Herausforderungen im Alltag

Obwohl der Ärzte Codex weithin bekannt ist, bleibt seine Umsetzung im Klinikalltag eine große Herausforderung. „Es ist extrem schwierig, sich gegen die betriebswirtschaftlichen Vorgaben der Krankenhausleitung zu stellen", sagt Schumm-Draeger. Um Ärztinnen und Ärzte in solchen Situationen zu unterstützen, plant die Initiative für 2024 die Einrichtung von Ombudsstellen bei den Landesärztekammern. Diese sollen mit konkreter Hilfe und Rechtsberatung den wirtschaftlichen Druck mindern und den Ärzten den Rücken stärken.

Ein Blick in die Zukunft

Auch international findet der Ärzte Codex Beachtung. Schumm-Draeger, die seit über 20 Jahren in der European Federation of Internal Medicine aktiv ist, betont die Relevanz des Themas in vielen europäischen Ländern. Ein großes Symposium im nächsten Jahr soll den Austausch fördern und Lösungen aufzeigen. „Der Ärzte Codex bleibt extrem wichtig und aktuell", so Schumm-Draeger.

Wer mehr über die Hintergründe und aktuellen Entwicklungen erfahren möchte, sollte den Podcast mit Anouschka Wasner nicht verpassen. Hier geht es zum Podcast, einfach mal reinhören:

Kommissionen & Arbeitsgruppen

Neues aus der Kommission Leitlinien

Aktualisierte S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn" – Living Guideline

Aktuell arbeiten Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien" an über 100 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften mit. Die S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn" ist eine davon. Sie wurde kürzlich aktualisiert. Für die DGIM haben Prof. Dr. med. Andreas Stallmach vom Universitätsklinikum Jena und Prof. Dr. med. Andreas Sturm von den DRK Kliniken Berlin als Mandatsträger ihre Expertise eingebracht. Hier fassen sie die wichtigsten Key Facts dieser „Living Guideline" zusammen.

In Deutschland hat die Prävalenz des M. Crohn (MC) in der letzten Dekade deutlich zugenommen. Von 2012 bis 2018 stieg die Zahl der Patientinnen und Patienten von 177.997 auf 231.723 (+13 %) an. Prospektive Untersuchungen zeigen, dass ein Drittel der Betroffenen insgesamt einen blanden Verlauf haben, 90 % dieser Patientinnen und Patienten brauchten nie eine Therapie mit Immunsuppressiva oder Biologika. Im Gegensatz dazu ist bei einem weiteren Drittel der Patientinnen und Patienten der Verlauf durch eine chronische Krankheitsaktivität und Komplikationen geprägt.

Mit der aktualisierten Leitlinie werden evidenzbasierte Empfehlungen für alle an der Diagnostik und Therapie des MC beteiligten Berufsgruppen geliefert.

Diagnostik

Für die Diagnostik sind folgende Punkte relevant:

- Bei Verdacht auf einen MC ist eine Dünndarmdiagnostik, z. B. als Magnetresonanz-Enterografie oder alternativ durch eine Sonografie, durchzuführen.
- Vor Einleitung oder Änderungen der medikamentösen Therapie sollte die entzündliche Aktivität objektiviert werden.
- Es gibt derzeit noch keine ausreichende Evidenz, dass bei beschwerdefreien Patientinnen und Patienten beim endoskopischen Nachweis entzündlicher Veränderungen eine Therapieanpassung mit dem Ziel einer Mukosaheilung durchgeführt werden sollte.
- Bei schwerem akutem Schub und/oder therapierefraktärem Verlauf sollte eine Untersuchung auf C. difficile und Cytomegalievirus erfolgen.

Diagnostisch wird jetzt der Sonografie als bildgebendes Verfahren in der Erstdiagnostik und in der Verlaufsbeurteilung ein fester Stellenwert zugeordnet. Ohne Zweifel sind eine klinische Remission und das Erreichen einer mukosalen Heilung wichtige Therapieziele bei der Behandlung des MC. Die Diskussion um die Notwendigkeit einer Therapieintensivierung aufgrund einer persistierenden mukosalen Entzündung oder eines erhöhten fäkalen Calprotektins ist kontrovers. Dieses Vorgehen wird zurzeit noch nicht empfohlen.

© Andreas Stallmach

▲ Prof. Dr. Andreas Stallmach

© DRK Kliniken Berlin

▲ Prof. Dr. Andreas Sturm

Therapie

Für die Therapie beim MC sind folgende Punkte relevant:
- Patientinnen und Patienten, die rauchen, sollen zur Abstinenz von Tabakgebrauch motiviert werden.
- Aufgrund heterogener Studienergebnisse und geringer klinischer Wirksamkeit kann der Einsatz von Mesalazin zur Behandlung eines milden akuten MC-Schubes nicht mit ausreichender Evidenz empfohlen werden.
- Patientinnen und Patienten mit hoher Entzündungsaktivität sollen initial mit systemisch wirkenden Steroiden behandelt werden. Ziel einer Langzeittherapie muss jedoch eine steroidfreie klinische Remission mit einer Normalisierung der Lebensqualität sein.
- Der steroidabhängige oder -refraktäre MC sollte primär mit Adalimumab, Infliximab (ggf. kombiniert mit einem Thiopurin), Risankizumab, Upadacitinib, Ustekinumab oder Vedolizumab) behandelt werden. Da bisher belastbare Daten zum direkten Vergleich der Wirksamkeit der Medikamente fehlen, wurden die Medikamente alphabetisch gereiht. Wenn nicht anders angegeben, impliziert diese Reihung keine Priorisierung für den klinischen Einsatz.
- Bei einem isolierten Befall der Ileozökalregion, kurzer Anamnese und fehlendem Ansprechen auf Steroide ist die Ileozökalresektion verglichen mit der Therapie mit Infliximab als gleichwertig anzusehen.
- Die Fisteltherapie sollte in interdisziplinärer Abstimmung erfolgen, wobei häufig ein kombinierter Ansatz (medikamentös und chirurgisch) indiziert ist.
- Akute Krankheitsschübe während einer Schwangerschaft sollten ohne Verzögerung therapiert werden.

Zur Behandlung des leichten bis moderaten Schubes ist Budesonid (9 mg/Tag) insbesondere beim MC des ileozökalen Übergang bzw. dem rechten Hemikolon Mittel der Wahl. Bei höherer entzündlicher Aktivität ist eine systemische Steroidtherapie (1 mg/kg KG, max. 75 mg/Tag) mit konsequenter Dosisreduktion indiziert. Systemische Steroide sollen nicht zur Remissionserhaltung eingesetzt werden. Bei Nichtansprechen oder Unmöglichkeit, die Steroidtherapie zu beenden, sollte eine Biologikatherapie bzw. eine Therapie mit Upadacitinib als beim M. Crohn zugelassenem JAK-Inhibitor eingeleitet werden. Dabei gibt es bei den verschiedenen Therapieoptionen keine Priorisierung – aus den zugelassenen Substanzen ist individuell nach Patientencharakteristika und -bedürfnissen auszuwählen. Die Chirurgie ist integraler Bestandteil der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit MC und stellt keine *ultima ratio da*.

Ausblick

Die Gültigkeit dieser Leitlinie wird zunächst bis 2026 angegeben. Um relevante Neuerungen abzubilden, ist eine jährliche Überprüfung der einschlägigen Literatur durch die Lenkungsgruppe und Formulierung konsentierter Empfehlungen im Sinne einer „Living Guideline" geplant.

Die Langversion der Leitlinie findet sich online auf der Seite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) unter der Registernummer 021-004.

AG Hausärztliche Internistinnen und Internisten

Kasuistik: Falsches Laborergebnis nicht bemerkt

Im hektischen Praxisalltag können jederzeit Fehler passieren. Das hat auch Dr. Marcel Schorrlepp, Sprecher der AG Hausärztliche Internistinnen und Internisten, erlebt. Anhand eines Fallbeispiels erläutert der Mediziner aus Mainz, wie er eine Verwechslung von Blutproben erst im Nachhinein bemerkte und wie es dazu kam. Er analysiert auch, wie der Fehler hätte vermieden werden können und erläutert, was er und sein Praxisteam daraus gelernt haben.

In meiner hausärztlichen Praxis im Stadtrandgebiet mehren sich die Tage, an denen das Patientenaufkommen so hoch ist, dass Entscheidungen und Handlungen im Minuten- und Sekundentakt erfolgen müssen. Wenn abends die letzte Patientin bzw. der letzte Patient die Praxis verlassen hat, die Telefonliste lang ist und ein Stapel mit Reha-Anträgen, Meldeformularen für das Gesundheitsamt und Auskünften an das Versorgungsamt warten, frage ich mich, was ich heute alles übersehen und vergessen habe.

An einem Montagmorgen überraschte mich die Meldung aus dem nahen Altenheim, dass eine etwa 90-jährige Patientin am Wochenende notfallmäßig in die Klinik eingewiesen worden war.

Was war passiert?

In der Vorwoche wurde ich vom Altenheim informiert, dass es der besagten Patientin nicht gut gehe. Sie sehe so blass aus. Das war für mich nicht überraschend, denn die Patientin litt immer wieder unter einer signifikanten Anämie.

Eine Magenspiegelung vor Jahren hatte den Verdacht auf ein Mallory-Weiss-Syndrom ergeben. Wiederholte Blutverluste mit Anämie konnten bisher durch Eisensubstitution und seltene ambulante Transfusionen in unserer Praxis gut ausgeglichen werden. Auf eine stationäre Therapie der sonst rüstigen Frau wurde in diesen Situationen bewusst verzichtet, aus Rücksicht auf ihre Alzheimer-Demenz.

Diese Patientin visitierte ich am Donnertag der Vorwoche und nahm Blut ab. Nach meinem klinischen Eindruck war sie müde, im