

Die SPRINT-Studie ist in vieler Hinsicht vorbildlich, sodass Kritik nur mit Vorbehalt möglich ist: Die Studienarme wurden nicht verblindet, was auch tatsächlich kaum möglich ist. Die Ergebnisse sind unter den Bedingungen der engmaschigen Betreuung (zunächst alle 4 Wochen, dann alle 3 Monate) zu sehen, wobei alle Medikamente kostenlos zur Verfügung gestellt wurden. Das muss so sein, ist aber schwer auf die tägliche Praxis zu übertragen. Insbesondere, da die Hypertoniebehandlung – auch die intensive – nicht wie bei Diabetes zu einer besonderen Vergütung führt. Dieses Konzept wurde vom Bundesgesundheitsministerium vor über 10 Jahren verworfen.

Die Ergebnisse der SPRINT-Studie machen uns Mut, den Großteil unserer Hochdruckpatienten intensiver zu therapieren, wenn sie es vertragen (symptomatische Hypotonie), wobei die Nierenfunktion als Verlaufsparemeter besonders beachtet werden muss.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. h.c. T. Philipp

Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55, 45122 Essen, Deutschland
thomas.philipp@uk-essen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Philipp und S. Nitschmann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Cushman WC, Evans GW, Byington RP, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 Diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 2010;362:1575–1585.
2. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment randomised trial. *Lancet.* 1998;351:1755–1762.
3. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program. *JAMA.* 1991;265:3255–3264.
4. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, et al. Randomized double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. *Lancet.* 1997;350:757–764.
5. Sundström J, Arima H, Jackson R, et al. Effects of blood pressure reduction in mild hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2015;162:184–191.

Internist 2016 · 57:626–627
DOI 10.1007/s00108-016-0067-1
Online publiziert: 21. April 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

**B. Zur**

Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie, Universitätsklinik Bonn, Bonn, Deutschland

Erratum zu: Zunahme genetisch determinierter Anämien durch Migration in Deutschland

Erratum zu:

Der Internist 2016

doi 10.1007/s00108-016-0030-1

Die zunächst veröffentlichte Online-Version des Beitrags enthielt eine fehlerhafte Angabe zu einem Genlocus. Die korrekte Angabe lautet:

Im gleichen Maße, wie der HbF-Anteil abfällt, steigt der HbA-Anteil, der ca. im sechsten Lebensmonat Erwachsenenwerte erreicht. Auf dem Chromosom 16 codieren 2 Gene das α -Globin, α -1 wird zu ca. 30 % exprimiert, α -2 zu ca. 70 %. Auf dem Chromosom 11 codiert jeweils ein Gen das β -Globin und δ -Globin und 2 Gene das γ -Globin [1].

Wir bitten um Beachtung.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. B. Zur

Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie, Universitätsklinik Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn, Deutschland
berndt.zur@ukb.uni-bonn.de

Die Online-Version des Originalbeitrags ist unter <http://dx.doi.org/10.1007/s00108-016-0030-1> zu finden.

Galenus-von-Pergamon-Preis 2016

15 Arzneimittel-Innovationen sind im Rennen



Herausragende Arzneimittel-Innovationen werden in Deutschland alljährlich mit dem nationalen Galenus-von-Pergamon-Preis gewürdigt. Für den von der Springer Medizin Verlag GmbH gestifteten Preis sind in diesem Jahr 15 Bewerbungen eingereicht worden.

Der Preis wird in den Kategorien „Primary Care“, „Specialist Care“ und „Orphan Drugs“ vergeben. Um den Preis können sich Arzneimittel-Innovationen bewerben, deren deutsche Zulassung und Markteinführung in der eingereichten Indikation nicht länger als drei Jahre zurückliegen.

Über die Zuerkennung des Preises entscheidet ein Kollegium von 14 unabhängigen Wissenschaftlern, die Mediziner oder Pharmazeuten sind. Diese Jury bestimmt in einem Vorentscheid maximal fünf Kandidaten in jeder Kategorie, die an der Endrunde teilnehmen. Welches Arzneimittel mit dem Galenus-Preis gewürdigt wird, darüber entscheidet das Kollegium am Tag der Preisverleihung am 20. Oktober in Berlin.

Quinsair® (Levofloxacin)

Levofloxacin (Quinsair®) von Raptor Pharmaceuticals ist das erste inhalative Fluorchinolon, das zur antimikrobiellen Therapie von erwachsenen Patienten mit zystischer Fibrose (CF), bei denen eine chronische Infektion der Lunge mit *Pseudomonas aeruginosa* vorliegt, zugelassen worden ist. Das seit April in Deutschland erhältliche Antibiotikum wirkt bakteriostatisch und bakterizid, indem es die bakteriellen Enzyme DNA-Gyrase und Topoisomerase IV hemmt.

Die klinische Wirksamkeit der inhalativen Levofloxacin-Therapie wurde in zwei placebokontrollierten Studien und einer Studie mit aktiver Vergleichssubstanz bei CF-Patienten mit chronischer *P.-aeruginosa*-Infektion nachgewiesen. Die Substanz wird zyklisch angewendet – auf 28 Behandlungstage folgt eine Behandlungspause von 28 Tagen. Die empfohlene Dosis beträgt 240 mg (eine Ampulle) zweimal täglich über einen Vernebler. Die zyklische Behandlung kann so lange fortgesetzt werden, wie der Patient einen klinischen Nutzen zieht.

Jinarc® (Tolvaptan)

Mit Tolvaptan (Jinarc®) von Otsuka gibt es seit August 2015 in Deutschland das erste nierenspezifische Arzneimittel zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit autosomaldominanter polyzystischer Nierenerkrankung (APDKD), bei denen zu Behandlungsbeginn eine chronische Nierenerkrankung im Stadium 1–3 mit Anzeichen für eine rasche Progression vorliegt. Der selektive Vasopressin-2-Rezeptor-Antagonist verzögert die Zystenentwicklung und Niereninsuffizienz, indem er das renale Zystenwachstum reduziert und den Nierenfunktionsverlust mindert.

Die Wirksamkeit der oral verfügbaren Substanz wurde insbesondere durch die multinationale, randomisierte und placebo-kontrollierte Phase-III-Studie TEMPO 3/4 über drei Jahre nachgewiesen. Tolvaptan wird zweimal täglich eingenommen. Die Zieldosis beträgt 120 mg (90 mg + 30 mg), sofern es die Verträglichkeit zulässt. Auf diese Weise soll die Aktivität von Vasopressin an den Vasopressin-2-Rezeptoren in der Niere so vollständig und konstant wie möglich gehemmt und gleichzeitig ein akzeptabler Flüssigkeitshaushalt aufrechterhalten werden.

Quelle und weitere Infos:
www.aerztezeitung.de