MEDNEWS

Gesunde Informationen des MED Facharztzentrums Mainz › www.med-in-mainz.de

Alle Jahre wieder: Kommen Sie der Grippe zuvor!

Die Influenza, auch „echte" Grippe oder Virusgrippe genannt, ist eine durch Viren aus den Gattungen Influenzavirus A oder B ausgelöste Infektionskrankheit bei Menschen. Alltagssprachlich wird die Bezeichnung Grippe häufig auch für grippale Infekte verwendet, bei denen es sich aber um andere, in der Regel deutlich harmloser verlaufende Virusinfektionen handelt.

Die Stärke von Grippewellen kann nicht vorhergesagt werden und wirkt sich typischerweise in verschiedenen Regionen, Risiko- oder Altersgruppen unterschiedlich aus. Selbst bei moderaten Grippewellen, wie die der Saison 2011/12, kann das individuelle Risiko für eine schwere Erkrankung hoch sein. *„Generell sollten chronisch Kranke, Ältere über 60, Schwangere und das Medizinpersonal vor jeder Grippesaison zur Grippeschutzimpfung gehen, bevorzugt im Oktober oder November; […] aber auch andere Personengruppen profitieren davon."*, betont Reinhard Burger, Präsident des Robert Koch-Instituts.

Grippeviren sind hochansteckend

Diese werden in der Regel über Tröpfchen in der Luft (z.B. durch Husten, Niesen) übertragen und eingeatmet. Das Ansteckungsrisiko ist daher vor allem in größeren Menschenansammlungen, wie z.B. in Kindergärten und Schulen, sehr hoch. Aus dem Kindergarten und der Schule wird das Grippevirus dann in die Familie getragen, wo Geschwister, Eltern oder Oma und Opa angesteckt werden können – die Grippewelle kommt ins Rollen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt auf Ihrer Internetseite die jährliche Grippeschutzimpfung u.a. für Kinder und Jugendliche mit erhöhter gesundheitlicher Gefähr-

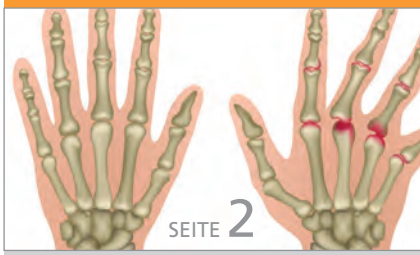
weiter auf Seite 2

Viele Wege führen in die MED ...

Es ist nicht immer einfach, die MED beim ersten Mal zu finden. Die MED im Mainzer Straßenschilderwald.

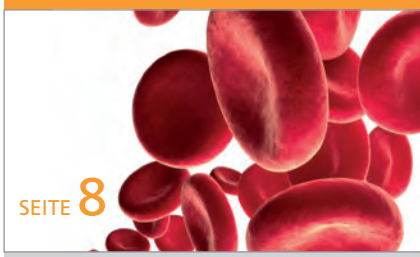
IN DIESER AUSGABE:

RHEUMATOIDE ARTHRITIS



Entzündlich-rheumatische Erkrankungen

BLUTGERINNUNG



Ist die Selbstmessung der Gerinnungshemmung sinnvoll?

AUS DER PRAXIS

Cardiopraxis Mainz und Ingelheim – ambulante Kardiologie seit 1989

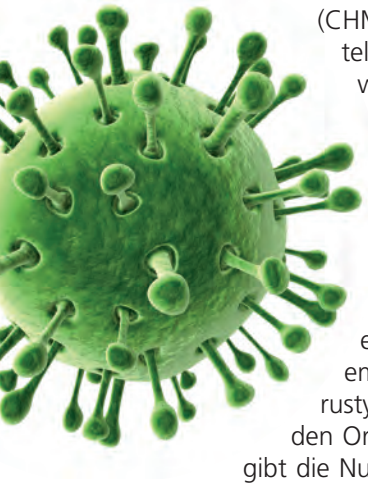
MED FACHARZTZENTRUM

med-in-mainz.de

dung infolge einer Grunderkrankung (z.B. verschiedene chronische Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, Asthma).

Impfstoffe

Influenza-Impfstoffe besitzen die Besonderheit, dass ihre Stammzusammensetzung jedes Jahr an die aktuelle epidemiologische Situation angepasst werden muss. Diese Anpassung wird in einem Verfahren zur Änderung der Zulassung geprüft. Wenn die Anpassung der Stammzusammensetzung genehmigt ist, erfolgt chargenweise die Freigabe der jeweils hergestellten Influenza-Impfstoffe, die dann in den Handel gelangen und angewendet werden können.



Der Influenzaimpfstoff für die Saison 2013/2014 setzt sich gemäß der Empfehlungen der WHO und des Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP) bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) aus den Antigenen weltweit zirkulierender Varianten folgender Viren zusammen: A/California/07/2009 (H1N1) pdm 09, A/Victoria/361/2011 (H3N2) – ähnlich A/Texas/50/2012, B/Massachusetts/2/2012. Für sog. „Vierfach"-Impfstoffe werden die Antigene der oben genannten Viren sowie eine Variante von B/Brisbane/60/2008 empfohlen. A und B bezeichnen die Virustypen, der Ortsname bezieht sich auf den Ort der Virusisolierung; die erste Ziffer gibt die Nummer des jeweils isolierten Stamms

Jörn Schlappa
Apotheker

an, die zweite bezieht sich auf das Isolierungsjahr. Mit H und N werden die beiden wichtigsten Proteine der Virushülle Hämagglutinin und Neuraminidase abgekürzt, die Ziffer dahinter bezeichnet den aktuellen Hämagglutinin- bzw. Neuraminidase-Subtyp.

Diese Stammzusammensetzung weicht von der der Saison 2012/2013 ab. Nach der Impfung ist der Impfschutz in 10 bis 14 Tagen aufgebaut.

Wenige Gründe gegen eine Grippeimpfung

Es gibt nur wenige sogenannte Kontraindikationen zur Grippeimpfung: Wer an einer fieberhaften Erkrankung oder einer akuten Infektion leidet, sollte erst etwa 2 Wochen nach Genesung geimpft werden.

Personen, bei denen eine Allergie gegen Bestandteile des Impfstoffs wie z.B. Hühnereiweiß vorliegt, sollten mit den üblichen Impfstoffen nicht geimpft werden, weil diese produktionsbedingt Spuren von Hühnereiweiß enthalten. Sie können jedoch mit einem hühnereiweißfreien Impfstoff geimpft werden, der für Eiweiß-Allergiker geeignet ist. ■

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen

Rheumatoide Arthritis

Der Artikel über die rheumatoide Arthritis ist zweigeteilt; im ersten Abschnitt geht es um grundsätzliche allgemeine Informationen zum Krankheitsbild; im zweiten Abschnitt um Diagnostik und Therapie.

„Rheumatoide Arthritis – RA – chron. Polyarthritis – PcP" – meine Ärzte haben unterschiedliche Bezeichnungen für meine Krankheit, warum?

Die älteste Bezeichnung ist die „Primär chronische Polyarthritis" oder kurz: „PcP". Wenn man es zerlegt, bedeutet „Polyarthritis": Entzündung von mehr als 5 Gelenken, und „chronisch": mehr als 6 Monate; „Primär" sagt schließlich aus, dass das Krankheitsbild eigenständig und nicht Folge einer anderen Erkrankung ist.

Dies ist zunächst ja eine ganz richtige Beschreibung; allerdings trifft sie letztlich auf mehrere unterschiedliche rheumatische Erkrankungen zu. Man will aber eine einzige, genau definierte entzündlich-rheumatische Erkrankung bezeichnen. Seit etwa 20 Jahren wird in den rheuma-

Dr. Frank Trautmann
Facharzt für Innere Medizin
und Rheumatologie

tologischen Fachkreisen daher fast nur noch der Begriff „Rheumatoide Arthritis" oder kurz „RA" verwendet.

Natürlich sagen viele noch „Chronische Polyarthritis" und es ist ja auch nicht falsch, zumal (noch) jeder weiß, was gemeint ist. Der Begriff „PcP" ist allerdings wirklich out.

Wir sagen im Folgenden „rheumatoide Arthritis“ oder „RA“.

Wie häufig ist die Erkrankung?

In Mitteleuropa haben etwa 0,8 bis 1 % der Menschen eine rheumat. Arthritis. Damit ist dies die häufigste einzelne entzündlich-rheumatische Erkrankung.

Sie scheint nach neuen Ergebnissen aus den USA in den letzten Jahren häufiger zu werden, wofür man v.a. Umweltfaktoren verantwortlich macht.

Als Krankheitsgruppe ist allerdings die Spondyloarthritis mit ihren verschiedenen Formen etwas häufiger mit 1 bis 2 %.

Wer ist davon betroffen?

Schon Säuglinge und Kleinkinder können eine der Kinder-Varianten der rheumat. Arthritis haben. Diese juvenile Arthritis wird vom Kinderrheumatologen behandelt.

Auch wenn man in jedem Lebensalter eine rheumat. Arthritis bekommen kann, besteht eine gewisse Steigerung ab dem 40. und eine Häufung zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr. Männer erkranken später als Frauen. Generell sind Frauen dreimal so oft betroffen wie Männer. Junge Frauen haben im Vergleich zu gleichaltrigen Männern sogar ein vierfach höheres Erkrankungsrisiko. Im hohen Lebensalter gleicht sich die geschlechtsspezifische Erkrankungshäufigkeit jedoch an. Weltweit kommt die Erkrankung in etwa überall gleich häufig vor. In Rheinland-Pfalz mit seinen ca. 5 Mio. Einwohnern haben etwa 40.000 Menschen eine RA; jährlich kommen ca. 2.200 Neuerkrankungen hinzu.

Weiß man Genaueres über die eigentliche Ursache der rheumatoiden Arthritis?

Als sicher ist anzusehen, dass es bei den meisten Patienten eine genetisch bedingte, angeborene Veranlagung für die RA gibt (wer es genau wissen will: die HLA Klasse II-Gene DR4 und DRB1). Bestimmte Faktoren führen dann dazu, dass diese Veranlagung ausbricht. Solche Faktoren können enormer körperlicher oder seelischer Streß und auch Infekte sein. In allererster Linie spielen aber Umweltfaktoren eine Rolle.

Patienten mit genetisch bedingter Veranlagung zur RA sind übrigens meistens positiv für die Laborwerte Anti-CCP bzw. Anti-MCV – dazu später mehr.

Ein weiterer genetischer Risikofaktor ist es, wie oben gezeigt wurde, eine Frau zu sein – Frauen sind 3 bis 4 x häufiger betroffen.

Ein gewisser Schutzfaktor ist, Kinder zu bekommen und zu stillen; oder aber die „Pille“ zu nehmen. Umgekehrt haben offenbar Frauen mit Menstruations-Unregelmäßigkeiten ein höheres Rheuma-Risiko. Der Effekt von Pflastern oder Tabletten mit Hormon-Ersatz-Therapie wg. Wechseljahresbeschwerden ist übrigens unklar. Letztlich führen „Veranlagung plus Auslösefaktor“ dazu, dass das

Immunsystem einerseits unkontrolliert überaktiv wird und die Gelenke angreift, andererseits dazu, dass es gewisse normale Aufgaben nicht mehr ganz korrekt wahrnimmt. So kann z.B. die Infektabwehr schwächer werden oder es können Funktionen beim Erkennen und Eliminieren von Tumorzellen nur eingeschränkt funktionieren.

Insgesamt weiß man über das, was abläuft, wenn das Immunsystem erst einmal in die überaktive Schieflage gekommen ist, sehr gut Bescheid. Das Ergebnis dieses Wissens sind u.a. bestimmte Medikamente, die Biologicals. Über das, was davor passiert, also die „Veranlagung plus Auslösefaktor“, wird derzeit sehr viel geforscht, aber es gibt noch kein perfekt rundes Gesamtbild dazu. Am Ende wird man wohl Gentests und möglicherweise eine Gentherapie haben.

Welche Umweltfaktoren stellen denn ein hohes Risiko dar? Gibt es auch schützende Faktoren?

Der größte Risikofaktor für den Ausbruch einer rheumat. Arthritis ist – wieder einmal – das Rauchen; außerdem

sind nach diversen Untersuchungen Kaffeetrinken (v.a. koffeinfreier Kaffee), Haarfärbemittel und andere Umweltgifte ungünstig.

Einen Schutzfaktor könnte ein hoher Vitamin-D-Spiegel darstellen. Die Einnahme von anderen Vitaminen, Mineralstoffen oder Omega-Fettsäuren etc. wiederum ist zumindest nicht offensichtlich hilfreich. Sie könnte auf anderen Gebieten, z.B. bezüglich Herzinfarkt, sogar nachteilig sein. Hierzu ist die Diskussion derzeit offen.

Stimmt es, dass bei der rheumat. Arthritis Herzkrankheiten häufiger sind?

RA-Patienten haben ein etwa doppelt so hohes Risiko, an Herzinfarkt oder Schlaganfall zu versterben, wie Normalbürger, also eine Situation wie bei Diabetes mellitus. Durch Rauchen wird dies noch einmal auf das 4- bis 5-fache erhöht!

Man nennt eine solche Begleiterkrankung eine „Komorbidität". Die Frage ist dann immer, ob die Komorbidität durch die Grunderkrankung verursacht wird, oder ob es sich bei dem Zusammentreffen um blanken Zufall handelt. Das läßt sich statistisch aber sicher klären, und so kann man feststellen, dass die Grunderkrankung „Rheumatoide Arthritis" Mitursache der Komorbidität „Arteriosklerose" und somit auch von koron. Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und Schlaganfall ist. Dies sind zugleich die häufigsten Komorbiditäten bei der RA.

Grund für die gehäuften Gefäßkomplikationen sind unbemerkt schleichende Entzündungs- und Verschleißprozesse in den Gefäßwänden. Diese treten vor allem bei starker Entzündungsaktivität der RA auf mit hohen Werten für Blutsenkung und CrP sowie Rheumafaktor und / oder Anti-CCP. Sind die Gefäßentzündungen ausgeprägter, spricht man von einer rheumatoiden Vaskulitis. Diese kann z.B. an der Haut oder am Nervensystem zu Schäden führen; das betrifft etwa 3 % der RA-Patienten.

Was kann ich dagegen tun?

Zwei Dinge:

Erstens: Natürlich muss die rheumat. Arthritis gut eingestellt werden. Je weniger aktiv sie ist, desto geringer wird das Risiko für Herz und Gefäße. Die rheumatische Entzündung muss – auch aus grundsätzlichen Therapieerwägungen ganz abgesehen vom Herz – früh erkannt und früh und intensiv behandelt werden. Dies gelingt nachweislich durch die Rheuma-Basistherapien, vor allem Methotrexat und die Biologicals, die für Blutdruck und Gefäße bzgl. Nebenwirkungen auch neutral sind.

Zweitens: Die rheumat. Arthritis ist ganz klar als Risikofaktor für eine koron. Herzkrankheit bzw. eine Arteriosklerose anzusehen. Es ist hilfreich, andere Risikofaktoren zu erkennen und zu behandeln; in erster Linie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen; und vor allem das Rauchen aufzuhören.

Gibt es noch andere relevante Komorbiditäten?

Grundsätzlich sind Komorbiditäten Begleiterkrankungen, die eigenständig auftreten. Man darf sie nicht mit eventuellen Nebenwirkungen von Medikamenten verwechseln, die oft bei einer Grunderkrankung eingesetzt werden. Freilich können manche Medikamente die Komorbiditäten ungünstig – oder aber auch günstig beeinflussen.

Weitere grundsätzlich bei der RA mögliche Komorbiditäten:

Infektionen kommen bei rheumatoider Arthritis häufiger vor. Offenbar liegt dies mit daran, dass das Immunsystem – wie oben schon angesprochen – allein krankheitsbedingt bei der Infektabwehr schwächelt. Rheuma-Medikamente können hier zusätzlich nachteilig sein.

Angst und Depressionen sind bei Patienten mit rheumat. Arthritis häufiger; besonders bei höherer Krankheitsaktivität und bei Patienten, die stärkere Behinderungen haben.

Bösartige lymphoproliferative Erkrankungen kommen bei der rheumat. Arthritis etwa doppelt so oft vor wie in der Normalbevölkerung; wohlgemerkt unabhängig von der Rheuma-Medikation. Die üblicherweise eingesetzten Rheuma-Medikamente, insbesondere auch die neuen Biologicals, erhöhen dieses Risiko entgegen vielfacher Meinung NICHT.

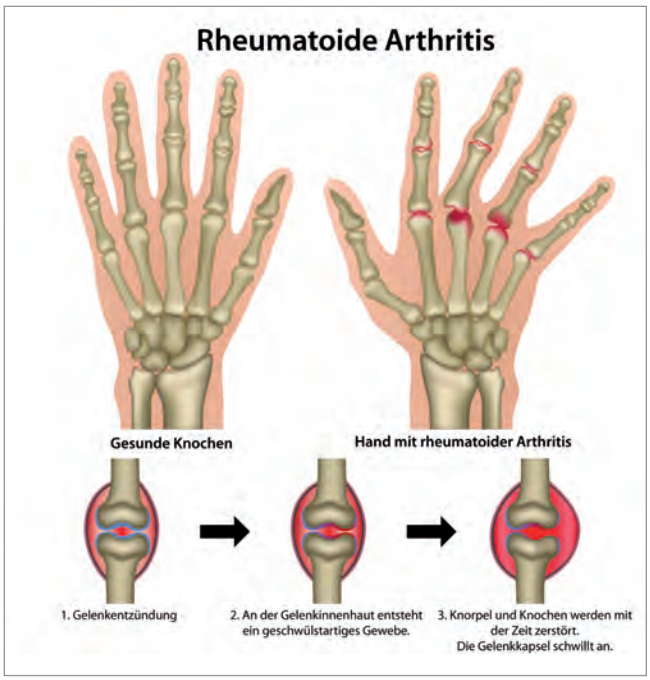
Osteoporose ist bei der rheumat. Arthritis allein schon wegen der entzündlichen Aktivität der RA, die den Knochenabbau fördert, häufiger. Sie wird zudem durch die hinzukommende schlechtere Mobilität, also Inaktivität wegen Schmerzen und Behinderung, befördert. Kortison verstärkt – dosisabhängig – natürlich auch noch die Osteoporose.

Eine Sicca-Symptomatik, das ist Trockenheit insbesondere von Augen und Mund, haben gut 40 % der Patienten mit RA. Bestimmte weitere Symptome und Laborwerte charakterisieren eine eng verwandte entzündlich-rheumatische Erkrankung, das Sjögren-Syndrom, welches man aber auch ganz ohne rheumat. Arthritis haben kann.

Wie fängt die rheumatoide Arthritis eigentlich an?

Es gibt 5 Muster, wie die RA beginnen kann. Natürlich können sich diese auch überlappen oder wechseln.

(1) Der typische Beginn: recht zügig kommt es zu Gelenkschmerzen und -schwellungen, die symmetrisch sind und meist Handgelenke/Hände/Fingergelenke und Vorfüße betreffen.



(2) Der palindrome Beginn: über längere Zeit, oft mehrere Jahre, kommt es zu Attacken von Gelenkentzündungen, die ein Weile bestehen und dann wieder abklingen. Mit der Zeit können die Attacken länger und heftiger und die Abstände dazwischen kürzer werden, bis mehr oder weniger dauernd Gelenkprobleme bestehen. Gelegentlich ändert sich das palindrome Muster aber gar nicht. Dann kann die Abgrenzung gegen eine Gicht oder eine Psoriasis-Arthritis (Schuppenflechten-Arthritis) schwierig sein, die ebenfalls ein palindromes Bild zeigen können. – Palindrom heißt im übrigen „herumlaufend".

(3) Der langfristig-monarthritische Beginn: betrifft eher große Gelenke und die Handgelenke. Diese Gelenke können über lange Zeit als einzige entzündet sein. Öfter sind davon ältere Patienten betroffen. Hier kann ggf. die Abgrenzung gegen eine „gereizte" Arthrose schwierig sein.

(4) Der Polymyalgia rheumatica-artige Beginn: heftige, oft nächtliche Schmerzen insbesondere der Muskulatur vor allem im Schultergürtel, manchmal auch im LWS-Hüft-Oberschenkel-Bereich, ausgeprägte Morgensteifigkeit – die Entzündungen weiterer Gelenke (oft Knie- oder Handgelenke) fallen wegen der vordergründigen Schmerzen an den anderen Stellen zunächst gar nicht so sehr auf. Diese Form betrifft überwiegend Patienten jenseits der 65 bis 70 Jahre.

(5) Der systemische Beginn: Starkes allgemeines Kranksein, Fieber, Gewichtsabnahme und Blutarmut lassen zunächst gar nicht an eine rheumat. Arthritis denken. Erst über die Laborwerte und bei genauerer Untersuchung der Gelenke kommt man darauf. Infekte und Tumoren sind die wichtigsten Differentialdiagnosen. Betroffen sind in erster Linie Kleinkinder – diese Variante wird dann als Still-Syndrom bezeichnet. Auch bei älteren Patienten kann die rheumat. Arthritis einmal so beginnen.

Gibt es auch für den weiteren Verlauf der rheumatoiden Arthritis typische Muster?

Generell ist es so, dass es über die ersten 2 Jahre nach Krankheitsausbruch zu den stärksten Beeinträchtigungen kommt. In dieser Zeit bahnen sich die Gelenkzerstörungen, Kapsel- und Sehnenschäden an, die dann in den Folgejahren die Fehlstellungen, Bewegungseinschränkungen und letztlich die Behinderungen durch das Rheuma bestimmen; zumal dann auch noch Verschleißprobleme der Gelenke und oft die weiter oben beschriebenen Komorbiditäten dazukommen. Es kommt grundsätzlich also darauf an, die RA früh festzustellen und früh intensiv zu behandeln, um gewissermaßen eine gute Ausgangsposition für die folgenden Jahre zu schaffen.

Der „typische" Verlauf der rheumat. Arthritis ist nun so, dass es zu einem Wechsel von aktiveren Phasen („Schüben") und von ruhigen Phasen („Remissionen") kommt. Die Behandlung zielt darauf ab, die Intensität und die Dauer der aktiven Phasen zu vermindern und die Remissionsphasen möglichst lange zu erhalten. Zugleich wird auf die Komorbiditäten geachtet. – In den USA wird dieser Verlauf auch als zyklisch oder polyzyklisch bezeichnet.

Einen „aggressiven" Verlauf haben etwa 15 % der RA- Patienten. Das heißt, dass die entzündliche Aktivität kaum oder gar nicht abklingt, die Funktionsbeeinträchtigungen rasch fortschreiten und es kaum Remissionen gibt. Komorbiditäten sind häufig und heftig. Diese Patienten werden sehr früh sehr intensiv behandelt; in der Regel werden schon als erste Therapie Biologicals eingesetzt.

Von einem „monozyklischen" Verlauf spricht man, wenn es eigentlich nur einen anfänglichen stärkeren Schub der Arthritis gegeben hat, dieser komplett abklingt und bis auf weiteres auch nicht mehr auftaucht. Dabei gibt es wiederum 2 Möglichkeiten: (1) die Arthritis verschwindet ohne spezielle Therapie nach spätestens 6 bis 8 Wochen – dann muss man natürlich überlegen, ob wirklich eine RA vorlag –, und (2) die Arthritis klingt unter spezieller Therapie nach 2 bis 5 Jahren komplett ab. Diese letzte Variante kann offenbar erreicht werden, wenn man sehr früh und sehr intensiv behandelt, in der Regel mit Methotrexat und Biologicals.

Kann man eine rheumatoide Arthritis also ausheilen? Oder kann sie auch von selbst ausbrennen?

Mit dem Begriff „Ausheilen" sind wir vorsichtig. Man spricht besser von einer Langzeit-Remission oder einer anhaltenden Remission. Diese kann man mit oder ohne Medikamente erreichen.

Ziel ist natürlich die Langzeit-Remission ohne Medikamente. Dorthin kann man kommen, wenn man sehr früh und sehr intensiv behandelt, in der Regel mit Kortison, Methotrexat und Biologicals, und die Medikation dann je nach Besserung reduziert bis herausnimmt. Die seit 2003 laufende holländische BeST-Studie (Behandel Strategieen) ist dafür das Paradebeispiel. Das Verfahren erfordert selbstverständlich ein strukturiertes Vorgehen und viel Behandlungsdisziplin von den Patienten.

Dass eine rheumat. Arthritis von selbst ausbrennt, ist sehr selten, aber es kommt vor. Die Frage ist natürlich, welche bleibenden Schäden bis zum Ausbrennen bereits eingetreten sind. Die vage Möglichkeit des Ausbrennens sollte keinesfalls die Therapie aufhalten.

Ich habe gehört, dass es Rheuma auch an den Augen und den inneren Organen gibt …

Es gibt Augenentzündungen, die gehäuft bei Rheuma auftreten können. Manchmal haben die Betroffenen noch nicht einmal Gelenkbeschwerden, aber das Rheumalabor ist typisch. Solche Augenentzündungen sind bei der rheumat. Arthritis die Skleritis und Episkleritis (Lederhautentzündung) sowie die Keratitis (Hornhautentzündung), ggf. mit Hornhautgeschwüren.

Iritis oder Uveitis (Regenbogenhautentzündung) kommen selten bei der rheumat. Arthritis vor, typisch sind sie bei den Spondyloarthritiden, entzündlich-rheumatischen Erkrankungen der Wirbelsäule.

Diese Augenentzündungen werden gelegentlich mit Rheumamitteln (meist Methotrexat) behandelt. Die Behandlung insgesamt bestimmt natürlich der Augenarzt.

An den inneren Organen sind ebenfalls Entzündungen durch die rheumat. Arthritis möglich:

Am Herz sind leichte Herzbeutelentzündungen (Perikarditis) gar nicht so selten bei stärkerer rheumat. Arthritis. Sie bleiben aber in der Regel harmlos. Signifikante Herzmuskelentzündungen (Myokarditis) bei RA sind sehr selten. Vordergründig am Herz sind die oben beschriebenen Probleme der Herzkranzgefäße.

Auf der Lunge kann es durch die rheumat. Arthritis zu Mitentzündungen der Lungenbläschen und / oder des feinen Bindegewebes der Lunge (Alveolitis und Lungenfibrose) kommen.

Wenn man ganz penibel mit entsprechender Technik darauf untersucht (Hochauflösungs-CT, Blutgasanalysen) findet man bei jedem 2. bis 3. RA-Patienten solche Auffälligkeiten. Massive Probleme (Luftnot, Reizhusten) dadurch sind aber doch seltener.

Rippenfellentzündungen (Pleuritis) durch die rheumat. Arthritis sind möglich. Gar nicht so selten finden sich dann Rheumaknoten am Rippenfell. Auch in der Lunge selbst kommen Rheumaknoten vor. Nach unserer Erfahrung ist dies nicht ganz so selten. Das Problem sind dann meist weniger die (im Grunde eher harmlosen) Rheumaknoten selbst als vielmehr ihre Abgrenzung gegenüber einem Lungentumor oder einer Tuberkulose. Oft ist deswegen eine Gewebeprobe, eine Biopsie, erforderlich.

Gerade die Lungenkomplikationen treffen im Gegensatz zur sonstigen Geschlechtsverteilung bei der rheumat. Arthritis Männer häufiger als Frauen.

Nieren und Magen-Darm-Trakt sind durch die rheumat. Arthritis so gut wie nie direkt betroffen; natürlich muss man gerade dort aber auf Probleme durch die Medikamente achten.

Bei hochentzündlicher rheumat. Arthritis können Gefäßentzündungen (Vaskulitiden) und dadurch bedingt auch Nervenentzündungen (Polyneuritis) auftreten.

Was sind denn eigentlich Rheumaknoten?

Rheumaknoten bestehen aus festem Bindegewebe, das um eine Nekrose (abgestorbenes Gewebe) herum liegt und sehr spezielle große Zellen, sog. Epitheloidzellen, und entzündete Gefäße (eine Vaskulitis!) enthält. Das mikroskopische Bild dieses Granuloms ist sehr typisch.

Rheumaknoten finden sich eher bei stärker aktiver rheumat. Arthritis und hohem Rheumafaktor. Sie liegen öfter an Stellen, die durch Druck belastet werden, z.B. Ellbogen oder Ferse, aber auch gern auf Fingergelenken oder in Schleimbeuteln. Es ist auch möglich, dass sie in Organen, v.a. der Lunge, sitzen.

Grundsätzlich sind sie nicht schmerzhaft. Wegen ihrer Lage stören sie aber relativ oft. Man kann sie eigentlich gut in örtlicher Betäubung wegoperieren, gelegentlich kommen sie danach allerdings wieder. Manchmal verschwinden sie auch von selbst.

Zusammenfassung bisher?

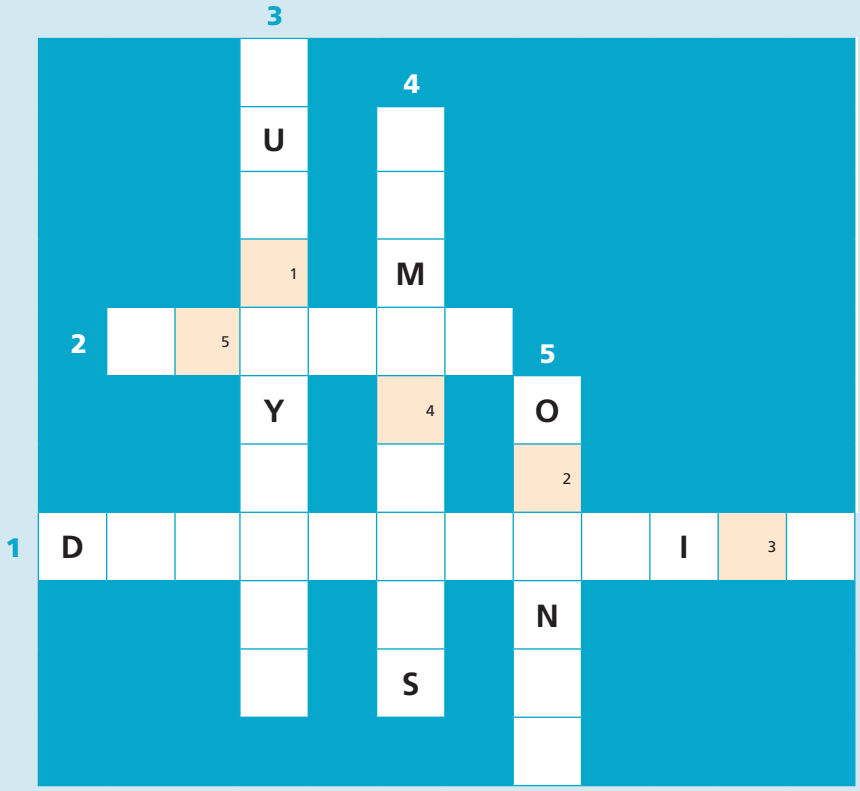
Die rheumatoide Arthritis ist die häufigste entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung. Sie beruht auf einer fehlgeleiteten Überaktivität des Immunsystems, das deswegen die eigenen Gelenke attackiert. Ursächlich dafür ist eine genetische Veranlagung plus ein oder mehrere Auslösefaktoren. Sie kann in jedem Alter auftreten. Der Verlauf ist variabel, es gibt aber einige typische Verlaufsmuster. Innere Organe und Augen können in die Erkrankung einbezogen sein. Nicht, zu spät oder ungenügend behandelt kann die rheumat. Arthritis zu mehr oder weniger ausgeprägten Behinderungen führen. Dies kann durch frühe Diagnosestellung und intensive Behandlung aufgehalten bis verhindert werden.

Diagnostik und Therapie werden später besprochen. ■

MED RÄTSEL

MED-KREUZWORTRÄTSEL

mit Überraschungspreisen



1. Gewinnung von ätherischen Ölen
2. Dickflüssiges Gemisch aus Harz und ätherischen Ölen
3. Baum aus Australien, hilft bei Erkältungsbeschwerden
4. Zaubernuss, wirkt entzündungshemmend
5. Zitrusbaum, auch Apfelsine genannt

Auflösung von Seite 20

3	7	9	4	8	2	6	1	5	
4	8	2	1	6	5	3	7	9	
6	5	1	7	9	3	8	4	2	
7	3	6	9	4	1	2	5	8	
5	1	8	2	3	7	9	6	4	
2	9	4	6	5	8	1	3	7	
1	6	7	5	2	9	4	8	3	
8	2	5	3	1	4	7	9	6	
9	4	3	8	7	6	5	2	1	

Das können Sie gewinnen:

1.Preis: Ein Warengutschein über 150,- € Euro*

2.Preis: Ein Fünf-Sterne-Kinoticket

3.Preis: Eine Kosmetiktasche

**nicht einlösbar für rezeptpflichtige Medikamente*

MITMACHEN & GEWINNEN

Das Lösungswort:

1	2	3	4	5

Einsendeschluss: 31.01.2014

Bitte in der Apotheke in der MED abgeben.

Name _____ Vorname _____

Strasse/Hausnummer _____ Ort _____

Telefonnummer _____

Ist die Selbstmessung der Gerinnungshemmung sinnvoll?

Frau Keller hat eine künstliche Herzklappe. An einem solchen Fremdkörper im Blut können sich Blutgerinnsel bilden, sog. Thromben.

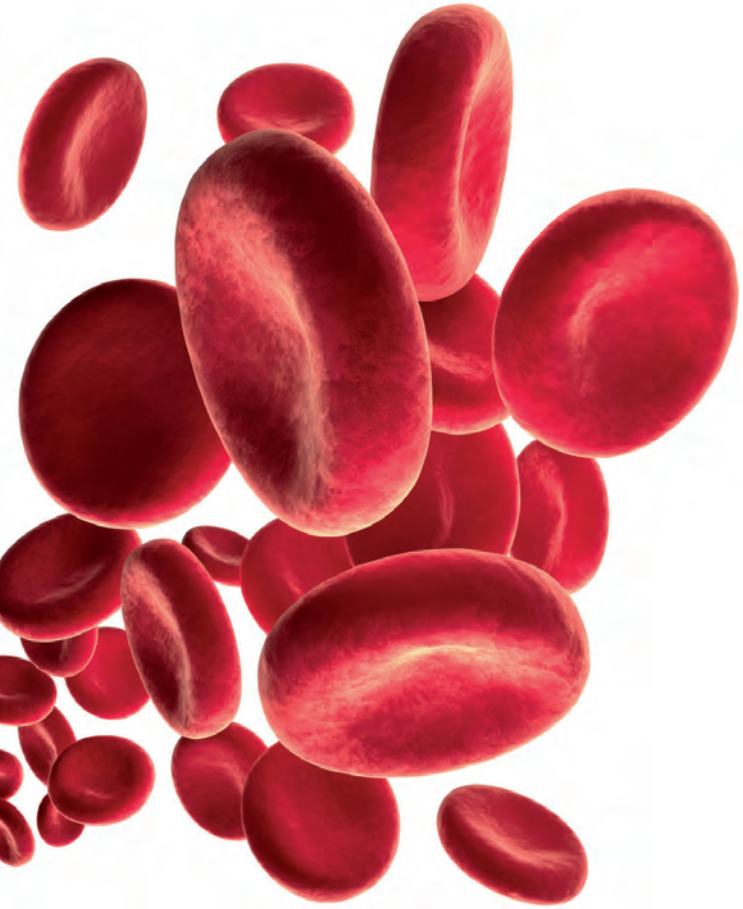
Wenn diese mit dem Blutstrom in das Gehirn transportiert werden (Embolie) und dort eine Ader verschließen, kommt es zum Schlaganfall. Um das zu verhindern, muss die Blutgerinnung von Frau Keller gehemmt werden. Das geschieht üblicherweise mit Medikamenten wie Marcumar® (Phenprocoumon).

Dr. Norbert Wittlich
Facharzt für Innere Medizin
und Kardiologie

Das Problem nun ist, dass die Wirkung des Marcumar sich immer wieder ändert, sie ist abhängig von der Ernährung, von Begleitmedikamenten und vielem anderen mehr. Frau Keller kann also nicht einfach morgens ihr Medikament schlucken, wie das sonst so üblich ist. Die Wirkung des Marcumars auf die Gerinnung muss regelmäßig gemessen werden. Dafür wird der sog. INR-Wert (früher Quick-Wert) benutzt.

Ist der INR zu hoch, wirkt Marcumar zu stark. Es besteht Blutungsgefahr, die Dosis muss reduziert werden. Ist der INR zu niedrig, ist die Wirkung von Marcumar zu schwach, es besteht die Gefahr der Gerinnselbildung (Embolie), die Dosis muss erhöht werden. Der INR-Wert sollte immer im sogenannten therapeutischen Bereich liegen.

Je genauer der INR im therapeutischen Bereich gehalten werden kann, um so geringer sind also die Komplikationen wie Blutungen und Schlaganfälle. Eine gute Gerinnungseinstellung vermeidet also Komplikationen.



Es gibt zwei Möglichkeiten, wie die Marcumartherapie gesteuert werden kann.

Frau Keller geht alle ca. 2-4 Wochen zum Hausarzt. Hier wird der INR-Wert gemessen. Der Hausarzt legt für die nächsten 2-4 Wochen die Medikamenteneinnahme fest.

Oder Frau Keller entnimmt sich selbst Blut aus der Fingerbeere und misst mithilfe eines kleinen Messgerätes (CoaguCheck®) den INR-Wert. Dann legt sie selbst die Tabletteneinnahme für die nächste Woche fest. Damit Frau Keller weiß, wie das geht, muss sie an einer ausführlichen Schulung teilnehmen. Anschließend ist sie in der Lage, ihre Gerinnung selbst zu steuern.

Welche dieser beiden Methoden ist nun die bessere?

Vorteile der Messung beim Hausarzt:

Frau Keller muss nicht an einer Schulung teilnehmen.

Sie muss sich nicht selbst in den Finger pieksen. Die Blutentnahme findet beim Hausarzt statt, meist alle drei bis vier Wochen aus der Vene. Die Therapie ist wesentlich kostengünstiger für die Krankenkasse (keine Schulungskosten, keine Gerätekosten).

Nachteile der Messung beim Hausarzt:

Frau Keller muss regelmäßig zum Hausarzt zur Blutentnahme. Wenn sie unterwegs ist, z. B. im Urlaub oder auf Geschäftsreise, muss sie sich dort vor Ort einen Arzt organisieren, der ihren Hausarzt vertreten kann.

Es wird nur alle 3-4 Wochen Blut entnommen. Das Risiko, dass der INR-Wert den erforderlichen therapeutischen Bereich in dieser Zeit verlässt, ist daher relativ groß, somit ist auch die Gefahr von Komplikationen größer.

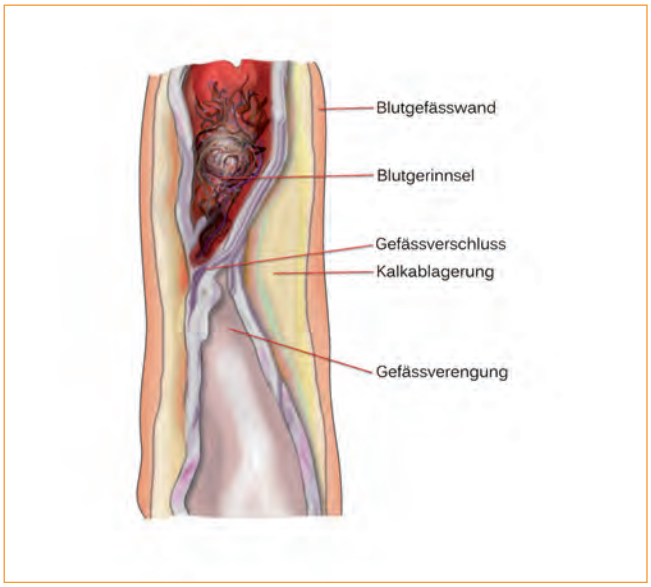
Vorteile einer Selbstmessung

Frau Keller ist gut geschult, und weiß schon von sich aus, wie sich Änderungen der Lebensumstände auf ihre Gerinnung auswirken, z. B. ein grippaler Infekt, Durchfall, eine Urlaubsreise, eine Änderung der Ernährungsgewohnheiten. Sie kann das bei der Medikamenteneinnahme berücksichtigen.

Frau Keller misst mindestens einmal in der Woche ihren INR-Wert. Sie kann bei Veränderungen rechtzeitig gegensteuern.

Wenn Frau Keller unterwegs ist, hat sie ihr Messgerät immer dabei. Sie hat ihren INR-Wert immer unter Kontrolle. Sie braucht keine fremden Ärzte aufzusuchen, die ihre konkreten Lebensumstände gar nicht kennen.

Das Entscheidende aber ist: Dadurch dass Frau Keller ihren INR-Wert engmaschig unter Kontrolle hat, ist er viel besser eingestellt, er liegt nur sehr selten außerhalb des therapeutischen Bereichs, es kommt daher viel seltener zu Komplikationen wie Blutungen oder Embolien.



Gefäßverschluß durch Blutgerinnsel

Nachteile einer Selbstmessung:

Frau Keller muss an einer Schulung teilnehmen, dann aber kann sie ihre Gerinnung selbst in die Hand nehmen.

Die Therapie ist wegen den Schulungs- und Gerätekosten für die Krankenkassen teurer.

Das aber nur kurzfristig. Durch die Selbstmessung werden Komplikationen, dadurch erhebliche Kosten für die Kassen vermieden, aber auch erhebliches Krankheitsleid für die Betroffenen.

Die Selbstmessung der Gerinnung ist also die bessere Form der Therapie. Natürlich kann nicht jeder Patient diese Therapie anwenden. Voraussetzung ist, dass der Patient zur Selbstmessung und –steuerung geistig und auch manuell in der Lage ist. Wenn das der Fall ist, und der Patient dazu bereit ist, ist dieser Form der Gerinnungssteuerung auf jeden Fall der Vorzug zu geben. Diese Therapie vermeidet Blutungen und Schlaganfälle. Sie bedeutet für den Patienten einen erheblichen Zugewinn an Kompetenz und Lebensqualität, da er aktiv die Therapie seiner Erkrankung selbst in die Hand nimmt. Die Krankenkassen wehren sich leider heftig gegen eine Kostenübernahme, weil sie nur das Geld sehen, das sie dafür ausgeben müssen. Sie sehen leider nicht, dass durch die Selbstmessung viele Komplikationen vermieden werden können, damit also auch Geld gespart wird.

So war es auch bei Frau Keller. Die Krankenkasse lehnte den Antrag ab. In dem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen heißt es u. a.:

„Die Selbstmessung der Blutgerinnung ist für die Patientin angenehm, erspart Wartezeiten beim Arzt."

„Frau Keller ist nicht mehr berufstätig, sie ist mobil – kann also ihren Hausarzt oder behandelnden Kardiologen zur Durchführung von Blutentnahmen aufsuchen."

„Es kann der Versicherten zugemutet werden, vorübergehend engmaschige Kontrollen mit der Aussicht auf spätere seltenere Kontrollen ihrer Blutgerinnung in der Arztpraxis durchführen zu lassen."

So denken leider die Krankenkassen. Sie halten die Selbstmessung für eine Luxustherapie, die für den Patienten angenehm ist, und daher nur in bestimmten Situationen bezahlt wird, z. B. bei Berufstätigen, die viel im Ausland unterwegs sind. Allen anderen ist der Weg zum Arzt „zuzumuten".

Uns fragte die Krankenkassenmitarbeiterin im Hinblick auf Frau Keller, ob man der Patientin denn nicht zumuten könne, zu den Blutentnahmen zu uns in die Praxis zu kommen.

Darauf habe ich geantwortet:

„Natürlich wäre das ihr zuzumuten. Aber darauf kommt es nicht an. Auch die Selbstmessung ist, wenn Sie so wollen, eine Zumutung. Sie mutet dem Patienten zu, an einer ausführlichen Schulung zu seinem Krankheitsbild teilzunehmen, regelmäßig die INR-Messungen bei sich selbst durchzuführen, die Verantwortung für die INR-Messung und das Monitoring zu übernehmen. Dies kann man nur aktiven und aufmerksamen Patienten zumuten, die die Behandlung ihrer Erkrankung an diesem Punkt teilweise selbstverantwortlich übernehmen, um somit für sich mehr Sicherheit zu erhalten und Komplikationen weitgehend zu vermeiden.

Ich empfehle Ihnen, Ihrer Versicherten die Selbstmessung „zuzumuten". Sie ist bereit und in der Lage dazu. Sie ersparen Ihrer Krankenkasse die Kosten der Behandlung von Komplikationen und gewinnen ein zufriedenes, gut in seiner Erkrankung geschultes Mitglied."

Das hatte die Krankenkasse dann verstanden, Frau Keller erhielt ihre Genehmigung. ■

MED __ Praxen

AUFGANG A

EBENE 5

GASTROENTEROLOGIE
PD Dr. Norbert Börner | Dr. Thomas Clement | Dr. Werner Gödderz | Dr. Sven Rodney Küster | Dr. Anne Lutz-Vorderbrügge | Prof. Dr. Ottmar Leiß | Dr. Wolfgang Weber
Kontakt:
Tel.: 06131 / 24 04 3-0
Fax: 06131 / 24 04 333
Sprechzeiten:
Mo – Do: 8 – 12 Uhr und 14 – 16 Uhr
Fr: 8 – 12 Uhr sowie nach Vereinbarung
www.gastropraxis-mainz.de

EBENE 4

ANGIOLOGIE
Dr. Helmut Kopp
Kontakt:
Tel.: 06131 / 22 11 00
Fax: 06131 / 22 13 30
Privatpatienten:
Tel.: 06131 / 696 54 73
Sprechzeiten:
Mo – Do: 8 – 12 Uhr und 13.30 – 16 Uhr
Fr: 8 – 13 Uhr sowie nach Vereinbarung
angiomainz@t-online.de

ENDOKRINOLOGIE/DIABETOLOGIE
ENDOKRINOLOGISCHE PRAXIS DR. WAEL OMRAN
Kontakt: Tel.: 06131 / 304 18 18, Fax: 06131 / 304 18 28
Sprechzeiten:
Mo, Di, Do: 8 – 18.00 Uhr | Mi, Fr: 8 – 14 Uhr
praxis@endokrinologie-omran.de

HORMON- & STOFFWECHSELZENTRUM PROF. DR. CHRISTIAN WÜSTER
Kontakt: Tel.: 06131 / 588 48 0, Fax: 06131 / 588 48 48
Privatpatienten: Tel.: 06131 / 588 48 18
Sprechzeiten:
Mo, Di, Do: 8 – 12.30 Uhr und 14 bis 18 Uhr
Mi und FR: 8 – 14 Uhr
www.prof-wuester.de | info@prof-wuester.de

KINDERKARDIOLOGIE
Dr. Mathias Ertel
Kontakt:
Tel.: 06131 / 22 11 00 | Fax: 06131 / 22 13 30
Privatpatienten:
Tel.: 06131 / 6 96 54 73
Telefonische Erreichbarkeit:
Mo – Fr: 8 – 12,
Mo – Do: 13.30 – 16 Uhr
Sprechzeiten:
Mo, Mi: 7.30 – 12 Uhr und 13.30 – 17 Uhr
Di, Do: 7.30 – 12 Uhr und 13.30 – 16 Uhr
Fr: 8 – 13 Uhr
sowie nach Vereinbarung
kinderkardiomainz@t-online.de

E 3

ZAR MAINZ
Zentrum für ambulante Rehabilitation
am Katholischen Klinikum Mainz (kkm)
info@zar-mainz.de | www.zar-mainz.de

EBENE 2

RADIOLOGIE
Radiologen in der MED
Dr. Peter Benz | Dr. Klaus Blasinger
Dr. Stefan Both | Dr. Ralph Deubler
Dr. Alexander Eckmann | Dr. Arnim Jung
Dr. Angela Kremer-Staubitz | Dr. Kurt Staubitz
Kontakt:
Tel.: 06131 / 288 11-0, Fax: 06131 / 288 11-22
Privatpatienten:
Tel.: 06131 / 288 11-88
Sprechzeiten:
Mo – Fr: 8 – 18 Uhr sowie nach Vereinbarung
Kernspin:
Mo – Fr: 7 -18 Uhr sowie nach Vereinbarung
info@radiologie-mainz.de
www.radiologie-mainz.de

APOTHEKE IM MED-PAVILLON
Kontakt:
Tel.: 06131 / 22 38 69
Fax: 06131 / 21 48 03
Öffnungszeiten:
Mo, Di, Do: 8.30 – 18 Uhr
Mi: 8.30 – 13 Uhr
Fr: 8.30 – 14 Uhr
www.apotheke-in-der-med.de

LABORATORIUMSMEDIZIN
Dr. Martin Geißler | Dr. Monika Hofstetter
Kontakt: Tel.: 06131 / 5 76 08-0 | Fax: 06131 / 5 76 08-44
Fachärztliche Beratung: Mo – Fr: 8.30 – 12 Uhr und 14 – 18 Uhr
Zentrale/Servicecenter: Mo – Fr: 7.30 – 18.30 Uhr
Probenannahme: Mo – Fr: 7.30 – 17.45 Uhr

Genetische Beratung Dr. Brigitte Schneider-Rätzke
Sprechzeiten: Termine nach Vereinbarung
Kontakt: 06132 / 781-478 oder -433

NUKLEARMEDIZIN
Dr. Georg Vancura | Dr. Tatiana Kandror
Dr. Christine Schulze | C. Martin Breitling
Kontakt: Tel.: 06131 / 28 25 0 | Fax 06131 / 28 25 88
Sprechzeiten: Mo – Do: 8 – 12 Uhr und 13.30 – 16 Uhr | Fr: 8 – 12 Uhr
Blutentnahme: Mo – Fr: 8 – 11.30 Uhr | Mo – Do 13.30 – 16 Uhr
info@nuklearmedizin-mainz.com | www.nuklearmedizin-mainz.com

EBENE 2: Ebene des Haupteingangs der MED, großer Vorplatz mit Service-Point der Apotheke.
Aufgänge A und B sind auch über den Haupteingang, Aufgang C nur über Eingang C zu erreichen.

EBENE 1

AMBULANTES OP-ZENTRUM DES KKM (AOZ)
Ambulantes OP- Zentrum des kkm (AOZ)
Dr. H.-P. Göttmann | Dipl. med. H.-J. Hass
Dr. Hubert L. Holz
Kontakt:
Tel.: 06131 / 575-3100 | Fax: 06131 / 575-3106
Öffnungszeiten:
täglich 7.15 – 16 Uhr
AOZ@kkmainz.de | www.kkm-mainz.de

APOTHEKE IN DER MED
Zugang von der Wallstraße
Kontakt:
Tel.: 06131 / 22 38 69
Fax: 06131 / 21 48 03
Öffnungszeiten:
Mo – Fr: 8 – 18.30 Uhr
Sa: 9 – 13 Uhr
www.apotheke-in-der-med.de

EBENE 1:
Ebene der Parkhauseinfahrt.
Von der Parkhauseinfahrt aus auch Zufahrt für Krankenwagen und Taxi.

AUFGANG B

ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

Dr. Sven Sarfert, PD Dr. Lars Perlick, Dr. Peer Joechel, Dr. Simon Albrecht-Schoeck sowie PD Dr. K. Dei-Anang (privat nach Vereinbarung)

Kontakt:
Tel.: 06131 / 22 35 25

Sprechzeiten:
Mo, Di, Do: 8 – 18 Uhr
Mi, Fr: 8 – 14 Uhr
sowie nach Vereinbarung

info@orthopaedicum-mainz.de
www.orthopaedicum-mainz.de

RHEUMATOLOGIE

Dr. Christoph Kuhn | Dr. Frank Trautmann | Dr. Michaela Scholz | Dr. Bernd Zöller

Kontakt:
Tel.: 06131 / 971 46-0, Fax: 06131 / 971 46-50

Sprechzeiten:
Mo – Fr: 8 – 12 Uhr | Mo, Di, Do: 15 – 17 Uhr
sowie nach Vereinbarung

Privatpatienten: Dienstag-/Donnerstag-Nachmittag
sowie nach Vereinbarung

info@rheumapraxis-mainz.de | www.rheumapraxis-mainz.de

AUFGANG C

HÄMATOLOGIE/ONKOLOGIE

Dr. Thomas Flohr | Dr. Ute Kreiter | Dr. Eva Papesch

Kontakt:
Tel.: 06131 / 23 12 71
Fax: 06131 / 23 83 53

Sprechzeiten:
Mo-Fr: 9 – 12 Uhr
Mo, Di, Do: 15 – 17 Uhr
sowie nach Vereinbarung

KARDIOLOGIE

Dr. Michael Drexler | Dr. Guido Mentz | Dr. Michaela Speth-Nitschke | Dr. Michael Todt | Dr. Jörg Volmar | Dr. Norbert Wittlich

Kontakt:
Tel.: 06131 / 62 92 6-0 | Fax: 06131 / 62 92 6-20

Privatpatienten:
06131 / 62 92 6-58

Notfallhotline für Ärzte:
06131 / 62 92 6-62

Sprechzeiten:
Mo, Di, Do, Fr: 8 – 17 Uhr
Mi: 8 – 12 Uhr

info@cardiopraxis-mainz.de
www.cardiopraxis-mainz.de

PNEUMOLOGIE

Dr. Dagmar Gillmann-Blum
Dr. Uwe Semmler
Dr. David Semmler

Kontakt:
Tel.: 06131 / 23 38 83
Fax: 06131 / 23 48 56

Privatpatienten:
Tel. 06131 / 213 24 60

Sprechzeiten:
Mo, Di, Do: 8 – 17 Uhr
Mi, Fr: 8 – 12 Uhr
sowie nach Vereinbarung

www.pneumologische-praxis-mainz.de

GYNÄKOLOGIE

Birgit Aßmann-Reuter | Dr. Roswitha Imhof

Kontakt:
Tel.: 06131 / 22 11 33
Fax: 06131 / 22 11 36

Sprechzeiten:
Mo: 8 – 12 Uhr / 15.30 – 19 Uhr
Di: 8 – 12 Uhr / 15.30 – 17:30 Uhr
Mi: 7.30 – 12 Uhr
Do: 8 – 12 Uhr / 14:30 – 18 Uhr
Fr: 7.30 – 12 Uhr
sowie nach Vereinbarung

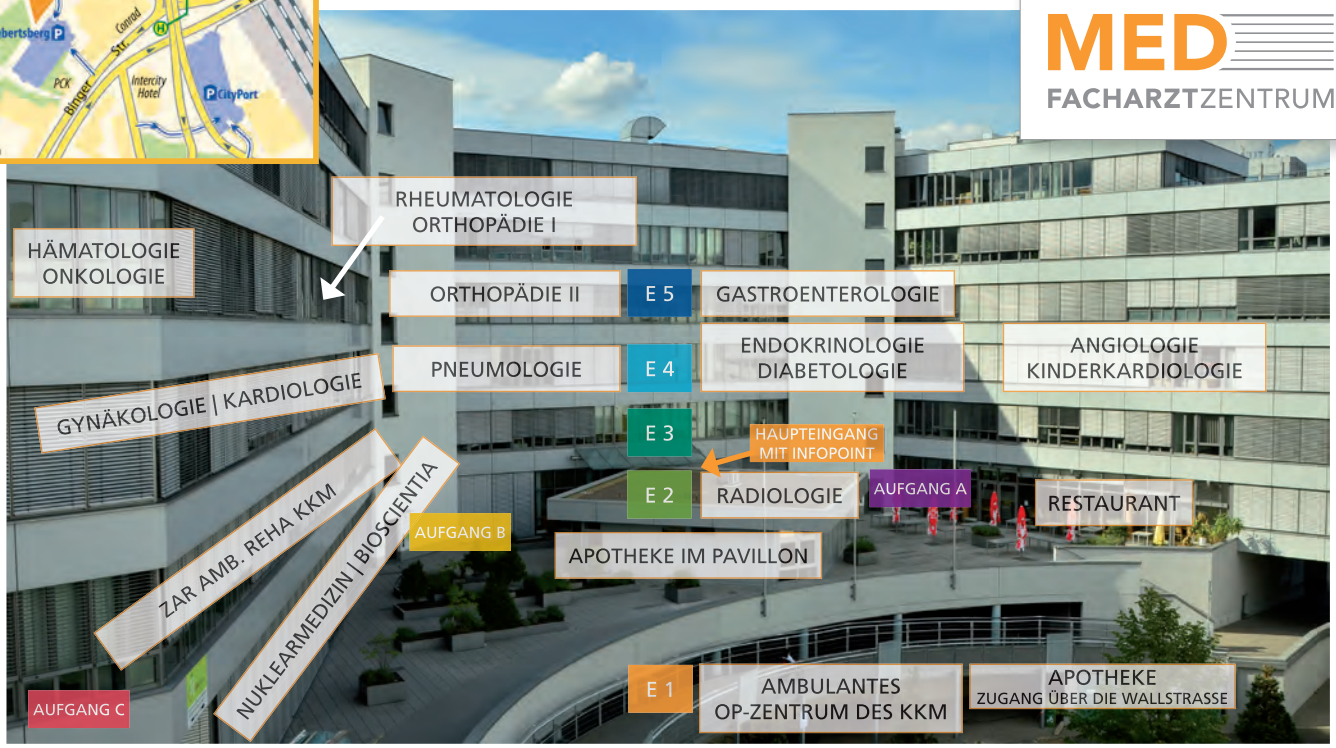
praxis@frauenaerztinnen-mainz.de
www.frauenaerztinnen-mainz.de

MED INFOPOINT

Kontakt:

Frau Dorothee Blecher
Frau Senka Miskovic

Tel.: 06131-9307333
Fax: 06131-9307332
E-Mail: info@med-in-mainz.de



Die Cardiopraxis Mainz und Ingelheim – ambulante Kardiologie seit 1989

Sehr geehrter Herr Dr. Todt! Seit Oktober 2010 hat die Cardiopraxis Mainz und Ingelheim ihr neues Zuhause im MED Facharztzentrum am Taubertsberg in Mainz. Die Cardiopraxis Mainz und Ingelheim ist die größte kardiologische Praxis in Rheinland-Pfalz. Wie hat sich die Praxis dahin entwickelt?

Dr. Todt:

Die Kardiologische Praxis Mainz wurde 1989 von Dr. med. Erich Lutz und mir gegründet. 1994 wurde das Team durch Dr. Norbert Wittlich verstärkt. Die Nachfrage nach ambulanter kardiologischer Diagnostik stieg weiter, so dass im weiteren Verlauf dann Dr. Jörg Volmar, Dr. Michael Drexler, Frau Dr. Speth-Nitschke und Dr. Guido Mentz das kardiologische Team verstärkten.

Ist denn die Nachfrage nach ambulanter Kardiologie so sehr gewachsen?

Dr. Todt:

In der Tat hat die Nachfrage erheblich zugenommen. Wir legen größten Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit unseren Hausärzten, so dass wir nur auf Überweisung von Hausärzten tätig werden – außer in Notfällen natürlich. Der Hausarzt bestimmt also, ob eine fachärztliche kardiologische Diagnostik notwendig ist.

Das Spektrum der Kardiologie ist inzwischen sehr weitreichend und schlägt den Bogen von der Prävention über die Diagnostik der koronaren Herzerkrankung, von Herzklappenerkrankungen und Rhythmusstörungen bis hin zur invasiven Therapie mittels Herzkathetereingriffen sowie Schrittmacher-, Defibrillator- und Unterstützungs-Systemen bei Herzschwäche. Selbstverständlich hat auch die medikamentös-konservative Betreuung von Patienten ihren festen Platz in unserer Praxis.

Jeder der neuen Kollegen, der im Verlauf in unsere Cardiopraxis eingetreten ist, bereicherte das Spektrum der kardiologischen Diagnostik und Therapie mit speziellen Fähigkeiten.

So wurde 1996 mit Eintritt von Dr. Volmar die Cardioclinic Mainz gegründet, in der wir Herzkatheteruntersuchungen und Stentimplantationen durchführen. Die erste Koronarangiographie in unserer Cardioclinic Mainz wurde am 15.03.1999 von Herrn Dr. Volmar durchgeführt.

Dr. Drexler und Dr. Mentz brachten neben neuen Impulsen in der Herzkathetertechnik rhythmologische Kompetenz mit, so dass seither routinemäßig Schrittmacher- und Defibrillator-Systeme implantiert werden.

In unserer Cardioclinic Mainz – einer hochspezialisierten Einheit – stellen wir sicher, dass unsere Patienten von

Dr. Michael Todt
Facharzt für Kardiologie

Spezialisten kompetent, persönlich und zeitgerecht versorgt werden. Qualität wird bei uns großgeschrieben. So haben wir uns von Anfang an am Qualitätssicherungsprogramm der niedergelassenen Kardiologen Deutschlands (BNK) beteiligt.

Ihre Praxis ist im Laufe der Zeit mehrmals umgezogen, zunächst innerhalb der Räume am Bahnhofplatz, später dann in das MED Facharztzentrum am Taubertsberg. Zusätzlich wurden neue Standorte eröffnet. Wo genau sind denn die Standorte der Cardiopraxis Mainz und Ingelheim?

Dr. Todt:

Nachdem die Räumlichkeiten am Bahnhofplatz 2 unseren Anforderungen und unserem Platzbedarf nicht mehr genügten, wurde aus unserer Cardiopraxis unter wesentlichem Engagement von Dr. Wittlich das MED-Facharztzentrum am Taubertsberg gegründet.

Unsere Mitarbeiterinnen der Cardiopraxis und der Cardioclinic

Hier befindet sich heute unsere Cardiopraxis Mainz in unmittelbarer räumlicher Nähe mit anderen Facharztpraxen.

2008 führten wir die internistische Praxis von Dr. Werner mit kardiologischem Schwerpunkt in Ingelheim als Cardiopraxis Ingelheim fort.

Frau Dr. Speth-Nitschke und Team sind dort vor Ort mit der gleichen technischen und personellen Ausstattung wie in unserer Cardiopraxis in Mainz aktiv. Die Cardio-

clinic Mainz befindet sich zur Zeit in den Räumen des St. Vinzenz Krankenhauses in Mainz am Katholischen Klinikum Mainz.

Wir hören immer wieder, dass die Wartezeiten für einen Termin beim Spezialisten recht lang sind. Wie sieht das in Ihrer Cardiopraxis Mainz und Ingelheim aus?

Dr. Todt:

Wenn es ums Herz geht, muss es manchmal wirklich schnell gehen… Nachdem die Zahl der Patienten, die uns durch Hausärztinnen und Hausärzte in Mainz und Umgebung zugewiesen wurden, immer größer wurde, suchten wir nach einer Möglichkeit, die immer länger werdenden Wartezeiten zu reduzieren und gleichzeitig sicherzustellen, dass Patienten mit akuten Beschwerden auch zeitnah kardiologisch versorgt werden können.

2008 sind wir aus einem gemeinsamen Bestreben heraus eine Kooperationvereinbarung mit der Kardiologie der Universitätsmedizin Mainz eingegangen und haben unsere kardiologische Notfallsprechstunde Cardioacut in den Räumen der Universitätsmedizin in unmittelbarer räumlicher Nachbarschaft zur Chest Pain Unit eröffnet.

Damit ist sichergestellt, dass Patienten mit akuten kardialen Beschwerden rasch durch uns versorgt werden können und ihnen in lebensbedrohlichen Situationen ohne Zeitverzug das gesamte Spektrum der klinisch-stationären Herzmedizin zur Verfügung steht. Eine solche Kooperation von niedergelassenen Kardiologen und universitärer Kardiologie ist einmalig in Deutschland. Die Krankenkassen begrüßen dieses Leuchtturmprojekt sehr. Jedoch konnten sich bisher nur die Betriebskrankenkassen entschließen, dieses wichtige Projekt finanziell zu unterstützen.

Sie führen in Ihrer Cardioclinic Mainz Herzkatheteruntersuchungen und Stentimplantationen durch. Gibt es Alternativen zum Herztkatheter?

Dr. Todt:

Bereits 2001 hatten wir den Wert der modernen Herzbildgebung mit Cardio-CT und Kardio-MRT erkannt und mit der radiologischen Abteilung der Universitätsmedizin Mainz eine Kooperation (CardioView) gegründet. Mit modernsten medizinischen Geräten und dem Sachverstand von Radiologie und Kardiologie bieten wir unseren Patienten die Möglichkeit einer modernen Herzbildge-

bung. Allerdings übernehmen nur wenige gesetzliche Krankenkassen die Kosten für diese Untersuchungen.

Wir kümmern uns

Kann man denn eine effektive Vorsorge treffen, um nicht herzkrank zu werden?

Dr. Todt:

Das kann man. Frühzeitige Diagnostik kann Leben retten! Die medizinische Vorsorge gewinnt eine immer größere Bedeutung. Wir kümmern uns seit 2008 intensiv um die kardiologische Vorsorge. Ein klug zusammengestelltes Programm medizinischer Vorsorgeuntersuchungen haben wir mit Cardioprevent anzubieten.

Wenn ein erhöhtes Herzinfarkt- oder Schlaganfallrisiko besteht, kann dieses erkannt werden. Geeignete Maßnahmen können dann rechtzeitig umgesetzt werden, um Schaden zu vermeiden. Dazu ist eine langjährige ärztliche Erfahrung in der Prävention aber v.a. auch in der Behandlung von Herz-Kreislaufpatienten die Garantie für eine erfolgreiche ärztliche Betreuung. Modernste und schonende Medizintechnik unterstützt uns bei der Diagnostik (hochauflösende Ultraschallsysteme für Herz und Halsschlagadern, Cardio CT und Cardio MRT der neuesten Generation).

Ihr Herz im Mittelpunkt

Wie ist die Cardiopraxis Mainz und Ingelheim heute aufgestellt und wie sehen Sie Ihre Praxis in der Zukunft?

Dr. Todt:

Heute besteht das Team der Cardiopraxis Mainz aus 6 Kardiologen und insgesamt 35 Mitarbeiterinnen (Krankenschwestern und Arzthelferinnen) in den nunmehr 4 Betriebsstätten (Cardiopraxis Mainz, Cardiopraxis Ingelheim, Cardioacut und Cardioclinic). Moderne Medizin kann nach unserer Erfahrung nur dann wirklich hilfreich sein, wenn sie mit Zuwendung und Menschlichkeit verbunden ist. Neben moderner Medizintechnik und ärztlichem Know-how zählt vor allem die Erfahrung im Umgang mit unseren Patientinnen und Patienten. Re-

gelmäßige Fortbildungen unserer Arzthelferinnen, Krankenschwestern und Büromitarbeiterinnen und natürlich auch von uns Ärzten sorgen dafür, dass wir Up-to-date bleiben.

Das Ärzteteam der Cardiopraxis

Wir werden die Kooperation mit unseren Hausärzten pflegen, Kooperationen mit anderen Fachärzten ausbauen. So haben wir mit der pneumologischen Praxis Dres. Semmler/Gillmann-Blum eine gemeinsame Dyspnoe-Sprechstunde für Patienten mit unklarer Atemnot eingerichtet. Das Kardiologische Netzwerk mit der Universitätsmedizin wird erweitert.

Wir werden unsere Kompetenzen noch intensiver bündeln und ab Oktober 2014 unsere Cardioclinic Mainz in unmittelbarer Nachbarschaft zur elektrophysiologischen Abteilung der Universitätsmedizin betreiben. So können Patienten mit Herzproblemen aus Mainz und Umgebung sicher sein, zeitnah und kompetent versorgt zu werden.

Für diesen Anspruch stehen wir Ärzte und das gesamte Team der Cardiopraxis Mainz. ■

Das Gespräch mit Dr. Todt führte Frau Dr. Eva Papesch.

Ihr Herz in guten Händen

Macht die Schilddrüse dick und müde?

Über den Zusammenhang zwischen Schilddrüse und Übergewicht aus dem Hormon- & Stoffwechselzentrum

Die Familie von Frau Keller wird ja seit langem im MED Facharztzentrum behandelt. Nun bemerkte die 30-jährige Nichte von Frau Keller, die am Ende ihres Studiums zurzeit an ihrer Masterarbeit sitzt, dass sie ungewollt 15 kg Gewicht in einem ½ Jahr zugenommen hatte. Ihr wurde jetzt gesagt, das käme bestimmt von der Schilddrüse.

Prof. Dr. Christian Wüster
Facharzt für Innere Medizin/Endokrinologie und Diabetologie, Osteologe DVO

Die Überfunktion der Schilddrüse macht schlank.

Patienten mit einer manifesten Überfunktion der Schilddrüse nehmen ungewollt Gewicht ab. Es kommt zu einer Aktivierung des Grundumsatzes mit einer Abnahme von Fettmasse, schließlich Muskelschwund und schlussendlich Reduktion der Knochenmasse im Sinne einer Osteoporose.

Die Schilddrüse produziert die Schilddrüsenhormone T4 und T3. T4 ist biologisch wenig aktiv und wird von der Schilddrüse aber vor allem auch von allen peripheren Körperzellen in das aktive Schilddrüsenhormon T3 umgewandelt.

Das Steuerungshormon TSH wird in der Hirnanhangsdrüse gebildet und reguliert die Schilddrüsenfunktion. Produziert die Schilddrüse zu wenig Hormone steigt TSH an und umgekehrt. Bei der Überfunktion der Schilddrüse ist TSH also erniedrigt.

Macht die Unterfunktion der Schilddrüse immer dick?

Aus den Erfahrungen mit Überfunktionspatienten würde man sofort rückschließen, dass die Unterfunktion der Schilddrüse dick mache.

Dies ist aber nicht in jedem Fall so. In einer Studie aus dem Jahre 2011 konnte gezeigt werden, dass es bei Patienten mit manifester Unterfunktion der Schilddrüse durch die Gabe von Schilddrüsenhormonen zunächst zu einer Ausschwemmung von überflüssigem Wasser kam. Die Fettmasse blieb aber mehr oder weniger unverändert. Bei dicken Kindern wurde gezeigt, dass proportional zum Anstieg des BMI, des so genannten Körpermasseindex, auch TSH und das freie T3 ansteigen. T4 bleibt gleich. Es wird daher diskutiert, ob es bei Zunahme der Fettmasse, ähnlich wie bei der Insulinresistenz beim Zuckerpatienten, auch zu einer Schilddrüsenhormonresistenz kommt. Patienten, die eine Gewichtsabnahme durch Bewegung, Diät oder Magenoperationen herbeiführen, normalisieren auch ihre Schilddrüsenfunktion, ohne dass hier mit Hormongabe in die Schilddrüsenfunktion eingegriffen wurde. Eine Hormonresistenz bedeutet, es ist genug oder sogar zu viel Hormon im Blut, aber es kann nicht wirken.

Fettzellen regulieren selbst die Schilddrüse.

Angeschwollene Fettzellen (sogenannte Adipozyten) regulieren die Schilddrüse über das Fetthormon „Leptin". Je dicker ein Mensch, desto höher sein Leptin. Dieses Leptin steigert in manchen peripheren Geweben die T3-Bildung aus T4. Dieser Mechanismus ist bei schwerem Übergewicht vermutlich außer Kraft gesetzt.

Der böse „Jojo-Effekt"

Nach einer Gewichtsreduktion kommt es bekanntlich sehr oft zum befürchteten Jojo-Effekt, insbesondere, wenn man wieder in alte Verhaltens- und Ernährungsmuster zurückfällt. Dies ist dadurch bedingt, dass der „Schalter" bzw. „Setpunkt" für die Körpermasse länger erhalten bleibt, als die gewichtsreduzierenden Maßnahmen durchgeführt werden.

Der Körper versucht dadurch, so schnell wie möglich auf die alte Körpergewichts-„Norm" zurückzukommen. Das heißt also, man muss die gewichtsreduzierenden Maßnahmen weiter durchführen. Das hält man aber nur durch, wenn diese auch mit Erhalt der Lebensqualität vereinbar sind.

Gefährliche Gewichtsreduktion durch Schilddrüsenhormon

Durch hohe Dosen von Schilddrüsenhormonen, insbesondere durch die Gabe des biologisch aktiven T3, kommt es zu einer Gewichtsabnahme wie bei einer

Schilddrüsenüberfunktion. Dies geschieht auf Kosten des Knochen- und Herzstoffwechsels. Schilddrüsenhormone müssen so hoch dosiert werden, dass laborchemisch eine manifeste Überfunktion messbar wird.

Das TSH wird im Blut erniedrigt gemessen. Solche Patienten haben dann ein hohes Risiko, Herzrhythmusstörungen oder gar Schlaganfälle zu erleiden. Potentiell sind solche Maßnahmen also lebensbedrohlich. Gleichzeitig wird durch hohe Schilddrüsenhormone auch der Appetit angeregt, insofern ist häufig ein Abnehmversuch mit hohen Schilddrüsendosen frustran, da die Nahrungsaufnahme auch gesteigert wird.

Sehr bedenklich sind Produkte im Internet, die als sogenannte „Naturprodukte" bzw. „natürliche Schilddrüsenunterstützung" oder „Schilddrüsenhelfer" verkauft werden und erwerbbar sind. Diese sogenannten T3-Analoga (Schilddrüsenhormon-ähnliche Substanzen) zur Gewichtsabnahme führen häufig zu massiven Komplikationen im Sinne einer toxischen Schilddrüsenkrise.

Wie kann man nach einer Unterfunktionsphase wieder Gewicht abnehmen?

Nach Normalisierung der Schilddrüsenfunktion durch die Gabe von L-Thyroxin in adäquaten Dosen (TSH sollte normal sein, d.h. zwischen 0,4 und 4,0 mU/L liegen) können wirkungsvolle gewichtsreduzierende Maßnahmen wie Diät und Sport erst wirken.

Daher sollte man auch erst nach 4 bis 6 Wochen mit normalisierten Schilddrüsen-Werten damit beginnen, sonst ist man schon vorher frustriert.

Was sind optimale gewichtsreduzierende Maßnahmen?

Die Ernährung muss ausgewogen sein. Eiweiß- und Ballaststoffzufuhr sind hier unseres Erachtens die besten Maßnahmen.

Die Nüchternzeiten sollten so lange wie möglich gehalten werden, um so einen Insulinanstieg zu verhindern. Am besten die 4-4-12 Regel befolgen – Diese Regel besagt: Essen Sie nichts für 4 Stunden zwischen Frühstück und Mittagessen, nichts für 4 Stunden zwischen Mittagessen und Abendessen und nichts für 12 Stunden zwischen dem Abendessen und dem Frühstück. Auf freie Zucker, ggfs. auch auf Fruktose, sollte verzichtet werden.

Ballaststoffreiche, in Matrix verpackte Produkte in Pulverform, wie z. B. Bios Life® Slim in Kombination mit Chlorophyll sind hilfreich, um erstens die Lipidaufnahme aus der Nahrung zu reduzieren und, um zweitens einen Spurenelementemangel zu verhindern. Chlorophyll verhindert dabei die Übersäuerung des Körpers während der Gewichtsreduktion.

Bei allem darf es zu keiner Reduktion der Muskelmasse kommen. Es gibt keinen Fettabbau ohne Muskelarbeit. Bei sportlichen Aktivitäten ist auf ein ausgewogenes Training zu achten. Hierbei sind Ausdauersportarten und Muskelaufbautraining in regelmäßigen Zeiten zu absol-

vieren. Die Fettverbrennung beginnt erst 20 Minuten nach Beginn des Trainings. Der optimale Trainingspuls sollte zwischen 120 und 140 Schlägen/Minute liegen. Darüber trainiert man im anaeroben Bereich. Untrainierte sollten sich nicht scheuen, einen „Personaltrainer" zu bemühen. Sport machen muss erlernt werden. Insgesamt gilt: die Menge verbrannter Kalorien muss die Menge an aufgenommenen Kalorien übersteigen.

Was machen wir mit der Nichte von Frau Keller?

Die Nichte von Frau Keller bekommt eine komplette Hormon- und Stoffwechselabklärung einschließlich Schilddrüsen-, Hypophysen- und Nebennierenuntersuchungen. Die gewichtsreduzierenden Maßnahmen werden besprochen, praktische Ratschläge erteilt und ggfs. die gewichtsreduzierenden Bemühungen hormonell unterstützt bzw. durch regelmäßige Laborkontrollen begleitet.

Die Nichte von Frau Keller hatte eine normale Schilddrüsenfunktion und keine Schilddrüsenerkrankung. Ihr Insulinspiegel war deutlich erhöht, sie hatte aber keine Zuckererkrankung (Diabetes mellitus) und somit wohl doch unbewusst während des Schreibens der Masterarbeit zu viel Kekse gegessen. Optimale Voraussetzungen um durch bewusste Ernährung und mehr Sport wieder abzunehmen. ■

Impressum

Für den Inhalt ihrer Artikel haften die einzelnen Autoren. Die Artikel geben nicht zwangsläufig die Meinung der MED-Redaktion wieder.

Herausgeber

MED Facharztzentrum
Ärztehaus Mainz Betriebs-, Service- und Vermietungsgesellschaft mbH

Wallstraße 3–5, 55122 Mainz
info@med-in-mainz.de
www.med-in-mainz.de

Bilder

fotolia © psdesign1
fotolia © bilderzwerg
fotolia © martanfoto
fotolia © goodluz
fotolia © JPC-PROD
fotolia © elvira gerecht
fotolia © Hugo Félix
fotolia © SerrNovik
fotolia © ExQuisine
fotolia © agenturfotografin
Praxen in der MED

Auflage/ Erscheinungsweise

15.000 Exemplare
2 x jährlich

Redaktion

Dr. Dagmar Gillmann-Blum
Dr. Arnim Jung
Josefine Kros
Dr. Sven Rodney Küster
Dr. Eva Papesch
Dr. Norbert Wittlich (V.i.S.d.P.)

Konzeption & Realisation

PortaWell GmbH
www.portawell.de

Bezug

MED Facharztzentrum
Lieferung einzelner Ausgaben durch den Verlag ist nicht möglich.

Bezugspreis: kostenlos

Wissenschaftlicher Beirat

Die Fachärztinnen und Fachärzte der MED

Anzeigen

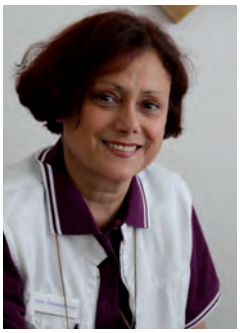
mednews@med-in-mainz.de

HPV-Infektionen

Primär- und Sekundärprävention

Gebärmutterhalskrebs ist weltweit der zweithäufigste bösartige Tumor der Frau.

Am häufigsten sind Frauen im Alter von 45 bis 55 Jahren betroffen. Vorstufen jedoch treten ab dem 20. Lebensjahr in allen Altersstufen auf. Auslösende Faktoren sind zu 70 % die „ high-risk "-Papillomaviren 16+18.



Dr. Roswitha Imhof
Fachärztin für
Gynäkologie und Geburtshilfe

Birgit Aßmann-Reuter
Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

Im Alter von 35 Jahren sind schätzungsweise 70 % aller Frauen durchseucht, das heißt sie hatten eine Infektion mit diesen Viren. Da die Infektion keinen Schutz hinterlässt, kann zu jedem Zeitpunkt eine Neuinfektion auftreten.

Spontanheilung erfolgt in 90 % der Fälle innerhalb 12-18 Monaten. Jedoch 10 % der Infektionen persistieren, d.h. heilen nicht aus, und 1-2 % führen im Laufe von 10-20 Jahren zu einem Gebärmutterhals- (70 % HPV 16/18), Vulva-, d.h. Schamlippen- (40 % HPV pos.) oder Vaginal-Carcinom d.h. Scheiden- Krebs (80-90 % HPV 16 pos.).

So profitieren von einer Impfung alle sexuell aktiven Frauen, da Reinfektionen durch fehlende Immunität anzunehmen sind.

Die häufigste Übertragungsart ist sexueller Kontakt. Den optimalsten Schutz bietet die Impfung ab dem 12. Lebensjahr. Der Schutz ist am effektivsten, wenn die Impfung vor dem ersten sexuellen Kontakt erfolgt.

Die Nebenwirkungen sind harmlos und mit anderen Impfungen zu vergleichen, d.h. Rötung der Einstichstelle bis hin zu leicht fieberhaften Temperaturen.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe empfiehlt nach neuesten Studien ab dem 30. Lebensjahr eine Testung auf HPV, da 50 % der Vorstufen und Krebserkrankungen mit der einfachen Zytologie nicht erfasst werden.

MED INFO

Optimale Prävention des Gebärmutterhalskrebses wird erreicht durch:

1) **Primärprävention** mittels HPV Impfung und

2) **Sekundärprävention** mittels Krebsvorsorge

3) **HPV-Testung** ab dem 30. Lebensjahr

Rauchfrei-Kurse in der MED

Tabakentwöhnungskurse in der MED

Am Aschermittwoch 2014 beginnt bei uns der nächste RAUCHFREI–Kompakt Kurs!

Machen Sie die Fastenzeit 2014 zu Ihrer persönlichen Gesundheitsvorsorgezeit!

Am Aschermittwoch und zwei weiteren Mittwochnachmittagen (05.03., 12.03. und 19.03.2014, jeweils 14.00-17.00 Uhr) findet in der Pneumologischen Gemeinschaftspraxis ein Tabakentwöhnungs-Kompaktkurs statt.

Er wird medizinisch von Frau Dr. Dagmar Gillmann-Blum begleitet und psychologisch von der Verhaltenspsychologin Frau Ursula Hoffmann-Kramer geleitet. In insgesamt 9 Stunden plus zwei Telefonberatungen werden Sie lernen, zukünftig Ihren Alltag als Nichtraucher zu gestalten, Rückfallgefahren zu erkennen und zu meistern. Individuell wird die Entwöhnung neben der Gruppentherapie mit modernen Medikamenten zur Tabakentwöhnung ergänzt. Der Kurs kostet pro Teilnehmer 200,- € inklusive Arbeitsmaterialien.

Dieser Kurs ist zertifiziert und wird von Krankenkassen nach § 20 SGB V bezuschusst.

JETZT ANMELDEN!

Bei Interesse melden Sie sich in der Pneumologischen Gemeinschaftspraxis, Wallstr. 3, 55122 Mainz, Tel.: 06131/233883 an.

MED RÄTSEL

MED-WARTEZIMMER-SUDOKU

			4					5
	8	2		6		3	7	
6		1		9	3	8		
	3		9			2	5	8
	1						6	
2	9	4			8		3	
		7	5	2		4		3
	2	5		1		7	9	
9					6			

Die Auflösung finden Sie auf Seite 7.