

Höheres Honorar in Praxisnetzen?

— Die Regierungskoalition will mit der anstehenden Gesundheitsreform das Versorgungsmanagement durch Praxisnetze fördern, um damit die Kosten zu senken. Wie das geschehen soll, ist den beteiligten Akteuren allerdings noch nicht klar.

„Die Kernfrage des Jahres, eigentlich des Jahrzehnts, ist, wie wir die richtigen Anreize setzen, um Versorgungsmanagement stärker zu etablieren“, betonte Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag. Spahn war Teilnehmer einer Podiumsdiskussion bei der 17. Netzkonferenz die von UCB Pharma in Berlin ausgerichtet wurde.

Zuvor hatte ein Vertreter des Praxisnetzes QuE (Qualität und Effizienz) in Nürnberg darüber geklagt, dass es für Netze zu schwer sei, IV-Verträge mit Kassen zu schließen. Und zwar auch dann, wenn sie nachweisen könnten, dass sie bessere Qualität zu niedrigeren Kosten erreichen.

„Mit unserem Papier zur Reform der medizinischen Versorgung machen wir auch konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung der Patienten“, erklärte Spahn. Und das schließt für ihn eine verbesserte Kooperation der Ärzte ein. In der Konferenz erläuterte er Gedankenspiele in der Koalition, wie die richtigen Anreize gesetzt werden könnten. „Eine Möglichkeit könnte es sein, Ärzte in Netzen ähnlich wie Gemeinschaftspraxen über den EBM besser zu honorieren.“

Bei Selektivverträgen in einem System mit Wettbewerb stelle sich das Problem, wie für möglichst viele Versicherte die Vorteile des Versorgungsmanagements zu erreichen seien. Jetzt sei es häufig so, dass nur der Marktführer der Kassen einer Region einen Vertrag abschließen. Die Versicherten anderer Kassen blieben außen vor. **hl**

MRT-Untersuchungen in Deutschland

Wir sind Weltmeister

— Einer aktuellen Studie der Barmer GEK zufolge kommen in deutschen Praxen und Kliniken bildgebende Diagnoseverfahren wie die Computertomografie (CT) oder die Magnetresonanztomografie (MRT) immer öfter zum Einsatz.

Laut dem Barmer GEK-„Arztreport 2011“ wurde im Jahr 2009 etwa jeder achte Deutsche mit einem der beiden Diagnoseverfahren untersucht. Insgesamt stieg die Zahl der Personen mit mindestens einer CT-Untersuchung in den Jahren 2004 bis 2009 um 26%, die Zahl der Personen mit mindestens einer MRT-Untersuchung um 41%. International liegt Deutschland mit 97 MRT-Untersuchungen je 1000 Einwohner an der Tabellenspitze. Nur in den USA werden ähnlich viele Menschen im Kernspintomografen zwecks genauerer Diagnostik untersucht.

Barmer GEK-Vize Dr. Rolf-Ulrich Schlenker stufte die steigende Zahl an CT- und MRT-Untersuchungen als Ausdruck von Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein. „Hier findet medizinischer und technischer Fortschritt statt.“ Mit dem Einsatz von CT und MRT seien aber auch hohe Ausgaben



Jeder achte Deutsche wurde 2009 mit CT oder MRT untersucht.

für die Kassen verbunden. Die Kosten pro Jahr liefen derzeit auf „die Zwei-Milliardengrenze“ zu.

Studienautor Prof. Friedrich-Wilhelm Schwartz erklärte aber, dass die breite Nutzung von CT und MRT noch nichts über den Nutzen aussage. „In welchen Fällen das MRT sinnvolle therapeutische Konsequenzen nach sich zieht, die ohne MRT ausgeblieben wären, lässt sich nur schwer quantifizieren“, betonte der Gesundheitssystemforscher. **hl**

Urlaubsvertretung wird zur Regressfalle

— Viele Vertragsärzte haben die Pflicht, eine Vertretung der KV zu melden, wenn sie länger als eine Woche dauert, bisher häufig vernachlässigt. Der Grund: Es gab letztlich keinen Genehmigungsvorbehalt der Körperschaft, es handelte sich also eigentlich um eine reine Formalie.

Ein aktuelles Urteil des Sozialgerichts Marburg könnte diese Praxis ändern. Denn die Richter begründeten eine Entscheidung über Honorarrückforderungen der KV an eine Praxisgemeinschaft wegen zu vieler gemeinsamer Patienten auch damit, dass die gegenseitigen Urlaubsvertretungen der beiden Ärzte der KV nicht angezeigt worden waren. Und in einem solchen Fall könne ein Arzt sich nicht auf die Vertretung berufen, so die Richter (§ 12 KA

30/2010). „Mit Berufung auf diese Rechtsauffassung könnte eine KV zukünftig die Vergütung der vom Vertreter erbrachten Leistungen verweigern“, erklärte Rechtsanwalt Dr. Ingo Pflugmacher, jedenfalls dann, wenn sie länger als eine Woche gedauert hat und die KV nicht unverzüglich über die Vertretung informiert wurde.

Es kann auch andere Anlässe geben, vor einer Praxisvertretung bei der Ärztekammer oder bei der KV nachzufragen, etwa bei Vertretungen in schwerpunkübergreifenden Gemeinschaftspraxen oder dann, wenn der Arzt, der als Vertreter in Frage kommt, noch keine vollwertige Approbation hat. Nur eine vorherige Genehmigung der Körperschaft bringt in solchen Fällen letztlich Rechtssicherheit. **ger**

Höheres Honorar in Praxisnetzen?

— Die Regierungskoalition will mit der anstehenden Gesundheitsreform das Versorgungsmanagement durch Praxisnetze fördern, um damit die Kosten zu senken. Wie das geschehen soll, ist den beteiligten Akteuren allerdings noch nicht klar.

„Die Kernfrage des Jahres, eigentlich des Jahrzehnts, ist, wie wir die richtigen Anreize setzen, um Versorgungsmanagement stärker zu etablieren“, betonte Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag. Spahn war Teilnehmer einer Podiumsdiskussion bei der 17. Netzkonferenz die von UCB Pharma in Berlin ausgerichtet wurde.

Zuvor hatte ein Vertreter des Praxisnetzes QuE (Qualität und Effizienz) in Nürnberg darüber geklagt, dass es für Netze zu schwer sei, IV-Verträge mit Kassen zu schließen. Und zwar auch dann, wenn sie nachweisen könnten, dass sie bessere Qualität zu niedrigeren Kosten erreichen.

„Mit unserem Papier zur Reform der medizinischen Versorgung machen wir auch konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung der Patienten“, erklärte Spahn. Und das schließt für ihn eine verbesserte Kooperation der Ärzte ein. In der Konferenz erläuterte er Gedankenspiele in der Koalition, wie die richtigen Anreize gesetzt werden könnten. „Eine Möglichkeit könnte es sein, Ärzte in Netzen ähnlich wie Gemeinschaftspraxen über den EBM besser zu honorieren.“

Bei Selektivverträgen in einem System mit Wettbewerb stelle sich das Problem, wie für möglichst viele Versicherte die Vorteile des Versorgungsmanagements zu erreichen seien. Jetzt sei es häufig so, dass nur der Marktführer der Kassen einer Region einen Vertrag abschließen. Die Versicherten anderer Kassen blieben außen vor. **hl**

MRT-Untersuchungen in Deutschland

Wir sind Weltmeister

— Einer aktuellen Studie der Barmer GEK zufolge kommen in deutschen Praxen und Kliniken bildgebende Diagnoseverfahren wie die Computertomografie (CT) oder die Magnetresonanztomografie (MRT) immer öfter zum Einsatz.

Laut dem Barmer GEK-„Arztreport 2011“ wurde im Jahr 2009 etwa jeder achte Deutsche mit einem der beiden Diagnoseverfahren untersucht. Insgesamt stieg die Zahl der Personen mit mindestens einer CT-Untersuchung in den Jahren 2004 bis 2009 um 26%, die Zahl der Personen mit mindestens einer MRT-Untersuchung um 41%. International liegt Deutschland mit 97 MRT-Untersuchungen je 1000 Einwohner an der Tabellenspitze. Nur in den USA werden ähnlich viele Menschen im Kernspintomografen zwecks genauere Diagnostik untersucht.

Barmer GEK-Vize Dr. Rolf-Ulrich Schlenker stufte die steigende Zahl an CT- und MRT-Untersuchungen als Ausdruck von Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein. „Hier findet medizinischer und technischer Fortschritt statt.“ Mit dem Einsatz von CT und MRT seien aber auch hohe Ausgaben



© Monkey business images/shutterstock.com

Jeder achte Deutsche wurde 2009 mit CT oder MRT untersucht.

für die Kassen verbunden. Die Kosten pro Jahr liefen derzeit auf „die Zwei-Milliardengrenze“ zu.

Studienautor Prof. Friedrich-Wilhelm Schwartz erklärte aber, dass die breite Nutzung von CT und MRT noch nichts über den Nutzen aussage. „In welchen Fällen das MRT sinnvolle therapeutische Konsequenzen nach sich zieht, die ohne MRT ausgeblieben wären, lässt sich nur schwer quantifizieren“, betonte der Gesundheitssystemforscher. **hl**

Urlaubsvertretung wird zur Regressfalle

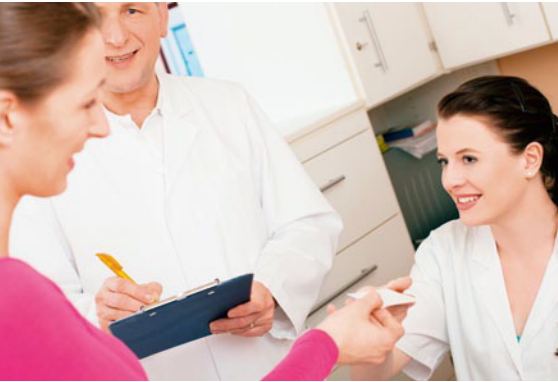
— Viele Vertragsärzte haben die Pflicht, eine Vertretung der KV zu melden, wenn sie länger als eine Woche dauert, bisher häufig vernachlässigt. Der Grund: Es gab letztlich keinen Genehmigungsvorbehalt der Körperschaft, es handelte sich also eigentlich um eine reine Formalie.

Ein aktuelles Urteil des Sozialgerichts Marburg könnte diese Praxis ändern. Denn die Richter begründeten eine Entscheidung über Honorarrückforderungen der KV an eine Praxisgemeinschaft wegen zu vieler gemeinsamer Patienten auch damit, dass die gegenseitigen Urlaubsvertretungen der beiden Ärzte der KV nicht angezeigt worden waren. Und in einem solchen Fall könne ein Arzt sich nicht auf die Vertretung berufen, so die Richter (§ 12 KA

30/2010). „Mit Berufung auf diese Rechtsauffassung könnte eine KV zukünftig die Vergütung der vom Vertreter erbrachten Leistungen verweigern“, erklärte Rechtsanwalt Dr. Ingo Pflugmacher, jedenfalls dann, wenn sie länger als eine Woche gedauert hat und die KV nicht unverzüglich über die Vertretung informiert wurde.

Es kann auch andere Anlässe geben, vor einer Praxisvertretung bei der Ärztekammer oder bei der KV nachzufragen, etwa bei Vertretungen in schwerpunkübergreifenden Gemeinschaftspraxen oder dann, wenn der Arzt, der als Vertreter in Frage kommt, noch keine vollwertige Approbation hat. Nur eine vorherige Genehmigung der Körperschaft bringt in solchen Fällen letztlich Rechtssicherheit. **ger**

Neuer MFA-Tarifvertrag Gehaltsplus ausgehandelt



© Kzenoni/Fotolia

Mehr Gehalt für MFA.

— Der neue Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte (MFA) steht. Und birgt eine Überraschung: Die Gehälter steigen, gestaffelt nach Berufsjahren.

Rückwirkend zum 1. Januar steigen die Gehälter der MFA. Allerdings erhalten

nicht alle das gleiche Gehaltsplus: Für MFA in den ersten drei Berufsjahren gibt es 5%, im vierten bis sechsten Jahr 2,6% und in den anderen Gehaltsgruppen 1,25% mehr.

Darauf haben sich die Tarifparteien, der Verband der medizinischen Fachberufe (VmF) und die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA), geeinigt. Damit liege die Gehaltserhöhung – nehme man den Schnitt aller Gehaltsgruppen – nicht über der Honorarsteigerung von 1,6%, die den Vertragsärzten von der Politik für dieses Jahr zugestanden worden sei, betonte Dr. Cornelia Goesmann, AAA-Vorsitzende. Wie in den eigenen Reihen, habe man auch bei den MFA die Erhöhung asymmetrisch verteilt, um den Beruf für jüngere MFA attraktiver zu machen. **hl**

CeBIT: Tastatur für „keimfreie“ Nutzung

— Sie heißt KWS-105 und sieht aus wie eine gewöhnliche Tastatur. Trotzdem war sie ein Highlight auf dem Stand der GeBE Elektronik und Feinwerktechnik GmbH während der Computermesse CeBIT Anfang März in Hannover.

Der Grund für das erhöhte Interesse: Die neue Tastatur sei mit einer patentierten Versiegelung versehen und ermögliche eine nahezu keimfreie Dateneingabe. Die anorganische Versiegelung der Tastatur macht sie komplett wasserdicht und sogar spülmaschinenfest, so der Hersteller. Das hochwertige Keyboard ist somit interessant für Krankenhäuser, Arztpraxen und Industrieunternehmen. **eb**

Das Fachportal für Ärzte **SpringerMedizin**

Home Medizin Gesundheitspolitik Praxis/Klinik Interaktiv Community Gesellschaften Fortbildung Zeitschriften

SpringerMedizin

Guten Tag, Frau Dr. Innere Medizin
Sie sind eingeloggt.
Mein Profil Mein Archiv Newsletter Logout

AKTUELLES

Blutzuckerselbstkontrolle - Warum Händewaschen den Blutzuckerwert verbessert
Immer noch bestimmen Messgeräte den Blutzuckerwert von Diabetes-Patienten zu häufig falsch. Dabei können Patienten schon mit kleinen Tricks die Messgenauigkeit verbessern.
weiter

Blutzuckerselbstkontrolle
Warum Händewaschen den Blutzuckerwert verbessert

Telem...
Vier Kl...
Monate

FORTBILDUNG

IN DER PRAXIS UMSETZEN Rheumalranke
Kinder benötigen besonderen Impfschutz

ERKENNTNISSE DER ROMA
STUDIE: Blutdruck bei
KHK-Patienten moderat sen

HYPERTONIKER MIT LUNGENSTAUNUNG
Dyspnoe trotz diuretischer Therapie

LAKTORAZILLEN FÜR KINDER Wann heißt
Probiotika Mägen und Darm?

NATÜRLICH BEHANDELN Fettleber und nicht
alkoholische Steatohepatitis

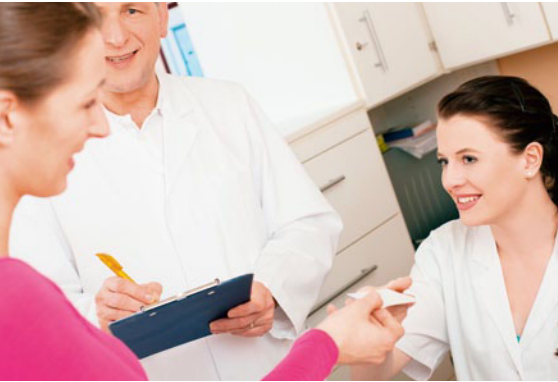
HOHE ANSPRECHERATEN IN DER PRAXIS
Chronische Hepatitis B behandeln

KLASSIFIKATION UND HISTOLOGIE
Schilddrüsenkarzinome mikroskopisch betrachtet

Fortbildung auf SpringerMedizin.de

Fortbilden wird auf SpringerMedizin.de, dem Fachportal für Ärzte, groß geschrieben. In diesem Bereich finden Sie nicht nur CME-Module samt Link zum Punkten, sondern auch interessante Originalarbeiten und spannende Kasuistiken aus dem gesamten Springer-Fachzeitschriften-Pool. Alle diese Fachinhalte sind natürlich Ärzten vorbehalten und passwortgeschützt. Wer sich bei der Registrierung mit seinem Fachgebiet anmeldet, erhält über die maßgeschneiderte Startseite gleich die auf seine Spezialität zugeschnittenen Beiträge. Der Weg dorthin ist einfach: Im **Portlet „Fortbildung“** finden Sie die jeweils aktuellsten Fortbildungsinhalte, über den Navigationspunkt „Fortbildung“ in der blauen Leiste steuern Sie das Komplettangebot von CME, Kasuistiken und Originalarbeiten an oder sortieren mit Hilfe des Pulldown-Menus, welches Fachgebiet und welche Beitragsart die Treffer sein sollen. Viel Erfolg!

Neuer MFA-Tarifvertrag Gehaltsplus ausgehandelt



© Kzenoni/Fotolia

Mehr Gehalt für MFA.

— Der neue Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte (MFA) steht. Und birgt eine Überraschung: Die Gehälter steigen, gestaffelt nach Berufsjahren.

Rückwirkend zum 1. Januar steigen die Gehälter der MFA. Allerdings erhalten

nicht alle das gleiche Gehaltsplus: Für MFA in den ersten drei Berufsjahren gibt es 5%, im vierten bis sechsten Jahr 2,6% und in den anderen Gehaltsgruppen 1,25% mehr.

Darauf haben sich die Tarifparteien, der Verband der medizinischen Fachberufe (VmF) und die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA), geeinigt. Damit liege die Gehaltserhöhung – nehme man den Schnitt aller Gehaltsgruppen – nicht über der Honorarsteigerung von 1,6%, die den Vertragsärzten von der Politik für dieses Jahr zugestanden worden sei, betonte Dr. Cornelia Goesmann, AAA-Vorsitzende. Wie in den eigenen Reihen, habe man auch bei den MFA die Erhöhung asymmetrisch verteilt, um den Beruf für jüngere MFA attraktiver zu machen. **hl**

CeBIT: Tastatur für „keimfreie“ Nutzung

— Sie heißt KWS-105 und sieht aus wie eine gewöhnliche Tastatur. Trotzdem war sie ein Highlight auf dem Stand der GeBE Elektronik und Feinwerktechnik GmbH während der Computermesse CeBIT Anfang März in Hannover.

Der Grund für das erhöhte Interesse: Die neue Tastatur sei mit einer patentierten Versiegelung versehen und ermögliche eine nahezu keimfreie Dateneingabe. Die anorganische Versiegelung der Tastatur macht sie komplett wasserdicht und sogar spülmaschinenfest, so der Hersteller. Das hochwertige Keyboard ist somit interessant für Krankenhäuser, Arztpraxen und Industrieunternehmen. **eb**

Das Fachportal für Ärzte **SpringerMedizin**

Home Medizin Gesundheitspolitik Praxis/Klinik Interaktiv Community Gesellschaften Fortbildung Zeitschriften

SpringerMedizin

Guten Tag, Frau Dr. Innere Medizin
Sie sind eingeloggt.
Mein Profil Mein Archiv Newsletter Logout

AKTUELLES

Blutzuckerselbstkontrolle - Warum Händewaschen den Blutzuckerwert verbessert
Immer noch bestimmen Messgeräte den Blutzuckerwert von Diabetes-Patienten zu häufig falsch. Dabei können Patienten schon mit kleinen Tricks die Messgenauigkeit verbessern.
weiter

Blutzuckerselbstkontrolle
Warum Händewaschen den Blutzuckerwert verbessert

Telemedizin
Vier Kliniken im Monat

FORTBILDUNG

IN DER PRAXIS UMSETZEN Rheumalranke Kinder benötigen besonderen Impfschutz

ERKENNTNISSE DER ROMA STUDIE Blutdruck bei KHK-Patienten moderat senken

HYPERTONIKER MIT LUNGENSTAUNUNG Dyspnoe trotz diuretischer Therapie

LAKTORAZILLEN FÜR KINDER Wann hilft Probiotika Mägen und Darm?

NATÜRLICH BEHANDELN Fettleber und nicht alkoholische Steatohepatitis

HOHE ANSPRECHERATEN IN DER PRAXIS Chronische Hepatitis B behandeln

KLASSIFIKATION UND HISTOLOGIE Schilddrüsenkarzinome mikroskopisch betrachtet

Fortbildung auf SpringerMedizin.de

Fortbilden wird auf SpringerMedizin.de, dem Fachportal für Ärzte, groß geschrieben. In diesem Bereich finden Sie nicht nur CME-Module samt Link zum Punkten, sondern auch interessante Originalarbeiten und spannende Kasuistiken aus dem gesamten Springer-Fachzeitschriften-Pool. Alle diese Fachinhalte sind natürlich Ärzten vorbehalten und passwortgeschützt. Wer sich bei der Registrierung mit seinem Fachgebiet anmeldet, erhält über die maßgeschneiderte Startseite gleich die auf seine Spezialität zugeschnittenen Beiträge. Der Weg dorthin ist einfach: Im **Portlet „Fortbildung“** finden Sie die jeweils aktuellsten Fortbildungsinhalte, über den Navigationspunkt „Fortbildung“ in der blauen Leiste steuern Sie das Komplettangebot von CME, Kasuistiken und Originalarbeiten an oder sortieren mit Hilfe des Pulldown-Menus, welches Fachgebiet und welche Beitragsart die Treffer sein sollen. Viel Erfolg!

Fortgeschrittenes NSCLC

Angiogenese-Hemmung verbessert Überleben

Für die Neubildung von Tumorgefäßen beim nicht kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) ist der Wachstumsfaktor VEGF ein Schlüsselfaktor. Die VEGF-Hemmung durch den Antikörper Bevacizumab (BEV, Avastin®) führt in Kombination mit einer platinhaltigen Chemotherapie zu signifikant verbesserten Ansprechraten, erläuterte PD Dr. Martin auf einer Fortbildungsveranstaltung in Großhansdorf.

Response und Überleben steigen

Die klinische Relevanz der Anti-Angiogenese bei der NSCLC-Therapie belegen die Zulassungsstudien E4599 und AVAIL (AVASTIN in Lung). Erstmals wurde das mediane Überleben der Patienten signifikant um zwei Monate (10,3 vs. 12,3) verlängert [1]. Durch die Hinzunahme von Bevacizumab zu einer platinhaltigen Chemotherapie stieg der Anteil von Patienten mit komplettem bzw. partiellem Ansprechen von 15 auf 35% (E4599) und von 22 auf 35% bzw. 38% (15 mg bzw. 7,5 mg BEV/kg/KG, AVAIL-Studie [1, 2]). Das längste Überleben zeigten dabei Patienten mit Adenokarzinomhistologie (14,2 Monate)

in einer prospektiv geplanten explorativen Subgruppenanalyse der E4599-Studie [3].

Gute Verträglichkeit

Nach den aktuellen S3-Leitlinien kann Bevacizumab „bei selektionierten Patienten im Stadium IIIB/IV mit Nicht-Plattenepithelkarzinom und gutem Allgemeinzustand (ECOG 0,1) in der Erstlinienbehandlung zusätzlich zu einer platinbasierten Kombinationschemotherapie eingesetzt werden“ [4]. Nicht eingesetzt werden sollte der Antikörper bei Patienten mit großen zentralen Tumoren mit offensichtlicher Invasion großer Gefäße, bei Hämoptysen in der Vorgeschichte sowie stark eingeschränkter kardiopulmonaler Leistungsfähigkeit. Werden diese Ausschlusskriterien berücksichtigt, ist Bevacizumab gut verträglich, betonte Reck. In den Zulassungsstudien und der Phase-IV-Studie SAiL waren schwere Blutungen vom Grad ≥ 3 unter Bevacizumab in etwa so selten wie es ohne Therapie zu erwarten wäre (1% pulmonale, 0,1% ZNS-Blutungen) [5]. Sowohl Carboplatin als auch Cisplatin eingingen sich für eine Kombination mit dem Antikörper [5].

Monotherapie bis zum Progress

Sobald die VEGF-Hemmung unterbrochen wird, bilden sich neue Blutgefäße. Der Therapieempfehlung nach wird Bevacizumab deshalb über sechs Behandlungszyklen zusammen mit einer platinhaltigen Chemotherapie und in der Folge bis zum Fortschreiten der Erkrankung als Monotherapie angewendet. Inzwischen liegen erste Daten vor, die einen Hinweis auf die Bedeutung der Gabe bis zum Progress geben. Die Daten einer Subgruppe der SAiL-Studie zeigen, dass Patienten, die mindestens einen Zyklus Bevacizumab-Monotherapie nach Abschluss der Kombinationsbehandlung aus Chemotherapie plus Bevacizumab erhielten (n = 1332), eine mediane Zeit bis zur Tumorprogression von 8,9 Monaten und ein medianes Gesamtüberleben von 18,8 Monaten aufwiesen [6]. **red**

Quellen:

1. Sandler A et al. N Engl J Med 2006;355:2542–2550
2. Reck M et al. Ann Oncol 2010; 21(9):1804–1809
3. Sandler A. et al. J Thorac Oncol 2010;5:1416–1423
4. Goeckenjan G et al. Pneumologie 2010;64:S23–155
5. Crinò L et al. Lancet Oncol 2010;11:733–740
6. Dansin E. et al. ESMO 2010, Poster 428P

Leitliniengerechte Behandlung

Niedrige Persistenz bei der Asthmatherapie

Ein leitliniengerechtes Asthmanagement kann akute und chronischen Krankheitserscheinungen der Patienten verhindern, die bronchiale Hyperreagibilität reduzieren und die Lungenfunktion verbessern oder normalisieren. Voraussetzung ist jedoch eine konsequente, dem Schweregrad entsprechende Therapie.

Wie eine aktuelle Studie zeigt, ist die Persistenz der antiasthmatischen Arzneimitteltherapie jedoch nach wie vor unzureichend (Hasford J et al., Allergy 2010). Von 483 051 Patienten der KV Bayern (Indexzeitraum April 2005 bis März 2006), bei denen in einem Beobachtungszeitraum von 2,5 Jahren mindestens zweimal Asthma diagnostiziert worden war, erhielten nur 61,4% eine antiasthmatische Arzneimitteltherapie. Und nur 52,8% wurden leitliniengerecht behandelt.

Dieses Ergebnis zu erklären sei schwierig sagte Prof. J. Christian Virchow, Rostock, da Ärzte in Bayern kaum bei fast zwei Fünftel aller Patienten eine falsche Diagnose aufschreiben, andererseits nicht anzunehmen sei, dass bei fast 40% aller Patienten, die in Bayern einen Arzt wegen Asthma aufsuchen, die Erkrankung so milde ist, dass keine Therapie erforderlich sei. Festgehalten werden könne jedoch zweifelsfrei, dass die tatsächliche Verschreibung, oder zumindest die tatsächliche Einlösung von Rezepten weit hinter den gültigen Empfehlungen nationaler und internationaler Leitlinien zurückliege.“

Neue Website mit Pneumo-Highlights

Der ausführliche Kommentar von Virchow und eine Zusammenfassung der wichtigsten Studiendaten ist als monatliches Highlight März



Nur 61% der Asthmapatienten erhielten eine spezifische Arzneimitteltherapie.

auf der neugestalteten Website von Janssen-Cilag unter www.inuairmikrosol.de (Rubrik „Pneumo Partner“) nachzulesen. Die Website präsentiert regelmäßig aktuelle pneumologische Themen; zurückliegende Highlights sind im Archiv weiter einsehbar. **red**

Informationen von Janssen-Cilag, 9.2.2011

Fortgeschrittenes NSCLC

Angiogenese-Hemmung verbessert Überleben

Für die Neubildung von Tumorgefäßen beim nicht kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) ist der Wachstumsfaktor VEGF ein Schlüsselfaktor. Die VEGF-Hemmung durch den Antikörper Bevacizumab (BEV, Avastin®) führt in Kombination mit einer platinhaltigen Chemotherapie zu signifikant verbesserten Ansprechraten, erläuterte PD Dr. Martin auf einer Fortbildungsveranstaltung in Großhansdorf.

Response und Überleben steigen

Die klinische Relevanz der Anti-Angiogenese bei der NSCLC-Therapie belegen die Zulassungsstudien E4599 und AVAIL (AVASTIN in Lung). Erstmals wurde das mediane Überleben der Patienten signifikant um zwei Monate (10,3 vs. 12,3) verlängert [1]. Durch die Hinzunahme von Bevacizumab zu einer platinhaltigen Chemotherapie stieg der Anteil von Patienten mit komplettem bzw. partiellem Ansprechen von 15 auf 35% (E4599) und von 22 auf 35% bzw. 38 % (15 mg bzw. 7,5 mg BEV/kg/KG, AVAIL-Studie [1, 2]). Das längste Überleben zeigten dabei Patienten mit Adenokarzinomhistologie (14,2 Monate)

in einer prospektiv geplanten explorativen Subgruppenanalyse der E4599-Studie [3].

Gute Verträglichkeit

Nach den aktuellen S3-Leitlinien kann Bevacizumab „bei selektionierten Patienten im Stadium IIIB/IV mit Nicht-Plattenepithelkarzinom und gutem Allgemeinzustand (ECOG 0,1) in der Erstlinienbehandlung zusätzlich zu einer platinbasierten Kombinationschemotherapie eingesetzt werden“ [4]. Nicht eingesetzt werden sollte der Antikörper bei Patienten mit großen zentralen Tumoren mit offensichtlicher Invasion großer Gefäße, bei Hämoptysen in der Vorgeschichte sowie stark eingeschränkter kardiopulmonaler Leistungsfähigkeit. Werden diese Ausschlusskriterien berücksichtigt, ist Bevacizumab gut verträglich, betonte Reck. In den Zulassungsstudien und der Phase-IV-Studie SAiL waren schwere Blutungen vom Grad ≥ 3 unter Bevacizumab in etwa so selten wie es ohne Therapie zu erwarten wäre (1% pulmonale, 0,1% ZNS-Blutungen) [5]. Sowohl Carboplatin als auch Cisplatin eingingen sich für eine Kombination mit dem Antikörper [5].

Monotherapie bis zum Progress

Sobald die VEGF-Hemmung unterbrochen wird, bilden sich neue Blutgefäße. Der Therapieempfehlung nach wird Bevacizumab deshalb über sechs Behandlungszyklen zusammen mit einer platinhaltigen Chemotherapie und in der Folge bis zum Fortschreiten der Erkrankung als Monotherapie angewendet. Inzwischen liegen erste Daten vor, die einen Hinweis auf die Bedeutung der Gabe bis zum Progress geben. Die Daten einer Subgruppe der SAiL-Studie zeigen, dass Patienten, die mindestens einen Zyklus Bevacizumab-Monotherapie nach Abschluss der Kombinationsbehandlung aus Chemotherapie plus Bevacizumab erhielten (n = 1332), eine mediane Zeit bis zur Tumorprogression von 8,9 Monaten und ein medianes Gesamtüberleben von 18,8 Monaten aufwiesen [6]. **red**

Quellen:

1. Sandler A et al. N Engl J Med 2006;355:2542–2550
2. Reck M et al. Ann Oncol 2010; 21(9):1804–1809
3. Sandler A. et al. J Thorac Oncol 2010;5:1416–1423
4. Goeckenjan G et al. Pneumologie 2010;64:S23–155
5. Crinò L et al. Lancet Oncol 2010;11:733–740
6. Dansin E. et al. ESMO 2010, Poster 428P

Leitliniengerechte Behandlung

Niedrige Persistenz bei der Asthmatherapie

Ein leitliniengerechtes Asthmanagement kann akute und chronischen Krankheitserscheinungen der Patienten verhindern, die bronchiale Hyperreagibilität reduzieren und die Lungenfunktion verbessern oder normalisieren. Voraussetzung ist jedoch eine konsequente, dem Schweregrad entsprechende Therapie.

Wie eine aktuelle Studie zeigt, ist die Persistenz der antiasthmatischen Arzneimitteltherapie jedoch nach wie vor unzureichend (Hasford J et al., Allergy 2010). Von 483 051 Patienten der KV Bayern (Indexzeitraum April 2005 bis März 2006), bei denen in einem Beobachtungszeitraum von 2,5 Jahren mindestens zweimal Asthma diagnostiziert worden war, erhielten nur 61,4% eine antiasthmatische Arzneimitteltherapie. Und nur 52,8% wurden leitliniengerecht behandelt.

Dieses Ergebnis zu erklären sei schwierig sagte Prof. J. Christian Virchow, Rostock, da Ärzte in Bayern kaum bei fast zwei Fünftel aller Patienten eine falsche Diagnose aufschreiben, andererseits nicht anzunehmen sei, dass bei fast 40% aller Patienten, die in Bayern einen Arzt wegen Asthma aufsuchen, die Erkrankung so milde ist, dass keine Therapie erforderlich sei. Festgehalten werden könne jedoch zweifelsfrei, dass die tatsächliche Verschreibung, oder zumindest die tatsächliche Einlösung von Rezepten weit hinter den gültigen Empfehlungen nationaler und internationaler Leitlinien zurückliege.“

Neue Website mit Pneumo-Highlights

Der ausführliche Kommentar von Virchow und eine Zusammenfassung der wichtigsten Studiendaten ist als monatliches Highlight März



Nur 61% der Asthmapatienten erhielten eine spezifische Arzneimitteltherapie.

auf der neugestalteten Website von Janssen-Cilag unter www.inuairmikrosol.de (Rubrik „Pneumo Partner“) nachzulesen. Die Website präsentiert regelmäßig aktuelle pneumologische Themen; zurückliegende Highlights sind im Archiv weiter einsehbar. **red**

Informationen von Janssen-Cilag, 9.2.2011

Antiinflammatorische Therapie der COPD

PDE-4-Inhibitor in GOLD-Leitlinien aufgenommen

— In den Ende 2010 aktualisierten Leitlinie der Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) wurde Roflumilast (Daxas®) als neue Therapieoption für die Behandlung der COPD aufgenommen. Die „Global Strategie für Diagnose, Behandlung und Prävention von COPD“ enthält evidenzbasierte Leitlinien für die Behandlung von



© Lisa F. Young / fotolia.com

Die antiinflammatorische PDE-4-Therapie reduziert COPD-Exazerbationen.

COPD und wird jährlich von einem Gremium führender COPD-Experten aktualisiert. Die aktuelle Ausgabe fasst im Abschnitt zu pharmakologischen Therapien auch die Charakteristika des Phosphodiesterase-4-(PDE4-) Inhibitoren Roflumilast bei COPD-Patienten zusammen. Die seit 2010 in Deutschland bei schwerer COPD zugelassene Substanz wirkt gezielt über die Hemmung der inflammatorischen Komponente der Erkrankung.

Entzündung verringern, Häufigkeit von Exazerbationen senken

Die GOLD-Leitlinien bestätigen, dass die PDE-4-Inhibitoren in erster Linie die der COPD zugrundeliegenden Entzündungen und deren klinische Folgen verringern. Roflumilast reduzierte in klinischen Studien die Häufigkeit von Exazerbationen bei Patienten mit schwerer oder sehr schwerer COPD (Stadien III–IV) und chronischer Bronchitis sowie häufigen Exazerbationen [1].

„COPD ist trotz der schon bestehenden Therapien nach wie vor eine Erkrankung mit einem großen medizinischen Bedarf“, betonte Prof. Peter Calverley, Lungenfacharzt aus Liverpool und Exekutivmitglied der GOLD-Initiative [2]. „Häufig leiden die Patienten an Exazerbationen, bei denen die Atmung äußerst stark beeinträchtigt sein kann und die Patienten oft stationär behandelt werden müssen. Studien haben gezeigt, dass der PDE-4-Inhibitor Roflumilast Exazerbationen signifikant reduziert. Mit der Aktualisierung erkennen die GOLD-Leitlinien die Bedeutung dieser neuen Behandlungsoption bei COPD und die Notwendigkeit an, die Ärzte darüber zu informieren“, resümierte Calverley. **tr**

Quellen: 1. The Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD (Update 2010): <http://www.goldcopd.com>
2. Pressemitteilung Nycomed vom 7.01.2011

Spezifische Immuntherapie mit Evidenz

Sublingualtablette erfolgreich bei allergischer Rhinitis

— Für die spezifische Immuntherapie (SIT) bei allergischen Erkrankungen gab es bis vor kurzem wenig klinische Evidenz. Zwar belegten kontrollierte klinische Studien die Wirksamkeit der SIT, hinsichtlich Qualität und Quantität genügten sie modernen Maßstäben jedoch nicht. Entsprechend unübersichtlich war die Marktsituation mit mehr als 6500 Einzelpräparaten, ungeprüften Mischungen und unterschiedlichsten Dosierungen, die zum Teil die Zulassungsbestimmungen als so genannte Individualrezepturen umgingen.

Erst mit den Richtlinien der European Medicines Agency (EMA) zur klinischen Entwicklung von Therapieallergenen sei die SIT in der evidenzbasierten Medizin angekommen, erklärte Prof. Ulrich Wahn, Berlin: „Die Immuntherapie muss heute die gleiche Messlatte nehmen wie die Pharmakotherapie.“ Voraussetzung für die Zulassung sind demnach randomisierte placebokontrollierte doppelblinde Multizenterstudien in adäquater Größe und mit ausreichenden Patientenzahlen. Gefordert werden Untersuchungen

zur Pharmakodynamik und Dosisfindung, zur Kurz- und Langzeitwirksamkeit und Sicherheit mit validen Endpunkten. Eine Marktberingung erwartet Prof. Stefan Vieths, Langen, von der Therapieallergene-Verordnung: Danach dürfen alle Präparate, für die bis Ende 2010 keine Zulassung beantragt wurde, nicht mehr verkauft werden.

Hohe Symptomreduktion schon nach einem Jahr

Die 5-Gräser-Tablette Oralair® erfüllt bereits diese Forderungen. Die Sublingualtablette ist zugelassen für die SIT bei gräserpollenbedingter allergischer Rhinitis bei Erwachsenen sowie bei Kindern ab fünf Jahren. In umfangreichen Studienprogrammen geprüft, zeigte die sublinguale Immuntherapie (SLIT) eine Symptomreduktion um 39% bei Kindern und 37% bei Erwachsenen im ersten Jahr der Behandlung. Im dritten Jahr war der Symptomscore um 50% reduziert. Als optimale Dosis erwiesen sich 300 IR, berichtete Prof. Rolf Brehler aus Münster: „Eine weitere Dosisstei-

gerung brachte keinen zusätzlichen Effekt mehr.“ Bereits vier Wochen nach Therapiebeginn zeigt sich ein signifikant besserer Effekt als unter Placebo, am Studienende nach 120 Tagen war der Unterschied 29,3%. Empfohlen wird ein Therapiebeginn vier Monate präsaesonal mit kosaissonaler Fortsetzung.

Wirksamkeit in der Praxis bestätigt

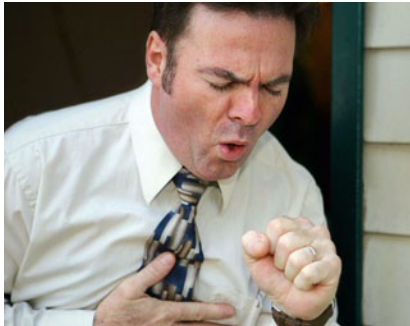
Dr. Ulrich Ecke, Frankfurt, bestätigte diese Daten mit Erfahrungen aus der eigenen Praxis. Die hohe Erfolgsquote mit Symptomreduktion um bis zu 50%, verringerter Symptomatikaeinnahme und gesteigerter Lebensqualität machten die SLIT zur gleichwertigen Alternative zur subkutane Immuntherapie. Studien zeigten vergleichbare Effektivität der beiden Applikationsformen. Wegen der geringeren Invasivität und Nebenwirkungsrate ist die SLIT für Ecke Mittel der Wahl. **koc**

Quelle: Expert-Meeting „Die Dimension der evidenzbasierten SIT“ am 28. Januar 2011 in Berlin (Veranstalter: Stallergenes)

Antiinflammatorische Therapie der COPD

PDE-4-Inhibitor in GOLD-Leitlinien aufgenommen

— In den Ende 2010 aktualisierten Leitlinie der Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) wurde Roflumilast (Daxas®) als neue Therapieoption für die Behandlung der COPD aufgenommen. Die „Global Strategie für Diagnose, Behandlung und Prävention von COPD“ enthält evidenzbasierte Leitlinien für die Behandlung von



© Lisa F. Young / fotolia.com

Die antiinflammatorische PDE-4-Therapie reduziert COPD-Exazerbationen.

COPD und wird jährlich von einem Gremium führender COPD-Experten aktualisiert. Die aktuelle Ausgabe fasst im Abschnitt zu pharmakologischen Therapien auch die Charakteristika des Phosphodiesterase-4-(PDE4-) Inhibitoren Roflumilast bei COPD-Patienten zusammen. Die seit 2010 in Deutschland bei schwerer COPD zugelassene Substanz wirkt gezielt über die Hemmung der inflammatorischen Komponente der Erkrankung.

Entzündung verringern, Häufigkeit von Exazerbationen senken

Die GOLD-Leitlinien bestätigen, dass die PDE-4-Inhibitoren in erster Linie die der COPD zugrundeliegenden Entzündungen und deren klinische Folgen verringern. Roflumilast reduzierte in klinischen Studien die Häufigkeit von Exazerbationen bei Patienten mit schwerer oder sehr schwerer COPD (Stadien III–IV) und chronischer Bronchitis sowie häufigen Exazerbationen [1].

„COPD ist trotz der schon bestehenden Therapien nach wie vor eine Erkrankung mit einem großen medizinischen Bedarf“, betonte Prof. Peter Calverley, Lungenfacharzt aus Liverpool und Exekutivmitglied der GOLD-Initiative [2]. „Häufig leiden die Patienten an Exazerbationen, bei denen die Atmung äußerst stark beeinträchtigt sein kann und die Patienten oft stationär behandelt werden müssen. Studien haben gezeigt, dass der PDE-4-Inhibitor Roflumilast Exazerbationen signifikant reduziert. Mit der Aktualisierung erkennen die GOLD-Leitlinien die Bedeutung dieser neuen Behandlungsoption bei COPD und die Notwendigkeit an, die Ärzte darüber zu informieren“, resümierte Calverley. **tr**

Quellen: 1. The Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD (Update 2010): <http://www.goldcopd.com>
2. Pressemitteilung Nycomed vom 7.01.2011

Spezifische Immuntherapie mit Evidenz

Sublingualtablette erfolgreich bei allergischer Rhinitis

— Für die spezifische Immuntherapie (SIT) bei allergischen Erkrankungen gab es bis vor kurzem wenig klinische Evidenz. Zwar belegten kontrollierte klinische Studien die Wirksamkeit der SIT, hinsichtlich Qualität und Quantität genügte sie modernen Maßstäben jedoch nicht. Entsprechend unübersichtlich war die Marktsituation mit mehr als 6500 Einzelpräparaten, ungeprüften Mischungen und unterschiedlichsten Dosierungen, die zum Teil die Zulassungsbestimmungen als so genannte Individualrezepturen umgingen.

Erst mit den Richtlinien der European Medicines Agency (EMA) zur klinischen Entwicklung von Therapieallergenen sei die SIT in der evidenzbasierten Medizin angekommen, erklärte Prof. Ulrich Wahn, Berlin: „Die Immuntherapie muss heute die gleiche Messlatte nehmen wie die Pharmakotherapie.“ Voraussetzung für die Zulassung sind demnach randomisierte placebokontrollierte doppelblinde Multizenterstudien in adäquater Größe und mit ausreichenden Patientenzahlen. Gefordert werden Untersuchungen

zur Pharmakodynamik und Dosisfindung, zur Kurz- und Langzeitwirksamkeit und Sicherheit mit validen Endpunkten. Eine Marktberingung erwartet Prof. Stefan Vieths, Langen, von der Therapieallergene-Verordnung: Danach dürfen alle Präparate, für die bis Ende 2010 keine Zulassung beantragt wurde, nicht mehr verkauft werden.

Hohe Symptomreduktion schon nach einem Jahr

Die 5-Gräser-Tablette Oralair® erfüllt bereits diese Forderungen. Die Sublingualtablette ist zugelassen für die SIT bei gräserpollenbedingter allergischer Rhinitis bei Erwachsenen sowie bei Kindern ab fünf Jahren. In umfangreichen Studienprogrammen geprüft, zeigte die sublinguale Immuntherapie (SLIT) eine Symptomreduktion um 39% bei Kindern und 37% bei Erwachsenen im ersten Jahr der Behandlung. Im dritten Jahr war der Symptomscore um 50% reduziert. Als optimale Dosis erwiesen sich 300 IR, berichtete Prof. Rolf Brehler aus Münster: „Eine weitere Dosisstei-

gerung brachte keinen zusätzlichen Effekt mehr.“ Bereits vier Wochen nach Therapiebeginn zeigt sich ein signifikant besserer Effekt als unter Placebo, am Studienende nach 120 Tagen war der Unterschied 29,3%. Empfohlen wird ein Therapiebeginn vier Monate präseasonal mit kosaissonaler Fortsetzung.

Wirksamkeit in der Praxis bestätigt

Dr. Ulrich Ecke, Frankfurt, bestätigte diese Daten mit Erfahrungen aus der eigenen Praxis. Die hohe Erfolgsquote mit Symptomreduktion um bis zu 50%, verringerter Symptomatikannahme und gesteigerter Lebensqualität machten die SLIT zur gleichwertigen Alternative zur subkutane Immuntherapie. Studien zeigten vergleichbare Effektivität der beiden Applikationsformen. Wegen der geringeren Invasivität und Nebenwirkungsrate ist die SLIT für Ecke Mittel der Wahl. **koc**

Quelle: Expert-Meeting „Die Dimension der evidenzbasierten SIT“ am 28. Januar 2011 in Berlin (Veranstalter: Stallergenes)

PNEUMONEWS

Anti-IgE-Fertigspritze zur Asthmatherapie zugelassen

Zur Behandlung von schwerem allergischem Asthma steht der IgE-Antikörper Omalizumab (Xolair®) nicht mehr nur als lyophilisiertes Pulver, sondern auch als gebrauchsfertige Injektionslösung zur Verfügung. Die Vorteile erklärte Prof. Roland Buhl, Pneumologe, Mainz: „Bislang waren für die Behandlung mit Omalizumab 15- bis 20-minütige Aufbereitungszeiten nötig. Dank der Zulassung der gebrauchsfertigen Injektionslösung wird sowohl Patienten als auch uns Ärzten die Injektion deutlich vereinfacht.“ Studiendaten belegen, dass die Wirksamkeit der beiden Darreichungsformen vergleichbar und die pharmakologischen Parameter der gebrauchsfertigen Liquidformulierung der lyophilisierten Formulierung äquivalent sind. Die neue Fertigspritze ist in den Dosierungen 75 und 150 mg Omalizumab verfügbar. Dabei kann die individuell benötigte Dosis durch Kombination der beiden Wirkstärken erzielt werden. Die neue Fertigspritze ermöglicht somit eine exaktere Dosierung. **red**

Pressemeldung Novartis, 9.2.2011

Alle Patientengruppen profitieren von Add-on mit Leukotrienantagonist

In einer Subgruppenanalyse der zwölfmonatigen MONICA-Studie zum Langzeitnutzen der Zusatztherapie von Asthmapatienten mit Montelukast (Singulair®) konnte jetzt gezeigt werden, dass die Add-on-Therapie mit dem Leukotrienrezeptorantagonisten die Asthmakontrolle und Lebensqualität in allen Patientengruppen verbessert (Virchow JC et al. Journal of Asthma 2010). Das Therapieergebnis, beurteilt mit dem fünf Fragen umfassenden ACT-(asthma control test-)Score, verbesserte sich von 14,6 (Behandlungsbeginn) über 19,4 (nach 6 Monaten) auf 20,3 Punkte nach einem Jahr. Allerdings profitieren Asthmapatienten mit einer gleichzeitigen allergischen Rhinitis (AR) mehr von der Montelukast-therapie. Bei ihnen steigt der ACT-Score, von 14,7 (Behandlungsbeginn) auf 21,0 Punkte nach 12 Monaten, bei Patienten ohne AR von 14,5 nur auf 19,3 Punkte. Dass unter 30-Jährige bessere Resultate der Asthmakontrolle zeigten als ältere Patienten, ist für Virchow und Kollegen ein möglicher Hinweis, dass Montelukast bereits im frühen Krankheitsstadium eingesetzt werden sollte. **tr**

Pressemeldung von MSD, 10.2.2011

Herausgeber Klinik:

Prof. Dr. A. Gillissen, Kassel
Prof. Dr. M. J. Kohlhäufel, Stuttgart-Gerlingen

Schriftleiter:

Priv.-Doz. Dr. S. Budweiser, Rosenheim (Beatmungsmedizin)
Prof. Dr. G. Friedel, Stuttgart-Gerlingen (Thoraxchirurgie)
Prof. Dr. A. Ghofrani, Gießen, Dr. K. Gutjahr, Leipzig (Erkrankungen des Lungenkreislaufs)
Prof. Dr. A. Gillissen, Kassel (Asthma bronchiale)
Prof. Dr. M. Griese, München (Pädiatrische Pneumologie)
Prof. Dr. A. Günther, Prof. Dr. Ph. Markart, Gießen (Interstitielle Lungenerkrankungen)
Prof. Dr. M. J. Kohlhäufel, Stuttgart-Gerlingen (Tumoren)
Dr. S. R. Ott, Bern (Infektiologie)
Prof. Dr. K. Rasche, Wuppertal, Prof. Dr. K.-H. Rühle, Hagen, Prof. Dr. H. Schäfer, Völklingen (Schlafmedizin)
Prof. Dr. G. Rohde, Maastricht/Niederlande (COPD, Emphysem)
Dr. K. Schultz, Bad Reichenhall (Rehabilitation)
Prof. Dr. M. Schwab, Prof. Dr. K. Mörike, Tübingen (Pharmakologische Therapie)

Redaktion:

Dr. Beate Schumacher (Chefredaktion, verantwortlich, Anschrift wie Verlag, beate.schumacher@springer.com)
Ute Kempf (ute.kempf@springer.com), Dr. Judith Neumaier (judith.neumaier@t-online.de), Dr. Thomas Riedel, Angelika Holzgreve (Assistenz Chefredaktion, angelika.holzgreve@springer.com)

Verlag:

Springer Medizin, © Urban & Vogel GmbH, Aschauer Str. 30, D-81549 München, Tel.: 0 89/20 30 43-13 00, Fax: -13 99, http://www.springerfachmedien-medizin.de. Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.

Geschäftsführer:

Harm van Maanen, Ulrich Huber, Stephan Kröck, Dr. med. Esther Wieland, Matthias Wissel.

Anzeigenverkauf:

Ines Spankau (Anzeigenleitung, -1339, verantwortlich, Anschrift wie Verlag), Anzeigenpreisliste Nr. 4 vom 1. Oktober 2010.

Corporate Publishing:

Ulrike Hafner (06221/4878104).

Herstellung:

Christian Staral (Leitung); Schmidt Media Design, München (Layout); Dieter L. Adam, München (Titelbild)

Vertrieb/Marketing Services:

Frank Niemann (Leitung, -14 11)

Abonnement:

Die Zeitschrift erscheint 6 x jährlich. **Bezugspreise ab 2011:** Einzelheft 12 € inkl. der deutschen MwSt. zuzügl. 2,50 € Versandkosten; Jahresabo 75 €; Studenten/Ärzte in Aus- und Weiterbildung 60 €, jeweils zuzügl. Versand (Inland 21 €, Ausland 36 €).

Bestellungen nimmt der Verlag und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht zwei Monate vor Ende des Bezugszeitraums abbestellt wurde.

Herausgeber Praxis:

Dr. P. Kardos, Frankfurt a. M.

Abonnentenservice:

Tel.: 0 62 21/3 45-43 04; Fax: 0 62 21/3 45-42 29

Gesamtherstellung: Stürtz GmbH, Alfred-Nobel-Str. 33, D-97080 Würzburg

Originalien: Zur Veröffentlichung kommen nur Arbeiten, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Alle CME-Manuskripte werden von unabhängigen Experten begutachtet. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Autoren, die mit vollem Namen genannt sind, veröffentlichten ihre Beiträge in alleiniger Verantwortung.

Copyright: Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Verwertung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestr. 49, D-80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind.

Rechtseinräumung der Autoren: Mit der Einreichung eines Manuskripts zur Veröffentlichung überträgt der Verfasser dem Verlag für den Fall der Annahme das Recht, das Manuskript geändert oder unverändert, ganz oder teilweise in Pneumo-News und anderen Publikationen der Fachverlagsgruppe, in den zugehörigen Onlinediensten, in Onlinedatenbanken Dritter und, soweit vereinbart, gegen Nachhonorar in Sonderdrucken für Industriekunden zu nutzen.

Hinweis: Die in dieser Zeitschrift angegebene Dosierungen – vor allem von Neuzulassungen – sollten in jedem Fall mit dem Beipackzettel der verwendeten Medikamente verglichen werden. ISSN 1865-5467

PNEUMONEWS

Anti-IgE-Fertigspritze zur Asthmatherapie zugelassen

Zur Behandlung von schwerem allergischem Asthma steht der IgE-Antikörper Omalizumab (Xolair[®]) nicht mehr nur als lyophilisiertes Pulver, sondern auch als gebrauchsfertige Injektionslösung zur Verfügung. Die Vorteile erklärte Prof. Roland Buhl, Pneumologe, Mainz: „Bislang waren für die Behandlung mit Omalizumab 15- bis 20-minütige Aufbereitungszeiten nötig. Dank der Zulassung der gebrauchsfertigen Injektionslösung wird sowohl Patienten als auch uns Ärzten die Injektion deutlich vereinfacht.“ Studiendaten belegen, dass die Wirksamkeit der beiden Darreichungsformen vergleichbar und die pharmakologischen Parameter der gebrauchsfertigen Liquidformulierung der lyophilisierten Formulierung äquivalent sind. Die neue Fertigspritze ist in den Dosierungen 75 und 150 mg Omalizumab verfügbar. Dabei kann die individuell benötigte Dosis durch Kombination der beiden Wirkstärken erzielt werden. Die neue Fertigspritze ermöglicht somit eine exaktere Dosierung. **red**

Pressemeldung Novartis, 9.2.2011

Alle Patientengruppen profitieren von Add-on mit Leukotrienantagonist

In einer Subgruppenanalyse der zwölfmonatigen MONICA-Studie zum Langzeitnutzen der Zusatztherapie von Asthmapatienten mit Montelukast (Singulair[®]) konnte jetzt gezeigt werden, dass die Add-on-Therapie mit dem Leukotrienrezeptorantagonisten die Asthmakontrolle und Lebensqualität in allen Patientengruppen verbessert (Virchow JC et al. Journal of Asthma 2010). Das Therapieergebnis, beurteilt mit dem fünf Fragen umfassenden ACT-(asthma control test-)Score, verbesserte sich von 14,6 (Behandlungsbeginn) über 19,4 (nach 6 Monaten) auf 20,3 Punkte nach einem Jahr. Allerdings profitieren Asthmapatienten mit einer gleichzeitigen allergischen Rhinitis (AR) mehr von der Montelukast-therapie. Bei ihnen steigt der ACT-Score, von 14,7 (Behandlungsbeginn) auf 21,0 Punkte nach 12 Monaten, bei Patienten ohne AR von 14,5 nur auf 19,3 Punkte. Dass unter 30-Jährige bessere Resultate der Asthmakontrolle zeigten als ältere Patienten, ist für Virchow und Kollegen ein möglicher Hinweis, dass Montelukast bereits im frühen Krankheitsstadium eingesetzt werden sollte. **tr**

Pressemeldung von MSD, 10.2.2011

Herausgeber Klinik:

Prof. Dr. A. Gillissen, Kassel
Prof. Dr. M. J. Kohlhäufl, Stuttgart-Gerlingen

Schriftleiter:

Priv.-Doz. Dr. S. Budweiser, Rosenheim (Beatmungsmedizin)
Prof. Dr. G. Friedel, Stuttgart-Gerlingen (Thoraxchirurgie)
Prof. Dr. A. Ghofrani, Gießen, Dr. K. Gutjahr, Leipzig (Erkrankungen des Lungenkreislaufs)
Prof. Dr. A. Gillissen, Kassel (Asthma bronchiale)
Prof. Dr. M. Griese, München (Pädiatrische Pneumologie)
Prof. Dr. A. Günther, Prof. Dr. Ph. Markart, Gießen (Interstitielle Lungenerkrankungen)
Prof. Dr. M. J. Kohlhäufl, Stuttgart-Gerlingen (Tumoren)
Dr. S. R. Ott, Bern (Infektiologie)
Prof. Dr. K. Rasche, Wuppertal, Prof. Dr. K.-H. Rühle, Hagen, Prof. Dr. H. Schäfer, Völklingen (Schlafmedizin)
Prof. Dr. G. Rohde, Maastricht/Niederlande (COPD, Emphysem)
Dr. K. Schultz, Bad Reichenhall (Rehabilitation)
Prof. Dr. M. Schwab, Prof. Dr. K. Mörike, Tübingen (Pharmakologische Therapie)

Redaktion:

Dr. Beate Schumacher (Chefredaktion, verantwortlich, Anschrift wie Verlag, beate.schumacher@springer.com)
Ute Kempf (ute.kempf@springer.com), Dr. Judith Neumaier (judith.neumaier@t-online.de), Dr. Thomas Riedel, Angelika Holzgreve (Assistenz Chefredaktion, angelika.holzgreve@springer.com)

Verlag:

Springer Medizin, © Urban & Vogel GmbH, Aschauer Str. 30, D-81549 München, Tel.: 0 89/20 30 43-13 00, Fax: -13 99, <http://www.springerfachmedien-medizin.de>. Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.

Geschäftsführer:

Harm van Maanen, Ulrich Huber, Stephan Kröck, Dr. med. Esther Wieland, Matthias Wissel.

Anzeigenverkauf:

Ines Spankau (Anzeigenleitung, -1339, verantwortlich, Anschrift wie Verlag), Anzeigenpreisliste Nr. 4 vom 1. Oktober 2010.

Corporate Publishing:

Ulrike Hafner (06221/4878104).

Herstellung:

Christian Staral (Leitung); Schmidt Media Design, München (Layout); Dieter L. Adam, München (Titelbild)

Vertrieb/Marketing Services:

Frank Niemann (Leitung, -14 11)

Abonnement:

Die Zeitschrift erscheint 6 x jährlich. **Bezugspreise ab 2011:** Einzelheft 12 € inkl. der deutschen MwSt. zuzügl. 2,50 € Versandkosten; Jahresabo 75 €; Studenten/Ärzte in Aus- und Weiterbildung 60 €, jeweils zuzügl. Versand (Inland 21 €, Ausland 36 €).

Bestellungen nimmt der Verlag und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht zwei Monate vor Ende des Bezugszeitraums abbestellt wurde.

Herausgeber Praxis:

Dr. P. Kardos, Frankfurt a. M.

Abonnentenservice:

Tel.: 0 62 21/3 45-43 04; Fax: 0 62 21/3 45-42 29

Gesamtherstellung: Stürtz GmbH, Alfred-Nobel-Str. 33, D-97080 Würzburg

Originalien: Zur Veröffentlichung kommen nur Arbeiten, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Alle CME-Manuskripte werden von unabhängigen Experten begutachtet. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Autoren, die mit vollem Namen genannt sind, veröffentlichten ihre Beiträge in alleiniger Verantwortung.

Copyright: Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Verwertung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestr. 49, D-80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind.

Rechtseinräumung der Autoren: Mit der Einreichung eines Manuskripts zur Veröffentlichung überträgt der Verfasser dem Verlag für den Fall der Annahme das Recht, das Manuskript geändert oder unverändert, ganz oder teilweise in Pneumo-News und anderen Publikationen der Fachverlagsgruppe, in den zugehörigen Onlinediensten, in Onlinedatenbanken Dritter und, soweit vereinbart, gegen Nachhonorar in Sonderdrucken für Industriekunden zu nutzen.

Hinweis: Die in dieser Zeitschrift angegebene Dosierungen – vor allem von Neuzulassungen – sollten in jedem Fall mit dem Beipackzettel der verwendeten Medikamente verglichen werden. ISSN 1865-5467