

Humanitäre Verantwortung?



Foto: J. O. Evers

Daniel Sagebiel MPH
ist wissenschaftlicher Mitarbeiter
beim Deutschen Zentralkomitee zur
Bekämpfung der Tuberkulose

Zum nunmehr fünften Mal seit 1997 findet der Kongress „Theorie und Praxis der humanitären Hilfe“ dieses Jahr am 14. und 15. November in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin statt, zu dem Sie herzlichst eingeladen sind. Veranstalter sind das Tropeninstitut Berlin, action medeor, Ärzte ohne Grenzen und die Ärztekammer Berlin.

Ein kleines Jubiläum, ein Grund zum feiern? Nein, denn die humanitäre Hilfe und die Entwicklungszusammenarbeit sind heutzutage wichtiger denn je. Wir sehen täglich die Fernsehbilder mit Notleidenden oder sterbenden Menschen – sei es durch Hunger oder durch Gewalt. Meistens weit weg, aber manchmal auch ganz nah.

Leider hat die Zahl der weltweiten, oftmals vergessenen Krisenregionen in den letzten Jahren nicht abgenommen und neben so genannten „natürlichen“ Katastrophen wie Dürren, Überschwemmungen oder Erdbeben treten zunehmend herbeigeführte Katastrophen wie inner- und zwischenstaatliche Kriege in den Vordergrund. So leiden acht der zehn ärmsten Länder der Welt unter Kriegen oder Bürgerkriegen, häufig auch mit der Zivilbevölkerung als Ziel. Im Januar 2002 fielen weltweit 20 Millionen Menschen unter das Mandat des Flüchtlingskommissariats der Vereinten Nationen (UNHCR), knapp fünf Millionen davon – auch vor unserer Haustür – in Europa.

Durch unsere tägliche Arbeit ist uns allen bekannt, dass Krankheit Armut sowie Armut Krankheit bedingt. Deshalb sind Flüchtlingslager auch als die Intensivstationen von International Public Health anzusehen. Die Prävention von Armut und Konflikten ist die effektivste Form der Hilfe. Doch das gelingt leider viel zu selten und wenn, dann erfahren es meist nur die wenigsten. Staatliche Organisationen sind vorwiegend auf dem Gebiet der Entwicklungszusammenarbeit tätig, nichtstaatliche Organisationen weitestgehend in der Not- und Katastrophenhilfe, wobei die Übergänge fließend sind.

Bereits das Motto des ersten Kongresses „Helfen wollen reicht nicht aus“ machte deutlich, dass neben den politischen Rahmenbedingungen vor allem fundierte organisatorische und medizinische Kenntnisse erforderlich sind, um effektiv Hilfe leisten zu können. Wichtig ist hier neben Kenntnissen von Präventionsansätzen und Managementstrategien, eine kontinuierliche medizinische Aus- und Weiterbildung. Für die Arbeit im Ausland sind Erfahrungen auf den Gebieten der Chirurgie, Geburtshilfe, Pädiatrie oder der Inneren Medizin hilfreich, wobei nur wenige das hohe Anforderungsprofil eines „Allroundkonnners“ erfüllen.

„Humanitäre Verantwortung – medizinische und politische Aspekte humani-

tären Handelns“ lautet das diesjährige Motto des Kongresses. Neben Beiträgen zu Infektionskrankheiten (SARS, HIV/AIDS, Tuberkulose) werden auch tropenmedizinische Fallbeispiele (Malaria, Leishmaniose, Flussblindheit), reproduktive Gesundheit und Impfkampagnen referiert.

Ferner wird im Rahmen einer Podiumsdiskussion die Frage der humanitären Verantwortung diskutiert und am Beispiel Irak die Rolle der humanitären Hilfe zwischen Medien und Politik dargestellt. Wird humanitäre Hilfe instrumentalisiert und als Deckmantel für politisches Versagen missbraucht?

Darüber hinaus werden die Themen des sexuellen Missbrauchs in Notsituationen, Sicherheitsaspekte für Bevölkerung und Helfer, vergessene Konflikte und vieles mehr behandelt.

Anmeldung und Programm bei:
Ärzte ohne Grenzen e.V.,
Am Köllnischen Park, 10179 Berlin
Fax: 030-22 33 77 88
E-Mail: office@berlin.msf.org

Ihr



TITELTHEMA

Pharmakotherapie im Alter

Leider gibt es bis heute keine evidenzbasierte Leitlinie, auf welche zu behandelnden Krankheiten und auf wie viele Medikamente man sich bei alten Patienten unter dem Aspekt einer Nutzen/Risiko-Abwägung beschränken sollte. Unser Autor gibt Hinweise, wo bei der Pharmakotherapie älterer Patienten Stolpersteine lauern.

Von Claus Köppel14

Ab fünf Parallelverordnungen muss mit unerwünschten Arzneimittelreaktionen oder Wirkungsabschwächungen gerechnet werden. Dennoch wird vielen alten Menschen eine weit höhere Zahl von Medikamenten verordnet.

Die Studiensituation ist noch unbefriedigend.

Von Norbert Wrobel19



MEINUNG

Humanitäre Verantwortung?

Von Daniel Sagebiel3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*6

Mitteilungen aus dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Neue geriatrische DRG´s

Mit Inkrafttreten des neuen Fallpauschalen-Änderungsgesetzes stehen fünf geriatrische DRGs zur Verfügung, mit denen spezifische Versorgungsleistungen in der Geriatrie aufwandgerecht vergütet werden können.

Von Claus Köppel.....21

Zertifikat für die Charité-Kinderchirurgie

Von Rosemarie Stein.....22

Tag der offenen Tür in der Ärztekammer Berlin

Fotos vom Tag der offenen Tür in der Ärztekammer Berlin am Samstag, dem 13. September 2003.

Von Sybille Golkowski.....24

FORTBILDUNG.....

Hormontherapie im Klimakterium

Kurzfassung der Therapieempfehlungen zur Therapie mit Östrogen/Gestagen-Kombination im Klimakterium

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft.....26

Sicherer verordnen

Von Günther Hopf.....33

ARZT SEIN IN BERLIN....

Ein Portrait der Berliner Chirurgin Gabriele Ehren

Von Thomas Loy30

PERSONALIEN.....

Zum 90. Geburtstag von Isolde Kaiser-Meinhardt.....

.....31

FEUILLETON.....

Parzival im Praxisschock

Die neue Arztserie „Scrubs – Die Anfänger“ ist das Gegenteil der Schwarzwaldklinik und deshalb genau die richtige Sendung für Ärzte. Hauptpersonen: Drei Jungärzte beim schmerzvollen Gang vom Idealismus in die klinisch-kommerzielle Realität.

Von Rosemarie Stein32

Impressum42

Internet

Neue Fortbildungsdatenbank geht online

Ab sofort ist für Berliner Ärzte das Suchen nach Fortbildungsveranstaltungen ein Kinderspiel. Neben dem gelben Fortbildungskalender in BERLINER ÄRZTE bietet die Kammer ab 1. November auf ihren Internet-Seiten die Suche auch per Datenbank an. Sie finden sie unter www.aerztekammer-berlin.de, im Kapitel Fortbildung, Veranstaltungskalender.

In der Datenbank finden Sie weit mehr Termine als im Heft und können auch einige Monate im Voraus Ihre Fortbildung planen. Zudem können Sie gezielt nach bestimmten Kriterien suchen. Wenn Sie möchten, können Sie sich zum Beispiel ausschließlich die Termine Ihres Lieblingsveranstalters auswerfen lassen oder nur die Veranstaltungen eines bestimmten Tages. Sie können gezielt nach Terminen Ihres



Fachgebietes und/oder ausschließlich nach zertifizierten Veranstaltungen suchen. Sie können nur AiP-anrechenbare Veranstaltungen listen lassen oder nur Termine der Ernst-von-Bergmann-Akademie.

Natürlich finden Sie auch weiterhin wie gewohnt das gelbe Fortbildungsheft in BERLINER ÄRZTE; hier können Sie sich auch ohne PC kurzfristig informieren. Doch die Datenbank er-

möglicht Ihnen komfortabel, Ihre Planungen zielgenau und weiter im Voraus zu treffen.

Termine, die zur Zertifizierung eingereicht wurden, werden übrigens automatisch in beiden Kalendern veröffentlicht (im Print allerdings immer nach Maßgabe des vorhandenen Raumes). Aber auch Termine außerhalb des Zertifizierungsverfahrens können zur Ankündigung eingereicht werden.

Für Veranstalter!

Ärztliche Fortbildungsveranstaltungen in Berlin werden zur Aufnahme in Datenbank und Fortbildungskalender künftig nicht mehr bei der Kaiserin-Friedrich-Stiftung, sondern beim Referat Fortbildung der Ärztekammer Berlin angemeldet. Das Anmeldeformular auf Seite 2 des gelben Innenheftes in dieser Ausgabe erleichtert Ihnen und uns die Aufnahme. Sie können uns aber auch formlos Informationen schicken. Formular und Unterlagen schicken Sie bitte an die

Ärzttekammer Berlin
Referat Fortbildung
Friedrichstraße 16
10969 Berlin

Ansprechpartnerinnen:
Frau Hasenbeck
Frau Budzinski
Tel. 40 80 6-1202/-1201
Fax 40 80 6-1299
E-Mail: kalender@aekb.de

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Praxisgebühr stellt KV vor große Probleme

Die ab Januar 2004 zu erhebende Praxisgebühr bereitet der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin besondere Probleme. Denn die Gebühr muss auch innerhalb des Ärzt-

lichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) mit ständig wechselnden Ärzten erhoben werden. Im Auftrag der KV fahren rund 360 Ärztinnen und Ärzte circa 45.000 Hausbesuchsdienste im Quartal. Wie der Geldeinzug hier organisiert werden soll, ist noch völlig unklar. Genauso unkalkulierbar ist die Frage, ob die Gebühr einen Steuerungs-

effekt haben wird. Die Wahrscheinlichkeit, dass Anrufer in einem Quartal auf den selben Arzt treffen, ist relativ gering, so würde die Gebühr für den Patienten mehrfach anfallen. Das Geld müsste, wie in der Praxis auch, der Arzt für die Krankenkassen einziehen und es würde ihm später vom Honorar wieder abgezogen. An das Geld zu kommen sei aber verglichen mit dem Praxisbetrieb wesentlich schwieriger, meint ein KV-Mitarbeiter. „Was soll der Arzt denn machen, wenn der Patient beispielsweise einen Vormund hat und die 10 Euro nicht zahlt?“, fragt ein ÄBD-Mitarbeiter. Darf

der Arzt die Behandlung verweigern? Kann man dem Arzt zumuten, das Geld aus eigener Tasche zu bezahlen? Wie dies in Zukunft geregelt werden soll, steht noch nicht fest.

Inzwischen hat die KBV allerdings ein erstes Konzept vorgelegt, wie das Inkasso insgesamt organisiert werden könnte (im Internet unter www.kbv.de als PDF-Datei zum Downloaden). Bis zum Ende des Jahres muss jedenfalls eine Lösung des Problems gerade im ÄBD gefunden sein. Bleibt das Inkasso-Risiko bei den Ärzten, wird die Attraktivität zur Teilnahme am ÄBD abnehmen.

PAG/SyGo

Jenny de la Torre

Obdachlosenärztin nicht mehr am Ostbahnhof



Die Berliner Obdachlosenärztin Dr. Jenny De la Torre arbeitet seit dem 1. Oktober

nicht mehr in der Obdachlosenpraxis am Ostbahnhof. Wegen rückläufiger Finanzierungsmöglichkeiten sah sich der Träger der Praxen, die MUT gGmbH (eine gemeinnützige Tochter der Ärztekammer Berlin) gezwungen, den Arbeitsvertrag mit der Ärztin auf 25 Stunden zu reduzieren. Das wurde von Jenny De la Torre nicht akzeptiert. „Würde ich das mitmachen, öffne ich damit die Tür für noch weitere Kürzun-

gen“, sagt die selbstbewusste Ärztin und Trägerin des Bundesverdienstkreuzes und entschied sich für den Ausstieg. Sie wolle damit ein Zeichen setzen und deutlich machen, dass eine Obdachlosenpraxis allein durch eine Finanzierungspauschale pro Patient nicht vernünftig auszufinanzieren sei. Ihre Patienten und die MUT bedauerten diese Entscheidung sehr. Doch bei der MUT sah man keinen anderen Ausweg.

Zwar ist die Zahl der Menschen, die in den beiden Obdachlosenpraxen der MUT am Ostbahnhof und in Lichtenberg täglich medizinische Versorgung und sozialpflegerische Betreuung suchen, seit Eröffnung im Jahr 1994 konstant hoch. Doch seit etwa zwei Jahren ist die Zahl der Patienten, die über die mit dem Senat 1996 vereinbarte Konsultationspauschale in Hö-

he von 12,78 Euro abrechenbar sind, stark rückläufig.

Die Pauschale wird nur für solche Patienten gezahlt, die nicht krankenversichert, nicht Sozialhilfeempfänger und deutsche Staatsbürger sind.

Ein Beispiel: im Jahr 2001 haben 3103 Patienten die Obdachlosenpraxis am Ostbahnhof aufgesucht, im Jahr 2002 waren es sogar 3811. Im Jahr 2001 waren davon noch 80,6 Prozent per Konsultationspauschale abrechenbar und 2002 nur noch 68,6 Prozent.

Um die immer stärker klaffende Finanzierungslücke für das monatliche Gehalt der Ärztin schließen zu können, war die MUT verstärkt auf Spendenmittel angewiesen. Das Spendenaufkommen ist aber gerade in den letzten Jahren dramatisch zurückgegangen. So blieb nur noch die Arbeitszeitreduktion

„Was sollten wir machen?“, sagt MUT-Geschäftsführerin Dr. Helga Schick. „Wenn der Patienten-Mix in der Obdachlosenpraxis nicht mehr stimmt, können wir keine volle Arztstelle mehr finanzieren, so gern wir das auch täten.“

Bei der MUT schaut man jetzt nach vorn und hat alles getan, um den Patienten am Ostbahnhof auch weiterhin ein stabiles medizinisches Versorgungsangebot zur Verfügung zu stellen. Seit 1. Oktober wurden von einer Ärztin und zwei Ärzten – einer davon besitzt eine Zusatzausbildung als Sozialarbeiter – die neuen Sprechstunden übernommen. Die Ärzte arbeiten zum Teil ehrenamtlich und auf Honorarbasis. So konnte man die Sprechstunden nicht nur in vollem Umfang aufrechterhalten, sondern sogar erweitern.

Ambulante Versorgung

Ärzte reduzieren Leistungen

Die Kassenärzte der Hauptstadt wollen ihre Leistungsmenge allmählich drosseln, die Patienten müssen sich auf längere Wartezeiten einstellen. „Der zum 1. Juli neu eingeführte Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zeigt, dass das von den gesetzlichen Krankenkassen bereitgestellte Geld nicht ausreicht, um alle bisherigen Leistungen angemessen zu vergüten“, begründet der KV-Vorsitzende Manfred Richter-Reichhelm diesen Schritt. Die Patienten müssten damit rechnen, dass nicht dringende Untersuchungen und Behandlungen in das nächste Quartal verlegt würden. Es würden aber nur dort Leistungen eingeschränkt oder auf einen späteren Zeitpunkt verschoben, wo dies medizinisch vertretbar sei.

„Ziel ist, die Leistungsmenge allmählich der Geldmenge anzupassen und sie auf das absolute Notwendige einzuschrän-

ken“, so der Urologe. Rund 30 Prozent der Arbeit werde den Berliner Kassenärzten nicht mehr bezahlt. Diese Aktion ist zugleich ein „Probelauf“ für die Einführung der Regelleistungsvolumina in der ärztlichen Vergütung, wie sie das Gesundheitsreformgesetz vorsieht. Danach wird den Ärzten ein fester Preis für eine bestimmte vereinbarte Leistungsmenge gezahlt. Der Preis sinkt, wenn das Kontingent ausgeschöpft ist. Richter-Reichhelm: „Eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes soll verhindert werden.“

Indessen hat die Senatsverwaltung für Gesundheit und Verbraucherschutz die Ankündigungen der KV scharf kritisiert. Gesundheitsstaatssekretär Dr. Hermann Schulte-Sasse wies darauf hin, dass Ärzte mit Hinweis auf das Budget keine Behandlung verweigern oder verschieben dürfen, wenn der Patient sofortige Hilfe braucht. Schulte-Sasse kündigte gegenüber der KV rechtsaufsichtliche Schritte an. *PAG/SyGo*

Achtung!

Die Ärztekammer Berlin weist niedergelassene Kollegen darauf hin, dass aus wirtschaftlichen Gründen vorgenommene Einschränkungen bei

den Sprechzeiten in der Außenkommunikation berufsrechtlich problematisch sind.

Planbare Behandlungen können Sie dann auf einen späteren Zeitpunkt verschieben, wenn die Terminalsituation der Praxis es nicht anders zulässt und dies ohne eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten medizinisch vertretbar ist. Wenn es Terminschwierigkeiten gibt, erläutern Sie dies bitte auch so und vermeiden Sie, den Patienten mit dem Hinweis fortzuschicken, Ihr Budget sei erschöpft. Eine solche Begründung ist berufsrechtlich nicht zulässig und kann Sie in unnötige Schwierigkeiten bringen. Selbstverständlich sind und bleiben Sie verpflichtet, Patienten in einem akuten medizinischen Notfall oder wenn dessen Gesundheitszustand keine Behandlungsverzögerung zulässt, sofort zu helfen.

Grundsätzlich gilt jedoch auch: Jedem Vertragsarzt ist die Gestaltung der eigenen Sprechzeiten im Rahmen der Mindestvorgaben der KV Berlin bezüglich Menge und Lage völlig selbst überlassen. Wird eine Reduktion der bisherigen Sprechzeiten vorgenommen, so muss gegenüber den Patienten nicht explizit begründet werden, warum dies geschieht. Möchte der Arzt dies dennoch tun, so ist das begrenzte Kassenbudget eine berufsrechtlich problematische Begründung.

Besorgniserregende Impfsituation

Impfkampagne in Arztpraxen der Hauptstadt

Eine Impfkampagne in Arztpraxen hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin gestartet. Mit auffälligen Plakaten und scheckkartengroßen „Impfcards“, die zum Thema Schutzimpfungen aufklären und in die der Arzt den nächsten Impftermin einträgt, will die KV die Patienten auf die Bedeutung eines ausreichenden Impfschutzes aufmerksam machen. „Denn die Impfsituation in Deutschland ist Besorgnis erregend“, begründete KV-Chef Manfred Richter-Reichhelm die Initiative. Beispiel: Grippe-Schutzimpfung.

„Obwohl die jährliche Schutzimpfung mit den jeweils aktuellen Virustypen einen guten

Schutz vor der Influenza-Erkrankung bieten, lassen sich beispielsweise nur weniger als 40 Prozent der über 60-Jährigen, die zu den besonders gefährdeten Personen gehören, impfen“, sagte Angelika Prehn, Hausärztin und stellvertretende KV-Vorsitzende. Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts starben im vergangenen Jahr zwischen 12.000 und 20.000 Menschen in Deutschland an den Folgen der Grippe, viele dieser Todesfälle hätten vermieden werden können. Doch vielfach wüssten die Bürger nichts von der Möglichkeit, sich gegen Influenza impfen zu lassen oder hielten die Impfung nicht für notwendig, weil sie die Virusgrippe mit einer harmlosen Erkältung gleichsetzten, so Prehn. Die Hausärzte hätten bei der Aufklärung eine besondere Verantwortung. *PAG*

Schmerzpatienten

Betäubungsmittel auf Auslandsreisen

Wenn Patienten ärztlich verschriebene Betäubungsmittel auf eine Auslandsreise mitnehmen wollen, ist bei Staaten des Schengener Abkommens (z. Zt. Deutschland, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Island, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien) Folgendes zu beachten:

Bei Reisen bis zu 30 Tagen können in diese Staaten ärztlich verschriebene Betäubungsmittel mitgeführt werden. Allerdings benötigt der Patient eine vom Arzt ausgefüllte und durch die zuständige Behörde (in Berlin ist es das Landesamt für Gesundheit und Soziales) beglaubigte Bescheinigung.

Das Formular kann bei der Bundesopiumstelle angefordert oder – noch einfacher – direkt von der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte ausgedruckt werden (http://www.bfarm.de/de_ver/betaubungsm/hinweise_btm.html). Dort finden Sie übrigens weitere detaillierte Informationen für die Mitnahme von Betäubungsmitteln auch in andere Länder.

Die für die Beglaubigung zuständige Behörde erreichen Sie unter:

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
Fehrbelliner Platz 1
10707 Berlin.

Sprechzeiten: Dienstag und Freitag von 9 - 12 Uhr, Donnerstag von 15 - 18 Uhr sowie nach Vereinbarung, Tel. 90 12-51 42.

Hauptstadtkongress 2004

Call for Papers zum Thema „Prävention“

Der nächste Hauptstadtkongress findet vom 2. bis 4. Juni 2004 im ICC/Berlin statt. Für das in diese Veranstaltung eingebettete Deutsche Ärzteforum 2004 läuft derzeit bis zum 15. Dezember ein „Call for Papers“ zu folgenden Themenschwerpunkten:

Prävention im medizinischen Alltag

Noch immer gilt Deutschland in Sachen Prävention als Entwicklungsland. Die Ursachen dafür sind vielfältig, vor allem jedoch fehlt in Deutschland eine ganzheitliche Herangehensweise (Krankheit heilen vs. Gesundheit erhalten) und es mangelt an Anreizen, die gesundheitsbewusstes Verhalten fördern. Dabei gilt die Prävention nach wie vor als Mittel der Wahl, wenn es um eine langfristige Senkung der Kosten im Gesundheitswesen geht.

Dennoch gibt es auch in Deutschland viele ärztliche Initiativen und Projekte zur Vorbeugung von Krankheiten und Verletzungen, die in der

Öffentlichkeit leider vielfach kaum bekannt sind.

Die dekompensierte Herzinsuffizienz – Management im Krankenhaus

Die Herzinsuffizienz ist mittlerweile die häufigste Hospitalisierungsursache bei den über 65-Jährigen. Während die chronische stabile Herzinsuffizienz durch Einführung neuer Arzneimittel in den letzten 15 Jahren zahlreiche Verbesserungen erfahren hat, ist die dekompensierte Herzinsuffizienz immer noch mit einer extrem hohen Sterblichkeit verbunden. Auch Wiederaufnahmen ins Krankenhaus sind sehr häufig.

Auf dem Deutschen Ärzteforum 2004 sollen zu diesem Thema Arbeiten vorgestellt werden, die neue Ergebnisse in der Akutbehandlung der dekompensierten Herzinsuffizienz transportieren, oder sich mit der Prävention weiterer Hospitalisierungen, dem Akut- und Langzeitmanagement dieser Erkrankungen sowie mit Patientenschulungen und „Out-patient-clinics“ beschäftigen. Auch Beiträge zu neuen pharmakologischen Therapiemöglichkeiten sind willkommen.

Die Kurzfassungen mit maximal 5000 Zeichen senden Sie bitte bis zum 15. Dezember 2003 unter Angabe der vollständigen Adressen aller Autoren im ASCII-Textfile-Format oder per Diskette an:

Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp
Ärztlicher Direktor
Unfallklinik Berlin
Warener Straße 7
12683 Berlin

Unter www.hautstadtkongress.de/call-for-papers finden Sie auch ein Online-Formular, das die Einsendung erleichtert. Alle Kurzfassungen werden jeweils von zwei unabhängigen Gutachtern bewertet.

• Vorträge: In wissenschaftlichen Vorträgen (15+5 Min.)

können aktuelle Forschungsergebnisse präsentiert und im direkten Anschluss diskutiert werden.

- Tagungsband: Die akzeptierten Beiträge werden auf einer Tagungs-CD zusammen mit allen anderen Beiträgen des Hauptstadtkongresses 2004 veröffentlicht, die bereits während des Kongresses zur Verfügung stehen.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Unfallklinik Berlin,
Herrn Uwe Lorenz,
Referent des Verwaltungsdirektors, Warener Straße 7,
12683 Berlin, Tel. 030/568 110 05,
Fax 030/568 110 03,
E-Mail: uwe.lorenz@ukb.de

Auditoren gesucht

Im Rahmen des Projektes Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin suchen wir Ärztinnen und Ärzte, die sich in einem zweitägigen Kurs zu Auditoren fortbilden lassen. In Frage kommen Transfusionsverantwortliche und Qualitätsbeauftragte aus Berliner Einrichtungen. Nachdem in der ersten „Fortbildungsrunde“ vor allem Kollegen aus dem stationären Bereich ausgebildet wurden, suchen wir jetzt vor allem Ärzte aus dem ambulanten Bereich.

Ein Audit (Begehung einer fremden Einrichtung) wird immer von zwei Auditoren durchgeführt und nimmt in einer Klinik etwa vier Stunden, in einer Praxis etwa zwei Stunden in Anspruch. Für jeden erhalten die Auditoren eine Aufwandsentschädigung. Auditoren haben etwa vier Einsätze jährlich.

Termine für die Fortbildung erhalten Sie auf Anfrage im Referat Qualitätsmanagement.

Christa Markl-Vieto, Tel. 40 80 6 - 1400,

c.markl@aekb.de

Regina Drendel, Tel. 40 80 6-1401,

r.drendel@aekb.de

„Wie werde ich Facharzt?“

...unter diesem Titel bietet die Ärztekammer am 2. Dezember 2003 eine Informationsveranstaltung in ihrem Hause an.“ In Vorträgen und einer anschließenden ausführlichen Podiumsdiskussion werden die Weiterbildungsordnung vorgestellt und Informationen zum Arbeitszeitgesetz und den Konsequenzen aus dem aktuellen EuGH-Urteil vermittelt.

Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz, Vertreter der Weiterbildungsausschüsse und des Arbeitskreises „Junge Ärzte“ stehen für alle Fragen zur Verfügung. Im Anschluss haben Sie die Möglichkeit, sich individuell von den Mitarbeiterinnen des Weiterbildungsreferates beraten zu lassen. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Die Veranstaltung ist gebührenfrei.

Termin:

Dienstag, 2. Dezember 2003, 19.30 Uhr

im Haus der Ärztekammer Berlin

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

E-Mail für Vorab-Fragen zur Vorbereitung der Veranstaltung:

info021203@aekb.de

Patienteninfo Berlin

Neue Homepage für bessere Patientenberatung

Patienteninfo Berlin – seit April 2002 ein Projekt der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung – hat sein kostenloses und werbefreies Internet-Angebot komplett überarbeitet. Unter www.patienteninfo-berlin.de finden sich Informationen zu den Themen Gesundheit, Krankheit und Soziales. Auf einen Klick können zu einem Schlagwort passende Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Ärzte in der Hauptstadt abgerufen werden.

In einem Diskussionsforum können die Nutzer anonym Ärzte und Fachleute zu ihren

Problemen befragen. Die Experten geben Auskunft zum Patientenrecht, zum Umgang mit Krankheiten oder Leistungen der Krankenkassen.

Für Transparenz und Qualität der Informationen stehen neben dem Träger Gesundheit Berlin e.V. viele Kooperationspartner ein, so zum Beispiel die Verbraucherzentrale Berlin und Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände. Finanziert wird das Modellprojekt zur unabhängigen und neutralen Patientenberatung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen (§ 65 b SGBV) mit 130.000 € jährlich. Nach Aussage von Carola Gold von Gesundheit Berlin besuchen die Homepage durchschnittlich 4000 Rat-suchende pro Monat. *PAG*

Anwendungshinweise für Salmeterol in der Asthmatherapie

Zu Beginn des Jahres 2003 wurde in den USA eine Studie mit dem langwirkenden Betamimetikum Salmeterol abgebrochen. Die Studie (Salmeterol Multi-center Asthma Research Trial = SMART) war 1996 auf Anforderung der FDA initiiert worden, um die Sicherheit der Anwendung von Salmeterol in der Behandlung von Asthma zu untersuchen. Es handelte sich um eine 28-wöchige, multizentrische, plazebokontrollierte Studie, in die ursprünglich 60.000 Asthmapatienten eingeschlossen werden sollten.

Nach Einschluss von circa 26.000 Patienten wurde eine Zwischenanalyse durchgeführt. Diese zeigte für die Behandlungsgruppe eine geringfügig höhere Anzahl Asthma-assoziiierter lebensbedrohlicher Ereignisse und Asthma-bedingter Todesfälle im Vergleich zur Kontrollgruppe. Der Unterschied war allerdings nicht statistisch signifikant. Sig-

nifikante Differenzen ergaben sich bei einer Subgruppenanalyse für die Gruppe der Afro-amerikaner sowie für Patienten, die kein inhalatives Glukokortikoid als Basistherapie erhielten. Entgegen den aktuellen Leitlinien zur Asthmatherapie erhielten nur 47% der Studienteilnehmer ein inhalatives Glukokortikoid. Die Gabe von inhalativen Glukokortikoiden zur Asthmabehandlung scheint auch in anderen Ländern nicht generell etabliert zu sein. So ergaben Untersuchungen aus Großbritannien, dass dort 5-30% der mit Salmeterol behandelten Patienten kein Glukokortikoid als Begleittherapie anwenden. Entsprechende Daten aus Deutschland liegen nicht vor.

Die Ergebnisse der SMART-Studie und die Erfahrungen aus anderen Ländern sind für das BfArM Anlass, auf folgende

Aspekte der Asthmatherapie hinzuweisen:

Langwirksame Betamimetika sind kein Ersatz für eine Kortikoidbasistherapie.

Entsprechend aktueller Therapieempfehlungen und dem Zulassungsstatus von Salmeterol ist in jedem Fall eine Behandlung mit einem inhalativen oder

oralen Glukokortikoid erforderlich. Das Glukokortikoid darf nicht abgesetzt oder in der Dosis reduziert werden, wenn mit einer Salmeteroltherapie begonnen wird.

Eine Salmeteroltherapie sollte nicht bei Patienten begonnen werden, bei denen gerade eine deutliche oder akute Verschlechterung des Asthmas eingetreten ist.

Salmeterol ist nicht geeignet zur Behandlung akuter Asthmasymptome. Als Bedarfstherapeutika zur Behandlung akuter

Asthmabeschwerden sind kurzwirksame Betamimetika erforderlich. Die bestehenden Leitlinien spiegeln den gegenwärtigen Kenntnisstand zur Therapie des Asthmas wider. Ihre Beachtung trägt dazu bei, den betroffenen Patienten die zur Zeit am besten belegte Behandlung bezüglich Wirksamkeit und Sicherheit zukommen zu lassen.

Quellenangaben:

Deutsche Atemwegliga: Empfehlungen zur Asthmatherapie bei Kindern und Erwachsenen. Pneumologie 52 (1998), 591-601

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie des Asthma bronchiale im Erwachsenenalter, 2001

National Institut of Health: Asthma management and prevention. NIH publication No. 02-3659, 2002



Röntgenverordnung

Aktualisierungskurs Fachkunde Strahlenschutz

Die kammereigene Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz bietet einen neuen Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde nach Röntgenverordnung an. Teilnehmer können sich 8 Fortbildungspunkte anrechnen lassen. Der Kurs findet statt am:

Freitag, 6. Dezember 2003 in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin. Die Teilnehmergebühr beträgt 130 €, der Kurs erstreckt sich über 8 Stunden.

Anmeldungen unter Tel. 40 80 6-1301, -1302, -1303, Fax -1399.

Wie berichtet, müssen Fachkunden im Strahlenschutz alle fünf Jahre erneuert werden, sonst verfallen sie. Grund dafür ist die neue Röntgenverordnung vom Juli 2002. Je nachdem, wie alt die bestehende Fachkunde ist, gelten für die erste Aktualisierung unterschiedliche Stichtage:

Nach Röntgenverordnung		Nach Strahlenschutzverordnung	
Erwerb	Aktualisierung bis:	Erwerb	Aktualisierung bis:
Vor 1973	30.6.2004	Vor 1976	31.7.2003
1973-1987	30.6.2005	1976-1989	31.7.2004
Nach 1987	30.6.2007	Nach 1989	31.7.2006
Nach 1.7.2002	Jeweils immer 5 Jahre nach Erwerb der Fachkunde	Nach 1.8.2001	Jeweils immer 5 Jahre nach Erwerb der Fachkunde

Im März nächsten Jahres bietet die AAG übrigens auch einen neuen kombinierten Aktualisierungskurs nach Röntgen- und Strahlenschutzverordnung an.

Dekubitusstudie

Korrektur

In unserem Heft 9/2003 haben sich zwei Fehler eingeschlichen, die wir gern nachträglich korrigieren möchten: Im Beitrag „Follow-up zur Dekubitus-Studie“ auf Seite 23 wurde im Vorspann versehentlich geschrieben, das Institut für Rechtswissenschaft habe diese Studie durchgeführt. Das ist falsch.

Tatsächlich wurde die Studie am Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin erstellt. Zudem haben wir in der E-mail-Adresse des Autors Dr. Wolf-Gunther Troike einen Bindestrich vergessen, so dass interessierte Leser ihn nicht kontaktieren können. Richtig lautet sie: wolf-gunther.troike@germed.verwalt-berlin.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Schlosspark-Klinik PD Dr. med. Thomas Lempert, seit Juni 2003 Chefarzt der Neurologischen Abteilung der Schlosspark-Klinik wurde zum apl-Professor an der Charité - Universitätsmedizin Berlin ernannt.

Immanuel-Krankenhaus Dr. med. Malte Bühring, Lehrstuhlinhaber für Naturheilkunde und Chefarzt des Zentrums für Naturheilkunde am Immanuel-Krankenhaus, ging Ende Juni in den Ruhestand. Sein Lehrstuhl wird vom UKBF und vom Immanuel-Krankenhaus gemeinsam betrieben. Bis zur Wiederbesetzung ist der Leitende Oberarzt Dr. med. Rainer Stange kommissarischer Leiter des Zentrums im Immanuel-Krankenhaus.

Universitätsmedizin Berlin – Campus Benjamin Franklin

Prof. Dr. med. Hans Vermold, bislang Chef der Neonatologie am UKBF, ist im Oktober in den Ruhestand gegangen. Die kommissarische Leitung der Abteilung hat Prof. Michael Obladen von der Neonatologie am Campus Virchow mitübernommen. Im nächsten Jahr ist eine Fusion der Neonatologien des UKBF und der Charité geplant.

HELIOS- Klinikum Buch Dr. med. Barbara Distler ist neue Chefarztin in der Kinderheilkunde. Sie hatte bis dato in der gleichen Abteilung als Oberärztin gearbeitet. Ihr Vorgänger, PD Dr. med. Albrecht Tacke ging im August in den Ruhestand, führt jedoch dienstags und donnerstags noch eine Sprechstunde im Klinikum durch.

St. Joseph-Krankenhaus Im März wurde im St. Joseph-Krankenhaus eine neue Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eröffnet. Sie verfügt über 20 vollstationäre und 20 tagesklinische Plätze. Chefarzt ist seit 1. September PD Dr. med. Michael von Aster. Er hat zuvor die Kinderpsychiatrie am Universitätsklinikum Zürich geleitet.

Universitätsmedizin Berlin – Campus Mitte und Virchow

Die Klinik für Pädiatrie unter der Leitung von Prof. Dr. Uwe Querfeld in Mitte ist auf den Campus Virchow umgezogen. Die neue Anschrift lautet: Klinik für Pädiatrie m. S. Nephrologie, Charité – Campus Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, die bisherigen Telefonnummern bleiben erhalten, es kommen jedoch zwei neue hinzu: Tel. 4505-16138, Fax 4505-16904

Bei dieser kleinen Rubrik ist die Redaktion BERLINER ÄRZTE auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel. 40 80 6-124/ -125, Fax: -164.
E-Mail: presse@aerztekammer-berlin.de.

Prävention

Netzwerk Ganzheitsmedizin

In Berlin gibt es seit Anfang September ein Netzwerk Ganzheitsmedizin. Es bietet Vorträge und Kurse zu Gesundheitsförderung und Prävention an. Dabei sollen Angebote aus Naturheilkunde, Anthroposophischer Medizin und Homöopathie gebündelt werden. Das Netzwerk besteht aus niedergelassenen Ärzten, dem Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe und dem Immanuel-Krankenhaus in Wannsee.

Mitinitiator und Ansprechpartner für das Netzwerk ist Dr. med. Rainer Stange, derzeit kommissarischer Chefarzt am Immanuel-Krankenhaus. Das Netzwerk erreichen Sie über die Homepage www.netzwerk-ganzheitsmedizin-berlin.de

Praxismanagerin

Neue Weiterbildung für Arzthelferinnen

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein bietet einen 800-Stunden-Kurs zur Weiterbildung für Arzthelferinnen an. Als Praxismanagerin soll sie den Arzt in Aufgaben des Praxis- und Personalmanagements, gerade auch im Rahmen der neuen Anforderung des Qualitätsmanagements, unterstützen. Sie ist als organisatorische Führungskraft mit Managementkompetenzen sicher vorrangig für große Praxen, Praxisverbände und Ärztehäuser sinnvoll einzusetzen. Inhalte sind Ausbildung, Qualitätsmanagement, Betriebswirtschaftliche Praxisführung, Betriebliches Rechnungs- und Finanzwesen, Personalmanage-

ment sowie Informations- und Kommunikationstechnologien.

Neben dem theoretischen Unterricht ist eine Praktikumsphase und eine schriftliche Abschlussarbeit Teil des Curriculums. Voraussetzung für die Teilnahme ist ein Realschulabschluss, der Arzthelferinnenbrief sowie drei Jahre Berufserfahrung. Der nächste Kurs beginnt voraussichtlich im April 2004 in Bad Segeberg, die Kosten belaufen sich auf 2900 Euro; Meister-Bafög kann beantragt werden. Der Kurs findet berufsbegleitend über zwei Jahre und vorrangig an Wochenenden statt, zweimal ist eine Woche Unterricht vorgesehen. Weitere Informationen erteilt die Ärztekammer Schleswig-Holstein unter Tel. 04551-8813-153/292 oder über E-Mail: ecs-aeksh@gmx.de

Ins Stocken geraten

Tarifverhandlungen für Arzthelferinnen ausgesetzt

Für die rund 350.000 Arzthelferinnen und Auszubildenden in Deutschland wird es vorerst keinen neuen Tarifabschluss geben. Von Arbeitgeberseite wurden die Verhandlungen im Oktober ausgesetzt, weil die niedergelassenen Ärzte wegen der negativen Honorarentwicklung keinerlei Spielraum für Gehaltserhöhungen bei ihren Beschäftigten sahen. Die im Beitragssicherungsgesetz für 2003 verordnete „Nullrunde“ für den ambulanten Bereich führt wegen gestiegener Praxis-Fixkosten zu einer effektiven Minusrunde für die meisten niedergelassenen Ärzte. Zusätzlich bergen verschiedene Neuerungen im Gesundheitsmodernisierungsgesetz die Gefahr zusätzlicher Verwaltungskosten (Beispiel: Praxisgebühr).

Die Arbeitgeber hatten angeboten, den Gehaltstarifvertrag vom Januar 2002 zu verlängern und die Ausbildungsvergütungen um 20 EUR pro Ausbildungsjahr zu erhöhen. Dies wurde vom Arzthelferinnen-

verband jedoch abgelehnt. Wann die Beratungen wieder aufgenommen werden, ist zur Zeit noch offen. Bis zu einem Neuabschluss gilt deshalb der bestehende Tarifvertrag weiter.



Herbstkonzert

Zu seinem traditionellen Herbstkonzert lädt das Berliner Ärzteorchester am Sonntag, 16. November 2003, um 20 Uhr in den Kammermusiksaal der Philharmonie. Folgende Darbietungen stehen auf dem Programm:

- | | |
|----------------------|--|
| Douglas Victor Brown | Traumpfad (Uraufführung) |
| Peter Lindpaintner | Sinfonie Concertante für Flöte, Oboe, Klarinette, Horn und Fagott op. 36 |
| Sergej Rachmaninow | Klavierkonzert Nr. 3 d-moll op. 30 |

Dirigent: Kevin Mc Cutcheon

Karten zum Preis von 12 und 9 € (ermäßigt 6 €) gibt es an der Abendkasse, oder unter Tel./Fax 275 18 18, unter 0800/248 98 42 oder an den Citytic-Vorverkaufsstellen.

Kobalamin Eisen Flurazepam Folsäure LevodOPA
Thiamin Amitriptylin Ciprofloxazin Desipramin
Imipramin Lidocain Metronidazol Nicardipin Nifedipin
Omeprazol Ondansetron PrOPAnolol Trazodon
Acetazolamid Carbenoxolon Ceftriaxon Clomethiazol
Diazepam Phenytoin Salicylsäure Theophyllin
Thiopental Tolbutamid Valproinsäure Warfarin
Zimeldin ChlorprOMAZin MaprotilinKobalamin Eisen
Flurazepam Folsäure LevodOPA Thiamin Amitriptylin
Ciprofloxazin Desipramin Imipramin Lidocain
Metronidazol Nicardipin Nifedipin Omeprazol
Ondansetron PrOPAnolol Trazodon Acetazolamid
Carbenoxolon Ceftriaxon Clomethiazol Diazepam
Phenytoin Salicylsäure Theophyllin Thiopental
Tolbutamid Valproinsäure Warfarin Zimeldin
ChlorprOMAZin Maprotilin Kobalamin Eisen
Flurazepam Folsäure LevodOPA Thiamin Amitriptylin
Ciprofloxazin Desipramin Imipramin Lidocain
Metronidazol Nicardipin Nifedipin Omeprazol
Ondansetron PrOPAnolol Trazodon Acetazolamid
Carbenoxolon Ceftriaxon Clomethiazol Diazepam
Phenytoin Salicylsäure Theophyllin Thiopental
Tolbutamid Valproinsäure Warfarin Zimeldin
ChlorprOMAZin Maprotilin Kobalamin Eisen
Flurazepam Folsäure LevodOPA Thiamin Amitriptylin
Ciprofloxazin Desipramin Imipramin Lidocain
Metronidazol Nicardipin Nifedipin Omeprazol
Ondansetron PrOPAnolol Trazodon Acetazolamid
Carbenoxolon Ceftriaxon Clomethiazol Diazepam
Phenytoin Salicylsäure Theophyllin Thiopental
Tolbutamid Valproinsäure Warfarin Zimeldin
ChlorprOMAZin Maprotilin Kobalamin Eisen



Die Porträts zur Titelgeschichte erinnern an das Künstlerpaar Gréta Renner (1911-1996) und Wilim Weinstock (1905-1981) aus Hohen Neuendorf bei Berlin

Bei der Pharmakotherapie im Alter ist der Arzt in besonderer Weise gefordert: Zum einen gilt es, Veränderungen der Morphologie des Körpers und der physiologischen Funktionen im Rahmen „normaler“ und pathologischer Alternsprozesse und deren Auswirkung auf Pharmakokinetik und Pharmakodynamik zu erkennen. Zum anderen muss auch die psychosoziale Situation, eventuelle kognitive Defizite und die soziale Einbindung berücksichtigt werden. Die individuelle Betreuungssituation ist von häufig unterschätzter Bedeutung für eine verlässliche Medikamenteneinnahme beim älteren Menschen. Zu besonderen Problemen kann es durch nicht regelmäßig sichergestellte Flüssigkeitszufuhr und Ernährung kommen.

Wegen der Heterogenität von Multimorbidität im Alter gibt es keine evidenzbasierten Leitlinien, auf welche zu behandelnden Krankheiten und wie viele Medikamente man sich bei alten Menschen unter dem Aspekt einer Nutzen-Risiko-Betrachtung und der Sicherstellung einer verlässlichen Einnahme beschränken sollte. Auf diesem Gebiet gibt es erheblichen Forschungsbedarf. Für eine optimale Pharmakotherapie beim alten Menschen bedarf es einer intensiven Kommunikation und einer multiprofessionellen Zusammenarbeit mit Pflegekräften und Apothekern.



Pharmakotherapie im Alter

VON CLAUDIUS KÖPPEL

Aufgrund der demographischen Entwicklung mit Verdopplung des Anteils über 65-Jähriger in der Bevölkerung im Jahr 2030 kommt einer rationalen Arzneimitteltherapie beim alten Menschen eine steigende Bedeutung zu.

Hierzu ist neben einem klinisch-pharmakologischen Basiswissen vor allem die psychosoziale Kompetenz des Arztes gefordert, um die für eine verlässliche Medikamenteneinnahme wichtige Lebens- und Versorgungssituation des alten Patienten zu erfassen. Für eine optimale Pharmakotherapie ist eine intensive Kommunikation von Arzt und Apotheker mit dem älteren Patienten, seinen Angehörigen und/oder Pflegekräften im Rahmen der Pharmakotherapie notwendig. Um Nebenwirkungen

rechtzeitig zu erkennen, muss nach der Medikamentenverordnung eine angemessene Weiterbetreuung sichergestellt sein.

Typische altersbedingte Probleme des alten Menschen sind auf der nächsten Seite in Tabelle 1 zusammengefasst.

Wichtige altersbedingte Veränderungen der Organfunktion zeigt Tabelle 2.

Die physiologischen Alternsprozesse stellen auch als solche für den sonst gesunden alten Menschen in der Regel kein Problem dar, eine einzelne akute Erkrankung zu bewältigen. Besteht allerdings Multimorbidität, so können die reduzierten funktionellen Kapazitäten und Reserven im Rahmen des physiologischen Alternsprozesses für

zunehmende notwendige Kompensationsprozesse an ihre Grenzen kommen. Dies erklärt unter anderem auch häufigere Empfindlichkeiten für Nebenwirkungen (z. B. Verwirrtheit nach Antidepressiva, Opiaten).

Pharmakokinetik und Pharmakodynamik im Alter

Physiologische und pathologische Alternsprozesse haben unter Umständen erhebliche Einflüsse auf die Pharmakokinetik, das heißt die Resorption, die Verteilung und Elimination eines Medikamentes. Aufgrund einer verminderten Säureproduktion des Magens kann insbesondere die Resorption von sauren oder basischen Pharmaka



Tabelle 1

PROBLEM	FOLGEN
<ul style="list-style-type: none"> Abnahme physiologischer Kapazitäten 	<ul style="list-style-type: none"> Mangelnde Kompensationsmöglichkeiten multimorbider chronisch kranker Patienten bei akuten Erkrankungen → Instabilität
<ul style="list-style-type: none"> Kognitiver Abbau 	<ul style="list-style-type: none"> Vergesslichkeit, unzuverlässige Medikamenteneinnahme
<ul style="list-style-type: none"> Psychosoziale Isolation, Vereinsamung, Tod des Partners 	<ul style="list-style-type: none"> Depression, Schlafstörungen und Risiko eines Schlafmittelabusus
<ul style="list-style-type: none"> Risiko von Exsikkose (u. a. durch verminderte Durstrezeption), Mangel- und Fehlernährung 	<ul style="list-style-type: none"> Einschränkung der Nierenfunktion, erschwerte Therapie eines Diabetes mellitus
<ul style="list-style-type: none"> Medikamentenbedingte Vigilanzminderung, orthostatische Dysregulation 	<ul style="list-style-type: none"> Stürze, Frakturen, Zunahme von Verwirrheitszuständen

beeinflusst werden. Mit dem Alter nimmt die Peristaltik des Gastrointestinaltraktes generell ab, was ebenso Einfluss auf die Resorptionsgeschwindigkeit hat. Es besteht eine verzögerte Magenentleerung, eine verlängerte gastrointestinale Transitzeit, eine verkleinerte Resorptionsfläche im Dünndarm, eine verminderte gastrointestinale Durchblutung und eine verminderte aktive Transportkapazität der Darmschleimhaut.

Auch das Ausmaß einer präsystemischen Elimination durch First-Pass-Metabolisierung in der Darmwand oder Leber kann altersbedingt Veränderungen unterworfen sein.

Für Arzneimittel wie zum Beispiel Kobalamin, Eisen, Flurazepam, Folsäure, Levodopa oder Thiamin ist eine Verzögerung der Resorption oder verminderte Bioverfügbarkeit bekannt. Eine erhöhte Bioverfügbarkeit findet sich demgegenüber zum Beispiel für Amitriptylin, Ciprofloxazin, Desipramin, Imipramin, Lidocain, Metronidazol, Nifedipin, Nifedipin, Omeprazol, Ondansetron, Propranolol und Trazodon.

Die Verteilung kann mit dem Alter durch Abnahme der Muskelmasse, relative Zunahme des Fettanteils, durch die Verminderung der Zell- und Eiweißbindung, durch Veränderungen der Affinität von Rezeptoren oder sonstigen Bindungsstellen im Gewebe beeinflusst sein. Auch eine veränderte Plasma-Eiweiß-Bindung kann in gewissen Grenzen die Verteilungsphase beeinflussen. Die klinische Relevanz dieser Einflussgröße ist im Allgemeinen eher von untergeordneter Bedeutung.

Beispiele hierfür sind in der Literatur Acetazolamid, Carbenoxolon, Ceftriaxon, Clomethiazol, Diazepam, Phenytoin, Salicylsäure, Theophyllin, Thiopental, Tolbutamid, Valproinsäure, Warfarin, Zimeldin, bei denen die Eiweißbindung vermindert ist. Dem gegenüber findet sich eine erhöhte Plasma-Protein-Bindung bei Chlorpromazin, Lidocain, Maprotilin und Propranolol.

Die Biotransformation von Arzneistoffen vollzieht sich überwiegend in der Leber. Mit Alternsprozessen nimmt die Leberperfusion ab. Für die meisten überwiegend hepatisch eliminierten Pharmaka

sind Alternsprozesse der Leber vergleichsweise wenig relevant, sofern ein extraktions- und nicht perfusionslimitierter hepatischer Metabolismus besteht. Hilfreich kann ein Therapeutisches Drug Monitoring oder eine Genotypisierung bei Pharmaka mit bekannten Polymorphismen metabolisierender Enzyme („schnelle“ und „langsame“ Metabolisierer) sein.

Von großer praktischer Bedeutung für die Pharmakotherapie ist die Nierenfunktion des alten Menschen bei überwiegend renal eliminierten Pharmaka. Mit dem physiologischen Altern nimmt die Kreatinin-Clearance ab, ohne dass sich das Ausmaß des Rückgangs am Serum-Kreatinin ablesen lässt. Deshalb ist die Gefahr groß, dass eine Einschränkung der Nierenfunktion beim alten Menschen nicht rechtzeitig erkannt oder fehlergeschätzt wird. Ein Aufrechterhalten einer suffizienten renalen Elimination setzt eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr voraus. Diese



Tabelle 2

PHYSIOLOGISCHES ALTERN BEI ÜBER 75-JÄHRIGEN IM VERGLEICH ZU 30-JÄHRIGEN (=100 %)	
Gesamtkörperwasser	82 %
Muskelmasse	70 %
Mineralgehalt der Knochen Frauen	70 %
Mineralgehalt der Knochen Männer	85 %
Gehirngewicht	56 %
Grundstoffwechsel	84 %
maximale Dauerleistung	70 %
maximale kurzfristige Spitzenleistung	40 %
Regulationsgeschwindigkeit des Blut-pH	17 %
Herzschlagvolumen in Ruhe	70 %
Nieren-Plasmafluss	50 %
Vitalkapazität	56 %

ist gerade beim multimorbiden geriatrischen Patienten wegen der verminderten Durstperzeption häufig nicht gewährleistet. Unterbleibt eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, etwa bei Infekten oder Durchfall, kann der alte Mensch ein prärenales Nierenversagen entwickeln. Bei bereits bestehendem kognitivem Abbau kann es zu zunehmender Verwirrtheit und zunehmender, stationär behandlungsbedürftiger Exsikkose kommen, die unter Umständen durch einen Myocardinfarkt, einen Apoplex oder ein prärenales Nierenversagen kompliziert wird.

Mit den Alternsprozessen kann sich auch die Pharmakodynamik ändern. Es kann zu einer Abnahme der spezifischen Rezeptoren oder zu einer Abnahme ihrer Empfindlichkeit oder der Reagibilität der Zielzellen oder des Zielorgans auf die Pharmakonrezeptorinteraktionen kommen. Die verminderte Ansprechbarkeit des Herzens des alten Menschen auf Atropin wird auf eine Verminderung der Cholinrezeptoren zurückgeführt.

Auch bei Adrenorezeptoren findet sich eine verminderte Ansprechbarkeit zum Beispiel auf β -Sympathomimetika, aber auch auf α -Sympathomimetika und α -Sympatholytika. Es wird eine Abnahme von Glykosidrezeptoren am Herzen, D₁-Rezeptoren und serotonergen Rezeptoren mit dem Alter angenommen. Demgegenüber scheint die Zahl der Benzodiazepinrezeptoren im Alter, zumindest im Kleinhirn, Hippokampus und Striatum zuzunehmen.

Eingriffe in Funktionssysteme des Organismus durch Pharmaka lösen häufig Gegenregulationen aus, die aufgrund von Alternsprozessen abgeschwächt sein können. Ein Beispiel hierfür ist die Wirkung oraler Antidiabetika, die zu verstärkten Hypoglykämien führen können. Eine antihypertensive Medikation führt unter Umständen häufiger zu einer orthostatischen Dysregulation. Flüssigkeitsverluste – z. B. durch Diuretika oder Laxantien – werden wegen der verminderten Durstperzeption nicht oder nicht ausreichend durch vermehr-

tes Trinken ausgeglichen. Die Temperaturregulation bei Narkose kann beim alten Menschen eingeschränkt sein.

Psychosoziale Aspekte bei der Pharmakotherapie

Mit dem Älterwerden nimmt auch das Risiko des Alleinseins durch Tod des Partners zu. Eine besonders für die Pharmakotherapie bedeutsame ausreichende Versorgung hängt auch vom Grad der Einbindung des alten Menschen in ein soziales Netz ab. Ein ganz besonderes Problem stellt insbesondere ab dem 80sten Lebensjahr die erheblich zunehmende Prävalenz für demenzielle Erkrankungen dar.

Oft ist es unerlässlich (z. B. bei Vergesslichkeit, Visusminderung, Problemen in der Feinmotorik) Hilfsmittel wie Arzneimitteldispenser einzusetzen oder auch die Hilfe einer Sozialstation in Anspruch zu nehmen. Wie schwierig offenbar eine rationale Pharmakotherapie bei älteren Menschen ist, unterstreicht eine bemerkenswerte Studie über Unter-, Über-, Fehl- und Multimedikation aus der Berliner Altersstudie (Tabelle 3).

Compliance und Nutzen-Risiko-Betrachtung

Studien zeigen, dass etwa 50 % der älteren Patienten ihre Medikamente nicht oder nicht regelmäßig einnehmen, weil sie zum Beispiel überzeugt sind, dass das Medikament nicht von Nutzen ist. Bei einer Pharmakotherapie kommt der Aufklärung des alten Patienten und Einbeziehung seiner Angehörigen und der Sozialstation, insbesondere bei pflegebedürftigen oder beginnend demenziell erkrankten Patienten, eine ganz erhebliche Bedeutung zu. Darüber hinaus gilt es, sich im Individualfall auf die absolut notwendigen Medikamente zu beschränken, um nicht allein durch eine zu große Zahl an verordneten Medikamenten eine Pharmakotherapie von vornherein zu vereiteln. Das Einnahmeschema sollte möglichst einfach sein und unter Umständen auch Kombinationspräparate berücksichtigen.

Nicht mehr als vier Medikamente gleichzeitig

Unter Geriatern besteht Konsens, dass möglichst nicht mehr als vier Medikamente verordnet werden. Im Einzelfall



Tabelle 3

	70- bis 84-Jährige		85-Jährige und Ältere	
	MÄNNER	FRAUEN	MÄNNER	FRAUEN
Untermedikation	9,3	10,9	17,8	17,1
Übermedikation	15,5	12,4	20,9	15,5
Fehlmedikation	19,4	17,8	10,9	20,9
Mindestens fünf Befunde unerwünschter Arzneimittelwirkung	15,5	22,5	31,0	30,2
Multimedikation (>5 Medikamente)	34,1	39,5	42,6	35,7

wird man sich im Wesentlichen an dem mutmaßlichen Zugewinn an Lebensqualität gegenüber den Risiken einer unbehandelten Erkrankung zu orientieren haben. In jedem Fall sollten auch nicht-pharmakologische Behandlungsoptionen erwogen werden. Nicht eben einfach ist die Entscheidung bei multimorbiden älteren Menschen, welche Erkrankungen mit welchen und wie vielen Medikamenten behandelt

werden sollten. Die Erkenntnislage ist in der Regel unbefriedigend, da viele klinische Studien hohes Alter als ein Ausschlusskriterium haben und auf monokausal erkrankte Patienten und nicht auf multimorbide ausgerichtet sind.

Überdies ist Multimorbidität sehr heterogen und unterschiedlich gewichtet. Es gibt Hinweise, dass manche hoch-

betagte Patienten („Eliten ohne Risikofaktoren“) von einer Therapie mehr profitieren als jüngere mit Risikofaktoren. Bei der Zahl der verordneten Medikamente müssen Kompromisse geschlossen werden, die in ganz besonderer Weise die Bedeutung der zu behandelnden Erkrankung, die Verlässlichkeit der regelmäßigen Medikamenteneingabe und das Risiko von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und -interaktionen gegeneinander abwägen.

Tabelle 4

GRUNDREGELN FÜR DIE PHARMAKOTHERAPIE BEIM ALTEN MENSCHEN

1. Welche Krankheiten sind unbedingt behandlungsbedürftig? Wurden nicht-pharmakologische Behandlungsansätze geprüft oder versucht?
2. Welche Organfunktionen sind verändert und müssen bei der Auswahl der Medikamente und deren Dosierung berücksichtigt werden?
3. Welche Medikamente nimmt der Patient bereits (auch Selbstmedikation)?
4. Sind bei der Zahl und der Auswahl und Dosierung der zu verordnenden Medikamente eingeschränkte Organfunktionen und mögliche Arzneimittelinteraktionen, aber auch die psychosoziale Situation berücksichtigt?
5. Ist der Patient und/oder seine Angehörigen ausreichend informiert und akzeptiert er die Therapie? Ist eine verlässliche Medikamenteneinnahme sicherzustellen? Lässt sich der Patient oder seine Angehörigen motivieren? Ist eine Sicherstellung und Überwachung der Medikamenteneinnahme durch eine Sozialstation erforderlich? Ist eine regelmäßige und ausreichende Flüssigkeitszufuhr und Ernährung (insbesondere bei Diabetikern) sichergestellt?
6. Ist die Einnahmeanweisung für den Patienten verständlich oder braucht er Hilfestellung (z. B. Dispenser)?
7. Erhöht die verordnete Medikation das Sturzrisiko oder begünstigt sie u. U. Verwirrheitszustände, u.a. bei Exsikkose?
8. Ist ein Follow-up der Pharmakotherapie und das rechtzeitige Intervenieren bei Arzneimittelnebenwirkungen oder -interaktionen durch den verordnenden Arzt sichergestellt?

Vorsicht mit dämpfenden Substanzen

Einige typische Komplikationen bei der Pharmakotherapie des alten Menschen sind: Ein erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko nach Verordnungen von Diuretika oder zentral dämpfenden Medikamenten, wie Schlafmitteln vom Benzodiazepin-Typ.

Gerade letztere Medikamente werden leider sehr oft von älteren vereinsamten Patienten vom Hausarzt eingefordert. Eine rationale Pharmakotherapie wird durch ein begrenztes Arzneimittelbudget behindert, das den Einsatz mancher hilfreicher neuerer Arzneimittel, wie zum Beispiel atypische Neuroleptika, Antiparkinsonia und Antidementiva erschwert.

Für die Zukunft ist angesichts der demographischen Entwicklung eine rationale Arzneimitteltherapie beim alten Menschen gefordert, die eine risikoreiche und kostensteigernde Multimedikation vermeidet und sich am zu erwartenden Benefit orientiert.

ANSCHRIFT DES VERFASSERS:

PD Dr. Dr. Claus Köppel
Klinik für Innere Medizin - Geriatrie
Zentrum für Altersmedizin
Vivantes Wenckebach-Klinikum
Wenckebachstraße 23
12099 Berlin

LITERATUR:

In der Internetversion dieses Beitrags unter www.aerztekammer-berlin.de

NORBERT WROBEL
GERD BURMESTER

Was ist gesichert in der ersmedizin?



Wie in den Jahren zuvor führen die über 70-Jährigen auch im Jahr 2002 die Hitliste aller ärztlich verordneten, definierten medikamentösen Tagesdosen an. Obwohl diese Patientengruppe nur etwa 20% der GKV-Versicherten ausmacht, erhält sie rund 40% der zu Lasten der GKV verordneten Medikamente (AV-Report 2002).

Doch nicht nur die Kosten, auch das Interferenzrisiko steigt mit der Zahl der gleichzeitig verordneten Medikamente. Ab fünf Parallelverordnungen muss mit unerwünschten Arzneimittelreaktionen oder Wirkungsabschwächungen gerechnet werden. Mit der Zahl der co-beteiligten Ärzte steigt zusätzlich das Risiko weiter an.

Grundsätzlich verwundern vermehrte Medikamentenverordnungen in dieser Altersgruppe nicht, da doch mit zunehmendem Alter auch die Anzahl potenziell behandelbarer Krankheiten steigt, was sich folgerichtig auch in den Verschreibungszahlen niederschlägt. Die tatsächlichen Medikamentenverbrauchszahlen dürften aufgrund der zusätzlichen Selbstmedikation noch weitaus höher liegen. Spätestens seit der Berliner Altersstudie (BASE 1996) liegen darüber und über das Einnahmeverhalten fundierte Erkenntnisse in einer hochaltrigen Population vor. 56% der vor Ort in häuslicher Umgebung untersuchten älteren Menschen hielten fünf oder mehr Medikamente vor.

Auch wenn in der Pharmakologie bei Älteren eine von Jüngeren abweichende Pharmakokinetik und -dynamik postuliert wird, sind hierzu bisher wenige Untersuchungen zur systematischen Aufklärung vorgelegt worden. Gleichwohl ist ein durch die Polypharmazie bedingtes, erhebliches Interferenzrisiko

anzunehmen. Rein empirisch steigt die Zahl potenzieller Interaktionen bei mehr als fünf gleichzeitig verordneten Medikamenten in einer Art an, dass mit einer Wirkabschwächung oder unerwünschten Arzneimittelreaktion (UAW) mindestens eines der eingenommenen Medikamente gerechnet werden muss. (Ammon 1991). Das Potenzial für Arzneimittelwechselwirkungen nimmt also mit dem Alter und der Anzahl verschriebener Arzneimittel zu. Zusätzlich hat sich in neueren Untersuchungen herausgestellt, dass die Anzahl der co-beteiligten, verschreibenden Ärzte, die wichtigste Determinante des Risikos für unangemessene Arzneimittelkombinationen ist (Seymour 1998).

Gerade weil Entscheidungen in der Altersmedizin aufgrund fehlender klinisch relevanter Studienresultate unsicherer sind, sollte das schon allein aufgrund der erhöhten Vulnerabilität der Älteren nicht zur Beliebigkeit bei medizinischen Entscheidungen führen. Eine große Fall-Kontroll-Studie mit über 65-

Jährigen kann zeigen, dass das Risiko, wegen einer bekannten Nebenwirkung hospitalisiert zu werden, mit dem Alter deutlich ansteigt, obwohl die untersuchten Interaktionen gut bekannt und somit prinzipiell vermeidbar gewesen wären (Juurlink 2003). Es ist also nicht immer das Fehlen von medizinischen Erkenntnissen, das ältere Patienten in Gefahr bringen kann, sondern bisweilen auch der Mangel an deren konsequenter Umsetzung.

Welche Studien berücksichtigen Altersaspekte?

Bisher ist der besondere Altersaspekt in einer älteren (ca. 60-80 Jahre) oder hochaltrigen (>80 Jahre) Population noch nicht durchgehender Gegenstand systematischer Untersuchungen geworden. Schlussfolgerungen für dieses Kollektiv werden, wenn überhaupt, oft nur aus Subgruppenanalysen gewonnen. Dort, wo aber evidenzbasierte Daten vorliegen, zeigt sich, dass Effektivität und Effizienz medikamentöser Interventionen in älteren und hochaltrigen Gruppen mindestens denen von jüngeren vergleichbar ist.

Blutdrucksenkung bei Bluthochdruck mit entsprechendem kardiovaskulären Risikoprofil im höheren Lebensalter ist inzwischen unbestritten. Die explizit das Alter einschließende, evidenzbasierte Leitlinie „Hypertension on Older People“ (SIGN), fasst die spezifischen Erkenntnisse der WHO-ISH zusammen. Ob selbst in den höchsten Altersgruppen eine Bluthochdruckbehandlung als effektiv angenommen werden kann, ist Fragestellung einer aktuellen Interventionsstudie „Hypertension in the Very Elderly Trial“ (HYVET) an über 80-Jährigen.

Aus den Erkenntnissen der UKPDS lässt sich ein pragmatischer und in der Versorgungsrealität deutlich eher umsetzbarer Anwendungsbezug in der Behandlung Älterer bei Diabetes mellitus II herstellen. Die symptomorientierte, eher moderate Blutzuckereinstellung mit Vermeidung von Hypoglykämien oder

Hyperglykämien oberhalb der Nierenschwelle ist realistisch umsetzbar. Die oft nur unter großem Aufwand zu erreichende normoglykämische Blutzuckereinstellung reduziert lediglich die mikrovaskulären (Nephropathie, Retinopathie) nicht aber die relevanteren makrovaskulären Schäden wie Schlaganfall oder Koronare Herzkrankheit. Der konsequenten Behandlung des Bluthochdrucks bei Diabetikern kommt hierbei die viel entscheidendere Bedeutung zu.

Eine ebenfalls explizit das Alter würdigende, evidenzbasierte Leitlinie liegt von DVO und SIGN zum Thema Osteoporose vor.

Erfreulicherweise lassen auch die großen Interventionsstudien aus jüngerer Zeit erkennen, dass der Altersaspekt insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie Hypertonie, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz oder Diabetes mellitus auch in den Megatrials zumindest in Form von Subgruppen-Analysen Berücksichtigung findet. Beispielhaft hier die Heart-Protection-Study, die die Auswirkungen einer Simvastatin-Behandlung bei über 20.000 Risikopatienten untersuchte. Fast ein Drittel der Teilnehmer (29%) sind über 70 Jahre alt, die Ältesten am Studienende sogar 85 Jahre. Der klinisch relevante Effekt auf Morbidität und Mortalität ist vergleichbar mit dem bei jüngeren Teilnehmern.

Ein Beispiel anderer Art ist die ALLHAT-Studie. Sie vergleicht den Effekt von Chlortalidon (Thiaziddiuretikum), Lisinopril oder Amlodipin auf koronare Ereignisse, wenn sie als Antihypertensivum der 1. Wahl eingesetzt werden. Obwohl die Fragestellung sowohl medizinisch als auch ökonomisch hoch bedeutsam ist, werden Subgruppen lediglich auf unter oder über 65 Jahre eingeteilt. Obwohl mit 57% fast zwei Drittel der Patienten über 65 Jahre alt waren, lag das Durchschnittsalter lediglich bei 67 Jahren und damit für eine echte Altersstudie deutlich zu niedrig. Bei insgesamt über 42.000 Teilnehmern ist das aus altersmedizinischer Sicht sehr zu bedauern.

Abschließend darf selbstverständlich die „sanfte“ Medizin aus dem bisherigen Kontext nicht ausgenommen und muss einer gleichartigen, kritischen Betrachtung unterzogen werden. Vom Johanniskraut sind beispielsweise durch Induktion von Cytochrom CYP450 bedeutsame Interaktionen, beispielsweise mit Digoxin, Theophyllin, Proteasehemmern oder Immunsuppressiva, bekannt (Ernst 1999), nicht jedoch effektive Wirkungsnachweise (Shelton 2001, Hypericum Depression Trial Study Group 2002).

Fazit

Diese unvollständige Aufführung wichtiger Beispiele gesicherter altersmedizinischer Erkenntnisse darf unter keinen Umständen darüber hinwegtäuschen, dass der Bedarf von Erkenntnisgewinnen in diesem Feld ungebrochen groß ist.

Im Gegensatz zum Beispiel zu der Produktivität der großen altersmedizinischen Fachgesellschaft Amerikas (AGS), können die wissenschaftlichen Fachgesellschaften Deutschlands nur Bescheidenes leisten. Dafür wird dort an den wenigen Fragestellungen mit großem persönlichen Engagement gearbeitet, wie es zum Beispiel die fertiggestellte Übersichtsarbeit „Postakute Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen nach einem Schlaganfall oder einer hüftgelenksnahen Fraktur“ oder die in Bearbeitung befindliche Leitlinienentwicklung zur PEG-Anlage zeigt.

Grundsätzlich bleibt „start low, go slow“ eine richtige Einstellung ebenso aber auch die kritische Prüfung der Übertragbarkeit von klinisch relevanten Studienergebnissen auf ältere Menschen. Die häufig schwachen Evidenzlagen sollten geradezu Aufforderung sein, die vorhandenen Evidenzen zu kennen und kritisch umzusetzen. Auch wenn vieles in der Altersmedizin weniger als gewünscht evidenzbasiert ist, sind Ältere ähnlich den Kindern das für „off-label-use“ außerhalb von Studien am wenigsten geeignete Kollektiv. Gerade bei ihnen sollten gut evaluierte und hinsichtlich ihrer Schädwirkungen bekannte medizi-

nische Prozeduren Anwendung finden. Weil aber auch neue Therapien beispielsweise in der Demenzbehandlung dringend benötigt werden, muss ein fachübergreifender Konsens aus Forschern, Klinikern und Praktikern aber auch Patienten und der Gesundheitspolitik dafür Sorge tragen, dass patientenorientierte, klinischrelevante Forschung auch Ältere einbezieht.

Die aus der Versorgungsrealität bekannte Polypharmazie bei älteren Menschen fordert geradezu eine Hierarchisierung durch Priorisierung in der Medikamentenverordnung heraus. Medikamenten mit gesicherter Effektivität ist Vorrang einzuräumen, bei zweifelhaften Medikamentenwirkungen sollte eher Verzicht geübt werden. Die problematische Interferenzlage verlangt nach einer höchstmöglichen Minimierung von verordneten und selbstverordneten Medikamenten. Eine Hierarchisierung der einzelnen Medikamente nach vorhandener bester Evidenz könnte bei Patienten mit Polypharmazie ein Weg sein, das Verhältnis zwischen Nutzen und Schädwirkungen möglichst günstig zu gestalten.

ABKÜRZUNGEN:

ALLHAT	= The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial
BASE	= Berliner Altersstudie
DVO	= Dachverband Osteologie
SIGN	= Scottish Intercollegiate Guidelines Network
UKPDS	= United Kindom Prospektive Diabetes Study
WHO-ISH	= World Health Organisation - International Society of Hypertension

ANSCHRIFT DER VERFASSER:

Prof. Dr. med. Norbert Wrobel
 Dr. med. Gerd Burmester
 Innere Medizin, Geriatrie
 Zentralkrankenhaus Bremen Nord
 Hammersbeckerstr. 228
 28755 Bremen
 norbert.wrobel@zkhNord.de
 gerd.burmester@zkhNord.de



Neue geriatrische DRG 's

Bisher war das Erlös-Kosten-Verhältnis im DRG-Vergütungssystem bei multimorbiden und chronisch kranken älteren Patienten, bei denen in typischer Weise Verweilzeiten verlängert sind und der Ressourcenverbrauch erhöht ist, sehr problematisch. Das Relativgewicht nichtgeriatrischer DRGs deckt bei diesen Patienten in der Regel den Kostenaufwand nicht und erlaubt vor allem keine geriatrische Frührehabilitation. Mit der Krankenhausfallpauschalenverordnung 2004 wurden jetzt die Voraussetzungen geschaffen, spezifische Versorgungsleistungen der Geriatrie, insbesondere auch bei im gleichen Haus zuvor erbrachten chirurgischen Eingriffen, aufwandgerecht zu vergüten.

Es sind fünfzehn weit gefächerte geriatrische DRGs vorgesehen, getriggert durch die geriatrische Frührehabilitation: OPS 8-550, für die Gebiete Herz-Kreislauf, Atemwege, Gastrointestinalum, Neurologie, Stütz- und Bewegungsapparat mit Relativgewichten von 1,9 bis 2,15. Nach Kraniotomie, Eingriffen an Dün- und Dickdarm, an Humerus, Hüfte, Fibula, Tibia, Sprunggelenk und bei diabetesassoziierten Folgeerkrankungen erhält das Krankenhaus eine DRG sowohl für die chirurgische als auch die geriatrisch-frührehabilitative Leistung, so dass ein Fehlanreiz zu externen Verlegungen entfällt. Die Erbringung von OPS 8-550 ist mit hohen Qualitätsanforderungen verbunden. Dazu gehört zum Beispiel Qualitätssicherung durch geriatrisches Assessment, Anwendung wenigstens zweier Therapiearten und die regelmäßige Dokumentation der Teambesprechungen. Hierzu muss unter anderem ein Team aus Physiotherapeuten, Ergotherapeu-

ten, Logopäden und Neuropsychologen vorgehalten werden.

Die Versorgung geriatrischer Patienten erfolgt in Berlins geriatrischen Kliniken nach dem Konzept eines integrierten Ansatzes akutgeriatrischer Behandlung („so viel wie nötig“) bei gleichzeitiger geriatrischer Frührehabilitation („so viel wie möglich“). Dieser Ansatz ist besonders wegen der typischen Instabilität geriatrischer Patienten (Schema 1) wichtig: Aufgrund der Multimorbidität und verzögerter Rekonvaleszenz entwickeln sich bei ihnen häufig Infekte oder eine Herzinsuffizienz. Durch den integrierten Ansatz können kostensteigernde Verlegungen und Rückverlegungen der Patienten aus der geriatrischen Klinik vermieden werden.

Geriatrie versteht sich als Schwerpunkt-fach im Rahmen der Inneren Medizin. Zur Qualitätssicherung ihrer Leistungen wird von allen geriatrischen Fachgesellschaften ein Schwerpunkt „Geriatrie“ in

der Weiterbildungsordnung gefordert. In Brandenburg ist dies schon realisiert.

Für ein optimales Case-Management sollten Patienten, die einer geriatrischen Behandlung bedürfen, bei der Aufnahme – idealerweise in der Rettungsstelle – direkt oder frühestmöglich nach einer Akutintervention durch zum Beispiel Osteosynthese, Koronarangiographie oder Stillung gastrointestinaler Blutungen in der geriatrischen Klinik aufgenommen werden. So können Verweildauern verkürzt, bessere Behandlungsergebnisse erreicht und der Ressourcenverbrauch pro DRG gesenkt werden.

Auch die Option der geriatrischen Tagesklinik sollte bei älteren „Problem-Patienten“ gezielt genutzt werden. Hier werden solche Patienten mit Rehabilitationspotenzial behandelt, die zu Hause nachts und am Wochenende in einer gesicherten häuslichen Versorgungsstruktur ausreichend eingebunden sind und von Montag bis Freitag in der Tagesklinik eine geriatrische Frührehabilitation erfahren. Aufgrund des Ausmaßes der Funktions- und Fähigkeitsstörungen und der Instabilität ihres Gesundheitszustandes müssen die tagesklinischen Patienten zu den Therapien gebracht bzw. begleitet werden und erhalten dort komplexrehabilitative Leistungen, die die notwendige ärztliche und pflegerische Betreuung mit einschließt. Dies unterscheidet tagesklinische Patienten von solchen, die von einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation profitieren.

Schema 1: Charakteristika eines geriatrischen Patienten

1. Älterer Patient, ausgeschieden aus dem Berufsleben; das biologische Alter und nicht das chronologische Alter ist entscheidend.
2. Multimorbidität mit chronischen Erkrankungen, auch kognitiven Defiziten.
3. Fähigkeitsstörungen als Folge der unter Punkt 2 aufgeführten chronischen Erkrankungen, die von Relevanz für die Bewältigung des Alltags im häuslichen Umfeld sind.
4. Eingeschränkte Selbsthilfefähigkeit, drohende oder bereits bestehende und zunehmende Pflegebedürftigkeit.
5. Aufwändiges Entlassungsmanagement: Hilfsmittelversorgung,

Wohnraumanpassung, Sozialstation, Versorgung durch zu schulende Angehörige.

6. Rehabilitationspotenzial sollte vorhanden oder ein Rehabilitationsversuch sinnvoll sein.

Schema 2: Case-Management bei Patienten, die einer integrierten akutgeriatrischen und geriatrischen Frührehabilitation bedürfen

1. Alle Patienten, die bereits bei Aufnahme (z. B. in der Rettungsstelle) erkennbar der spezifischen Behandlungsleistung der Geriatrie – das ist der integrierte Ansatz von Akutgeriatrie und geriatrischer Frührehabilitation – bedürfen, sollten unmittelbar hier

eingewiesen und fallabschließend behandelt werden.

2. Alle Patienten, die in Klinika aufgenommen werden und bei denen eine diagnostische oder therapeutische Intervention, wie zum Beispiel Intensiv-Monitoring, Stroke Unit oder Osteosynthese, erforderlich sind, sollten zum frühestmöglichen Zeitpunkt in eine geriatrische Klinik oder Tagesklinik verlegt werden, sofern geriatrische Behandlungsbedürftigkeit besteht. Die Erfahrung geriatrischer Kliniken zeigt, dass die Vorverweildauern noch weiter reduziert werden können und Verlegungen früher erfolgen sollten.
3. Bei Patienten, bei denen sich erst im Verlauf aufgrund von Komplikationen, wie zum Beispiel respiratorischer Insuffizienz und Langzeitbeatmung, akutes Nierenversagen und Sepsis, eine geriatrische Weiterbehandlung als erforderlich erweist, sollte bereits im Vorfeld der Verlegung mit der geriatrischen Klinik kommuniziert werden.

Anschrift des Verfassers:

PD Dr. Dr. med. Claus Köppel
Klinik für Innere Medizin – Geriatrie,
Zentrum für Altersmedizin
Vivantes Wenckeback-Klinikum
Wenckebackstr. 23, 12099 Berlin

Weiterbildung ausgezeichnet

Zertifikat für die Charité-Kinderchirurgie

Zwischen all den fröhlich-bunten Kindergemälden im Flur der Charité-Kinderchirurgie fällt die gerahmte Urkunde kaum auf. Aber Kenner bleiben davor stehen. Denn das „Certificate of Hospital Accreditation for Specialist Training in Paediatric Surgery“ ist eine seltene Auszeichnung. In Europa, mit einigen hundert kinderchirurgischen Kliniken und Abteilungen, wurde sie erst zum elften Male verliehen: für vorbildliche Weiterbildung. BERLINER ÄRZTE fragte deren „Objekte“, wie sie das sehen.

„Ich bin sehr glücklich hier“, sagt Dr. Nora Laske, seit August 2002 dabei, auslandserfahren und vorher tätig in der Pädiatrie desselben Hauses, das jetzt „Otto-Heubner-Centrum für

Kinder- und Jugendmedizin“ heißt.

„Woanders kommt man, besonders als AiP, nicht mal in den OP, aber hier darf man schon viel machen – nicht bloß Haken halten“, erzählt die junge

Kinderchirurgin in spe. „Learning by doing“ also. Sie schätzt es, dass man „zwar selbstständig entscheiden kann, aber nie damit allein gelassen wird“ und lobt die Kollegialität der älteren Ärzte, die ihre Erfahrungen bereitwillig an die jungen weitergeben. Und sie hebt die lernförderliche Kombination der Tätigkeiten im OP, auf der Station und in der Rettungsstelle hervor.

Die Vielseitigkeit der kinderchirurgischen Weiterbildung, wie sie fast nur in Berlin auf dem Campus Virchow-Klinikum der Charité möglich ist, betonen auch andere Assistenzärzte: Berit Dieckow zum Beispiel, gleichfalls seit einem Jahr hier in der Weiterbildung und ebenfalls promoviert – wie ihre schon fertig weiter-

gebildeten Kollegen Wolfram Kluwe und Angela Rungenhagen. Allein schon die Kinderchirurgie selbst hat hier vier Fachbereiche: Neugeborenen- und Plastische Chirurgie, Kindertraumatologie, Pädiatrische Onkochirurgie und Kinderurologie. Das lehrreiche Spektrum der verschiedenartigen Fälle ist aber noch breiter, berichtet Angela Rungenhagen. Denn die Zusammenarbeit mit Fachrichtungen wie Neonatologie (ohnehin ein Desiderat kinderchirurgischer Weiterbildung), HNO-, Augenheilkunde, Orthopädie, Neurochirurgie, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist eng, die kleinen Patienten werden oft gemeinsam operiert und auf der Intensivstation behandelt. Auch interdisziplinäres wissenschaftliches Arbeiten ist möglich. Im Vergleich zu den meisten anderen Kinderchirurgischen Kliniken und Abteilungen sind all dies Charité-Besonderheiten, die auswärtige Ärzte zur Weiterbildung nach Berlin locken, berichtet Kluwe.

Die gute Strukturqualität war ein wichtiger Punkt für das internationale Gremium des „European Board in Paediatric Surgery“, das die Klinik nach verschiedenen Kriterien evaluierte und ihr schließlich das Zertifikat verlieh. Dazu gehört auch die Ausstattung mit modernsten Lehrmitteln. Die umfangreiche Videothek und die digitale Bildarchivierung interessierten die Gutachter besonders. Im Zentrum stand ja die Qualität der Weiterbildung. Die setzt ein gutes „Betriebsklima“ voraus. Auch dies recherchierte die Kommission, nicht zuletzt in Einzelgesprächen mit den Assistenten.

Das Klima scheint hier recht bekömmlich zu sein. „Wie der Herr, so’s Gescherr“? Die jungen Ärzte hoben außer der allgemeinen Kollegialität auch die gute Kommunikation mit dem Chef hervor, dessen Tür und Ohr immer offen sei, der aber auch Interesse spüren wolle. Fragen stellen kann man nicht nur während der Arbeit, die ja informelle Weiterbildung ist, sondern auch in den Diskussionen der formellen Weiterbildung. Deren Kern ist das wöchentliche kinderchirurgische Kolloquium. Wie Berit Dieckow es schildert, verdient

es seinen Namen, denn dort werden die jungen Ärzte nicht „berieselt“, sondern sind selbst aktiv. Jemand berichtet zum Beispiel über sein Dissertationsthema, ein anderer hält schon mal im Kollegenkreis einen künftigen Kongressvortrag zur Probe oder trägt einen interessanten Fall vor, und dann wird ernsthaft diskutiert.

Ein von Kluwe kurz referiertes Beispiel: Ein reif geborenes Kind wird aus der Geburtsklinik hierher verlegt, weil es einen vorgewölbten Bauch hat und erbricht, aber 30 Stunden nach der Geburt noch keinen Stuhlgang hatte und der Allgemeinzustand sich laufend verschlechtert. Der Dickdarm erscheint dünn, der Dünndarm dick, weil verstopft mit Mekonium. Keine Fehlbildung also, sondern eine Passagestörung, die sich nicht durch Spülen, sondern nur operativ beheben lässt. Oft ist sie Vorzeichen einer zystischen Fibrose.

Chefarzt Prof. Dr. Harald Mau, den BERLINER ÄRZTE nach den Gesprächen mit den Assistenzärzten später auch besucht, erwähnt noch eine Reihe anderer etablierter Zusammenkünfte, von denen die künftigen Fachärzte profitieren; etwa die Indikations-Konferenzen: „Operiert wird erst, wenn die Indikation dafür im Kollegenkreis gesichert wurde.“ Mittags finden die Fallbesprechungen der Pädiater statt

(mit Video), und immer ist ein Kinderchirurg dabei. Auch zu den interdisziplinären Tumorkonferenzen der pädiatrisch-onkologischen Arbeitsgruppe kommen Assistenzärzte.

All dies kostet Zeit. Kürzlich hatte Kluwe eine 100-Stunden-Woche. Mehr als achtzig Stunden (einschließlich Bereitschaftsdienst) sind es öfter. Trotzdem ist er gegen Schichtdienst, weil er weiß, dass dies neue Probleme brächte, für die Patienten, für die Weiterbildung und für die finanzielle Absicherung der Ärzte mit Familie. Auch die Ärztinnen sind dagegen. In dieser Klinik operieren genauso viele Frauen wie Männer, und einige Mütter haben Halbtagsstellen. Irgendwie geht das – mit guter Absprache im Kollegenkreis und mit viel Verständnis des Chefs.

Harald Mau sagt, Frauen seien gut fürs Arbeitsklima, für die Kollegialität und gegen die hergebrachte Klinik-Hierarchie: Oben die – männlichen – Ärzte, unten die – weiblichen – Pflegekräfte. Und nicht nur das: „Wir haben hier genauso viele exzellent operierende Frauen wie exzellent operierende Männer.“ Stehvermögen haben sie offenbar auch, was ganz wörtlich zu nehmen ist: „Ich habe schon 20 Stunden am Stück mit Frauen im OP gestanden.“

Rosemarie Stein

Tag der Offenen Tür in der Ärztekammer Berlin

Ein schöner Herbsttag und ein offenes Haus – da ließen sich Berlins Ärztinnen und Ärzte nicht zweimal bitten. Der Tag der offenen Tür im neuen Gebäude der Ärztekammer Berlin in der Friedrichstraße am 13. September hatte regen Zulauf. Interessiert und mit vielen Fragen inspizierten die Ärztinnen und Ärzte das moderne, lichtdurchflutete Gebäude und ließen sich in Hausführungen genau erklären, was sich die Architekten bei diesem und jenem Detail gedacht haben. Wer macht hier was? Wo befindet sich denn die Berufsaufsicht? Wie geht das mit der Fortbildungszertifizierung? Stört das nicht, diese Glaswände? Wo kann ich denn meinen Arztausweis verlängern lassen? Wieviele Leute passen in den Hörsaal und was bitte ist ein Kombi-Büro? Die Flut der Fragen riss nicht ab. Endlich konnte man auch mal Sachbearbeiter, die einem nur als Stimme am Telefon vertraut sind, persönlich kennenlernen. Und im Foyer gab's ein moderiertes Musikprogramm mit Live-Musik in Abwechslung mit der D-Jane Piazzolla. Über den Tag verteilt war für jeden Geschmack etwas dabei.

SyGo



Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz begrüßte die Gäste.



Die New Orleans Hot Peppers trafen genau den richtigen Ton. Mit von der Partie: Der Berliner Psychoanalytiker Gerhard Dahl (Klarinette) und der Neurologe Roland Schiffner (Piano).





Sie machten den Anfang mit zwei klassischen Darbietungen: das Quartett des Berliner Ärztorchesters. Ärztlich besetzt: die 2. Violine und die Viola mit Gregor Nußbaum und Ulli Fichte.



Moderator Ben Posener mit den Klinik-Clowns Olivia und Klecksi. Die beiden geisterten durchs Haus und verwickelten die Gäste in einigen Schabernack.



Herrlicher Ausblick über Kreuzberg/Mitte. Die Hausführungen endeten zur Freude der Gäste auf der luftigen Dachterrasse.



Architekt Rainer Hascher bei seiner Ansprache.

Foto: Peter Gregor



Quivive-Moderator Ekkehard Schibber (re.) bekam für seine Arbeit das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft. Kammerpräsident Günther Jonitz gratulierte herzlich.



Die Hausführungen alle halbe Stunde waren ein Renner. Hier Architekt und Bauleiter Anton Zenk gestenreich in seinem Element.

(links) Blick von der Treppe ins Foyer. Für jeden Neuankömmling gab's erstmal einen Prosecco.

Neue Therapieempfehlungen

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft veröffentlicht etwa viermal im Jahr unabhängige Therapieempfehlungen zu den verbreitetsten Volkskrankheiten. Sie erscheinen jeweils als Heft in einer Langversion und als Extrakt in einer Kurzfassung. Unter www.akdae.de können die Empfehlungen auch von der Homepage der Arzneimittelkommission (Kapitel: Therapieempfehlungen, Aktuelle Hefte) heruntergeladen werden. Um sie in der Ärzteschaft noch bekannter zu machen, drucken wir die Kurzfassung jeweils aktuell in BERLINER ÄRZTE ab. Hier sind die aktuellen Empfehlungen zur Hormontherapie in der Postmenopause. (Die Red.)

Die »Wechseljahre« sind keine Krankheit, sondern eine natürliche Lebensphase, die den Zeitpunkt der letzten Blutung, die Menopause, mit einschließt.

Physiologische Prozesse bedürfen per se nicht einer medizinischen Behandlung. Bis zu einem Drittel aller Frauen haben im Klimakterium keine oder nur diskrete Beschwerden.

Hitzewallungen und andere besonders benannte Beschwerden werden in diesen Empfehlungen als fakultative Symptome aufgefasst, weil sie weder ausschließlich bei Frauen noch exklusiv in einem bestimmten Lebensabschnitt auftreten.

Die Indikation zur Hormontherapie bei menopausalen Beschwerden ist gemeinsam mit der Frau nach ausführlicher Differenzialdiagnose zu stellen, wenn Frauen medizinische Hilfe wegen Wechseljahresbeschwerden in Anspruch nehmen wollen:

- unter vorrangiger Berücksichtigung des Wirksamkeitsnachweises für die betreffende Symptomatik,
- der individuell empfundenen Schwere der Symptome,
- des Lebensumfeldes und
- möglicher Risiken (insbes. kardiovaskuläres und karzinogenes Risiko)

Bei Frauen mit **vorzeitiger (prämaturer) Menopause** gelten im Prinzip die gleichen Grundsätze. Eine Therapie bis zum etwa 50. Lebensjahr mag hier in Anlehnung an den Median des natürlichen Menopausealters begründet erscheinen.

THERAPIEZIEL

Das therapeutische Ziel besteht in der Beseitigung bzw. Reduktion vasomotorischer Symptome und Anzeichen urogenitaler Atrophisierung auf ein nach Angaben der betroffenen Frauen zur Bewältigung des Alltags tolerables Maß.

I. DIAGNOSTIK

A. ANAMNESE

- Die Anamnese ist zur Erfassung von Zyklusveränderungen und von klimakterischen Symptomen meistens hinreichend.
- Obligat sind als Grundlage für eine Beratung auf dem Boden einer Nutzen-Risiko-Abwägung eigen- und familienanamnestische Hinweise zum Risiko für Brustkrebs, kardiovaskuläre und thromboembolische Erkrankungen zu erfassen.

B. KLINISCHE UNTERSUCHUNG

- Je nach Anamnese kann eine allgemeine körperliche, gynäkologische, urologische, psychiatrische oder osteologische Untersuchung erforderlich werden.

C. LABOR- UND TECHNISCHE UNTERSUCHUNGEN:

- Nur in Einzelfällen kann die Bestimmung von FSH, LH, Estradiol und Progesteron hilfreich sein. Die eingeschränkte Aussagefähigkeit erfordert die Interpretation des hierin Kundigen.
- Untersuchungen zur Einschätzung des kardiovaskulären (Lipide, Blutzucker, Blutdruck, EKG), thromboembolischen (hämostasiologische Parameter) und Brustkrebsrisikos (Mammadiagnostik) im Individualfall, ggf. nach fachspezifischem Konsil.

II. INDIKATIONEN

A. HITZEWALLUNGEN

- Sofern Frauen wegen Hitzewallungen eine Hormontherapie erwägen, kann mit der geringsten wirksamen Tagesdosis eines systemische Effekte auslösenden Östrogens eine Besserung dieser Symptomatik mit guter Aussicht auf Erfolg vorgenommen werden.
- Zur Kontrolle einer Östrogen- oder Östrogen-Gestagen-Therapie ist in aller Regel die subjektive Symptomatik hinreichend für eine Dosisanpassung.

B. UROGENITALE SYMPTOME

Vaginale Atrophie

- Eine lokale Östrogen- oder Östrogen-Gestagen-Therapie kann eine vaginale Atrophie verbessern und der Prophylaxe und Therapie einer neu aufgetretenen Dyspareunie dienen.
- Wenn die betroffene Frau eine Hormonmedikation ablehnt oder eine Kontraindikation gegen eine Östrogen- oder Östrogen-Gestagen-Therapie besteht (z. B. östrogenabhängiger Tumor), kann die lokale Anwendung eines/einer hormonfreien Gels/Creme versucht werden.

C. OSTEOPOROSE

- Die erforderliche Langzeitbehandlung von Frauen mit einem hohen Osteoporoserisiko oder einer manifesten Osteoporose erfordert eine besonders gründliche individuelle und gemeinsame Abwägung mit der Patientin auch hinsichtlich der Risiken und angesichts wirksamer Behandlungsalternativen (s. auch Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur Prophylaxe und Therapie der Osteoporose, 2003).
- Aufgrund des Risikoprofils, insbesondere des kardiovaskulären und des Brustkrebsrisikos, aber auch der nur geringgradigen Frakturrisikoreduktion (NNT), kann eine **Östrogen-Gestagen-Therapie** nicht für die Indikation Osteoporoseprophylaxe empfohlen werden.
- Aufgrund epidemiologischer Daten kann davon ausgegangen werden, dass eine **Östrogenmonotherapie** (nur bei Frauen mit Hysterektomie möglich) ähnlich wirksam wie eine Östrogen-Gestagen-Therapie wäre, aber auch mit den Risiken, v. a. Thromboembolie- und Brustkrebsrisiko, verbunden ist. Daher wird auch sie nicht empfohlen.
- Bei der Verordnung der Hormontherapie in gut zu begründenden Einzelfällen, z. B. bei Unverträglichkeit oder fehlender Wirkung pharmakologischer Alternativen, ist insbesondere auf ein geringes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und für das Auftreten eines Mammakarzinoms zu achten (Eigen- und Familienanamnese, klinische Befunde).
- Für **Tibolon** oder **Phyto-Östrogene** liegen weder Wirksamkeitsbelege zur Frakturrisikoreduktion vor, noch sind sie in Deutschland zur Prävention oder Therapie der Osteoporose zugelassen.

AUF EINEN BLICK: HORMONTHERAPIE IM KLIMAKTERIUM

Für alle Indikationen gilt:

- Bei **vorhandenem Uterus** und gegebener Indikation für eine Östrogengabe ist eine **zusätzliche Gestagentherapie** obligat, es sei denn es wird ausschließlich eine vaginale Östrogentherapie angewendet.
- Der angestrebte **Nutzen** jeder Hormontherapie muss ins Verhältnis gesetzt werden zu den **Risiken**, die auch bei kurzzeitiger Therapie zu Therapiebeginn auftreten können: thromboembolische/kardiovaskuläre Ereignisse, Brustkrebsrisiko. Die Nutzen-Risiko-Abwägung sollte gemeinsam mit der Frau und jährlich erneut erfolgen.
- Sofern eine Östrogentherapie kontraindiziert ist oder die betroffene Frau diese ablehnt, sind auch als Arzneimittel zugelassene **pflanzliche Präparate** (»Phyto-Östrogene«) **nicht empfehlenswert**, da überzeugende Belege zur Wirksamkeit und Daten zur Langzeitsicherheit fehlen.
- Auch für weitere medikamentöse und nichtmedikamentöse Ansätze zur Behandlung von vasomotorischen Beschwerden liegen keine hinreichenden Belege zur Wirksamkeit vor: **Ginseng, Angelica sinensis, Nachtkerzenöl, Akupunktur, Verhaltens- und Entspannungstherapie, gymnastische Übungen und Reflexzonenmassage.**

III. RISIKEN

A. KARZINOME

Jede zur Behandlung mit Östrogenen (und Gestagenen) eingeleitete Hormontherapie bedarf wegen der Karzinomrisiken einer strengen Indikationsstellung.

Mammakarzinom

- Eine Hormontherapie (Östrogen bzw. Östrogen-Gestagen-Kombination) geht mit einem erhöhten Risiko für invasives Mammakarzinom einher; dieses Risiko steigt mit der Länge der Therapie. Auch Behandlungszeiträume unter 4 Jahren sind nicht als risikofrei anzusehen.

Endometriumkarzinom

- Eine **Östrogenmonotherapie** ist wegen des ansonsten **deutlich erhöhten Endometriumkarzinomrisikos** **obsolet**.
- Es ist derzeit nicht auszuschließen, dass auch eine **sequenzielle** Östrogen-Gestagen-Therapie ein Restrisiko beinhaltet, das das hormonell unbehandelte Frauen übersteigt.
- Die tägliche Anwendung eines Östrogens und eines Gestagens (so genannte **kombiniert kontinuierliche** Therapie) geht offenbar nicht mit einer Erhöhung des Risikos einher; diese Therapieform steht jedoch im Verdacht, das Risiko eines Mammakarzinoms noch stärker zu vergrößern als eine alleinige Östrogentherapie.
- Aufgrund der Datenlage kann daher keine eindeutige Präferenz für die eine oder andere Therapieform ausgesprochen werden.
- Die Entscheidung zur sequenziellen oder kombiniert kontinuierlichen Therapie sollte gemeinsam mit der zu beratenden Frau erfolgen, neben der obligaten Nutzen-Risiko-Abwägung sind die **individuelle Verträglichkeit** der gewählten Hormonpräparate und die **persönliche Präferenz** der Frau zu bedenken [keine zu erwartenden monatlichen Blutungen bei kombiniert kontinuierlicher im Vergleich zu sequenzieller Östrogen-Gestagen-Therapie; jedoch Möglichkeit von (unregelmäßigen) Blutungen bei kombiniert kontinuierlicher Therapie].

Andere Organsysteme

- Möglicherweise ist bei langzeitiger postmenopausaler Hormontherapie auch das Karzinomrisiko für andere Organsysteme, nicht nur des Reproduktionstrakts, erhöht: **Ovarialkarzinom, Gallenblasenkarzinom, follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom.**

B. KARDIOVASKULÄRE ERKRANKUNGEN

Primär- und Sekundärprävention

- In kontrollierten klinischen Studien hat sich gezeigt, dass die Gabe von Östrogen-Gestagen-Kombinationen in der Postmenopause die Häufigkeit von kardiovaskulären Ereignissen nicht reduziert, sondern erhöht. Östrogen-Gestagen-Kombinationen sollten daher nicht zur Vermeidung von Herzinfarkten oder Schlaganfällen, weder zur Primär- noch zur Sekundärprävention, verordnet werden. Auch für eine alleinige Östrogenanwendung, wie sie bei hysterektomierten Frauen möglich ist, oder die Wahl anderer, nichtoralen Anwendungsformen bestehen keine hinreichenden positiven Belege.

Thromboembolie

- Zu Beginn einer jeden Östrogentherapie besteht ein erhöhtes Thrombose-/Embolierisiko, auch bei Frauen mit bisher unauffälliger Anamnese. Dies gilt insbesondere, wenn bereits Risikofaktoren für eine Thromboembolie vorliegen, wie z. B. Thromboembolie in der (Familien-)Anamnese, Krebserkrankungen, Immobilisierung oder eine ausgeprägte Adipositas.

C. ANDERE ORGANSYSTEME

Gallenblasenerkrankungen

- Bei einer Hormontherapie ist damit zu rechnen, dass eine Cholezystitis gehäuft auftritt und Cholezystektomien häufiger durchgeführt werden. Nach Absetzen der Hormone bleibt das relative Risiko einer Cholezystitis für mehrere Jahre erhöht.

IV. KEINE INDIKATIONEN

Für folgende Indikationen lässt sich aus kontrollierten klinischen Studien zur Hormontherapie keine allgemeine Empfehlung zur Prophylaxe oder Therapie ableiten:

A. HARNWEGSINFEKTE

- Es besteht keine belastbare Evidenz, Östrogene bzw. Östrogen-Gestagen-Kombinationen zur Reduktion von Harnwegsinfekten anzuwenden. Bei Diagnostik und Therapie ist gemäß den allgemeinen urologisch-nephrologischen Maßgaben (Blasenvorfall, neurogene Blasenentleerungsstörungen, z. B. durch Diabetes mellitus) zu verfahren.

B. HARNINKONTINENZ

- Bei Harninkontinenz sollte eher keine Besserung durch eine Östrogentherapie erwartet werden. Die Möglichkeiten der nichtmedikamentösen Therapie (Übungen zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur) sowie der spezifischen Pharmakotherapie (z. B. Muskarinrezeptorantagonisten bei Dranginkontinenz) und operative Verfahren sollten erwogen werden.

C. SEXUALITÄT

- Es gibt keine hinreichenden Belege, dass die Gabe von Östrogenen bzw. Östrogen-Gestagen-Kombinationen oder Tibolon zur »Verbesserung« von Sexualität/Libido bei postmenopausalen Frauen beitragen. Diese Präparate sollten daher nicht primär bei Veränderungen der Sexualität/Libido eingesetzt werden.
- Im Kontext einer primär nichtmedikamentösen Therapie (z. B. Paartherapie) können Östrogene Symptome der urogenitalen Atrophisierung günstig beeinflussen.

AUF EINEN BLICK: HORMONTHERAPIE IM KLIMAKTERIUM

D. ZENTRALNERVÖSE SYMPTOME/ERKRANKUNGEN

Depression/Schlafstörungen

- Eine Besserung depressiver Symptome bzw. Syndrome oder Schlafstörungen durch eine Östrogen- bzw. Östrogen-Gestagen-Therapie ist nicht hinreichend belegt. Diese Erkrankungen sollten daher nach den üblichen auch außerhalb der Wechseljahre gültigen psychotherapeutischen oder psychopharmakologischen Prinzipien behandelt werden.
- Analoge Aussagen gelten für Schlafstörungen. Allenfalls kann bei Schlafstörungen im Kontext mit Hitzewallungen eine Gabe von Östrogenen bzw. Östrogen-Gestagen-Kombinationen erwogen werden. Wenn kurzfristig keinerlei Beschwerdebesserung unter Östrogenen eintritt, sollte diese Therapie beendet werden.

Demenz/Kognition

- Eine Östrogentherapie ist nach dem derzeitigen Wissensstand kein Mittel zur Prävention oder Therapie einer Demenz (M. Alzheimer) sowie zur Verbesserung der Kognition.

Die Tabellen 1 und 2 verschaffen eine Übersicht zu den verschiedenen Einzelsubstanzen, Kombinationen, Darreichungsformen und Applikationsschemata sowie zu unerwünschten Wirkungen, Interaktionen und Kontraindikationen im Rahmen der Hormontherapie in Peri- und Postmenopause.

Tabelle 1: Auswahl von Therapeutika[#]

	Darreichungsform/ geringste verfügbare Tagesdosis	Applikationsschema*
Östrogene/ Einzelsubstanzen		
Estradiol	transdermal: 25 µg	sequenziell, kontinuierlich
	Gel: 0,5 mg	sequenziell, kontinuierlich
konjugierte equine Estrogene	oral: 0,3 mg	sequenziell, kontinuierlich
Estradiol(valerat)	oral: 1 mg	sequenziell, kontinuierlich
Estriol	oral: 1 mg	sequenziell, kontinuierlich
Östrogen-Gestagen-Kombinationen		
Estradiolvalerat + Norethisteronacetat	oral: 1 mg + 1 mg	sequenziell
Estradiol + Norethisteronacetat	oral: 1 mg + 0,5 mg	kontinuierlich
Estradiol + Norethisteronacetat	transdermal: 50 µg + 250 µg	sequenziell
Estradiol + Norethisteronacetat	transdermal: 25 µg + 125 µg	kontinuierlich
Konjugierte equine Estrogene + Medrogeston	oral: 0,3 mg + 5 mg	sequenziell
Estradiol + Dydrogesteron	oral: 1 mg + 10 mg	sequenziell
Estradiolvalerat + Estriol + Levonorgestrel	oral: 1 + 2 + 0,25 mg	sequenziell
Estradiolvalerat + Medroxyprogesteronacetat	oral: 1/1,25 mg + 5 mg	sequenziell
Estradiol + Dydrogesteron	oral: 1 mg + 5 mg	kontinuierlich
Gestagene**/Einzelpreparate, nur oral verfügbar		
Chlormadinonacetat	2 mg	sequenziell, kontinuierlich
Dydrogesteron	10 mg	sequenziell, kontinuierlich
Lynestrenol	5 mg	sequenziell, kontinuierlich
Medroxyprogesteronacetat	2,5 mg	sequenziell, kontinuierlich
Norethisteronacetat	1 mg	sequenziell, kontinuierlich
Progesteron	100 mg	sequenziell, kontinuierlich
[#] Auswahl unter Berücksichtigung der häufigsten Verordnungen in Deutschland		
[*] kontinuierliche Anwendung Östrogen + Gestagen: bei Frauen, die keine Entzugsblutungen akzeptieren		
^{**} bei Frauen mit Uterus erforderlich; mindestens 10, besser 12-14 Tage/Behandlungsmonat (oder Zyklus) oder jeden Tag (kontinuierlich)		

AUF EINEN BLICK: HORMONTHERAPIE IM KLIMAKTERIUM

Tabelle 2: Östrogene bzw. Östrogen-Gestagen-Kombinationen: wichtige Nebenwirkungen, Interaktionen und Kontraindikationen
(UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkungen, IA: Arzneimittelinteraktionen, pd: pharmakodynamische IA, pk: pharmakokinetische IA, KI: Kontraindikationen)

Wirkstoffe

Östrogene/Monopräparate

Estradiol(-valerat): oral
Estradiol: Pflaster, Gel, Nasenspray
Estrogene (konjugiert): oral
Estradiol/Estriol: vaginal (Creme, Suppositorium, Tablette, Vaginalring)

Kombinationspräparate

Östrogen-Gestagen-Kombinationen:
Pflaster, oral
Estrogen (konjugiert)-Gestagen-Kombinationen: oral
Estradiolvalerat/Prasteronenantat: i. m.

UAW: endometriale Blutungen; Mastodynie; Übelkeit; Zunahme von Migräneattacken bei Frauen mit Migräne, Kopfschmerzen; Ödeme, Gewichtszunahme und Blutdruckerhöhung; erhöhtes Auftreten von Thromboembolien, Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall erhöht, depressive Verstimmungen; Leberfunktionsstörungen; erhöhtes Risiko für Lebertumoren, Mammakarzinom, Endometriumkarzinom, evtl. auch Ovarialkarzinom (bei alleiniger Östrogengabe) und Gallenwegserkrankungen

IA: Wirkungsverminderung von *gerinnungshemmenden* und *antidiabetisch wirkenden Medikamenten* (pd) und *Schilddrüsenhormonen* (pk), Verminderung der Östrogenwirkung durch Enzyminduktoren (z. B. *Carbamazepin, Phenytoin, Rifampicin*) möglich (pk)

KI: Mammakarzinom oder andere östrogenabhängige Tumoren (Endometriumkarzinom); Lebertumoren oder schwere Leberfunktions- bzw. Stoffwechselstörungen; bestehende oder anamnestisch bekannte Venenentzündungen, -thrombosen, Thromboembolien; Zustand nach Herzinfarkt oder Schlaganfall; angeborene Fettstoffwechselstörungen; Otosklerose; Schwangerschaft und Stillzeit; nicht abgeklärte Uterusblutungen, Endometriose; eine Östrogentherapie (außer der vaginalen) macht eine Kombination mit Gestagenen bei Frauen mit Gebärmutter erforderlich

Tibolon: oral

UAW: uterine Blutungen inkl. Schmierblutungen; Bauchschmerzen, Übelkeit; Brustspannen; Kopfschmerzen, Migräne; Ödeme; Pruritus; Gewichtszunahme; Ausschlag; depressive Verstimmungen; Hirsutismus

IA: Wirkungsverminderung durch Enzyminduktion möglich (z. B. *Carbamazepin, Rifampicin, Hydantoine*) (pk); Wirkungsverstärkung von *Antikoagulanzen* (pd)

KI: bestehende hormonabhängige Tumoren (z. B. Brustkrebs); Thrombophlebitis; Thromboembolie; ungeklärte Leberfunktionsstörungen

Foto: Loy



Gabriele Ehren

Erfolgreich in der Männerdomäne

Ein reicher Schatz muss hinter diesen ausdrucksstarken Augen verborgen liegen. Ein Erinnerungsschatz, der sehr schwer zu heben ist. Gabriele Ehren ist seit einem Jahr Cheförztn der Chirurgie im Krankenhaus Waldfriede in Zehlendorf. Sie war die erste Frau auf diesem Posten in Berlin. Ein Durchbruch für den Feminismus in der Medizin, könnte frau jetzt frohlocken. Tut Frau Ehren aber nicht. Könnte falsch verstanden werden. Deshalb vorsichtig dosieren, was man preisgibt, damit die chirurgische Männerwelt es besser schlucken kann.

Die Hände erzählen mehr als der Mund. Manchmal stellen sie sich zur Abwehr auf, schwenken hin und her, fächern die Finger auf oder kippeln. Schon immer waren diese Hände in Bewegung, der ganze Mensch „dauernd unterwegs“.

Man kann sich das gut vorstellen. Motorrad fahren den Berg Schauinsland hoch, in Freiburg, wo sie studierte. Ski fahren in den Alpen. Ihre Eltern hätten ihr schon immer „freie Hand gelassen“, sagt sie. Der Vater war Chirurg. Da bot es sich an, ins Krankenhaus hineinzuschnuppeln, diesen „faszinierenden Betrieb“ kennenzulernen. Jahrelang jobbte sie in der Pflege.

Das muss noch nichts heißen. Auch beruflich hatte Tochter Gabriele freie Hand. Erst mal studierte sie Soziologie und Psychologie. Das passte gut in die gesellschaftskritische Zeit, damals, vor dreißig Jahren. War aber auch ein Ausweichstudium, weil der Numerus Clausus den Einstieg in die Medizin zunächst verhinderte. Erst nach dem Grundstudium kann sie wechseln. Das Medizinstudium läuft dann so

nebenher – schließlich befindet sich die Jugend in einem aufwühlenden Selbstfindungsprozess. Und Gabriele Ehren „mittendrin“. Mittendrin? Verflixt. Eines dieser sensiblen Themen. Ihre Stimme wird leise, verhuscht die Wörter, versucht, dem gerade Gesagten jede Bedeutung zu nehmen. Soviel darf verraten werden: Sie engagiert sich in der Linken, der Sponti-Linken. Auch die Frauenfrage spielt dabei eine wichtige Rolle. Bis heute setzt sich Frau Ehren für Kolleginnen ein, ist Mentorin im Deutschen Ärztinnenbund und macht mit bei einem losen Netzwerk von Chirurginnen in Berlin. Und wo wir beim Thema sind, bezieht Gabriele Ehren doch überraschend klar Position: „Viele Frauen sind besser für den Arztberuf geeignet als Männer. Sie arbeiten sorgfältiger, machen eher die Fleißarbeit, können gut organisieren. Ich stelle am liebsten Mütter ein. Die verträdeln sich nicht so durch den Tag. Männer haben eher die Karriere vor Augen, setzen ihre Ellenbogen ein und ruhen sich häufig auf der Arbeit von Kolleginnen aus. Dagegen habe ich schon immer angekämpft.“ Es gebe natürlich auch ganz andere Arzt-Männer – fleißig, penibel, teamfähig – nur stellen sie nach den Erfahrungen von Frau Ehren die Minderheit.

Ihre eigene Karriereleiter sei sie eher „hinaufgestolpert“. Chefärztin zu werden, habe sie nie geplant. Neben dem fachlichen Können, das ihr allseits bescheinigt wird, habe auch das Glück nachgeholfen. (So was würde ein klassischer Karrieremann nie eingestehen.) Das Glück bringt sie 1982 von Freiburg nach Berlin – ein damals wie heute beliebter Wohnortwechsel. Im Hubertus-Krankenhaus findet sie eine Stelle in der Chirurgie. Eigentlich wollte sie damals Hausärztin werden, doch die Chirurgie plasiert ihrem lebhaften Temperament. „Da passiert halt immer was. Man ist ständig gefordert.“ Dieser „Leistungsdruck“, die lange Lehrzeit bis zum erfahrenen Operateur – all das reizt sie und macht ihr Spaß. Als „halberfahrene Assistenzärztin“ bewirbt sie sich – mit der Unterstützung des Chefs – ins Behring-Krankenhaus. Dort bleibt sie 16 Jahre und wird Oberärztin. Zwischendurch bekommt sie eine Tochter.

Jetzt ist sie 50 Jahre alt und muss Aufbauarbeit leisten. Die Chirurgie in Waldfriede habe bislang nicht im besten Ruf gestanden, sagt sie. Um das zu ändern, qualifiziert sie sich auch selbst weiter. Eine kleine feine Abteilung für die „mittelgroße Chirurgie“ mit besonderer Berücksichtigung der Seelenlage des Patienten, so ungefähr lautet ihre Zielvorgabe. Der klassische Chirurg – das wissen wir aus diversen Arztsoaps – hat ja gerade soviel Feingefühl wie ein Heizungsklempner. (Auch das könnte daran liegen, dass der klassische Chirurg männlich ist.) Wenn die Aufbauarbeit getan ist, vielleicht in zehn Jahren oder zwölf, könnte sich Frau Ehren vorstellen auszusteigen. Das Abnabeln vom Arztberuf werde ihr nicht schwer fallen. Töpfern, Gärtnern, Bildhauern, Kochen, Reisen - da gebe es noch viel zu entdecken. Langweilig kann es ihr nicht werden. Für Langeweile fehlt ihr schlicht die Geduld.

Thomas Loy (Journalist)

In dieser Rubrik portraituren wir in loser Folge Ärzte aus Berlin. Dabei wollen wir bewusst keine sehr prominenten Ärzte vorstellen, sondern Kollegen „next door“, die uns einfach aufgefallen sind. Über Vorschläge unserer Leser freuen wir uns sehr. Redaktions-Tel. 40 80 6-1600

Zum 90. Geburtstag von Isolde Kaiser-Meinhardt

Am 21. Oktober begeht Frau Prof. em. Dr. med. Dr. med. dent. Isolde Kaiser-Meinhardt ihren 90. Geburtstag. Dies sollte Grund genug sein, an exponierter Stelle der wichtigsten Etappen ihres wissenschaftlichen Lebens zu gedenken.

Nach dem Studium der Zahnmedizin, der sie sich als ausgebildete Zahnärztin zuerst zuwandte, absolvierte sie ein Zusatzstudium für Humanmedizin und begann 1944 ihre HNO-Facharzt-ausbildung in Greifswald. 1950 erhielt sie den Ruf nach Berlin, um die nahezu total zerstörte HNO-Klinik in der Ziegelstraße (lediglich die Räume der Poliklinik

waren noch benutzbar) aufzubauen. Mit großem persönlichem Einsatz gelang es ihr, relativ kurzfristig einen Operationstrakt und vier Stationen (die spätere II. HNO-Klinik der Charité) in Betrieb zu nehmen, deren Chefärztin sie für ein gutes Dutzend Jahre wurde.

1963 erhielt sie den Ruf auf den Lehrstuhl für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde an der Charité. Gleichzeitig erfolgte die Zusammenlegung der beiden Kliniken, die sich in der I. HNO-Klinik in der Luisenstraße konzentrierten. Bis zu ihrer Emeritierung im Jahre 1974 war Frau Kaiser-Meinhardt Direktorin dieser Klinik. Ihr

Nachfolger im Amt wurde Prof. Dr. Jürgen Gerhardt, der im Mai diesen Jahres seinen 75. Geburtstag feiern konnte. Frau Kaiser-Meinhardt kann selbst – oder speziell – in der heutigen Zeit, sowohl wegen ihres hohen persönlichen Engagements in der Lehre als auch in Anbetracht ihrer umfangreichen klinischen und wissenschaftlichen Arbeit, die sie trotz erheblicher familiärer Belastung als Mutter zweier Kinder geleistet hat, ein schönes Beispiel für das erfüllte Leben einer herausragenden Wissenschaftlerin geben.

Wir möchten ihr für dieses Engagement danken und ihr für ihren Lebensabend Gesundheit und persönliches Wohlergehen wünschen.

Alumni-Club der Charité
Dr. Bernd-Dieter Bohne

Parzival im Praxisschock

Die etwas andere Krankenhaus-Serie

Ort: North Hollywood Medical Center, im Fernsehen „Sacred Heart Hospital“ genannt.

Zeit: Gegenwart, das heißt, die mageren Jahre nach den fetten.

Personen: Drei Jungärzte, im Praxis-, genauer: Klinikschock, in der Hauptrolle der angehende Internist John Dorian („J.D.“).

Thema: Wie demotiviert man junge Idealisten, um sie für den klinisch-kommerziellen Routinebetrieb zuzurichten?

In dieser sehr amerikanischen Comedy-Serie werden aber die komischen Seiten dieses traurigen Themas herauspräpariert bis zur Groteske, wobei der Humor ziemlich schwarz eingefärbt ist. Auf deutsch heißt die Serie „Die Anfänger“, im Original „Scrubs“. So nennt man die Leute im zweiten Glied, die „scheuern“, das heißt, sich abrackern müssen.

Drehbuchautor und Produzent ist der routinierte Hollywood-Filmer Bill Lawrence, der unter anderem „Friends“ und „Chaos-City“ drehte. Diese Klinikserie hier könnte auch „Chaos Hospital“ heißen. Oder „Die hilflosen Helfer“. Oder „Parzival im Praxisschock“. Denn als reiner Tor mit Helfer-Syndrom und Berührungängsten kommt der Jungarzt John frisch in die Klinik. Mit welcher déformation professionelle wird er sie wieder verlassen? Zeit genug zum Zurechtgebogenwerden hat der Anti-Held: Im September lief die erste von nicht weniger als 24 Folgen, aber das ist nur die erste Staffel!

Und was wird aus Johns robustem Freund und WG-Genossen Chris Turk? Er will ein großer Chirurg werden, aber statt zu assistieren, muss er erst einmal – zwar nicht den OP-Saal schrubben, aber dort für die passende Hintergrundmusik sorgen. Die Dritte im Anfänger-Bunde ist eine hübsche Blondine: Elliot Reid, die immer alles richtig machen will, aber immer allen ein bisschen auf den Geist

geht. Ein älterer Kollege sagt ihr das sehr grob ins Gesicht, und die Schwestern betrachten sie als weibliche Konkurrenz statt als ernstzunehmende Ärztin.

Das ist eine TV-Serie eher für Ärzte als für Patienten; ungefähr das Gegenteil der „Schwarzwaldklinik“, deren Popularität alle Grenzen sprengte, auch die Grenze zwischen Virtualität und Realität. Nicht nur, dass ganze Busladungen begeisterter Zuschauer sich im Glottertal auf dem Hügelchen gegenüber der echten „Schwarzwaldklinik“ postieren, um das idyllisch gelegene und anheimelnde Gebäude zu bestaunen. Eines Tages stand sogar ein Mann samt Koffer vor der Tür der „Klinik für Rehabilitation Glotterbad“ und wollte partout vom Chef persönlich stationär behandelt werden. Der hieß aber nicht Brinkmann,

sondern Herr-

mann, und letzterer war es, der uns vor über zehn Jahren die Geschichte grienend erzählte.

Das kann im North Hollywood Medical Center nicht passieren. Denn in seiner TV-Version, dem Sacred Heart Hospital, stirbt jeder dritte Patient, wie die entsetzten Jungärzte – und natürlich auch die Zuschauer – gleich zu Beginn erfahren. Und der Chefarzt heilt die als Heiler angetretenen Anfänger rasch vom Irrglauben an die Allmacht der Medizin: „Alles, was wir können, ist: Hinauszögern. Wir halten das Spiel am Laufen, und das ist alles.“

Wenn das die potenziellen Patienten hören, kriegt nicht nur ihre Anspruchshaltung den nötigen Dämpfer; womöglich wird auch der „Arzt als Medikament“ (Michael Balint) unwirksam. Oder lachen die Kranken sich gesund? Eine amerikanische Zeitung schrieb jedenfalls über die Erfolgsserie: „Wenn Lachen die beste Medizin ist, hat ‚Scrubs‘ alles, um Krankheiten zu heilen.“

Rosemarie Stein



Foto: NBC/Inc.

„Scrubs – Die Anfänger.“ ProSieben, immer dienstags 21 Uhr 50.

Etonorgestrel-Implantat

Vaginale Blutungen

Die australische Arzneimittelüberwachung registrierte seit 2001 130 Berichte über unerwünschte Wirkungen (UAW) des Etonorgestrel-haltigen Implantates Implanon®, darunter 37 Berichte über länger andauernde vaginale Blutungen

über 2 – 26 Wochen (im Mittel 8 Wochen), die in 90% der Fälle die Entfernung des Implantates erforderten. Einer Patientin mussten nach Krankenhausaufnahme 4 Einheiten Ery-Konzentrate infundiert werden.

Quelle: Austr. Adv. Drug React. Bull 2003; 22 (3):5

Anmerkung: „Irreguläre Blutungen“ werden in der Fachinformation des Herstellers als häufige UAW aufgelistet, in einer 3-Jahrestudie traten bei 2,8% der Patienten schwere oder verlängerte Blutungen auf. Die Applikation und insbesondere die Entfernung des Implantates nach 3 Jahren (Verlagerung im Einzelfall) erfordert besondere Sorgfalt, auf die ausführlichen Hinweise in der Fachinformation wird verwiesen.

Tetrazykline

Intrakranielle Drucksteigerung

Die AkdÄ berichtet über Hirndruckerhöhungen mit Papillenödem bei zwei 19 bzw. 21 Jahre alten Patientinnen, die zur Malaria prophylaxe Doxycyclin (Vibramycin®, viele Generika) über 3 Wochen bzw. 4 Monate erhielten. Die Einnahme von Minocyclin (Klinomycin®, viele Generika)

zur Aknetherapie bei einer 16-jährigen Patientin führte ebenfalls zu Sehstörungen und Liquordruckerhöhungen. Die AkdÄ empfiehlt bei länger andauernder Therapie mit Tetrazyklinen die Patienten über die Symptome einer intrakraniellen Drucksteigerung aufzuklären.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2003; 100(30): C 1593; Austr. Adv. Drug React. Bull. 2003; 22(3):4

Anmerkung: Erst kürzlich wurde auf andere UAW von Minocyclin hingewiesen: ZNS-Störungen, Hautveränderungen und insbesondere cholestatische Reaktionen (Auftreten nach ca. 4 Wochen) und Leberzellschäden (Auftreten nach Monaten bis Jahren). Minocyclin-induzierte Hepatitiden sind serologisch und histologisch von einer Autoimmunhepatitis nicht zu unterscheiden.

Topiramate

Oligohidrosis und Hyperthermie

Ebenfalls aus Kanada kommt der Hinweis, dass die Einnahme des Antiepileptikums Topiramate (Topamax®) insbesondere bei Kindern zu verringerter Schweißproduktion (Oligohidrosis) und Hyperthermie führen kann. Bei einigen Fällen war eine stationäre Aufnahme notwendig. Bei besonderen Wetterverhältnissen und/oder bei gleichzeitiger

Einnahme unter anderem von Arzneimitteln mit anticholinergischer Wirkung sollten die Patienten eng überwacht und auf genügende Flüssigkeitszufuhr geachtet werden. Die Inzidenz des Auftretens einer Oligohidrosis wird mit 35 pro 1 Mio. behandelter Patienten angegeben.

Quellen: www.hc-sc.gc.ca (Webseite des kanadischen Therapeutic Product Directorate); Lancet 2003; 361: 1999, Prescr. internat. 2003; 12: 141

Paroxetin

Nicht für unter 18-Jährige

Ein Hersteller des Antidepressivums Paroxetin (Seroxat®, Tagonis®, viele Generika) informiert in Kanada alle Ärztinnen und Ärzte sowie alle Patienten und deren Eltern, dass Paroxetin nicht bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren angewandt werden sollte. Als Gründe werden angegeben:

Erhöhtes Risiko des Auftretens von Suizidgedanken und -versuchen sowie Selbstverstümmelung, in Studien nicht nachweisbare Wirkung bei Depressionen in dieser Altersgruppe.

Zusätzlich wird wegen der Gefahr des Auftretens von so genannten „Absetzphänomenen“ vor einem abrupten Absetzen gewarnt. Paroxetin sollte bei Bedarf unter ärztlicher Aufsicht ausgeschlichen werden.

Quellen: www.hc-sc.gc.ca (Webseite des kanadischen Therapeutic Product Directorate); Lancet 2003; 361: 1999, Prescr. internat. 2003; 12: 141

Anmerkung: In einem Editorial über die Gefahr von Suiziden und Entzugssymptomen generell unter der Therapie mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) und speziell mit Paroxetin wird auf ähnliche Warnungen über mögliche Entzugssymptome in Großbritannien hingewiesen. Auch in Frankreich wurden Entzugssymptome und keine „Absetzphänomene“ unter Paroxetin notiert (u.a. Brechreiz, Parästhesien und seltene manische Reaktionen).

Cyproteronazetat/ Ethinylestradiol

Thromboembolien

In Kanada stiegen die Ausgaben für Cyproteronazetat/Ethinylestradiol-haltige Arzneimittel (Diane 35®) zwischen 2000 und 2001 um 45%. In einem Artikel wird auf das höhere Risiko von

Thromboembolien unter diesem Kombinationsarzneimittel verwiesen und eine strenge Indikationsstellung (schwere Akneformen, kurzfristige Anwendung, Beachtung von Risikofaktoren wie Faktor-V-Leiden-Mutation) empfohlen.

Quelle: CMAJ 2003; 168 (4): 455

Thromboembolierisiko bei Frauen

	Thromboembolierisiko/Jahr
Basiswert (keine Einnahme oraler Kontrazeptiva, OC)	1: 20.000 – 1: 9.090
schwängere Frauen	1: 6.666 – 1: 1.500
Frauen mit Faktor-V-Leiden-Mutation	1: 1.754
Thromboembolierisiko unter der Einnahme eines OC	
Einnahme Levonorgestrel-haltiger OC	1: 6.666 – 1: 6.211
Einnahme Desogestrel-haltiger OC	1: 3.333
Einnahme Cyproteronazetat-haltiger OC	1: 1.666
Einnahme eines OC und Trägerin der Faktor-V-Leiden-Mutation	1: 350

Anmerkung: In Deutschland gehen die Verordnungen von Cyproteronazetat/Ethinylestradiol-haltigen Arzneimitteln zu Lasten der GKV seit Jahren zurück (von ca. 51 Mio. Tagesdosen 1998 auf 32 Mio. Tagesdosen 2001). Eine enge Indikationsstellung und eine Diskussion der Risiken mit der Patientin vor einer Verordnung werden jedoch ebenfalls empfohlen.

*Malaria-Prophylaxe***Neue Empfehlungen**

Nach Deutschland werden pro Jahr circa 1000 Malariaerkrankungen eingeschleppt. Zum Juni 2003 hat die Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG) ihre Empfehlungen zur Malaria-prophylaxe aktualisiert (z.B. Doxycyclin als Prophylaktikum, cave: „off-label-use“ in Deutsch-

land!). Sie können im Internet abgerufen (www.dtg.mwn.de) oder schriftlich als Sonderdruck gegen Einsendung eines adressierten und mit ausreichender Frankierung versehenen Briefumschlag A5 (1,44 €) angefordert werden bei DTG e.V., Info-Service, Postfach 40 04 66, 80704 München.

Quelle: Epidem.Bull.2003; Nr. 28: 215

*Lepirudin***Subarachnoidalblutung**

Ein 50-jähriger Patient mit NYHA IV und biventrikulären Thromben wurde aufgrund der Hochrisiko-Konstellation mit Lepirudin (Refludan®) antikoaguliert. Nach 17 Tagen waren die Thromben nicht mehr nachweisbar, es entwickelten sich jedoch petechiale Blutungen, Hämoptysen und eine Makrohämaturie. Trotz niedrigerer Dosierung (0,09 mg/

kg KG) als in der Fachinformation empfohlen (0,15 mg/kg KG) kam es zu einer Überdosierung von Lepirudin. Nach Absetzen und der Gabe von Prothrombin-komplex trat nach vier Tagen eine letal verlaufende Subarachnoidalblutung auf. Die Autoren diskutieren einen Prothrombin-aktivierenden Hirudin-Antikörper.

Quelle: Dt. med. Wschr. 2003; 128: 1531

Anmerkung: Lepirudin ist zugelassen zur Therapie Heparin-assoziiierter Thrombozytopenie (HAT) Typ II und thromboembolischer Erkrankungen, die eine parenterale antithrombotische Therapie erfordern. Bei 1 % der Patienten mit HAT Typ II traten unter Lepirudin tödliche Blutungen auf, insbesondere bei Überdosierung zum Beispiel bei verminderter Nierenfunktion. Eine enge Indikationsstellung wird empfohlen.

*Rituximab***Pneumonitis und Neutropenie**

Zwei englische Patienten mit Non-Hodgkin-Lymphom entwickelten unter der Therapie mit Rituximab (MabThera®) zunehmend eine interstitielle Pneumonitis, die sich unter der Gabe von Prednisolon 40 mg/d schnell zurückentwickelte. Differenzialdiagnostisch ergaben sich keine Hinweise auf andere Ursachen. Der Hersteller beziffert die Häufigkeit der berichteten Fälle mit Lungenschädigungen mit unter 0,3 % der Patienten. Französische Autoren listen acht Fälle akuter und schwerer

Neutropenien innerhalb von 8-23 Wochen nach Therapiebeginn mit Rituximab auf. Die Patienten befanden sich in kompletter Remissionsphase eines Non-Hodgkin-Lymphoms oder einer CLL. Die Autoren vermuten eine vorübergehende Antikörperbildung in der 3-9-monatigen Erholungsphase nach Abfall der B-Lymphozyten unter der Therapie mit Rituximab. Der Hersteller kalkuliert die Berichtshäufigkeit sich spät (> 4 Wochen) entwickelnder Neutropenien unter Rituximab bei unter 0,02 % der Patienten.

Quelle: N. Engl. J. Med. 2003; 348: 2690 und 2691

Anmerkungen: In der deutschen Fachinformation werden die Häufigkeit schwerer Neutropenien generell mit 4,2 % und die interstitieller Pneumonien mit selten angegeben. Davon zu unterscheiden ist ein infusionsbedingtes so genanntes „cytokine release syndrome“, das mit akuter Dyspnoe und Bronchospasmen verbunden ist (schwerer Bronchospasmus in 1,4 % der Patienten) und assoziiert sein kann mit einem schweren Tumolyse-syndrom bei Patienten mit hoher Tumorlast.

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein
Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf, Tel. (0211) 43 02-587

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt, Heft 9 und 10/2003