: Es gibt wieder viele Neuigkeiten in diesem Bereich, doch auch wieder mal Überraschungen und Unerfreuliches aus der Politik. So wurde im letzten Jahr für die Therapie und Betreuung des Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in der GKV die Möglichkeit zur Therapie mit Pioglitazon aber auch die Erstattung der Blutzuckerteststreifen zur Selbstmessung gestrichen bzw. erheblich erschwert. Eine der ersten Konsequenzen des AMNOG war, dass das Linagliptin wohl zugelassen, aber nicht auf den Markt in Deutschland gebracht wurde. Gespannt wird nun der Prozess der Bewertung beobachtet, der wahrscheinlich auch die anderen DPP-4-Hemmer (und vielleicht sogar weitere Innovationen) betreffen wird – und das, obwohl die Inkretinverstärker in retrospektiven Sicherheitsanalysen eine Reduktion der kardiovaskulären

Ereignisse zeigen. Interessanterweise werden alle Publikationen bezüglich der erhöhten Mortalität der SU weiterhin negiert. Mehrere Studien zeigen teilweise erhebliche Steigerungen der Morbidität und Mortalität. EBM – Welche Evidenz passt uns? Evidence Based Medicine oder Economy Based Medicine?

Hinweise auf vermehrtes Auftreten von Krebs bei Diabetes mellitus Typ 2 häufen sich, doch fehlen nach wie vor randomisierte Langzeit-Studien, die ggf. substanzspezifische Vor- und Nachteile beweisen würden. Glargin jedenfalls wurde als Substanz in einer großen Analyse von dem Vorwurf freigesprochen, cancerogen zu sein (IDF, Dubai). Die Assoziationen Diabetes mellitus und Depression sind bekannt. Neu ist nun, dass auch die Entwicklung einer Demenz in der Kombination Diabetes und Depression erheblich häufiger ist. Ab 2012 sollen die neuen Therapieansätze an der Niere zur Verfügung stehen. Die bisherigen Daten sind hoch spannend.

Lipide: Statine erhöhen das Risiko für Diabetes mellitus Typ 2, doch das ist prognostisch wenig bedeutsam, denn gerade die Statine haben am eindrücklichsten gezeigt, wie stark kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität reduziert werden. Die HDL-Erhöhung durch Niacin hat einen Rückschlag erlitten, denn die AIM High Studie wurde wegen fehlendem Nutzen abgebrochen. Das Ende der pharmakologischen HDL Erhöhung? So einfach kann das Ganze nicht gesehen werden, differenzierte Analysen sind erforderlich. Vielleicht bringen CETP-Inhibitoren, Substanzen wie Dalcetrapib den Durchbruch. Die Sicherheit scheint auf jeden Fall – im Gegensatz zu Torcetrapib – gegeben zu sein, Endpunktstudien laufen.

SHARP ist die erste Studie, die einen Nutzen der Cholesterinsenkung bei Nierenkranken dokumentiert. In zwei vorangegangenen Studien (4D und AURORA) hatte sich mit einer reinen Statintherapie (Atorvastatin und Rosuvastatin) bei Dialyse-Patienten die Rate kardiovaskulärer Ereignisse nicht reduzieren lassen.

Schilddrüsenhormone: Sie können bei gleicher Effektivität auch abends eingenommen werden.

Testosteron-Substitution: Nach wie vor fehlen große Langzeitstudien, kleinere, oft mechanistische Studien zeigen jedoch teilweise sehr beeindruckende Effekte gerade bei Männern mit dem Metabolischen Syndrom.

Vitamine allgemein: Mortalität erhöht durch unkontrollierte Multi-Vitamineinnahme? Zu diesem Schluss kommt die Analyse der Iowa Women's Health Study, die 38 772 Frauen über 22 Jahre beobachtete.

Vitamin D: Auch im letzten Jahr gab es wieder viele Publikationen zu Vitamin D und den Assoziationen mit nicht osseären Komplikationen wie Krebs, Diabetes mellitus, Hypertonie und chronischer Entzündung. Viele kleine Studien, doch auch hier bisher keine große, randomisierte Langzeitstudie. Unklar ist auch, welche Vitamin-D-Spiegel tatsächlich therapeutisch eingestellt werden sollen.



Prof. Dr. med. Curt Diehm
SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
Abteilung Innere Medizin und Gefäßmedizin
Guttmannstr. 1; 76307 Karlsbad
Tel.: 07202 61-3340
Fax: 07202 61-6167
curt.diehm@kkl.srh.de

Prof. Dr. med. Curt Diehm ist Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin und Gefäßmedizin am SRH Klinikum Karlsbad, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg, mehrmaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) und Vorsitzender der Deutschen Gefäßliga e. V., Leitlinienkommissionen, z. B. PAVK und Carotis.

Update Angiologie

Tiefe Beinvenenthrombose (TVT)

In Deutschland erkranken jährlich etwa 100 000 Menschen an einer tiefen Beinvenenthrombose. Die Dunkelziffer ist hoch. 90 000 Patienten leiden an einem postthrombotischem Syndrom (PTS).

Nach einer Mehretagethrombose bekommen über 50 % der Patienten ein PTS. Mit diesen Befunden kann man nicht zufrieden sein. Die Folgen der Thrombose beein-

trächtigen die Lebensqualität der Patienten beträchtlich. Kein Wunder, dass die Entwicklung neuer interventioneller Methoden die Diskussion um die Behandlung der TVT neu angeheizt hat. Multizentrische prospektive Studien aus den Niederlanden und den USA werden uns in Kürze zeigen, welche Vorteile die akute interventionelle Wiedereröffnung verschlossener Venen im Vergleich zu einer „konservativen Therapie“ bringt.

- Praktische Aspekte der Therapie mit Xarelto[®]/Pradaxa[®] und Apixaban (Eliquis[®]) werden besprochen
- Wer muss operiert werden? Wer kann endovaskulär behandelt werden?

Die Carotisstenose

In Deutschland leben etwa eine Million Menschen mit einer hämodynamisch relevanten Carotisstenose. 30 000 Schlaganfälle werden auf Carotis assoziierte Genese zurückgeführt.

- Wann müssen Patienten mit Carotisstenosen operiert oder interventionell behandelt werden?
- Wer profitiert von der Operation, wer vom Stenting?

EVAR bei Bauchortenaneurysma

Ein ähnlich brisantes gefäßmedizinisches Thema ist das Bauchortenaneurysma (BAA), das in den USA zu recht als „silent killer“ bezeichnet wird. Wir können davon ausgehen, dass in unserem Land mehr als 10 000 Menschen an der Ruptur eines BAA meist akut versterben. Neue Studien zeigen, dass die endovaskuläre Methode („EVAR“ = endovascular aortic repair) mittlerweile zur Methode der Wahl insbesondere bei Hochrisikopatienten avanciert ist.

Weitere hochaktuelle Einzelthemen kurz diskutiert:

- Welche Pillen sind gefährlich?
- Warum reißt die Aorta bei Weltklasse-Springpferden?
- Krampfadern: Endovenöse Lasertherapie enttäuschend
- Sinn und Unsinn von Thrombosestrümpfen



Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Georg Predel
Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin
Deutsche Sporthochschule Köln
Am Sportpark Müngersdorf 6, 50933 Köln
Tel.: 0221 49825270
Fax: 0221 4912906
Predel@dshs-koeln.de

Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Georg Predel ist Leiter des Instituts für Kreislaufforschung und Sportmedizin an der Deutschen Sporthochschule Köln.

Update Sportmedizin

Neue Studien haben weitere wichtige Erkenntnisse zur gesundheitlichen Bedeutung des Sports gebracht:

So hat eine internationale Kohortenstudie klar belegen können, dass TV-Konsum in Kombination mit Bewegungsmangel zu einer drastischen Erhöhung des Risikos bezüglich verschiedener Erkrankungen darstellt. Die Bedeutung dieser Befunde wird unterstrichen, durch eine weitere aktuelle Längsschnittstudie, die belegt, dass Adipositas im Kindesalter mit einer dramatischen Erhöhung des Risikos für Diabetes Typ 2 und arterielle Hypertonie bereits im jungen Erwachsenenalter darstellt.

Im Gegensatz hierzu belegt eine langjährige Untersuchung an über 600 000 Menschen, dass bereits 15 Minuten täglicher körperlicher Aktivität ausreichen, das Risiko für eine Vielzahl gravierender Zivilisationserkrankungen signifikant zu senken.

Andererseits stellt sich die Datenlage hinsichtlich intensiven, langjährigen Ausdauersports zunehmend komplexer dar. In diesem Kontext werden die ersten Daten zum Diabetes-Marathon-Programm präsentiert.



Prof. Dr. med. Lothar Kanz
Medizinische Universitätsklinik
Innere Medizin II
Otfried-Müller-Str. 10
72070 Tübingen
Tel.: 07071 29-82726
Fax: 07072 29-3671
Lothar.Kanz@med.uni-tuebingen.de

Prof. Dr. Lothar Kanz ist Geschäftsführender Ärztlicher Direktor der Medizinischen Uniklinik Tübingen und Ärztlicher Direktor der Abteilung für Onkologie, Hämatologie, Klinische Immunologie, Rheumatologie und Pulmologie.

Update Onkologie

Die Präsentation richtet sich an Kolleginnen und Kollegen, die selbst nicht schwerpunktmäßig Onkologie betreiben, jedoch als Internisten oder Allgemeinmediziner mit Tumorpatienten konfrontiert sind.

In praxisnaher Form werden Höhepunkte des ASCO-Kongresses und des ASH-Meetings vorgestellt, die Entwicklungen beim metastasierten Melanom, dem Lungenkrebs oder dem Multiplen Myelom.

Weitere Themen betreffen das Tumor-Screening, die Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz und die Monoklonale B-Zell-Lymphozytose oder den Zusammenhang zwischen Diabetes und Krebs.



Holger Woehrle
Lungenzentrum, Ulm
Schlaf- und Beatmungszentrum
im Kreiskrankenhaus Blaubeuren
Ulmer Str. 26, 89143 Blaubeuren
Tel.: 07344 9288970
schlaflabor@lungenzentrum-ulm.de
holger.woehrle@web.de

Holger Woehrle leitet das Schlaflabor des Kreiskrankenhauses Blaubeuren. Er ist Facharzt für Innere Medizin und Somnologe (DGSM) und ausgewiesener Experte im Bereich der Beatmungs- und Schlafmedizin. Seit 2006 ist Woehrle bei ResMed, einem weltweit tätigen Unternehmen in der Schlaf- und Beatmungsmedizin, in leitenden Funktionen tätig.

Update Somnologie

Schlafmedizin ist heute ein interdisziplinär ausgerichtetes Ressort. Medizinischer Fortschritt ist nur möglich, wenn die geltenden Standards immer wieder hinterfragt und neue Alternativen entwickelt werden. Ab und zu etabliert sich so eine Alternative mit der Zeit dann sogar zum neuen Therapiestandard.

Einen solchen Paradigmenwandel erleben wir zurzeit in der Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe (OSA). Beim noch bis vor kurzem unumstrittenen Goldstandard der Schlafapnoe-Therapie – der nasalen Überdruckbeatmung (nCPAP) – ist die Adhärenz ein großes Problem: Nicht jeder Patient mag ein Leben lang mit Gerät und Maske schlafen. Außerdem gibt es Therapieversager. Nicht zuletzt deshalb spielen nachts getragene Protrusionsschienen, die den Unterkiefer vorverlagern und so die oberen Atemwege erweitern, in der Schlafapnoe-Therapie eine immer wichtigere Rolle. In den ersten fünf Jahren brechen zirka 30 % der Patienten ihre CPAP-Therapie ab. Und man weiß inzwischen auch schon sehr genau, bei welchen Patienten dies der Fall sein wird: Diejenigen, die in den ersten drei Monaten Probleme mit der Therapie bekommen, haben eine extrem hohe Abbruchrate. Mit diesen Patienten sollte man über sinnvolle Alternativen sprechen. Eine weitere Problemgruppe sind Schlafapnoiker, die nicht unter Symptomen (Tagesschläfrigkeit etc.) leiden, für die eine Therapie aber dennoch ratsam

ist, um das Herz-Kreislauf-Risiko zu senken oder einen schwer einstellbaren Bluthochdruck besser behandeln zu können. Auch hier kann eine Unterkieferprotrusionsschiene eine sinnvolle Alternative sein. Denn: Je geringer die Beschwerden, umso schlechter die CPAP-Compliance. Die Schienen haben sich bei leichter bis mittelschwerer Schlafapnoe inzwischen bereits etabliert und werden auch in der neuen S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“ empfohlen. Studien haben gezeigt, dass die Ergebnisse einer Schienentherapie bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Schlafapnoe in jeder Hinsicht so gut sind wie mit CPAP.

CPAP ist bei milder bis moderater Schlafapnoe nicht mehr der Goldstandard – die Daten sind vergleichbar.



Prof. Dr. med. Eike Walter
Klinik für Innere Medizin IV
Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg
Sonnhaldenstr. 2, 78166 Donaueschingen
Tel.: 0771-885311
Fax: 0771 885550
eike.walter@sbk-vs.de

Prof. Dr. med. Eike Walter ist Direktor der Klinik für Innere Medizin IV am Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen.

Walters Fälle

Walters Fälle gehörten bereits letztes Jahr zum Programm von „Medizin Aktuell“ und stießen auf sehr großes Interesse. Mit Sicherheit sind die neuen Fälle genauso spannend.



Prof. Dr. med. Hans-Richard Arntz
Charité, Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin
Medizinische Klinik II, Kardiologie Pulmologie
Liliencronstr. 5, 12167 Berlin
Tel.: 030 84454679
hans-richard.arntz@charite.de

Prof. Dr. med. Hans-Richard Arntz ist Internist, Kardiologe und Notfallmediziner. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen die Therapie des akuten Koronarsyndroms, kardiopulmonale Reanimation und die Prävention von Gefäßerkrankungen mit Schwerpunkt Fettstoffwechselstörungen.

Herzinfarkttherapie – historisches Update

Bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts hielt man den Myokardinfarkt für eine unmittelbar zum Tode führende Erkrankung, obwohl einige frühe Erkenntnisse dagegen sprachen. Ludwig Krehl beschrieb 1910 erstmals wissenschaftlich die Folgen eines primär überlebten Infarkts und widerlegte damit die damals übliche Auffassung. Obratzov et al. beschrieben als erste die Klinik des ablaufenden Infarkts und wiesen bei einem verstorbenen Patienten Koronarthrombosen nach.

Um den Infarkt jedoch jenseits eines klinischen Verdachts bzw. der Obduktion sicher diagnostizieren zu können, bedurfte es der Entdeckung der Elektrokardiographie durch Einthoven im Jahre 1908, die die Grundlage der Diagnostik bis heute bildet.

Nach anfänglichen Versuchen, Patienten mit Bettruhe zu behandeln und durch Gabe von Chinidin Arrhythmieprophylaxe zu erreichen, erwies sich als erster entscheidender Schritt zur Sterblichkeitsreduktion des Infarkts die Möglichkeit, maligne tachykarde Rhythmusstörungen wie das gefürchtete Kammerflimmern mit Hilfe eines Defibrillators zu behandeln (Beck CS et al. 1947 und 1956). Dieser Durchbruch wurde ergänzt durch Kouwenhoven, Jude und Knickerbocker, die mit ihren Untersuchungen zur Wiederbelebung 1960 den Grundstein für die bis heute prinzipiell gültigen Regeln für die kardiopulmonale Reanimation legten.

Da erkannt wurde, dass der plötzliche arrhythmogene Tod nur durch dauernde Über-

wachung des Infarktpatienten verhindert werden kann, war es nur konsequent, die Möglichkeit zur sofortigen Defibrillation einerseits in speziellen Überwachungsstationen zu sichern (D. Julian, Edinburgh 1991, realisiert durch Killip, USA 1964 in sog. „Coronary Care Units“) und sie andererseits bereits in der Prähospitalphase während der Versorgung im Rettungsdienst zu ermöglichen (Pantridge, Belfast 1967).

Damit waren weitere entscheidende Schritte auf dem Weg zur eigentlichen Kausalbehandlung, der sog. „Reperfusionstherapie“ zurückgelegt. Diese begann mit der Feststellung, dass die meisten Infarkte durch Koronarthrombosen hervorgerufen werden. Die bahnbrechende Arbeit wurde von DeWood 1980 publiziert, obwohl andere Untersucher bereits vorher immer wieder die Thrombose als Infarktursache dokumentierten. Die Entwicklung von Streptokinase als Thrombolytikum (und als durch Fibrinogenolyse wirkendes Mittel die Blutviskosität zu senken) ging parallel zu diesen Entdeckungen. Streptokinase wurde bereits Ende der 1960er-Jahre in mehreren Studien zur Infarktbehandlung mit mäßigem Erfolg eingesetzt. Chazov und Mitarbeiter waren die ersten, die Streptokinase gezielt bei akutem Infarkt intracoronar einsetzten (Publikation 1976). Die Göttinger Gruppe um Rentrop publizierte ihre ersten Fälle mit intracoronarer Lyse 1979 bis 1981. Rolf Schröder aus Berlin vertrat abweichend Ansicht, dass die Limitationen der i. c. Lyse (erfahrener Interventionalist, HK-Labor mit dauernder Bereitschaft) einer frühen und vor allem breiten Anwendung im Wege standen und untersuchte die Wirksamkeit der i. v. Lyse. Diese stand der Effizienz der ic Lyse kaum nach. Schröder propagierte in der Folge den frühestmöglichen prähospitalen Lyseeinsatz.

Die vermutete ausgeprägte Zeitabhängigkeit der Reperfusionstherapie wie auch die Effizienz der Streptokinasebehandlung wurde erstmals überzeugend in der GISSI I (1986) nachgewiesen. ISIS II (1988) war der nächste Durchbruch mit dem Nachweis, dass durch alleinige Gabe von Aspirin in einer Dosis von 325 mg über 30 Tage die 30-Tage-Sterblichkeit beim Myokardinfarkt um fast 25 % und in Kombination mit Streptokinase um fast 50 % gesenkt werden konnte. Neuere fibrinspezifischere Thrombolytika konnten diese Resultate später noch weiter verbessern.

Zunächst wenig beachtet tat sich parallel eine neue „mechanische“ Technik auf, die ermöglichte, beim Infarkt nicht nur die obstruierende Koronarthrombose durch perkutane Koronarintervention zu beseitigen, sondern gleichzeitig die unter dem Thrombus häufig versteckte Stenose aufzudehnen. Grüntzig war der Pionier dieser Technik und publizierte seine erste Fallserie von sieben Patienten (davon zwei mit Hauptstammstenose)

1978 im Lancet. Jürgen Meyer in Mainz ergänzte diese Strategie durch die Kombination von primärer Lyse mit unmittelbar folgender Intervention.

Ein wichtiger Schritt nach vorne in der perkutanen Koronarintervention war die Implantation von Stents im Vergleich zur einfachen Ballondilatation, zumal für das Auftreten von Restenosen. Die Einführung neuer Plättchenhemmer (Ticlopidin, Clopidogrel) zusätzlich zu Aspirin tat ein Übriges, insbesondere zur Vermeidung von Restenosen und Verhinderung der gefürchteten Stentthrombosen. Sog. „Drug Eluting Stents“ sind heute Standard. Sie reduzierten die Zahl der Restenosen weiter. Die Akutintervention mit Stent ist heute die bevorzugte leitliniengerechte Reperfusionstherapie bei akutem Myokardinfarkt.

Eine letzte Schlüsselkomponente der Infarkttherapie verdient unbedingt Erwähnung: die Prävention, sowohl als Primärprävention beim noch „Gesunden“ als auch die Sekundärprävention vor und nach dem Infarkt. Aspirin und andere Plättchenhemmer wurden bereits erwähnt. Sie sind Basis vor allem der Sekundärprävention nach Infarkt aber auch von größter Bedeutung zur Verhinderung eines STEMI bei akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung. β -Blocker, Statine, ACE-Hemmer, AT-1 Blocker, Diuretika und andere Antihypertensiva sind der Grundstock sowohl der Primär- als auch der höchst effektiven Sekundärprävention und spielen eine überragende Rolle bei den im Laufe der letzten 75 Jahre erzielten Erfolgen in der Reduzierung der Sterblichkeit an der koronaren Herzkrankheit und ihren Komplikationen.



Hartwig Gauder
Leiter der Stabsstelle Gesundheitsmanagement
Universitätsklinikum Jena
Bachstr. 18
D-07743 Jena
Tel.: 03641 9-300
www.hartwig-gauder.de

Der 1954 in Vaihingen an der Enz geborene Hartwig Gauder ist ein ehemaliger deutscher Leichtathlet und Olympiasieger. In den 1980er und 1990er Jahren startete er für die DDR und zählte zu den weltbesten 50-km-Gehern.

Motivation in Grenzsituationen

Dem Leistungssportler Hartwig Gauder versagte nach einer Infektion plötzlich sein Herz den Dienst. Als einzige Chance blieb ihm zunächst ein Kunstherz und dann die Transplantation. Es war ein schwerer Weg: Abstoßungsreaktionen, Herzversagen und Infektionen brachten Hartwig Gauder mehr als einmal an den Rand des Todes. Aber er gab nicht auf. Ein Jahr nach seiner Transplantation nahm er schon wieder am New-York-Marathon teil; und fünf Jahre später bestieg er als erster herztransplantiertes Mensch Japans höchsten Berg, den heiligen Fuji-san. In seinem „zweiten Leben“ engagiert sich Gauder zunehmend für Gesundheitsprojekte. In seinem Vortrag berichtet er von seinen Erfahrungen und macht Menschen mit schweren Herzerkrankungen Mut: Auch mit einem Spenderherzen kann man ein erfülltes Leben führen und körperlich und beruflich leistungsfähig sein! Diese extreme Lebenserfahrung prädestiniert Hartwig Gauder, seinen Mitmenschen Strategien zu vermitteln, wie man auch mit Grenzsituationen im Leben souverän umgehen kann.



Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Helmut Teschler
Medizinische Universitätsklinik
Ruhrlandklinik, Abteilung Pneumologie
Tüschener Weg 40
45239 Essen
Tel.: 0201 433-4001
Fax: 0201 433-4009
E-Mail: Helmut.Teschler@Ruhrlandklinik.UK-Essen.de

Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Helmut Teschler, Chefarzt der Abteilung Pneumologie-Universitätsklinik und stellvertretender Ärztlicher Direktor der Ruhrlandklinik, Westdeutsches Lungenzentrum, Universitätsklinikum Essen.

Update Pneumologie

Weltweit werden aktuell mehrere Untersuchungen zum Stellenwert der Computertomographie des Thorax als Screening auf Lungenkrebs durchgeführt. Im Januar 2011 stellte das nationale Lungenscreening-Team in den USA die Ergebnisse einer Studie vor, die 53 456 Teilnehmer umfasste, deren wichtigste Einschlusskriterien durch ein Alter zwischen 55 und 74 Jahren, 30 oder mehr Packungsjahre Raucheranamnese und durch die Fähigkeit, eine CT-Untersuchung absolvieren zu können, definiert sind. Das Studiendesign randomisierte diese Teilnehmer in zwei Gruppen, die insgesamt drei Screeningzyklen mit einem Niedrigdosis-CT pro Jahr unterzogen werden. Als primärer Endpunkt der Studie ist die Mortalität durch ein Bronchialkarzinom definiert. Von den 53 456 Personen wurden 26 722 der Niedrigdosis-CT-Gruppe und 26 734 der Gruppe mit Röntgenthorax zugeordnet. Die Studie wurde vorzeitig abgebrochen, da sich mit Hilfe der Niedrigdosis-CT eine relative Reduktion der Mortalität des Bronchialkarzinoms um 20 % nachweisen ließ. Die nicht auf Lungenkrebs bezogene Mortalität war in der Niedrigdosis-Gruppe um 6,7 % niedriger als in der Kontrollgruppe mit Röntgenthoraxbild (NEJM, 2011;30). Die Ergebnisse dieser Studie könnten dafür sprechen, in Risikokollektiven für Lungenkrebs (starke Raucher, Asbestexponierte, etc.) ein CT-Screening durchzuführen, doch bleibt die Auswertung der Kosteneffizienz und der Zahlen möglicherweise zusätzlich durch die Anwendung von Röntgenstrahlen induzierten Lungenkrebsfälle abzuwarten.

Bei COPD wird die Bedeutung der objektiven Messung der körperlichen Aktivität im Vergleich zu bekannten Prädiktoren der Mortalität immer klarer. In einer Kohorte von 170 Patienten mit stabiler COPD (FEV1 = 56 %) untersuchten Waschki und Kollegen (Chest 2011; 140:331–342) die Lungenfunktion (Spirometrie, Bodyplethysmographie), den körperlichen Aktivitätsgrad mit Hilfe des SenseWear-Armbandes, die körperliche Belastbarkeit mit Hilfe des 6-Minuten-Gehtestes sowie den kardiovaskulären Status mittels Echokardiographie, Gefäßduplexsonographie und Pro-BNP. Ferner wurden der Körperzustand mittels BMI und fettfreier Masse sowie die systemische Inflammation mit hochsensitivem CRP, IL6, Fibrinogen, Adiponektin und Leptin untersucht. Die mittlere Beobachtungszeit der Patienten betrug 48 Monate. Die Mortalität aufgrund aller Ursachen wurde mit 15,4 % beziffert. Es zeigte sich, dass der körperliche Aktivitätsgrad die beste diskriminierende Eigenschaft für die Vierjahres-Überlebenskurve aufwies und damit die objektiv gemessene körperliche Aktivität der beste Prädiktor für die Gesamtmortalität von Patienten mit COPD ist. Bei Patienten mit COPD stellt die Exazerbationsfrequenz einen prognostischen Indikator dar. Aktuelle Studien kommen zu dem Schluss, dass Tiotropium im Vergleich zu Salmeterol hinsichtlich der Senkung des Exazerbationsrisikos überlegen ist. Die Daten der POET-Studie von Vogelmeier und Koautoren (NEJM 2011; 364:1093–1103) beeindrucken durch die große Fallzahl und die Konsistenz der Befunde. Alle erhobenen Endpunkte liefern Ergebnisse, die auf eine Überlegenheit von Tiotropium gegenüber Salmeterol zur Senkung der Exazerbationsfrequenz hinweisen. Bei Patienten mit COPD konnte für eine Reihe unterschiedlicher Therapiemaßnahmen gezeigt werden, dass sie eine signifikante Senkung der Exazerbationsfrequenz um 15 bis 24 % pro Jahr bewirken können. Albert und Kollegen (NEJM 2011; 365:689–698) analysierten in einer randomisierten Studie die Frage, ob die kontinuierliche orale Gabe von 250 mg Azithromycin pro Tag über ein Jahr einen günstigen Effekt auf die Exazerbationsfrequenz hat. Der Median des Zeitintervalls bis zur ersten Exazerbation betrug 266 Tage in der Azithromycin-Gruppe und 174 Tage in der Placebo-Gruppe ($p < 0,001$). Azithromycin ist zwar gegenüber Erythromycin relativ gut verträglich, dennoch bestehen Anhaltspunkte für potentiell bedrohliche Nebenwirkungen. So fand sich bei 25 % der mit Azithromycin behandelten Patienten eine Hörverschlechterung. Außerdem fand sich nach einem Jahr Behandlungsdauer eine hohe Rate von Keimen, die gegenüber Makroliden resistent waren. Ferner wurden Patienten mit QT-Zeitverlängerung im EKG primär bereits ausgeschlossen. Eine breite Anwendung von

Azithromycin zur Exazerbationsprophylaxe bei COPD-Patienten, die häufig exazerbieren, muss vor diesem Hintergrund kritisch überdacht werden. Die GOLD-Empfehlungen für eine verbesserte Strategie zur Diagnostik, zum Management und zur Prävention der COPD wurden 2011 überarbeitet ([www. goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)). Die wichtigste Neuerung ergibt sich in einer kombinierten Risikostratifizierung der COPD anhand der Lungenfunktion (FEV1) und der Exazerbationsfrequenz einerseits und der COPD-bezogenen Symptomatik gemessen mit Hilfe einer Dyspnoeskala oder einem Lebensqualitätsfragebogen (COPD Assessment Test = CAT) andererseits. Mit Hilfe dieser Parameter kann eine Vier-Felder-Tafel konstruiert werden, die eine Einteilung der COPD in die Schweregrade A bis D ermöglicht. Jedem dieser COPD-Schweregrade hat die GOLD-Initiative in der neuesten Empfehlung eine evidenzbasierte Therapie erster und zweiter Wahl sowie eine weniger gut abgesicherte Drittlinienbehandlung zugeordnet. Einen wichtigen Schwerpunkt der neuen GOLD-Empfehlung bei COPD stellt die nicht-pharmakologische Behandlung der Erkrankung mit klaren Hinweisen auf die klinische Relevanz der körperlichen Aktivität und der pulmonalen Rehabilitation dar, ebenso die Vorgehensweise bei der Therapie von häufig vorliegenden Komorbiditäten.

Viele Patienten mit schwerem Asthma sind trotz maximaler Therapieintensität nicht zufriedenstellend behandelt. Inhalative Glukokortikoide haben eine flache Dosis-Wirkungskurve. Eine Verdopplung der Dosis resultiert häufig in einer nur geringgradigen oder ausbleibenden Verbesserung der Asthmakontrolle, so dass die zusätzliche Therapie mit lang wirksamen β_2 -Mimetika (LABAs) häufig effektiver ist. Eine weitere Alternative an Stelle der langwirksamen Betasympathikomimetika ist eine Therapie mit dem langwirksamen Anticholinergikum Tiotropium (Spiriva), das in dieser Indikation noch nicht zugelassen ist. Zwischenzeitlich liegen in sich konsistente Ergebnisse von zwei klinischen Studien vor, die diese Indikation jedoch stützen (siehe primär NEJM 2010; 363:1715–1726). Eine aktuelle klinische Studie testet die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Tiotropium (Spiriva) in einer Dosierung von 5 μg und 10 μg pro Tag mittels Respimat im Vergleich zu Placebo als additive Therapie bei Patienten mit unkontrolliertem schwerem Asthma. Die Studie von Kerstjens und Mitarbeitern (J Allergen Clin Immunol 2011;128: 308–314) belegt, dass bei Patienten mit Asthma, die unter Therapie mit einem hochdosierten inhalativen Kortikosteroid und einem langwirksamen β_2 -Mimetikum nicht befriedigend kontrolliert sind, die additive Behandlung mit Tiotropium einmal täglich zu einer signifikanten Verbesserung der Lungenfunktion über 24 Stunden führt.



Prof. Dr. med. Mark Dominik Alscher
Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie
Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart
Auerbachstr. 110, 70376 Stuttgart
Tel.: 0711 8101-3494
Fax: 0711 8101-3792
Dominik.Alscher@RBK.de

Prof. Dr. med. Mark Dominik Alscher ist Ärztlicher Direktor am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart, Chefarzt der Abteilung Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie sowie Leiter des Notaufnahmезentrums.

Update Nephrologie

Die Zahl der Nierenerkrankungen nimmt jedes Jahr weltweit zu. Hintergrund ist der demographische Wandel mit mehr älteren Patienten mit Hypertonie und Diabetes mellitus. In der erwachsenen Bevölkerung findet sich ein Anteil von 15 % chronischer Nierenerkrankungen. Damit ist es sinnvoll, sich mit allen neuen Aspekten von Nierenerkrankungen auseinander zu setzen. Im Vortrag wird insbesondere auf die Progressionsbeeinflussung eingegangen. Die Gabe von ACE-Hemmern und/oder Angiotensin-Rezeptorblockern ist derzeit hinsichtlich der Kombinationstherapie in Diskussion. Wichtiger ist hier die korrekte Blutdruckeinstellung mit Ziel-Blutdruckwerten in Ruhe kleiner 130/80 mm Hg. Die entsprechende Literatur wird referiert. Weiterhin gibt es hinsichtlich der Pathophysiologie von Nierenerkrankungen einige neue Aspekte, die insbesondere im Feld der Glomerulonephritiden von praktischer Relevanz sind. Auch dies wird thematisiert werden. Als 3. Gruppe ist der Nierenersatz (Nierentransplantation, Hämodialyse und Peritonealdialyse) und auch die Vorbereitung der Patienten für diese Verfahren von praktischer Relevanz für Hausärzte, Fachärzte und eigentlich jeden Arzt, nachdem die Anzahl der Patienten mit Nierenerkrankungen deutlich zunimmt. In der Akutmedizin sind das akute Nierenversagen und hier insbesondere das kardiorespiratorische Syndrom von zunehmender Relevanz. Die aktuellen Klassifikationssysteme, die Therapie, aber auch prognostische Marker werden Teil des Vortrages sein.



Prof. Dr. med. Matthias Leschke
Klinik für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie
Klinikum Esslingen a. N.
Hirschlandstr. 97, 73730 Esslingen
Tel.: 0711 3103-2401
Fax: 0711 3103-2405
m.leschke@klinikum-esslingen.de

Prof. Dr. med. Matthias Leschke ist seit 1998 Chefarzt der Klinik für Kardiologie, Pneumologie und Angiologie des Klinikums Esslingen. Er ist u. a. Managing Editor der Zeitschrift „Kliniker“ und im wissenschaftlichen Vorstand der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin tätig.

Update Kardiologie

Zu den neuen Antikoagulantien wurden im Jahr 2011 zwei wichtige Studien vorgelegt. In der jetzt am 5. Januar 2012 im New England Journal of Medicine publizierten ATLAS-ACS II-TIMI 51-Studie wurden Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom niedrig dosiert mit Rivaroxaban zusätzlich zur Thrombozytenaggregationshemmung in einer Dosierung von 2,5 oder 5 mg 2x1 täglich gegenüber Placebo über einen Zeitraum von 13 bis 31 Monaten therapiert. Rivaroxaban reduzierte den primären Endpunkt von kardiovaskulärem Tod, Myokardinfarkt oder Schlaganfall in beiden Gruppen signifikant, wobei im niedrig dosierten Therapiearm die Gesamtmortalität von 4,5 % in der Placebogruppe gegenüber 2,7 % reduziert wurde. Die Blutungsraten waren leicht erhöht, wobei das Risiko fataler Blutungen nicht signifikant erhöht war. Demnach ist davon auszugehen, dass Rivaroxaban in einer Dosierung von 2,5 mg 2x täglich demnächst in die Leitlinien zur antithrombotischen Therapie der Patienten mit akutem Koronarsyndrom eingehen wird. In der ARISTOTELES-Studie wurde Apixaban als Faktor X-Antagonist in einer Dosierung von 5 mg 2x1 gegenüber Warfarin in einer NON-INFERIORITY-Studie gegenüber Warfarin bei Patienten mit einem nicht-valvulären Vorhofflimmern und einem CHADS-Score von 2,1 verglichen. In dem Apixaban-Arm (N=9 120) wurde gegenüber Warfarin das Risiko von Schlaganfall oder systemischer Embolie, ebenso das Risiko eines hämorrhagischen Infarktes signifikant reduziert. Es kam zu

einer Reduktion der Gesamtmortalität. Die Blutungsraten lagen im Apixaban-Arm bei 2,13%/Jahr (schwere Blutungen) und bei Warfarin bei 3,09% entsprechend einem $P < 0,001$. Innerhalb von 1,8 Jahren kann damit Apixaban verglichen mit Warfarin 6 Schlaganfälle, 15 größere Blutungen und 8 Todesfälle pro 1000 behandelter Patienten reduzieren. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde nicht nur das NON-INFERIORITY-Kriterium, sondern auch das Überlegenheitskriterium in dieser Studie erzielt.

Zwischenzeitlich wurden auch die Studiendaten zum Einsatz von Rivaroxaban in einer Dosierung von 15 mg 1x1 bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance 30–49 ml/min) gegenüber Warfarin beim nicht-valvulären Vorhofflimmern publiziert. Auch hier zeigte sich eine signifikante Reduktion von Schlaganfällen und systemischen Embolien in dem Rivaroxaban-Arm bei weniger tödlichen Blutungen, wobei die Rate schwerer und klinisch relevanter Blutungen mit der unter Warfarin vergleichbar war. Eine Subgruppenanalyse der Re-Ly-Studie zeigte, dass die zusätzliche Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern in dem Dabigatran-Arm beim Vorhofflimmern insgesamt zu einer vermehrten Blutungsrate führt, allerdings ist diese Blutungsrate noch immer unter der Blutungshäufigkeit in dem Warfarin-Arm in der Kombination mit Thrombozytenaggregationshemmern.

Im Jahr 2011 wurden vier wichtige Leitlinien vom ESC vorgestellt.

1. Leitlinie zum NSTEMI-ACS, 2. die neuen Leitlinien zu peripheren arteriellen Verschlusskrankungen, 3. eine Leitlinie zu kardiovaskulären Erkrankungen während der Schwangerschaft sowie 4. Leitlinie zur Therapie von Fettstoffwechselstörungen. In den neuen Leitlinien zum NSTEMI wurden diagnostisch das hochsensitive Troponin eingeführt, die Echokardiographie zur Standarduntersuchung bei der Primäruntersuchung erhoben, ferner die koronare CT-Untersuchung zum Ausschluss relevanter Koronarstenosen bei Niedrig-Risikopatienten. Es wurde ein Blutungs-Risiko-Score eingeführt, ferner wird empfohlen, die Troponinkontrolle (hochsensitives Troponin) nach drei Stunden zu wiederholen. Während der Thrombozytenaggregationshemmung werden sowohl Prasugrel für interventionell behandelte Patienten als auch Ticagrelor als Klasse I B Empfehlung eingeführt. Clopidogrel hat nur noch eine I A Empfehlung für die Patienten, die weder Ticagrelor noch Prasugrel erhalten dürfen. Unverändert besteht eine invasive Strategie-Empfehlung innerhalb von 72 Stunden, entsprechend einer I A Empfehlung. Lediglich ein Routine-invasives Vorgehen bei Niedrig-Risikopatienten wird nicht empfohlen (III A).

In der PACE-Studie wird der Stellenwert der biventrikulären Stimulation bei Patienten mit diastolischer Dysfunktion und erhaltener linksventrikulärer Pumpfunktion gegenüber der routinemäßigen, bisher empfohlenen DDD-Schrittmacherimplantation, und einer damit alleinigen rechtsventrikulären Stimulation herausgearbeitet. Nach zwei Jahren entwickelten über 30 % der rechtsventrikulär stimulierten Patienten eine signifikante Verschlechterung der systolischen Funktion, so dass für diese Patientengruppe die biventrikuläre Stimulation (CRT-System) überlegen ist.

Aktuelle Studienergebnisse zur renalen Sympatikusedenergie zeigen, dass diese interventionelle Methode, die auf einer minimal-invasiven Katheter-basierten Ablation der sympathischen afferenten und efferenten Nerven im Bereich der Nierenarterien beruht, bei Patienten mit therapierefraktärer arterieller Hypertonie nach sechs Monaten eine signifikante Senkung der systolischen Blutdruckwerte um über 32 mmHg und der diastolischen Blutdruckwerte um über 10 mmHg bewirkt. Langzeitdaten belegen, dass sich die bei diesen Patienten häufig zu findende Schlafapnoe-Symptomatik gebessert, die diabetische Stoffwechselsituation als auch die diastolische Dysfunktion verbessert wird. Darüber hinaus wird in der Hypertensiologie auf den wachsenden Stellenwert der zentralen Blutdruckmessung als Parameter zur besseren Differenzierung von Patienten mit einer höheren Gefäßsteifigkeit der Arterien, die ein höheres kardiovaskuläres Risiko aufweisen, hingewiesen.

In der AIM-HIGH-Studie wurden Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung, die bereits mit Statinen und Ezetimib behandelt wurden, wegen eines niedrigen HDL-Cholesterins zusätzlich auf eine Therapie mit retardiertem Niacin im Vergleich zum Placebo behandelt. Wegen einer nicht ganz signifikanten Zunahme an Schlaganfällen wurde diese Studie nach drei Jahren abgebrochen, bei der sich kein Benefit in dem Arm zeigte, der zusätzlich Niacin zur Steigerung der HDL-Cholesterinwerte gegenüber den Placebo-Arm enthielt.

Gegenüber dem Placebo-Arm wurden die HDL-Werte allerdings nur gering angehoben, so dass auch in den neuen Leitlinien des ESC zur Lipidtherapie eine medikamentöse Therapie zur Erhöhung der HDL-Cholesterinwerte nur in speziellen Ausnahmesituationen empfohlen wird.



Prof. (emer) Dr. med. Ludger Seipel
ehem. Med. Universitätsklinik Tübingen, Abteilung III
Am Apfelberg 6
72076 Tübingen
Tel.: 07071 64675

50 Jahre Schrittmachertherapie – ein historischer Rückblick

Am 6.10.1961 implantierte Heinz Joachim Sykosch, ein junger Chirurg an der damaligen Med. Akademie Düsseldorf den ersten Herzschrittmacher in Deutschland. Es war die letzte Hoffnung für einen jungen Patienten mit traumatischem AV-Block, bei dem alle Stimulationsversuche mit einem externen Gerät immer wieder fehlschlugen. Den Schrittmacher erhielt er von der amerikanischen Arbeitsgruppe Greatbatch und Chardack, die gerade über die erste erfolgreiche Implantation des von ihnen entwickelten Gerätes berichtet hatten. Nach diesem Erfolgserlebnis wurde die Schrittmachertherapie zu einem Arbeitsschwerpunkt für Sykosch. Zusammen mit dem Elektrotechniker Zacouto, Paris, entwickelte er schon 1963 den ersten Bedarfsschrittmacher weltweit. Es folgten miniaturisierte Kinderschrittmacher, Pläne für ein vorhofgesteuertes Aggregat und erste technische Versuche zur Metallverkapselung der Geräte. Zusammen mit einer Schrittmacherfirma entwickelte er erste Geräte zur telemetrischen Überwachung von Schrittmachern via Telefon. So wurde innerhalb eines Jahrzehnts die moderne Schrittmachertherapie begründet. Es folgten bis heute zwar viele technische Verbesserungen, aber wenige Neuerungen auf diesem Gebiet.



Prof. Dr. med. Mark Dominik Alscher
Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie,
Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart
Auerbachstraße 110, 70376 Stuttgart
Tel.: 0711 8101-3494
Fax: 0711 8101-3792
Domonik.Alscher@RBK.de

Prof. Dr. med. Mark Dominik Alscher ist Ärztlicher Direktor am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart, Chefarzt der Abteilung Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie sowie Leiter des Notaufnahmезentrums.

Typische Irrtümer und Fehler in der Medizin

Obwohl mit modernen Schnittbildverfahren und modernen Laborwerten immer mehr Einzeldaten bei Erkrankten erhoben werden, ist auch die moderne Medizin nicht irrtums- und fehlerfrei. Im Gegenteil, bei häufig unpräziser Ersterhebung von Anamnese und klinischen Symptomen wird häufig aufgrund einzelner pathologisch veränderter Laborparameter der Diagnoseweg in falsche Richtungen gelenkt. Anhand von typischen Beispielen, die alle aus der klinischen Praxis stammen, werden typische Fehler besprochen. Dies betrifft das Übersehen von Autoimmunerkrankungen, das Übersehen von typischen Vergiftungskrankheitsbildern, die bei schneller Erkennung oft ohne Schaden ausheilen und insbesondere auch von Elektrolytstörungen, nachdem diese von immer höherer Relevanz bei einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung häufig mit Diuretika als Begleitmedikation behandelt werden.



Prof. Dr. med. Götz von Wichert
Universitätsklinikum Ulm
Zentrum für Innere Medizin, Klinik für Innere Medizin I
Albert-Einstein-Allee 23
89081 Ulm
Tel.: 0731 500-44508
Fax: 0731 500-44502
goetz.wichert@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. med. Götz von Wichert ist seit 2010 kommissarischer ärztlicher Direktor der Klinik für Innere Medizin I am Universitätsklinikum Ulm und Sekretär des interdisziplinären Tumorzentrums an der Universität Ulm. Seine klinischen Schwerpunkte liegen in der gastroenterologischen Onkologie, der gastroenterologischen Funktionsdiagnostik und in der gastroenterologischen Endoskopie.

Update Gastroenterologie

Im Rahmen des Vortrages werden aktuelle Entwicklungen in der Gastroenterologie und Endoskopie vorgestellt. Neben aktuellen Daten zur Behandlung der eosinophilen Oesophagitis werden therapeutische Konzepte bei autoimmuner Pankreatitis kompakt und leicht verständlich aufgearbeitet. Ein weiterer Schwerpunkt wird in der Diagnostik und Therapie funktioneller Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes liegen. Insbesondere neue therapeutische Ansätze in der Behandlung des Reizdarmsyndroms werden einen Schwerpunkt darstellen. Darüber hinaus werden neue therapeutische Ansätze in der Behandlung chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen, insbesondere Step-up- oder Step-down-Konzepte besprochen. Ein weiterer Schwerpunkt wird in der Behandlung chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen in der Schwangerschaft liegen. Ziel ist es, insgesamt leichtverständlich und prägnant einen Überblick über die neuesten Entwicklungen in der Gastroenterologie zu bieten.



Prof. Dr. Dr. h. c. Klaus-Peter Maier
Expertenzentrum Hepatologie
Diakonie-Klinikum Stuttgart
Rosenbergstr. 38, 70176 Stuttgart
Tel.: 0711 991-3131
Fax: 0711 991-3138
kpmhepatologie@diak-stuttgart.de

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Klaus-Peter Maier leitet das Expertenzentrum Hepatologie am Diakonie-Klinikum Stuttgart.

Update Hepatologie

Zwei außerordentlich beachtliche Fortschritte charakterisieren die Hepatologie des Jahres 2011: Erstmals wurde eine orale, Interferon-freie (!) Kombinationstherapie mit einem Polymerase- und einem Proteaseinhibitor bei HCV-positiven Patienten (GT1) eingesetzt, gut toleriert und assoziiert mit einem Abfall der Viruslast innerhalb von 14 Tagen von mehr als 5 Logarithmusstufen (!) – Hoffnung für viele Hepatitis C-Patienten, die Interferon nicht tolerieren.

Ein zweiter großer Durchbruch ergab sich durch die Einführung von Proteasehemmern (Telaprevir [Incivo®] bzw. Boceprevir [Victrelis®]), Medikamente, die direkt antiviral wirken, wenn auch nur gegen Genotyp 1 (wofür sie zugelassen sind). Allerdings kann diese Stoffklasse der NS3/4A-Proteasehemmer nicht isoliert als Monotherapie eingesetzt werden, da sich sonst rasch Resistenzen ausbilden, sondern nur additiv zur Standardtherapie mit PEG-IFN und Ribavirin („Triple-Therapie“).

Beide Proteasehemmer weisen ein erhöhtes Therapieansprechen im Vergleich zur bisherigen Standardtherapie auf: SVR ca. 70 % vs. 40 % bei unvorbehandelten Patienten. Zudem konnte bei der Hälfte der Patienten die Therapiedauer im Rahmen der sogenannten responsegesteuerten Behandlung deutlich reduziert werden.

Ebenfalls sinnvoll und angezeigt ist die Triple-Therapie bei Relapsen nach (erfolgreicher) Vortherapie: SVR-Raten ca. von 70–80 %, bei Patienten mit partiellem virologischen Ansprechen: SVR-Raten 40–50 % und bei Non-Respondern: SVR-Raten ca. 30 %.

Die Art und Weise der Therapiedurchführung ist unterschiedlich: Boceprevir wird erst nach einer „Lead-in-Phase“ mit PEG-IFN und Ribavirin eingesetzt, um die Entstehung einer Boceprevir-Resistenz zu vermeiden. Telaprevir wird über 12 Wochen zusammen mit PEG-IFN und Ribavirin verordnet.

Zahlreiche Nebenwirkungen, Medikamenten-Interaktionen und, essentiell, das Einhalten der Stoppregelein bedürfen besonderer Beachtung.



Prof. Dr. med. Bernhard Hellmich
Klinik für Inneren Medizin, Rheumatologie
Kreiskliniken Esslingen, Klinik Plochingen
Am Aussichtsturm 5, 73207 Plochingen
Tel.: 07153 604-61400
Fax: 07153 604-61409
b.hellmich@kk-es.de

Prof. Dr. med. Bernhard Hellmich ist seit 2007 Chefarzt der Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie der Kreiskliniken Esslingen.

Update Rheumatologie

Fibromyalgie-Syndrom: Modekrankheit oder relevante Differentialdiagnose?

Ein Fibromyalgiesyndrom ist ein chronisches Schmerzsyndrom, welches durch generalisierte Gelenk- und Muskelschmerzen, funktionelle Beschwerden und vegetative Begleitsymptome und eine typische Druckschmerzhaftigkeit von 18 definierten Tenderpunkten charakterisiert ist. Typischerweise sind Laborbefunde und die bildgebende Diagnostik bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom nicht pathologisch, sofern keine anderen Begleiterkrankungen vorliegen. Das Fibromyalgiesyndrom tritt vor allem bei

Frauen zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr auf und betrifft bis zu 2 % der Bevölkerung.

Da die Diagnose klinisch gestellt wird, kann auf eine umfangreiche technische Diagnostik daher in der Regel verzichtet werden. Die Schmerzen sind meist mit anderen körperbezogenen Beschwerden wie Druckschmerzempfindlichkeit, Steifigkeits- und Schwellungsgefühl der Hände, der Füße und des Gesichts, Müdigkeit, Schlafstörungen sowie mit seelischen Beschwerden wie Ängstlichkeit und Depressivität assoziiert. In der Differentialdiagnose müssen entzündlich-rheumatische Erkrankungen wie Kollagenosen, Vaskulitiden und Arthritiden berücksichtigt werden. Psychiatrische Komorbiditäten sind häufig anzutreffen. Kürzlich wurden vom American College of Rheumatology neue Diagnosekriterien für das Fibromyalgiesyndrom publiziert. Der Nachweis definierter klinischer Druckpunkte (sog. Tenderpoints) ist nicht mehr erforderlich. Die neuen Kriterien berücksichtigen die Schmerzverteilung (sog. Chronic Widespread Pain), vegetative Begleitsymptome, kognitive Symptome und Schlafstörungen.

Seit dem Jahr 2008 existiert eine nationale S3-Leitlinie zur Definition, Pathogenese und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Die Therapie des Fibromyalgiesyndroms ist multimodal und umfasst unter anderem Ausdauertraining, Physiotherapie, Antidepressiva wie Amitriptylin, Analgetika bei Bedarf und eine Patientenschulung.

Nächste Fortbildungsveranstaltung

**13. Esslinger Arteriosklerosegespräch
21. April 2012
ATRIUM Stuttgarter Flughafen
Terminal 1**

Wir freuen uns, Sie dort zu begrüßen!