

GLANDULA

Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e.V.

www.glandula-online.de

NETZWERK

Nr. 27

Heft 2-08



**Schwerpunkt-Thema:
Erfahrungsberichte**

**12. Überregionaler
Hypophysen- und Nebennierentag
in Essen**

Neu! Mit Beilage

GLANDULA

Linchen

Magazin für Kinder- und Jugendendokrinologie



Publik

- Neuer Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats
- Netzwerk erweitert sich

Schwerpunkt-Thema

- Unmöglich, so zu leben – Schädel-Hirn-Trauma
- Nach jahrzehntelanger Suche endlich richtig behandelt
- Verweigerung lebenswichtiger Medikamente

Vorträge von Essen

- Nebennierentfernung mit der „Schlüsselloch-Methode“
- Auswirkungen der Gesundheitsreform
- Hypophysenadenome und ihre Folgen

Liebe Leserin, lieber Leser,

der Austausch von Erfahrungen rund um Ihre Erkrankung ist ein ganz wichtiger und zentraler Aspekt der Arbeit des Netzwerks.

Der Erfahrungsaustausch hilft nicht nur anderen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, sondern hilft auch bei der eigenen Krankheitsbewältigung. Die Auswirkungen von Erkrankungen der Hypophyse und der Nebenniere auf die verschiedensten Lebensbereiche unterscheiden sich häufig von Patient zu Patient. Manche Patienten empfinden nur wenige Einschränkungen und führen ein praktisch normales Leben, während andere unter schweren Beeinträchtigungen im Alltag mit entsprechend eingeschränkten Lebensperspektiven leiden. Gerade bei seltenen Erkrankungen, die eine sehr große klinische Bandbreite aufweisen, ist der Austausch von Erlebnissen und Erfahrungen aus meiner Sicht besonders wichtig. Erfreulicherweise haben uns in den letzten Monaten mehrere Erfahrungsberichte erreicht, die wir gerne im Rahmen eines Schwerpunktes in der aktuellen Ausgabe präsentieren möchten.

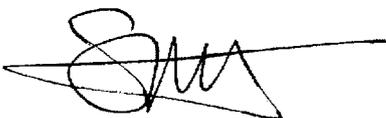
Neben persönlichen Erfahrungen sind auch Informationen zu neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie ein wichtiger Bestandteil dieser GLANDULA. Wir berichten über ausgewählte Themen des diesjährigen Hypophysen- und Nebennierentages in Essen, der wiederum ein voller Erfolg war. Teilnehmer aus Österreich waren so begeistert, dass jetzt über eine länderübergreifende Selbsthilfearbeit konkret nachgedacht wird.

Kinder sind nicht „kleine“ Erwachsene. Ich freue mich daher ganz besonders, dass es gemeinsam mit Herrn Professor Dr. Dörr möglich war, „Glandulinchen“ als Forum für endokrinologische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen zu schaffen. Es ist geplant „Glandulinchen“ zunächst einmal pro Jahr der GLANDULA beizulegen.

Beim Lesen dieser Ausgabe wünsche ich Ihnen viel Spaß und verbleibe

Herzlichst

Ihr



Prof. Dr. med. Christof Schöfl
(Herausgeber der GLANDULA)



Publik

Neuer Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats	5
Netzwerk wird sich in östlichen Gebieten erweitern	5

Endokrinologische Zentren

Endokrinologie im Zentrum - Endokrinologische Facharztpraxis in Erlangen	10
---	----

Veranstaltungen

12. Überregionaler Hypophysen- und Nebennierentag, 15.-17.08. in Essen

Hypophysentag auf hohem Niveau	12
Die Nebennierenentfernung mit der „Schlüsselloch- methode“ - Erfahrungen nach über 800 Operationen	16
Auswirkungen der Gesundheitsreform – Der Patient im Blickpunkt von Reformen	17
Möglichkeiten der Strahlentherapie beim Hypophysenadenom	19
Hypophysenadenome und ihre Folgen	21
Übergewicht: Ernährung und andere Therapien	23
„Neuroendokrinologie 2008“ in Erlangen – Fortbildung mit renommierten Dozenten	25

Aus der Industrie

Somatostatin-Analagon-Therapie jetzt auch zu Hause möglich	27
---	----

Schwerpunkt-Thema

Erfahrungsberichte

Unmöglich, so zu leben – Die schweren Auswirkungen des Schädel-Hirn-Traumas	28
Nach jahrzehntelanger Suche endlich richtig behandelt	33
Verweigerung lebenswichtiger Medikamente	35
Mein Weg zur Selbsthilfegruppe	37

Leserbriefe

38



10 Endokrinologische Facharztpraxis in Erlangen



12 Überregionaler Hypophysen- und Nebennierentag in Essen



16 Schlüsselloch-Chirurgie als schonende Operationsmethode



26 Die schweren Auswirkungen des Schädel-Hirn-Traumas nach einem Unfall

Neuer Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats

Prof. Dr. Klingmüller ist neuer Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats des Netzwerks für Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen. An dieser Stelle möchten wir ihm gerne Gelegenheit geben, sich bei unseren Leserinnen und Lesern persönlich vorzustellen:



Liebe Leserin, lieber Leser!

Sehr gerne habe ich den Vorsitz des wissenschaftlichen Beirates des Netzwerkes von Herrn Prof. Hensen übernommen. Ich bin Arzt für Innere Medizin – Endokrinologie und leite seit über 20 Jahren die Abteilung Endokrinologie am Institut für Klinische Chemie und Pharmakologie des Universitätsklinikums Bonn. Dabei liegt der klinische Schwerpunkt auf der Hypophysenambulanz, eine der größten in Deutschland. Es besteht eine hervorragende Kooperation mit der Neurochirurgischen Klinik und ihrem Direktor Herrn Prof. Dr. J. Schramm. In meiner Arbeitsgruppe wurden zahlreiche Arbeiten zur Diagnostik und Therapie von Hypophysenerkrankungen verfasst. Ein besonderes Thema ist immer wieder die lange Zeitdauer bis eine Hypophysenerkrankung erkannt wird.

Im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Arbeiten stehen u.a. Einflüsse von Therapieverfahren, von Medikamenten und Strahlen, aber auch Einflüsse aus der Umwelt auf das Hormonsystem des Menschen. Große Bedeutung haben Hormoneffekte auf die Gehirnfunktionen und das Verhalten. Hier sind Untersuchungen mit Herrn PD Dr. Weber (Klinik für Epileptologie, Abt. NeuroCognition-Imaging) in Vorbereitung.

Die Aufgabe des wissenschaftlichen Beirates des Netzwerkes sind Beratung über etablierte Diagnostik und Therapie und insbesondere Information über neue Entwicklungen bei Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen. Er ist ein Mittler zwischen Wissenschaft und Patient, muss aus der Fülle der Entwicklungen das Wichtige finden und an die Betroffenen weitergeben. Dabei ist ein intensiver Dialog notwendig. Bitte wenden Sie sich daher mit Fragen, Anregungen und Kritik an uns.

Das Netzwerk für Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen hat eine überragende Stellung, was sich auch in der stetig steigenden Mitgliederzahl spiegelt.

Ich freue mich daher den Vorsitz zu übernehmen und werde versuchen die erfolgreiche Arbeit von Prof. Dr. J. Hensen fortzuführen.

Ihr
Prof. Dr. med. Dietrich Klingmüller

Goldener Herbst für Patienten und Netzwerk

Drei weitere Regionalgruppen im Aufbau

Netzwerk wird sich in östlichen Gebieten erweitern

Im zurückliegenden September und Oktober wurden mehrere Schritte zum weiteren Aufbau von Regionalgruppen des Netzwerks Hypophysen- und NN-Erkrankungen unternommen.

Zum 3. Treffen der Regionalgruppenleiter, das am 20. und 21. September im Augustinerkloster in Erfurt stattfand, waren auch zwei Netzwerkmitglieder aus der Region Dresden eingeladen worden. Bei Gesprächen kam der Wunsch zur Gründung einer Regionalgruppe in Sachsen zum Ausdruck.

Beim 4. interdisziplinären Patiententag am 18. Oktober im Hypophysenzentrum der Universität Greifswald waren, neben den Veranstaltern Herrn Prof. Dr. Henry Schröder und PD Dr. Henri Wallaschofski, auch zwei Patienten bereit die Gründung einer zweiten RG in Mecklenburg-Vorpommern in die Hand zu nehmen.

„Aller guten Dinge sind drei“ - denn beim 1. Regensburger Hypophysentag, der in Zusammenarbeit zwischen dem Netzwerk und PD Dr. Christian Seifarth am 25. Oktober stattfand, erklärten sich spontan gleich drei Patienten bereit, eine Regionalgruppe in Ostbayern aufzubauen.

Über Einzelheiten dieser Initiativen werden wir Sie in der Frühjahrsausgabe der GLANDULA Nr. 28 (1-09), informieren.

*Georg Kessner
stellv. Vorsitzender*

Termine Regionalgruppen



Regionalgruppe	Datum	Uhrzeit/Ort
Berlin	29. November 2008	10:00 Uhr - 12:00 Uhr SEKIS (Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle), im 1. Stock, Eingang im Hof, Albrecht-Achilles-Straße 65, 10709 Berlin
Kiel	Jeden ersten Montag im Quartal Weihnachtstreffen 01. Dezember 2008 Weihnachtstreffen 07. Dezember 2009	jeweils 18.30 Uhr, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein im Seminarraum (unterhalb des Hörsaals) Bei Fragen bitte anrufen: Sabine Merkel, Tel.: 0431 / 362 550, oder Edith Thomsen, Tel.: 04342 / 82 599 Wir freuen uns auf Ihr Kommen.
Lübeck	28. November 2008	18.00 Uhr, vorweihnachtliches Treffen, DRK Sanitätsschule, Herrendamm 48, 23556 Lübeck Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an Frau Knüppel, Tel.: 04533 / 26 25
Weser/Ems	01. Dezember 2008 02. März 2009 01. Juni 2009 September 2009 07. Dezember 2009	jeweils 19.00 Uhr, Gemeindezentrum „Arche“, 26135 Oldenburg, Steenkenweg 7 Gemütliches Beisammensein in vorweihnachtlicher Atmosphäre Rückblick 2008 Veranstaltungstermine, Aktivitäten und Themen für 2009 Gemeinsamer Patientenaustausch Einladung eines Referenten (Referent und Thema wird noch bestimmt) Informationsveranstaltung „Patiententag“ in Bad-Zwischenahn (Datum, Uhrzeit werden durch persönliche Einladung mitgeteilt) Festlegung Themen für 2010 Gemütliches Beisammensein in vorweihnachtlicher Atmosphäre
Hannover	02. Dezember 2008	19.00 Uhr, ENDOKRINOLOGIKUM im Ärztehaus am Raschplatz, Rundestr. 10, 30161 Hannover Informationen zu den Terminen, Themen und aktuellen Veränderungen gibt die Anmeldung des ENDOKRINOLOGIKUMS Hannover: Tel.: 0511 / 215 558-10 E-Mail: hannover@endokrinologikum.com http://www.endokrinologikum.com
Bad Hersfeld	04. Dezember 2008	18:00 Uhr, Konferenzraum des Klinikums Bad Hersfeld Seilerweg 29 , 36251 Bad Hersfeld Um Anmeldung wird gebeten. Informationen über die Geschäftsstelle des Netzwerks
Dortmund	31. März 2009 26. Juni 2009 29. September 2009 Mitte Dezember	jeweils 18.30 Uhr, Hansakontor 2. OG/Seminarraum, Eingang Silberstr. 22/Ecke Hansastr., 44137 Dortmund (Bitte Termin erfragen in Praxis Dr. Demcröder Tel. 0231 / 95 72 47 05)
Düsseldorf	Alle drei Monate	Genauere Termine standen bei Redaktionsschluss noch nicht fest. Nähere Auskünfte erteilt: Frau Helga Kroppen, Tel.: 02836 / 629
Osnabrück	24. November 2008	19.00 Uhr Marienhospital Osnabrück, Nils-Stensen-Raum
Köln/Bonn	26. November 2008	18.30 Uhr in Bonn bei der SEKIS

Termine Regionalgruppen



Regionalgruppe	Datum	Uhrzeit/Ort
Saarbrücken	jeden 1. Montag im Monat	jeweils 19.00 Uhr KISS Futterstr. 27, 66111 Saarbrücken
München	15. Januar 2009 19. März 2009 28. Mai 2009 16. Juli 2009 24. September 2009 26. November 2009	18.00 Uhr Die Regionalgruppe München des Netzwerks für Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e.V. lädt in ca. zweimonatigen Abständen Betroffene und ihre Angehörigen zum Treffen ein. Es wird jeweils ein Vortrag zu einem ausgewählten Themenbereich gehalten. Danach besteht Gelegenheit zur Diskussion mit dem Referenten und zum Erfahrungsaustausch untereinander. Veranstaltungsort: Schwabinger Krankenhaus, Ärzte-Casino, 1. Stock Kölner Platz 1, 80804 München Weitere Informationen: Marianne Reckeweg, Maxhofstr. 45, 81475 München E-Mail: m.reckeweg@t-online.de, Tel.: 089 / 7 55 85 79
Ulm/HITS	13. Januar 2009 10. März 2009 12. Mai 2009 14. Juli 2009 08. September 2009	jeweils von 18.30 bis 20.00 Uhr Bahnhofplatz 7 in Ulm (Schulungsraum der Gemeinschaftspraxis Dr. Etzrodt und Dr. Alexopoulos, 3. OG) Schauen Sie doch einfach bei uns vorbei oder rufen Sie uns für weitere Infos an: Michael Zinz, Tel.: 0731 / 26 81 04 E-mail: michael@zinz.de Susanne Zimmermann, Tel.: 07307 / 2 44 24 Tilbert Spring, Tel.: 07306 / 3 14 11 <i>Die Veranstaltungen finden mir freundlicher Unterstützung der Fa. Pfizer Pharma GmbH statt.</i>
Erlangen	11. Dezember 2008 12. Februar 2009 28. April 2009 23. Juni 2009	vorweihnachtliches Treffen Kitzmannbräuschänke in Erlangen, Südliche Stadtmauerstr. 24 jeweils 17.30 Uhr Neubau der Medizinischen Klinik I, Nichtoperatives Zentrum (NOZ), in Erlangen, Ulmenweg 18 (22), Raum 2.120. Die Themen der jeweiligen Treffen sind bei unserer Geschäftsstelle (Tel.: 09131/ 81 50 46) zu erfragen oder Sie werden noch darüber informiert. Ich hoffe auf eine rege Teilnahme an den jeweiligen Treffen, Gäste sind willkommen. <i>Georg Kessner (Leiter der Regionalgruppe Erlangen)</i>
Suhl/Thüringen	08. März 2009 17. Mai 2009 23. August 2009 25. Oktober 2009	jeweils um 14.00 Uhr im Sozialen Zentrum der Stadt Suhl, Auenstraße 32
Am 18. April 2009 findet der 6. Thüringer Hypophysentag im HELIOS-Klinikum Erfurt statt		



Vorankündigung

4. Süddeutscher Hypophysen- und Nebennierentag für Patienten, Angehörige, Interessierte und Ärzte



Datum:

Samstag, 9. Mai 2009

Veranstaltungsort:

Max-Planck-Institut für
Psychiatrie
Kraepelinstr. 2
München

Eine Veranstaltung der Regionalgruppe München des Netzwerks Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e.V.

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med.
Günter Karl Stalla, München

Weitere Informationen:

Dr. Johanna Pickel
AG Neuroendokrinologie
Max-Planck-Institut für
Psychiatrie
Kraepelinstrasse 2-10
80804 München
Tel.: 089 / 30622-460
Fax: 089 / 30622-7460
E-Mail: pickel@mpipsykl.mpg.de

Die Mitgliedschaft im Netzwerk für Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e.V. bietet Ihnen eine Vielzahl wertvoller Vorteile:

- ✓ **Austausch mit anderen Betroffenen, Ärzten und Experten**
Durch unsere große Zahl an Regionalgruppen finden Sie bestimmt auch Veranstaltungen in Ihrer Nähe.
Außerdem können Sie sich im Internet in unseren vielfältigen Foren austauschen.
- ✓ **Broschüren und CD-Roms**
Eine große Auswahl an Broschüren und CD-Roms zu Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten kann kostenlos bestellt werden.
- ✓ **Mitgliederzeitschrift GLANDULA**
Mitglieder erhalten die GLANDULA, unsere Patientenzeitschrift mit Veröffentlichungen renommierter Forscher und Spezialisten 2 x jährlich kostenlos und frei Haus zugesandt.
- ✓ **Geschützter Mitgliederbereich im Internet**
In unserem nur für Netzwerkmitglieder zugänglichen geschützten Internetbereich erhalten Sie wertvolle Informationen.
- ✓ **Telefonische Betreuung durch unsere Geschäftsstelle**
An vier Tagen in der Woche ist unsere Geschäftsstelle telefonisch für Sie da.
- ✓ **Sonderkonditionen für Seminare und andere Veranstaltungen**
Mitglieder erhalten für Netzwerk-Veranstaltungen, z. B. den jährlichen Überregionalen Hypophysen- und Nebennierentag, ermäßigte Konditionen.

Dank seiner Gemeinnützigkeit und seines hohen Ansehens erhält das Netzwerk für Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e.V. verschiedene Fördermittel. Aus diesem Grund können wir Ihnen all die beschriebenen Vorteile zu einem geringen Mitgliedsbeitrag von nur Euro 20,- im Jahr bieten.

Transition

Zur Betreuung des Wechsels aus der kinderärztlichen Versorgung von Jugendlichen mit Hypophyseninsuffizienz zum Erwachsenenendokrinologen in der Übergangsphase zum Erwachsenenalter (Transition) wurde eine Kooperation „Zentrum für Transition, München“ eingerichtet. Neben einer Informationsseite für Patienten (www.hypophyse-muenchen.de/transition) wird auf Wunsch eine gemeinsame Übergangssprechstunde, wechselweise in den Räumen der Kinderklinik und des Max-Planck-Instituts, angeboten.

Weitere Informationen:

Professor Dr. Günter Karl Stalla
AG Neuroendokrinologie
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstrasse 2-10
80804 München
Tel.: 089 / 3 06 22-270
E-Mail: stalla@mpipsykl.mpg.de

Professor Dr. Hans-Peter Schwarz
Dr. von Haunersches Kinderspital
der Universität München
Kinderklinik und Kinder-
poliklinik
Lindwurmstrasse 4
80337 München
Tel.: 089 / 51 60-2991
E-Mail: HP.Schwarz@med.uni-
muenchen.de

Fruchtbarer Austausch – 3. Treffen der Regionalgruppenleiter

Am 20. und 21.9. fand das 3. Treffen der Regionalgruppenleiter in Erfurt statt. Diesmal waren 14 der 22 Regionalgruppen mit dem Leiter oder einem Vertreter dabei. Damit konnte die Resonanz im Vergleich zum letztjährigen Treffen schon deutlich gesteigert werden. Das Netzwerk ist zuversichtlich, dass es bald gelingen wird, sämtliche Regionalgruppen im Zuge des jährlichen Treffens zu vereinen. Der Vorstand war weitgehend vollständig vertreten, darunter auch die beiden ärztlichen Mitglieder Prof. Dr. Schöff und Prof. Dr. Klingmüller. Zu Gast waren außerdem Frau Poliwoda und Frau Menzer vom Verein Sachsen e.V. Hier steht zur Zeit ein Beitritt als Regionalgruppe zur Diskussion.

Förderung und Delegiertenmodell

Die ruhige Atmosphäre des Augustinerklosters bot ein ideales Umfeld, um zu fruchtbaren Ergebnissen zu kommen. Nach einer kurzen Präsentation des Netzwerks durch den ersten Vorstand, Herrn Helmut Kongehl, stand das Thema Krankenkassenförderung im Mittelpunkt. Die regionale Förderung wird leider immer noch sehr unterschiedlich gehandhabt. Dies soll sich allerdings bald ändern. Herr Kongehl will den Leitern Bescheid geben, sobald nähere Informationen vorliegen. Als erste Orientierungshilfe wurde ein Musterantrag der Gruppe Köln/Bonn versandt.

Herr Kongehl wies noch einmal darauf hin, wie wichtig die Selbsthilfe in Hinblick auf die Stabilisierung und Verbesserung des psychischen Befindens Betroffener ist. Dies sei eindeutig erwiesen. Neue Fördermöglichkeiten hat sich das Netzwerk mit der Mitgliedschaft in der Bundesarbeits-



Turmbesichtigung

Arbeitstreffen

gemeinschaft Selbsthilfe erschlossen. Zur Zeit laufen Förderanträge für zwei neue Broschüren: „Psychische Probleme bei Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen“ und „Endokrinologische Störungen bei Kindern und Jugendlichen“.

Ebenfalls ein Thema war das Delegiertenmodell, das auch auf der Mitgliederversammlung diskutiert wurde (siehe S. 15). Dieses Modell könnte 2010 eingeführt werden, wofür eine Satzungsänderung notwendig wäre. Zunächst soll die Meinungsbildung zu dem Thema abgewartet werden. Die Mitgliederversammlung beim Hypophysen- und Nebennierentag wird allerdings erhalten bleiben und würde dann vorrangig der Information und des Gedankenaustausches dienen.

Zur Entspannung wurde das Treffen durch ein Freizeitprogramm ergänzt. Am Nachmittag machte man einen gemütlichen Bummel durch die Erfurter Altstadt. Ein Höhepunkt war dabei die Besichtigung des Turms der Ägidienkirche. Sie existiert seit vielen Jahrhunderten und wurde 1110 erstmals urkundlich erwähnt. Der Turm bietet einen herrlichen Ausblick auf die Altstadt.

Regionalgruppen-spezifisches am Sonntag

Sonntags stand ganz die Regionalgruppen-Arbeit im Vordergrund. Eine neue Regionalgruppe ist mittlerweile in Regensburg gegründet worden. Geplant ist auch eine Gründung in Greifswald. In Hamburg soll der Aufbau einer Regionalgruppe verstärkt angestoßen werden.

Um die Gründung von Regionalgruppen weiter zu forcieren, soll verstärkt auf das in der Geschäftsstelle vorliegende Merkblatt „Wie gründe ich eine Regionalgruppe?“ hingewiesen werden. Dies wird textlich auch noch etwas überarbeitet. Anfragen an die Regionalgruppenleiter zu speziellen gesundheitlichen Problemen wie z. B. Akromegalie und Schwangerschaft, Diabetes Insipidus usw. sollen künftig per Rundmail oder über das Forum besser und schneller beantwortet werden können.

Sonntag Mittag endete schließlich das ergebnisreiche, gut organisierte Treffen, bei dem auch der persönliche Austausch zwischen den Teilnehmern nicht zu kurz kam.

Christian Schulze Kalthoff

"Endokrinologie im Zentrum" - Endokrinologische Facharztpraxis in Erlangen



Frau Dr. Beate Schöfl-Siegert

Am 2. Januar 2008 wurde die Facharztpraxis für Hormon- und Stoffwechselerkrankungen von Frau Dr. Beate Schöfl-Siegert in Erlangen eröffnet. Frau Dr. Schöfl-Siegert hat ihre Ausbildung zur Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologie an der Medizinischen Hochschule Hannover in der Abteilung für Klinische Endokrinologie bei Herrn Professor von zur Mühlen absolviert. Während dieser Zeit erlernte sie in einer der größten und renommiertesten endokrinologischen Abteilungen, das gesamte Spektrum der endokrinologischen und diabetologischen Erkrankungen zu diagnostizieren und zu behandeln. Zuletzt hatte sie an der Medizinischen Hochschule Hannover im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung die endokrinologische und diabetologische Ambulanz geleitet. Bedingt durch einen Umzug der Familie nach Erlangen erfolgte nun die Gründung einer eigenen endokrinologischen und diabetologischen Praxis in der mittelfränkischen Universitätsstadt.

In der Praxis werden alle Krankheitsbilder aus sämtlichen Teilgebieten der Endokrinologie, der Diabetologie und des Stoffwechsels diagnostiziert und behandelt. Dazu gehören Krankheiten der Hormondrüsen wie der Hirnanhangdrüse (Hypophyse) mit hormoninaktiven Tumoren, aber auch die hormonaktiven Tumore wie Prolaktinome, der Morbus Cushing, die Akromegalie, sowie das Kranio-pharyngeom, die Hypophyseninsuffizienz und insbesondere auch die postoperative endokrinologische Nachsorge bei Patienten nach einer Hypophysenoperation. Schilddrüsennoten, Schilddrüsenkarzinome, die Immunthyreopathien (Hashimoto, Morbus Basedow) und die häufig begleitend dazu auftretende Endokrine Orbitopathie, die Überfunktion der Nebenschilddrüsen, aber auch die postoperative Unterfunktion zählen zum Spektrum der in der Praxis behandelten Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenenerkrankungen.

Die Nebennieren mit dem Cushing-Syndrom, dem M. Conn, dem Phäochromocytom, der Nebennierenrindeninsuffizienz und den Inzidentalomen, Erkrankungen der Keimdrüsen (Gonaden), des Knochens (Osteoporose, Morbus Paget) sowie angeborene Erkrankungen wie das adrenogenitale Syndrom, das Klinefelter-Syndrom und die Multiple Endokrine Neoplasie (MEN) 1 und 2, aber auch Probleme aus dem gynäkologisch-endokrinologischen Bereich wie Zyklusstörungen, vermehrte Körperbehaarung (Hirsutismus), Haarausfall und Wechseljahrsbeschwerden werden abgeklärt und behandelt. Diabetologisch werden alle Formen des Diabetes (Typ 1 und 2, Schwangerschaftsdiabetes und sekundäre Diabetesformen z. B. im Rahmen von Mukoviszidose) betreut, die medikamentös oder mit konventioneller und intensiver Insulintherapie einschließlich der Insulinpumpe therapiert werden.





Das Leistungsspektrum umfasst auch Diabetesschulungen. Schulungsprogramme zu ausgewählten endokrinologischen Erkrankungen (z. B. Polyzystisches Ovarsyndrom oder Erkrankungen der Hirnanhangdrüse) sind im Aufbau.

Zu den weiteren Leistungen gehören sämtliche endokrinologischen Funktionstests wie Dexamethasonhemmtest, ACTH-Test, Insulinhypoglykämietest, GHRH-Arginin Test (Wachstumshormonstimulation), oraler Glukosetoleranztest (Wachstumshormonsuppression und Zuckerstoffwechsel) und Pentagastrintest, die ambulant in der Praxis durchgeführt werden. Die Hormone werden im praxiseigenen Labor zeitnah und mit sehr hoher Qualität

analysiert. Des Weiteren steht ein hochmodernes Ultraschallgerät zur Verfügung, um die Schilddrüse, die Nebenschilddrüsen, das Abdomen (Nebenniere) und die Hoden sonographisch zu untersuchen (inkl. Duplexsonographie). Auch Ultraschall gesteuerte Punktionen der Schild-

drüse gehören selbstverständlich zu den diagnostischen Leistungen. Demnächst besteht auch in der Praxis selbst die Möglichkeit zur Knochendichtemessung mit einem modernen Knochendichtemessgerät nach der DXA-Methode.

Die Praxis liegt zentral in Erlangen, ca. 5 Gehminuten vom Hauptbahnhof entfernt. Sie ist mit Bus, Bahn und dem Auto sehr gut zu erreichen. Ausreichende Parkplätze bietet der Großparkplatz direkt hinter dem Bahnhof.

Es handelt sich um eine Bestellpraxis. Für dringliche Patienten gibt es auch zeitnah immer einen Termin. Die freundlichen Arzthelferinnen bemühen sich stets, jedem Wunsch der Patienten gerecht zu werden.

Kontakt:

Praxis "Endokrinologie im Zentrum"
Dr. med. Beate Schöff-Siegert
Internistin - Endokrinologie
und Diabetologie DDG
Innere Brucker Strasse 11
91054 Erlangen

Telefon: 0 91 31-97437-44
Telefax: 0 91 31-97437-46

Sprechzeiten:

Montag – Freitag: 8.00 – 12.00 Uhr
nachmittags nach Vereinbarung

E-Mail: info@endokrinologie-erlangen.de
Internet: www.endokrinologie-erlangen.de



Hypophysentag auf hohem Niveau

Trotz Urlaubszeit gute Resonanz

Eigentlich war es kein gutes Omen, dass der 12. Überregionale Hypophysentag aus Termingründen mitten in der Urlaubszeit stattfinden musste. Doch überraschenderweise war die Teilnehmerzahl mit 120 Besuchern nur geringfügig niedriger als im Vorjahr.

Das Universitätsklinikum Essen, dessen Endokrinologie einen hervorragenden Ruf hat, erwies sich als exzellenter Gastgeber. Nach der freitäglichen Mitgliederversammlung wurde den Besuchern bei einem Büffet die Möglichkeit zum gegenseitigen Kennenlernen und zum Erfahrungsaustausch gegeben.

Die Vorträge

Samstags begann schließlich das Vortragsprogramm. Herr PD Dr. Petersenn, der für die wissenschaftliche Leitung verantwortlich zeichnete, begrüßte herzlich die Besucher und verwies auf die langjährige Tradition des Hypophysentages, der man sich verpflichtet fühle. Die weiteren Gastgeber bestanden aus Herrn Prof. Dr. Mann, Direktor der Klinik für Endokrinologie am Universitätsklinikum Essen, Herrn Prof. Dr. Hensen, dem zu diesem Zeitpunkt noch amtierenden Vorsitzenden des wissenschaftlichen Beirats des Netzwerks, und Herrn Kongehl, dem 1. Vorsitzenden des Netzwerks für Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen. Prof. Dr. Hensen bemerkte zum Veranstaltungsort: „Wir haben Essen gewählt, weil es ein Epizentrum der Endokrinologie in Deutschland ist. Hier entstand ein Netzwerk, in dem alle Kompetenzen gebündelt sind.“



PD Dr. Petersenn



Prof. Dr. Mann

Prof. Dr. Klingmüller,
Prof. Dr. Hensen

Zum Thema Hypophysenerkrankungen referierte zunächst Herr PD Dr. Petersenn, wobei er sich mit „Hypophysenadenomen und ihren Folgen“ beschäftigte (siehe S. 21). Herr PD Dr. Asgari, der Herrn PD Dr. Sandalcioglu vertrat, befasste sich mit „Erfolg und Tücken der transphenoidalen Operation“. Eindrucksvoll wurde die Geschichte dieser OP-Methode, die durch die Mitte der Schädelbasis erfolgt, sowie die dabei zu beachtenden Punkte dargestellt. Prof. Dr. Hensen: „Vielen Dank für die Einblicke in Ihre Kunst. Als Kunst muss man es ja wirklich bezeichnen.“

Bei den anschließenden fünf zur Auswahl stehenden Workshops stieß das Thema „Hypophysen- und Nebenniereninsuffizienz“ auf das stärkste Interesse.

Nachmittags fasste man die Thematik allgemeiner („Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen“). Frau Dr. Unger stellte die verschiedenen Verfahren zur Feststellung hormonaktiver Nebennierentumore vor. Prof. Dr. Walz hat die Schlüsselchirurgie der Nebenniere bis zur Perfektion entwickelt und gab hochinteressante Einblicke in diese Methode (näheres dazu auf S. 16). Danach zeigte Prof. Dr. Jockenhoevel auf, wie schwierig es oft ist, Hormone zu substituieren. Da oft sehr allgemeine Beschwerden wie Gewichtszunahme und Müdigkeit auftreten, ist die Bedarfsermittlung schwierig, zumal der Bedarf sehr unterschiedlich sein kann. Prinzipiell sollte der Endokrinologe als wirklicher Fachmann und nicht der Hausarzt entscheiden.



Prof. Dr. Walz



Prof. Dr. Hensen erhielt von Herrn Kongehl die Urkunde zum Ehrenvorsitz



PD Dr. Asgari,
PD Dr. Petersenn,
Dr. Pöttgen,
Herr Kongehl



Schließlich folgte die Expertenrunde, die sich aus Herrn PD Dr. Petersenn, Herrn Prof. Dr. Walz und Herrn Prof. Dr. Mann zusammensetzte. Prof. Dr. Mann zog abschließend folgendes Resümee: „Es wurden sehr präzise Fragen gestellt. Ich fand das wirklich beeindruckend.“ In unserem Kasten finden Sie einen Auszug besonders interessanter Fragen und Antworten während dieses Tages.

? Frage: Dürfen Wachstumshormone bei Diabetes eingenommen werden?

Prof. Dr. Jockenhoevel: Es ist eine vorsichtige und zurückhaltende Verwendung geboten.

? Frage: Muss Hydrocortison vor dem Frühstück eingenommen werden?

Prof. Dr. Jockenhoevel: Nein, aber die Einnahme muss möglichst frühzeitig erfolgen.

? Frage: Wie kann ich feststellen, ob mir Wachstumshormone wirklich helfen?

PD Dr. Petersenn: Wenn der sichere Nachweis eines Mangels vorliegt, empfiehlt es sich, die Einnahme zunächst ein Jahr zu probieren. Dann kann eine mehrmonatige Unterbrechungsphase eingelegt werden, um zu sehen, ob sich Auswirkungen auf das Wohlbefinden bestätigen.

? Frage: Sind erhöhte Prolaktinwerte bedenklich?

PD Dr. Petersenn: Nur, wenn sich entsprechende Symptome zeigen. Ein begleitender Mangel an Geschlechtshormonen muss aber immer behandelt werden.

Für den frühen Abend wurde, wie bereits bei den letzten Hypophysentagen, ein kulturelles Angebot ganz ohne medizinische Themen offeriert, das auch von bemerkenswert vielen Besuchern genutzt wurde. Mit zwei Reisebussen ging es zur Zeche Zollverein. Die gigantische Zeche ist heute ein berühmtes Industriedenkmal und gehört zum Weltkulturerbe. Aufgeteilt in mehrere nicht zu große Gruppen konnten sich die Teilnehmer ein anschauliches Bild von der damaligen Kohleförderung machen.

Abschlussstag über Begleiterkrankungen und Verbesserung der Behandlungsmethoden

Die Verbesserung der Behandlungsmethoden bei Hypophysen- und Nebennierenpatienten stand zunächst im Zentrum. Am Sonntag, dem Abschlussstag, erörterte zunächst Herr PD Dr. Petersenn in seinem zweiten Vortrag neue Therapien bei Hypophysen- und Nebennierentumoren mit Somatostatin-Analoga (siehe dazu auch Bericht in der GLANDULA Nr. 26, S. 23).

Mit dem „Wechsel vom Kinder- zum Erwachsenenendokrinologen“ beschäftigte sich hingegen Herr Prof. Dr. Hauffa. Es existieren hier deutliche Unterschiede und damit verbundene mögliche Probleme. Eine Übergangssprechstunde sei empfehlenswert. Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie in unserer Beilage „Glandulinchen“, S. 8.

Apothekerin Frau Dedy ging auf Arzneimittel, Generika und Wechselwirkungen ein. Bemerkenswert erscheint besonders, dass auch scheinbar harmlose, frei verkäufliche Präparate wie Johanniskraut gefährliche Wechselwirkungen verursachen können. Die Einnahme solcher Medikamente muss dem be-



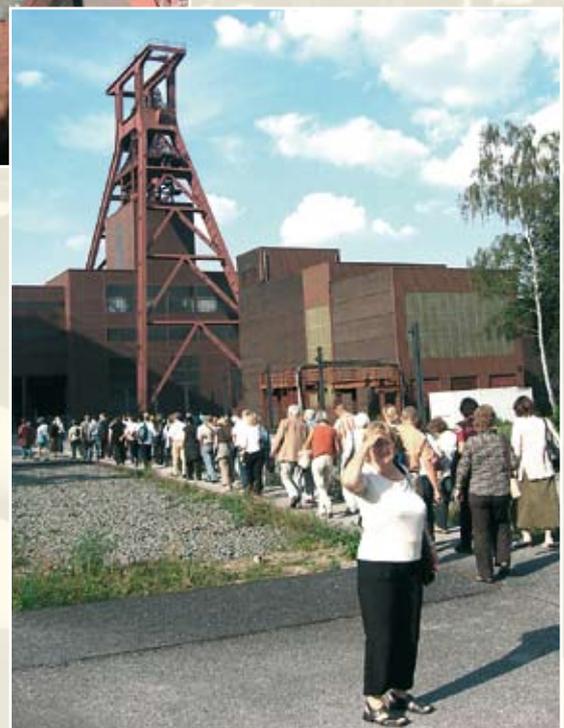
Prof. Dr. Hensen,
Frau Schmelzer,
Frau Odorfer,
Herr Kongehl



PD Dr. Petersenn,
Prof. Dr. Walz,
Prof. Dr. Mann



Zeche Zollverein



Beginn der
Besichtigung

handelnden Arzt deshalb unbedingt bekannt sein.

Ein weiteres Thema waren mögliche Begleiterkrankungen. Die Behandlungsmöglichkeiten bei Osteoporose erläuterte Dr. Lahner. Durch Osteoporose verschlechtern sich Knochendichte und -architektur. Sie kann beispielsweise bei Morbus Cushing auftreten. Ist die Osteoporose behandlungsbedürftig, sind Ernährung und Lebensstil des Patienten zu prüfen. In medikamentöser Hinsicht kann die Gabe von Calcium und Vitamin D-3 sinnvoll sein.

Die beiden letzten Referate zu Übergewicht (S. 21) und Auswirkungen der Gesundheitsreform (S. 17) finden Sie ausführlich im Heft.

Alles in allem eine sehr gelungene Veranstaltung. Der nächste Überregionale Hypophysen- und Nebennierentag wird in Mainz stattfinden.

Christian Schulze Kalthoff



Mitgliederversammlung 2008

Die Mitgliederversammlung stand vor allem im Zeichen des Amtsantrittes von Herrn Helmut Kongehl, dem seit Januar diesen Jahres neuen ersten Vorstand des Netzwerks für Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen. Herr Prof. Dr. Hensen, der nun aus dem Vorstand ausscheidet, wünschte seinem Nachfolger alles Gute. Er zeigte sich sehr erfreut, dass Herr Kongehl bereits in der noch recht kurzen Phase seines neuen Amtes sehr viel Engagement zeigte.

Anwesend waren bei der Mitgliederversammlung der fast komplette weitere Vorstand mit Frau Helga Schmelzer, Frau Christa-Maria Odorfer, Herrn Georg Kessner und als neues kooptiertes Mitglied Herrn Prof. Dr. Dietrich Klingmüller. Prof. Dr. Klingmüller tritt auch die Nachfolge als Vorsitzender des wissenschaftlichen Netzwerk-Beirats an. Diese Funktion hatte zuvor ebenfalls Herr Prof. Dr. Hensen inne.

Die Tagesordnung bestand aus folgenden Punkten:

1. Bericht des Vorstandes
2. Bericht des Kassenwarts
3. Entlastung des Vorstandes
4. Verschiedenes

Geschäftsjahr 2007

Frau Odorfer trug das Protokoll zum Hypophysen- und Nebennierentag 2007 in Dresden vor. Anschließend gab Herr Kessner einen Überblick zum Geschäftsjahr 2007: Mit großem Erfolg fanden der 3. Süddeutsche und der 5. Westdeutsche Hypophysentag statt. Gleiches gilt für den hervorragend organisierten und sehr gut aufgenommenen 11. Überregionalen Hypophysen- und Nebennierentag in Dresden.

Weitere erwähnenswerte Aktivitäten waren das 2. Regionalgruppenleiter-Treffen in Coburg sowie fünf Vorstandssitzungen. Außerdem wurde das Netzwerk als 100. Mitglied bei der LAGH Bayern aufgenommen. Personelle Umbesetzungen bestanden in der neuen Herausgeberschaft der GLANDULA durch Herrn Prof. Dr. Schöfl, der auch kooptiertes Vorstandsmitglied ist, sowie der Einstellung von Frau Martina Friedl (Sekretariat) und Herrn Christian Schulze Kalthoff (Redaktion der GLANDULA).

Kassenbericht und Entlastung

Der Kassenbericht für das Jahr 2007 ist von Frau Susanne Werkmeister und Herrn Christian Schulze Kalthoff sorgfältig geprüft und für einwandfrei befunden worden.

Der Vorstand wurde von den anwesenden Mitgliedern bei fünf Enthaltungen entlastet. Herr Kessner bedankte sich für das entgegengebrachte Vertrauen.

Sonstiges

Herr Prof. Dr. Hensen wurde schließlich zum Ehrenvorsitzenden ernannt, wofür man ihm auch eine Urkunde feierlich überreichte. Herr Schulze Kalthoff ist nun zusätzlich in der Geschäftsstelle für die Internet-Redaktion, die finanzielle Förderung des Netzwerks und die Unterstützung von Frau Friedl zuständig.

Neben einigen Gästen waren bei der Versammlung 38 Mitglieder anwesend. Diese regelmäßig relative geringe Zahl in Anbetracht der Gesamtmitgliederzahl von 2259 bewog den Vorstand ein Delegiertenmodell anzuregen. Dann würden anstelle der Mitgliederversammlung von den Regionalgruppen zu wählende Delegierte die Entscheidungen fällen – eine bei größeren Vereinen übliche Vorgehensweise. Die Resonanz auf diesen Vorschlag war fast ausnahmslos positiv. Eine endgültige Entscheidung zu diesem Punkt fällt aber frühestens bei der Mitgliederversammlung im Jahr 2009.

Prof. Dr. Dr. h.c. Martin K. Walz

Die Nebennierenentfernung mit der „Schlüssellochmethode“ - Erfahrungen nach über 800 Operationen

Die Nebennieren sind hormonproduzierende Drüsen, die versteckt mitten im Körper liegen. Sie sind von den großen inneren Organen (Leber, Milz, Magen, Bauchspeicheldrüse, Nieren) umgeben und befinden sich außerdem direkt neben der Bauchschlagader und der unteren Hohlvene (Abb. 1). Diese besondere anatomische Lage macht operative Eingriffe an diesen Organen verhältnismäßig kompliziert, weshalb sie meistens von Spezialisten durchgeführt werden. In der Vergangenheit wurden die Nebennieren über den relativ großen, ca. 20 - 25 cm langen Leibschnitt operiert. Natürlich sind derart große Operationswunden für den Patienten mit erheblichen, oft lang andauernden Beschwerden nach dem Eingriff verbunden.

Schlüssellochchirurgie

Seit etwa 15 Jahren sind deutliche Fortschritte auf dem Gebiet der Nebennierenchirurgie erzielt worden, und zwar durch die so genannte „Schlüssellochchirurgie“. Dabei sind nur noch kurze Einschnitte in die Haut nötig. In diese Hautöffnungen werden wenige Millimeter große Metallhülsen gesteckt, durch die man dann mit einer Fernsehkamera in den Körper sehen und gleichzeitig operieren kann (Abb. 2). Eine dieser Methoden haben wir in Essen 1994 entwickelt und inzwischen über achthundert Mal erfolgreich angewandt. Damit stehen wir bei dieser Art von Eingriff weltweit an der Spitze. Ausländischen Chirurgen kommen regelmäßig nach Essen, um die neuen Operativmethoden zu lernen.

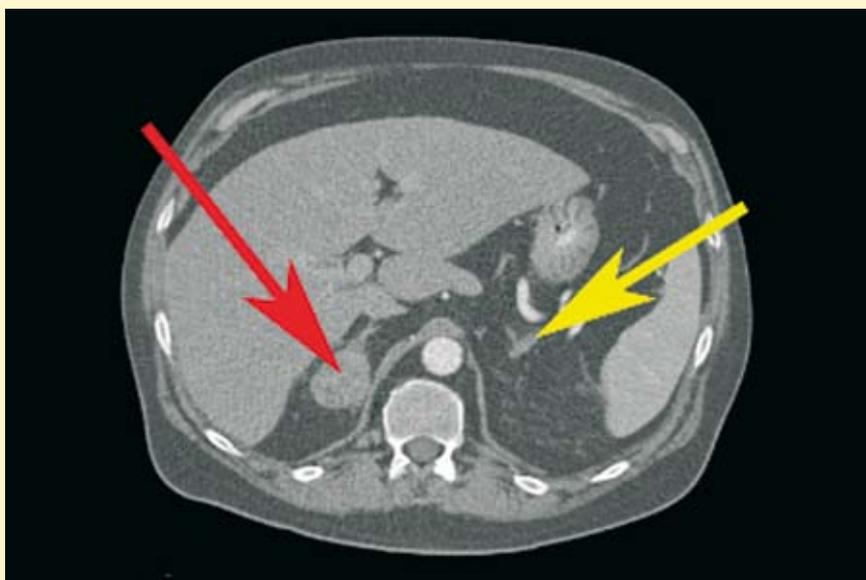


Abb. 1: Computertomographie der Nebennieren. Rechte Nebenniere (roter Pfeil) durch Tumor vergrößert, linke Nebenniere (gelber Pfeil) ist normal. Beide Nebennieren liegen zentral im Körper.



Abb. 2: Minimal-invasive Nebennierenchirurgie mit 3 kleinen Instrumenten.

Unsere Patienten, die in der Vergangenheit zur Nebennierenoperation kamen, litten überwiegend an hormonproduzierenden Tumoren oder an beidseitigen diffusen Vergrößerungen der Nebenniere. Bei diesen Erkrankungen ist eine Ope-

ration dringend angezeigt, weil die Nebenwirkungen der im Übermaß gebildeten Hormone (Bluthochdruck, Cortisonüberproduktion) langfristig sehr gefährlich werden können.

Vorgehensweise

Nach sorgfältiger Planung führen wir die Operationen in Vollnarkose durch. Um zur Nebenniere zu gelangen, benötigen wir nur 3 Hautöffnungen, die lediglich 5 - 10 Millimeter lang sind. Der Eingriff dauert etwa 30 – 45 Minuten. Am Operationstag darf der Patient aufstehen, trinken und essen, die stationäre Behandlung ist nach etwa zwei bis drei Tagen beendet. Für alle aber war der niedrige postoperative Schmerzmittelbedarf überraschend: so hat die Hälfte unserer Patienten nach der Operation überhaupt kein Schmerzmittel verlangt und die andere Hälfte nur eine einmalige Gabe innerhalb der ersten Stunden benötigt. Letztlich spielt die Kosmetik auch eine wichtige Rolle, tatsächlich bleiben nach diesem Eingriff kaum sichtbare Narben übrig. Inzwischen haben wir unsere Operationstechnik noch weiter verfeinert. So ist es nun in geeigneten Situationen möglich, nur das krankhafte

Tumorgewebe und nicht - wie früher üblich - die gesamte Nebenniere auf der betroffenen Seite zu entfernen. Auf diese Weise behält der Patient gesunde Organanteile, was in seinem weiteren Leben durchaus bedeutsam werden kann. Besonders wichtig ist dieses organerhaltende Operationsverfahren für Patienten mit beidseitigen Nebennierentumoren. Früher hat man in solchen Fällen immer beide Nebennieren komplett entfernt, woraufhin die Betroffenen eine lebenslange Hormonersatztherapie durchführen mussten. Heute kann man dies vermeiden, indem man Teile des gesunden Organs an Ort und Stelle belässt. Wir haben diese organerhaltende Operationstechnik mittlerweile bei über 200 Patienten erfolgreich angewandt. Bei allen wurde das hormonproduzierende Tumorgewebe vollständig entfernt. Vierzig Patienten mit beidseitigen Tumoren haben funktionierende, gesunde Nebennierenreste, so daß sie keiner Cortison-Behandlung bedürfen.

Insgesamt gesehen stehen mit den neuen Operationsverfahren der Nebennierenchirurgie sichere und sehr schonende Methoden zur Verfügung, die leider noch nicht überall angeboten werden. Nebennierenoperationen mit großem Schnitt sind heute nur noch in ganz seltenen Situationen, z.B. bei bösartigen Tumoren, der richtige Weg. In jedem Falle sollte sich ein betroffener Patient vor einem Eingriff an seinen Nebennieren erkundigen, ob sein Operateur die „Schlüssellochmethode“ durchführt und wie viel Erfahrung er damit hat.

*Prof. Dr. Dr. h.c. M.K. Walz
Chefarzt
Klinik für Chirurgie und Zentrum
für Minimal Invasive Chirurgie
Kliniken Essen-Mitte
Henricistrasse 92
45136 Essen
Tel.: 0201 174 26001
Fax: 0201 174 26000*

Oliver Hartmann

Auswirkungen der Gesundheitsreform – Der Patient im Blickpunkt von Reformen

Bisherige Reformen

Die Reformgesetze der Deutschen Krankenversicherung der letzten 20 Jahre hatten stets klangvolle Namen, die grundlegende strukturelle Veränderungen erwarten ließen. Doch Gesundheitsreformgesetz (1989), Gesundheitsstrukturgesetz (1993) und das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (1998) – als die wichtigen Reformgesetze der 80iger und 90iger Jahre – haben zwar Kostendämpfung und somit

höhere Eigenbeteiligung der Versicherten gebracht. Wesentlich neue Strukturen wurden damit aber nicht erzeugt. Erweiterte Zuzahlungen bei Medikamenten, Zahnersatz und Heilmitteln seien hier nur als Beispiele genannt.

Ab dem Jahr 2000 kommen neben kostendämpfenden Strukturveränderungen auch neue qualitätsverbessernde Aspekte für den Kunden hinzu. Das Gesundheitsreformgesetz (2000), Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2004) und Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) haben

neben neuen Preisregelungen sowie Zuzahlungen für Arzneimittel und andere Kassenleistungen auch Strukturverbesserungen im Sinn. Hier sind besonders das neue Preissystem im Krankenhausbereich (DRG) sowie die Einführung von Hausarztverträgen und die Förderung neuer Versorgungsformen (IGV) zu erwähnen. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) dehnt in nicht unerheblichem Maße den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aus. So wird das Leistungsspektrum bei den ger-

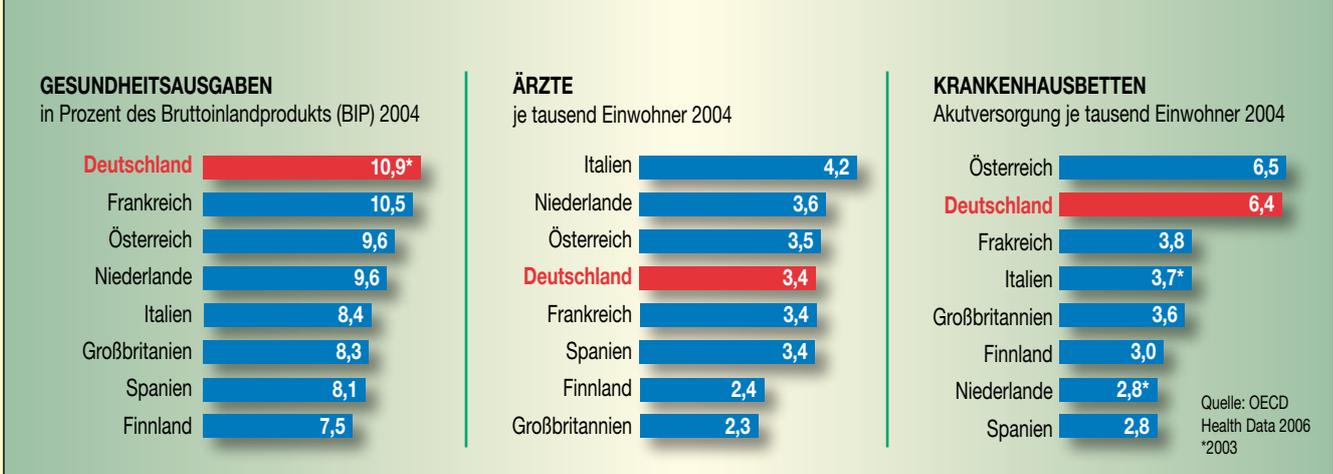


Abb. 1

iatrischen Rehabilitationsleistungen, den Schutzimpfungen sowie bei der Gesundheitsförderung erweitert. Auch die Einbeziehung bisher Nichtversicherter in den GKV-Schutz (Bürgerversicherung) und die Option von Wahl- und Selbstbehalttarifen sowie die Möglichkeit der Kostenerstattung schaffen neue verbesserte und Service-orientierte Strukturen für Versicherte.

Im internationalen Vergleich schneidet das deutsche Gesundheitssystem sehr gut ab, wenn man bei den Gesundheitsleistungen die ambulante und stationäre Versorgung, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Lohnfortzahlung im Krankheitsfall innerhalb der 14 führenden europäischen Industrienationen miteinander vergleicht. Deutschland gibt mit fast 11 % des Bruttoinlandproduktes (2004) europaweit das meiste Geld für Gesundheit aus und erreicht damit eine hohe Leistungsdichte. Ein überdurchschnittlicher Leistungskatalog mit international betrachtet geringen Zuzahlungen sowie die weltweit höchste Hausarzt-, Facharzt- und Krankenhauskapazität prägen das deutsche Gesundheitssystem. Gemessen an den europäischen Nachbarländern sind auch Wartezeiten auf Leistungen eher gering. (Quelle: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel 2005 und Der Spiegel 27/2006)

Die Zukunft

Zukünftig wird es entscheidend darauf ankommen, ambulante und stationäre Leistungen sektorenüber-

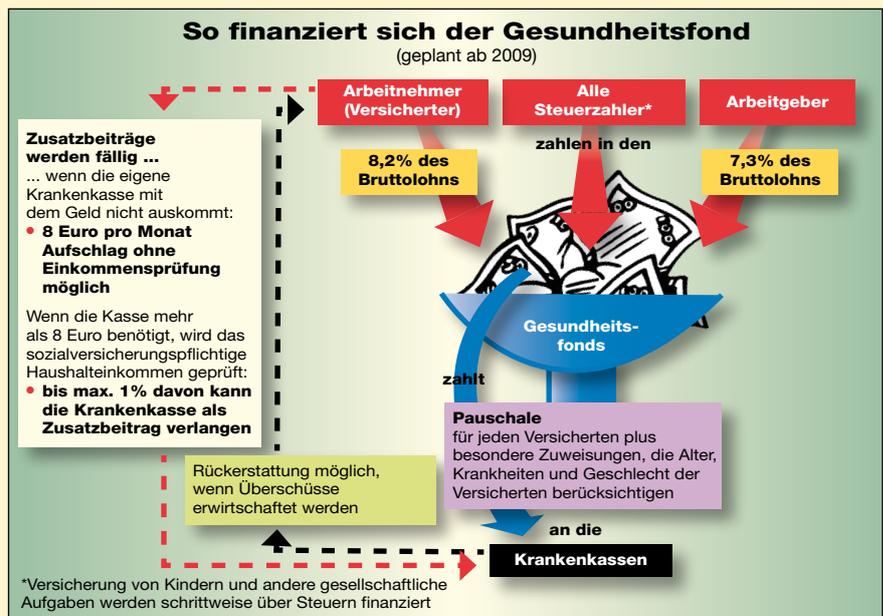


Abb. 2

greifend effizienter zu gestalten und die Qualität bei der Leistungserbringung noch weiter zu steigern. Ähnlich wie in der Vergangenheit wird jedoch auch in der Zukunft eine besondere Herausforderung darin liegen, die Arzneimittelkosten bei weiterhin optimaler Versorgung der betroffenen Kunden in überschaubaren und finanzierbaren Grenzen zu halten. In wieweit Rabattverträge hier ein Mittel der Wahl sein können, bleibt abzuwarten. Unter den neuen Finanzierungsmechanismen des Jahres 2009 im Sinne des Gesundheitsfonds werden immer mehr Leistungen und Service, insbesondere die Wahrnehmung einer Lotsenfunktion für den Patienten durch den Medizinbetrieb, zum Wettbewerbsparameter für die gesetzliche Krankenversicherung. Die AOK Rheinland/Hamburg setzt dabei auf nützliche Serviceleis-

tungen, die dem Kunden/Patienten im Bedarfsfall zur Verfügung stehen und ihm die Abwägung zwischen mehreren Behandlungsmethoden leichter machen. So ist das mit 16 Fachärzten besetzte ServiceCenter Clarimedis von Montags-Freitags in der Zeit von 07:00 – 22:00 Uhr sowie Samstags und Sonntags in der Zeit von 09:00 – 17:00 Uhr unter einer kostenlosen Hotline für AOK-Kunden erreichbar. Es kann mit Informationen zu Behandlungsmethoden und Wirkung von Arzneimitteln bis hin zu Tipps für die richtige Ernährung wertvolle Unterstützung leisten. Ein medizinisches KompetenzCenter mit 19 Universitätsprofessoren rundet das medizinische Beratungsangebot der AOK Rheinland/Hamburg ab.

*Oliver Hartmann
AOK Rheinland/Hamburg, Essen*

Dr. med. Christoph Pöttgen

Möglichkeiten der Strahlentherapie beim Hypophysenadenom

Neben den operativen und medikamentösen Verfahren repräsentiert die Strahlentherapie die dritte, wesentliche Behandlungsmodalität für Patienten mit Hypophysenadenom.

Funktionsweise

Seit Wilhelm Conrad Röntgens bahnbrechender Entdeckung einer „neuen Art von Strahlen“ haben die technischen Möglichkeiten in der Strahlentherapie eine umfassende Weiterentwicklung erlebt. Ionisierende Strahlung (z.B. Röntgenstrahlen) wird für die Behandlung von Patienten heute mehrheitlich in Linear-Beschleunigern erzeugt, die über die individuell angepasste Einblendung des Strahlenaustrittsfensters mit 0,3-0,5 cm breiten Lamellen (Multi-Leaf-Kollimatoren) nahezu jedwede irreguläre Ausrichtung des Strahlenbündels erlauben (Abbildung 1). In Bezug auf die Präzision ist damit ein deutlicher Fortschritt gegenüber der vormals üblichen konventionellen Bestrahlung erreicht, die sich historisch durch relativ einfache Feld-Anordnungen und große Bestrahlungsvolumen auszeichnete.

Die therapeutische Strahlung wirkt über eine Kaskade von physikalischen, biochemischen und biologischen Prozessen auf die Erbsubstanz von Zellen. Dadurch setzen Mechanismen für den Zelltod ein, die Vermehrung wird verhindert und damit ein ungesteuertes Wachstum gehemmt. Sie ist besonders dann erfolgreich, wenn sich ein nennenswerter Anteil der Zellen am Wachstum beteiligt. Dieser Effekt wird seit vielen Jahren auch bei der Behandlung von Hypophysenadenomen genutzt, wo die sogenannte

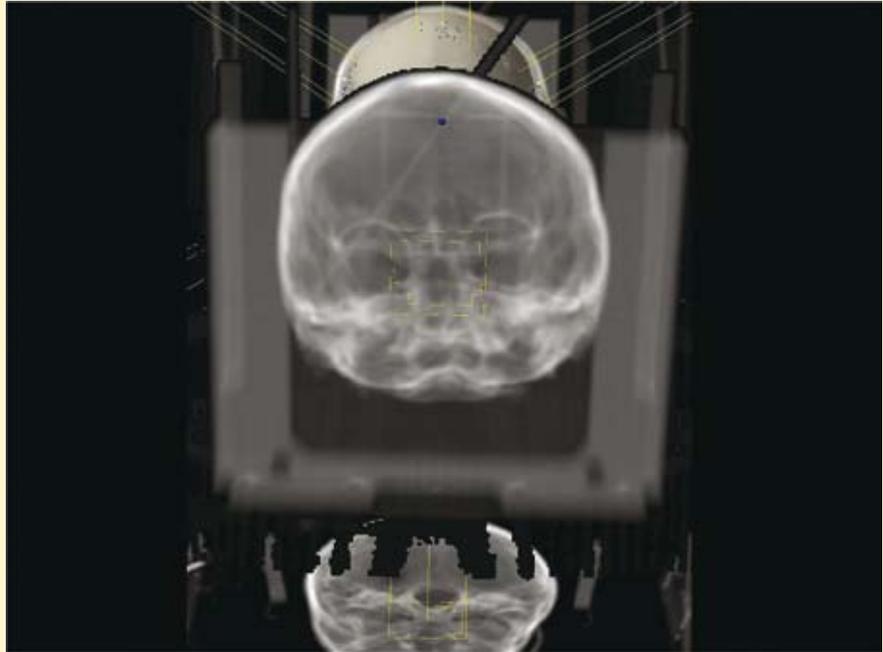


Abb. 1

Wachstumsfraktion, der Anteil sich vermehrender Zellen, etwa 1% bis knapp 4% des jeweiligen Adenoms beträgt.

Effekte

Größere Patienten-Behandlungsserien zeigen, dass sich mit einer moderat dosierten Strahlentherapie über 5 1/2 Wochen nach 3 bis 5 Jahren eine Größen-Abnahme der Hypophysen-Adenome um rund 70% der ursprünglichen Größe erzielen lässt. Dieser Effekt ist bei den hormonell inaktiven ausgeprägter als bei Hormon-ausschüttenden Adenomen und geht regelhaft in eine lang dauernde Phase ohne erneutes Wachstum über.

Bei den Hormon-ausschüttenden Adenomen ist das wesentliche Ziel der Strahlentherapie die Normalisierung der Hormon-Spiegel. Diese kann bei 3/4 der Patienten erreicht

werden, benötigt hierfür jedoch häufig einen Zeitraum von mehr als 5 Jahren.

Zusammenfassend lässt sich daher für den Einsatz der Strahlentherapie ableiten, dass bei Makro-Adenomen (Größe über 1 cm), die die Domäne der Chirurgie darstellen, die Bestrahlung zum Einsatz kommt, wenn nach der Operation nicht-entfernbar Tumorteile verbleiben oder ein erneutes Wachstum eintritt. Hormonell aktive Mikro-Adenome (Größe kleiner 1 cm) werden auch medikamentös behandelt. Die Strahlentherapie kommt dann bei ungenügend rückläufigen oder weiter steigenden Hormon-Spiegeln in Betracht.

Methoden der Präzisions-Strahlentherapie

Da es sich nicht um eine bösartige Erkrankung handelt, kommt der Schonung des gesunden Gewebes

eine besondere Bedeutung zu. Deshalb werden heute bei der Behandlung von Hypophysen-Adenomen regelhaft Methoden der Präzisions-Strahlentherapie eingesetzt. Dazu gehört die Radio-Chirurgie (z.B. mittels „Gamma-Knife“) und die fraktionierte stereotaktische Strahlentherapie, die eine individuell angepasste, starre Fixierung des Patienten mit einem besonderen Masken-System notwendig macht. Die Radio-Chirurgie setzt voraus, dass das Adenom eine Größe von 3 cm noch nicht erreicht hat und sich in einem Abstand von mindestens 3-5 mm zum Sehnerven bzw. zur Sehnerven-Kreuzung befindet, damit von der hohen, einmalig gegebenen Dosis nicht zuviel an diesen Strukturen abgegeben wird. Im Übrigen lässt sich in vergleichenden Behandlungs-Serien bei den kleinen Adenomen kein Unterschied in der Effektivität der jeweiligen Behandlungs-Technik nachweisen. Zwar führen die Befürworter der Radio-Chirurgie das Argument ins Feld, die Normalisierung der Hormon-Spiegel werde mit der Radio-Chirurgie schneller erzielt. Dies hat sich in einer neueren Untersuchung jedoch nicht bestätigt. Das Fehlen von Langzeit-Daten im Verlauf nach der Therapie lässt einige Fragen nach Vor- und Nachteilen der einen über die andere Bestrahlungs-Form unbeantwortet und wird momentan weitgehend von der Verfügbarkeit und dem Patienten-Wunsch, aber auch von den entstehenden Kosten diktiert.

Die Technik der Präzisions-Strahlentherapie erlaubt eine optimale Ausrichtung der Strahlentherapie-Dosis mit Dosis-Minimierung in den übrigen Anteilen des Gehirns (Abbildung 2 und 3). So liegt nach stereotaktischer Strahlentherapie die Rate von schwerwiegenden Nebenwirkungen an der Sehbahn und am benachbarten Hirngewebe mit Störungen von Aufmerksamkeit und



Abb. 2



Abb. 3

Konzentration nach 5 bis 10 Jahren unter 1 %. Eine Unterfunktion einer bis dahin unbeeinträchtigten Ausschüttung eines weiteren Hypophysen-Hormons wird allerdings in bis zu 30 % der bestrahlten Patienten im weiteren Verlauf beobachtet. Dieser lässt sich zumeist problemlos medikamentös regulieren.

Einen weiteren unerwünschten Aspekt der Therapie mit ionisierender Strahlung repräsentiert die Wahrscheinlichkeit, einen strahlen-induzierten Tumor im Verlauf zu erleben, welche mit etwa 2,4 % nach 20 Jahren beziffert wird. Da häufig junge Patienten Kandidaten für eine Strahlentherapie sind, werden alle Anstrengungen unternom-

men, dieses Risiko so gering wie möglich zu halten. Als Perspektive kann möglicherweise der Einsatz einer Strahlentherapie mit Protonen eine diesbezügliche Verbesserung bieten, da der Anteil unbestrahlten Gewebes erhöht werden kann. Aufgrund der notwendigen langen Nachbeobachtungszeit erfordert die Antwort auf diese Frage aber noch etwas Geduld.

*Dr. med. Christoph Pöttgen
Klinik für Strahlentherapie
Universitätsklinikum Essen
Universität Duisburg-Essen
Hufelandstr. 55
45122 Essen*

PD Dr. med. Stephan Petersenn

Hypophysenadenome und ihre Folgen

Die Hypophyse steuert zahlreiche hormonell bedingte Vorgänge im Körper – unter anderem Wachstum, Eireifung und den Geburtsvorgang (Abb.1). Ein Tumor an der Drüse hat deshalb verschiedenste Symptome (Abb.2). Betroffene können ein „Hypophysenadenom“ als Kopfschmerz spüren und Sehstörungen entwickeln. Zudem kann die Geschwulst an der Drüse die Hormone außer Kontrolle bringen. Durch Quetschung der gesunden Hypophyse wird die Ausschüttung der Hypophysenhormone gestört, so dass Hormonmangelsymptome entstehen können. Diese müssen diagnostiziert und entsprechend ersetzt werden. Andererseits können hormonaktive Hypophysenadenome einzelne Hypophysenhormone im Überschuss freisetzen.

Prolaktin und Wachstumshormon

Wird unkontrolliert Prolaktin ausgeschüttet, entwickelt sich bei der Frau eine Störung des Menstruationszyklus, Spannungsgefühl in der Brust und seltener ein Milchfluss (Abb.3). Libido- und Fertilitätsstörungen sind bei beiden Geschlechtern zu beobachten. Bleibt ein derartiges Prolaktinom unbehandelt, kann es langfristig durch die Abnahme der Sexualhormone auch zu einem Knochenschwund kommen. Dieser Hypophysentumor wird heutzutage in den meisten Fällen medikamentös behandelt. Schon innerhalb von Stunden bis Tagen lässt sich eine Abnahme des Prolaktins beobachten, gefolgt von einer Schrumpfung des Tumors.

Oder aber die Drüse produziert zu viel Wachstumshormon, mit charakteristischen Veränderungen an

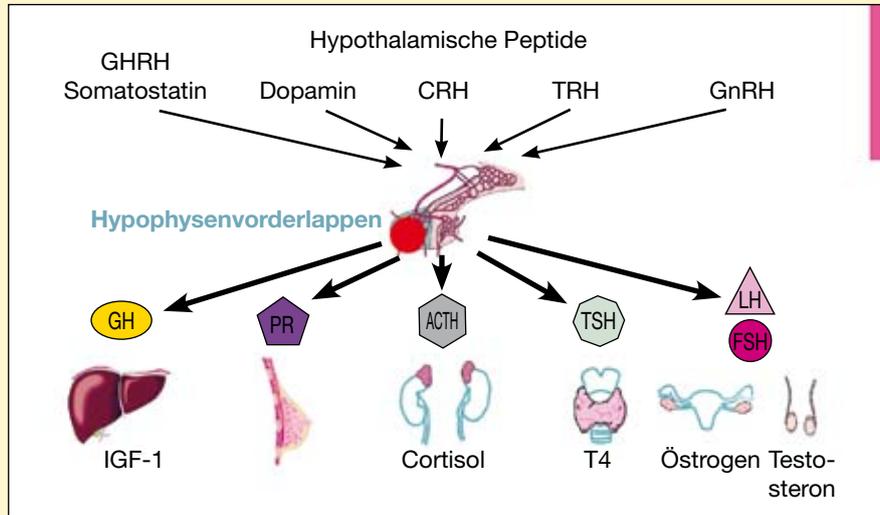


Abb. 1: Hormone der Hypophyse

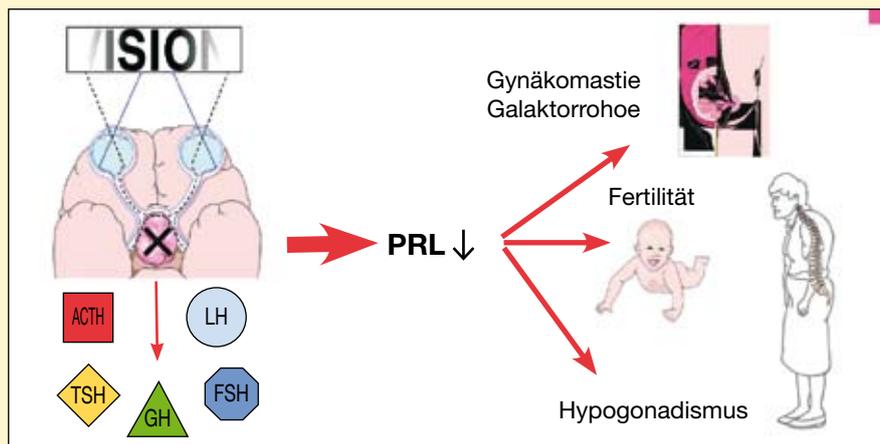


Abb. 2: Folgen eines Prolaktinoms

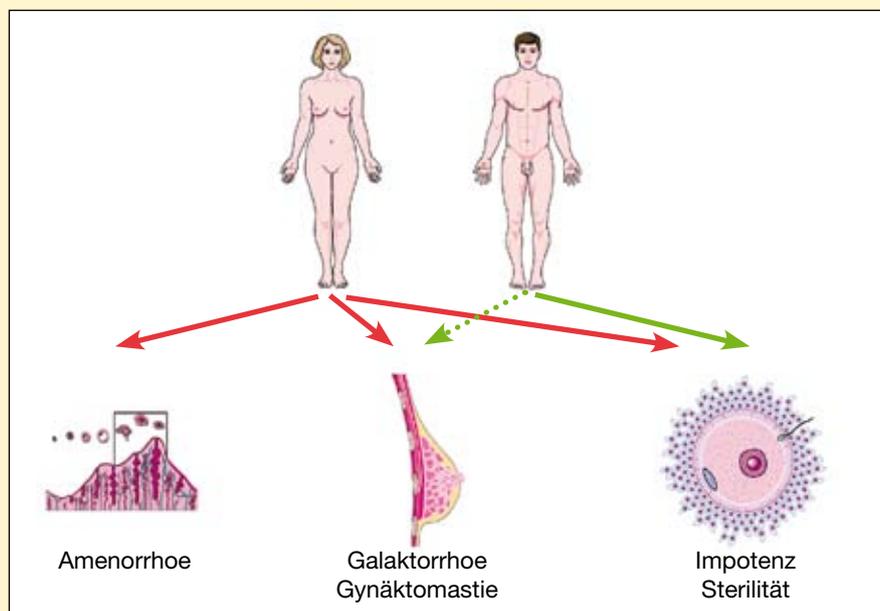


Abb. 3: Leitsymptome der Hyperprolaktinämie

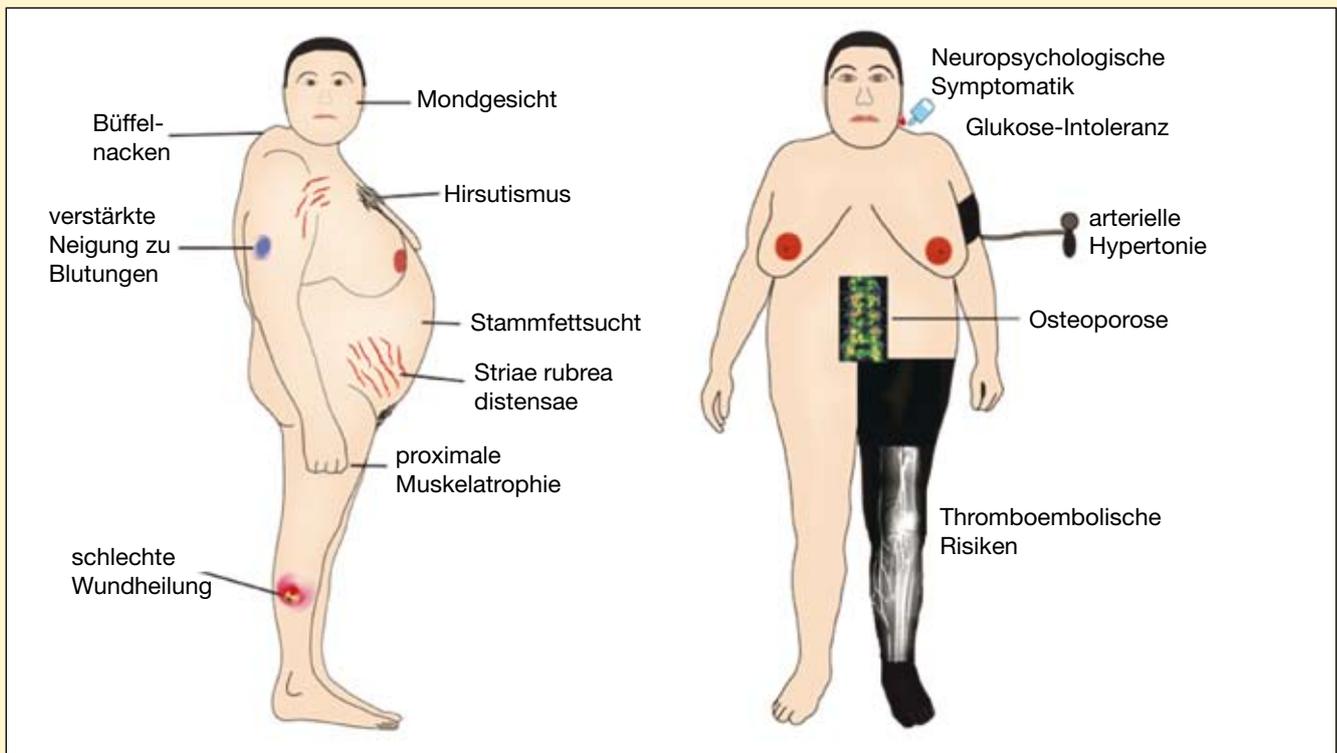


Abb. 4: Klinische Zeichen und Folgen des Cushing-Syndroms

Schädel, Händen und Füßen. Die Veränderung der Ringgröße korreliert gut mit dem Ausmaß der Hormonausschüttung. Zudem werden Vergrößerungen der Herzkammern mit Verschlechterung der Herzfunktion, Vergrößerungen der Schilddrüse, Entwicklung von Myomen (gutartige, überwiegend aus Muskelzellen bestehende Tumoren) in der Gebärmutter oder Polypen im Dickdarm beobachtet. Eine Quetschung von Nerven durch Wassereinlagerung und Knochenwuchs oberhalb des Handgelenks kann zu Empfindungsstörungen einzelner Finger führen. Der Wachstumshormonüberschuss führt zudem zu Störungen des Zuckerstoffwechsels und zu Bluthochdruck. Gelegentlich noch nicht ausreichend beachtet, kann es durch Veränderung im Nasen-Rachen-Raum zu verstärktem Schnarchen mit Atemaussetzern und starker Müdigkeit am Tage kommen. Hier sollte unbedingt eine Schlafuntersuchung stattfinden. Die Akromegalie wird primär noch meist operativ behandelt – in bestimmten Situationen kann aber auch eine

zunächst medikamentöse Therapie überlegt werden.

ACTH

Bei einem Exzess des Hormons „ACTH“ aus der Hypophyse und dadurch des Cortisols aus der Nebenniere ist die Entstehung des besonders schweren Krankheitsbildes des Morbus Cushing möglich. Die Patienten sind durch ein charakteristisches Äußeres mit Zunahme des Fettgewebes am Körperstamm gekennzeichnet, bei gleichzeitig dünnen Armen und Beinen durch Abnahme der Muskulatur (Abb.4). Letzteres führt zu einer deutlichen Einschränkung der Muskelkraft, so dass die Patienten sich nicht mehr aus der Hocke aufrichten können oder Schwierigkeiten beim Treppensteigen haben. Durch Veränderungen der Hautzusammensetzung entwickeln sich Dehnungsstreifen, bei denen die Blutgefäße rötlich durchschimmern. Weiterhin werden Knochenschwund mit Knochenbrüchen bereits nach kleinsten Belastungen, Störungen des Zuckerstoffwechsels

und Bluthochdruck beobachtet. Die zugrunde liegenden Hypophysenadenome sollten schnellstmöglich operiert werden. Bei unzureichendem Effekt der Operation wird zur Zeit eine medikamentöse Behandlung in Studien überprüft. Gefährlich für den Patienten können sich in den Beinen Gerinnsel bilden, die sich lockern und in die Lungengefäße fließen können – mit möglicherweise lebensgefährlichen Folgen. Infektionen können sich über den Körper ausbreiten und damit ebenfalls sehr gefährlich werden.

Besonders problematisch ist, dass durch ihre Seltenheit Hypophysenadenome meist erst sehr spät festgestellt werden. Durch gezielte Aufklärung und Information besteht Hoffnung, dass in Zukunft eine frühere Diagnose ermöglicht wird, so dass sich schwerere Symptome gar nicht erst entwickeln können.

*Priv.-Doz. Dr. Stephan Petersenn
Klinik für Endokrinologie
Zentrum Innere Medizin
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45122 Essen*

Dr. med. A. Matuszczyk, K. Schweins

Übergewicht: Ernährung und andere Therapien

Verbreitung und Ursachen

In Deutschland sind rund 66 Prozent der Männer und 51 Prozent der Frauen übergewichtig oder adipös, also krankhaft übergewichtig [1]. Jeder fünfte Bundesbürger leidet unter Adipositas (BMI >30 kg/m²).

Ursachen für die Entstehung von Übergewicht oder Adipositas können folgende Faktoren sein [2]:

- familiäre Veranlagung, Genetik
- moderner Lebensstil (Bewegungsmangel, Fehlernährung)
- Stress
- Essstörungen
- endokrine Erkrankungen (z.B. Hypothyreose, Cushing-Syndrom)
- Medikamente (z.B. manche Antidepressiva, Antidiabetika, Beta-blocker).

Klassifizierungen

Übergewicht/Adipositas werden wie in Abbildung 1 dargestellt klassifiziert.

Übergewicht zieht andere Erkrankungen wie Diabetes mellitus und Bluthochdruck nach sich. Daher sollten Menschen mit Adipositas oder aber mit Präadipositas und bestimmten Risikofaktoren (übergewichtsbedingte Gesundheitsstörungen oder ein auf den Bauch zentriertes Fettverteilungsmuster oder Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden, sowie ein hoher psychosozialer Leidensdruck) einer Therapie zugeführt werden.

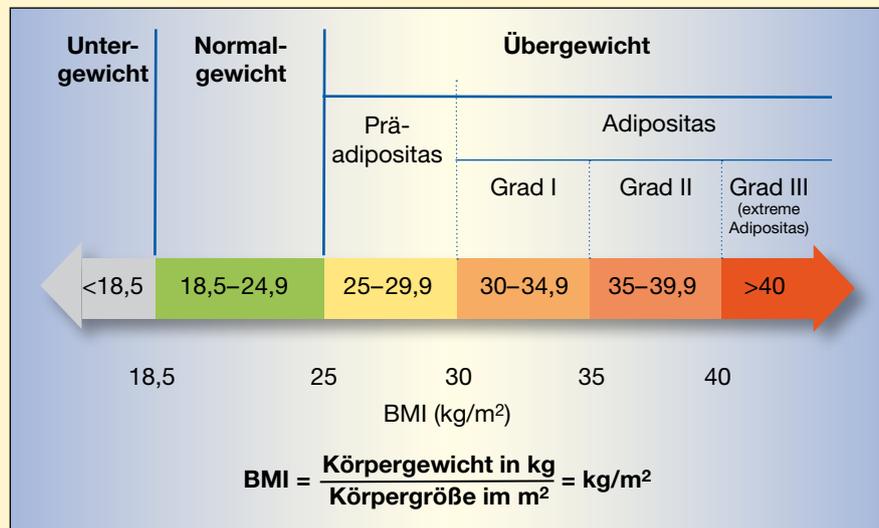


Abb. 1: Klassifikation des Körpergewichts



Abb. 2: Die Therapie der Gewichtsreduktion basiert auf vier Grundpfeilern

Therapie

Dabei sollte eine Stabilisierung des Gewichts bzw. eine mäßige Gewichts-senkung um 5 bis 10 % dem Streben nach Ideal- oder Normalgewicht vorgezogen werden [2]. Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie sind der Ausschluss von psychiatrischen Erkrankungen, die

Motivation des Patienten und die Bereitschaft mit dem jeweiligen Team aus Ärzten/Ernährungsberatern zu kooperieren.

Die Therapie der Gewichtsreduktion basiert auf vier Grundpfeilern (Abbildung 2). Die ersten drei Pfeiler, bestehend aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie stellen die Basistherapie dar, und

erst wenn hierunter keine Gewichtsabnahme trotz Umsetzung erfolgt, kann eine medikamentöse Therapie eingeleitet werden.

Um die Ernährung ausgewogen zu gestalten, wurden von der DGE folgende 10 Regeln aufgestellt:

- Vielseitig essen
- Reichlich Getreideprodukte und Kartoffeln
- Gemüse und Obst – fünf Mal am Tag
- Täglich Milchprodukte, ein- bis zwei Mal in der Woche Fisch
- Fleisch, Wurst und Eier in Maßen
- Wenig Fett und fettreiche Lebensmittel
- Zucker und Salz in Maßen
- Reichlich Flüssigkeit
- Schmackhaft und schonend zubereiten
- Nehmen Sie sich Zeit, genießen Sie das Essen
- Achten Sie auf Ihr Gewicht und bleiben Sie in Bewegung

Sinnvoll ist es, dem Patienten eine individuelle Diät-/Ernährungsberatung durch eine Diätassistentin anzubieten, um Vorlieben oder Abneigungen der Patienten und gegebenenfalls gesundheitliche Einschränkungen zu berücksichtigen. Als Ernährungstherapie, wird in der Regel die kcal-reduzierte Mischkost unter Berücksichtigung der 10 Regeln der DGE angestrebt, um eine ausreichende Versorgung mit Makro- und Mikronährstoffen zu gewährleisten.

Zusätzlich zur Ernährungstherapie sollte eine Bewegungstherapie erfolgen. Diese unterstützt die Gewichtsabnahme und trägt zur Gewichtserhaltung bei [3].

Die Verhaltenstherapie dient dazu, Verhaltensfehler im Bereich der Ernährung zu analysieren und zu verbessern. Hier können Techniken der Verhaltensmodifikation zum Einsatz kommen [4].

Sollten die o.g Maßnahmen zur Gewichtsreduktion innerhalb von 3 bis 6 Monaten nicht zum Erfolg führen (fehlende Gewichtsabnahme von > 5 % oder Wiederzunahme des Gewichts in dieser Zeit), kann eine medikamentöse Therapie erwogen werden.

Hierbei sind bisher Substanzen wie Sibutramin, Orlistat und Rimonabant zugelassen.

Für Sibutramin, einem selektiven Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, ist eine Gewichtsreduktion von 2,8 bzw. 4,4 kg für einen Interventionszeitraum von 3 bzw. 12 Monaten beschrieben [5,6]. Kontraindikationen, wie arterielle Hypertonie, KHK, Glaukom und Herzrhythmusstörungen sind zu beachten.

Der Lipaseinhibitor Orlistat führt zu einer Gewichtsabnahme von im Mittel 2,8 kg [5,6]. Aufgrund der gastrointestinalen Nebenwirkungen, wie Steatorrhoe und Meteorismus, sollte es bei gastrointestinalen Grunderkrankungen nicht zum Einsatz kommen.

Der Cannabinoid1-Rezeptor-Antagonist Rimonabant zeigte in Studien eine Gewichtsreduktion von im Mittel 3,9 bis 6,7 kg über ein Jahr [7]. Die wichtigste Kontraindikation für den Einsatz von Rimonabant stellen psychiatrische Erkrankungen dar. Im Oktober 2008 wurde eine erneute Nutzen-Risiko-Bewertung von Rimonabant vorgenommen, die zu dem Ergebnis kam, dass schwere psychiatrische Störungen häufiger als vorher angenommen vorkommen. Die Europäische Arzneimittelagentur hat daher das Ruhen der Zulassung von Rimonabant empfohlen, so dass die Substanz nicht weiter verschrieben werden sollte.

Nach Scheitern der konservativen Therapie können adipositaschirurgische Maßnahmen wie das anpassbare Magenband oder der Magenbypass zum Einsatz kommen [8,9].

Literatur:

1. Nationale Verzehrsstudie II. Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, 2008.
2. Leitlinien Deutsche Adipositasgesellschaft 2007
3. Jakicic JM, Marcus BH, Gallagher KI, Napolitano M, Lang W. Effect of exercise duration and intensity on weight loss in overweight, sedentary women: a randomized trial. *JAMA*. 2003 Sep 10;290(10):1323-30.
4. Jeffery RW, Drewnowski A, Epstein LH, Stunkard AJ, Wilson GT, Wing RR, Hill DR. Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychol*. 2000 Jan;19(1 Suppl):5-16. Review.
5. Padwal R, Li SK, Lau DC. Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD004094. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD004094.
6. McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Bunton AJ, Lohr KN. Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2003 Dec 2;139(11):933-49.
7. Van Gaal LF, Rissanen AM, Scheen AJ, Ziegler O, Rössner S; RIO-Europe Study Group. Effects of the cannabinoid-1 receptor blocker rimonabant on weight reduction and cardiovascular risk factors in overweight patients: 1-year experience from the RIO-Europe study. *Lancet*. 2005 Apr 16-22;365(9468):1389-97. Erratum in: *Lancet*. 2005 Jul 30-Aug 5;366(9483):370.
8. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, Dahlgren S, Larsson B, Narbro K, Sjöström CD, Sullivan M, Wedel H; Swedish Obese Subjects Study Scientific Group. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med*. 2004 Dec 23;351(26):2683-93.
9. Sauerland S, Angrisani L, Belachew M, Chevallier JM, Favretti F, Finer N, Fingerhut A, Garcia Caballero M, Guisado Macias JA, Mittermair R, Morino M, Msika S, Rubino F, Tacchino R, Weiner R, Neugebauer EA; European Association for Endoscopic Surgery. Obesity surgery: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc*. 2005 Feb;19(2):200-21. Epub 2004 Dec 2.

Neben einer geeigneten Patientenauswahl ist eine Aufklärung der Patienten über die chirurgischen Verfahren, ihre Risiken und langfristigen Konsequenzen erforderlich [9].

*Dr. med. A. Matuszczyk
Ärztin für Innere Medizin
Klinik für Endokrinologie, UK Essen
K. Schweins, Ltd. Diätassistentin
am Universitätsklinikum Essen*

„Neuroendokrinologie 2008“ in Erlangen – Fortbildung mit renommierten Dozenten

Auch für betroffene Patienten ist es von großer Bedeutung, dass Ärzten regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden. Damit können sich Mediziner über neue Forschungsergebnisse, Trends und Behandlungsmethoden informieren.

In Erlangen hat die Behandlung endokrinologischer Erkrankungen und dazu gehörige Fortbildungen eine langjährige Tradition. Am 12. März dieses Jahres fand die Veranstaltung „Neuroendokrinologie 2008“ statt und stieß auf sehr große Resonanz. Mit einer breit gefächerten Themenpalette boten die Referenten umfangreiche Informationen aus erster Hand.



Prof. Dr. Dörr

Vorträge

Nach einer Begrüßung durch den Veranstalter Herrn Prof. Dr. Schöfl, Herausgeber der GLANDULA, begann der erste Vortrag. Herr Prof. Dr. Dörr, der nun auch das „Glandulinchen“ herausgibt, referierte über „Kraniopharyngeom im Kindesalter“. Die Symptome variieren



Prof. Dr. Buchfelder

hier je nach Art, Größe und Ausdehnung des Tumors. Prof. Dr. Dörr schilderte dazu konkrete Beispiele aus seiner Praxis. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nicht nur die Tumorkontrolle, sondern auch die Verbesserung der Lebensqualität nur mit einem multidisziplinären Team möglich ist.

Dem Thema „Hormonstörungen nach Schädel-Hirn-Trauma“ widmete sich Herr Prof. Dr. Buchfelder (siehe dazu auch Erfahrungsbericht auf S. 28). In Deutschland ereignen sich pro Jahr ca. 30.000 bis 40.000 schwere Schädel-Hirn-Traumata. Im Alter zwischen 20 und 29 Jahren ist ein Schädel-Hirn-Trauma die häufigste Todesursache. Schäden des Hypophysensystems wurden bei 50 % aller Todesfälle nachgewiesen. Die Häufigkeit einer Hypophysenfunktionsstörung bei Überlebenden wurde lange unterschätzt. Hier bieten sich Ansatzpunkte für eine verbesserte Nachsorge und Therapie Schädelhirnverletzter.

Prof. Dr. Schöfl sprach anschließend über das „Inzidentalom der Hypo-



PD Dr. Müller

physe“, worunter man einen zufällig entdeckten Tumor der Hypophyse versteht. Beispielhaft beschrieb Herr Prof. Dr. Schöfl den Fall einer 51-jährigen Patientin, die seit 1-2 Jahren unter Kopfschmerzen und Schwindel litt. Eine Kernspintomographie zeigte einen Hypophysentumor. Im Rahmen der Abklärung wurde bei der Patientin eine Akromegalie diagnostiziert. Inzidentalome der Hypophyse sind relativ häufig und werden im Zuge von Untersuchungen aufgrund von Kopfschmerzen oder Schädelverletzungen entdeckt. Endokrin aktive Tumore benötigen eine spezifische Therapie, während bei inaktiven Tumoren Verlaufskontrollen angezeigt sind.

Als nächstes Referat folgte die „Hypophyseninsuffizienz der Frau und Kinderwunsch“ von Herrn PD Dr. Müller aus der Universitätsfrauenklinik Erlangen. Er schilderte die Möglichkeiten, die es einer Frau erlauben auch bei einer Hypophysenvorderlappen-Insuffizienz erfolgreich schwanger zu werden und ein gesundes Kind zur Welt zu bringen.



Diskussionen im Anschluss



Frau Prof. Dr. de Zwaan befasste sich mit den „Hormonellen Folgen einer Eßstörung“. Die Anorexie, der selbst herbeigeführte Gewichtsverlust, stellt ein nicht zu unterschätzendes Problem dar. So sind vor allem junge Frauen betroffen und 6-8 % der Patientinnen und Patienten sterben innerhalb von 10 Jahren nach Diagnosestellung. Anorexie führt zu einer Fülle von neuroendokrinen Veränderungen. So kommt es typischerweise zu einem Ausfall der Regelblutung bei betroffenen Frauen mit der Gefahr einer Osteoporose. Es wird angenommen, dass biologische Faktoren für die Auslösung und Chronifizierung der Krankheit eine Rolle spielen.



Auch das Netzwerk war mit einem Stand vertreten

Einen „komplexen neuroendokrinen Fall“ stellte schließlich Herr PD Dr. Harsch vor: Im Mittelpunkt stand eine 50-jährige Patientin, die unter Gewichtsverlust, Bauchschmerzen und Durchfällen litt. Als Ursache wurde nach langer Suche ein hoch differenziertes neuroendokrines Karzinom des Blinddarms entdeckt. Es hatte einen Durchmesser von ca. 3 cm. Aufgrund einer überraschenden Metastasenbildung musste eine ausgedehnte Operation durchgeführt werden, die die Patientin relativ gut überstanden hat.

Zum Abschluss berichtete Herr Prof. Dr. Kuwert über „Neue nuklearmedizinische Verfahren zur Diagnose und Therapie neuroendokriner Tumore“. Er erläuterte, dass neue rezeptorbasierte nuklearmedizinische Verfahren für die Diagnostik verbesserte Ansätze bieten, insbesondere in der Kombination mit traditionellen Bildverfahren (z.B. PET-CT). Des Weiteren offerieren diese Techniken auch neue Perspektiven in der Therapie neuroendokriner Tumore (z. B. die DOTATOC-Therapie).

Auch wenn der Zeitrahmen für die einzelnen Referate relativ knapp gehalten werden musste, konnten die Besucher viele aufschlussreiche Einblicke und sicher auch manch neue Information mit nach Hause nehmen. Eine Veranstaltung, die vor allem durch ihre breite Themenpalette und die Berücksichtigung bislang eher wenig beachteter, aber dennoch sehr praxisrelevanter Themen überzeugte.

Christian Schulze Kalthoff

Neues Serviceangebot von Novartis Oncology:

Somatostatin-Analagon-Therapie jetzt auch zu Hause möglich

Seit Mai bietet Novartis Oncology einen Homecare-Service für eine einfachere und bequemere Somatostatin-Analagon-Therapie an. Bei diesem SanService wird die monatliche intramuskuläre Applikation des Novartis-Somatostatin-Analogs (SSA) durch eine speziell geschulte Pflegekraft beim Patienten zu Hause durchgeführt.

Das Ziel des SanService ist es, Patienten die monatliche Somatostatin-Analoga-Therapie zu erleichtern und damit eine höhere Zufriedenheit im Umgang mit der Erkrankung und eine bessere Lebensqualität zu erreichen. Aber auch das Praxis- und Klinikpersonal profitiert von dem Service. In Abstimmung mit dem Arzt besucht eine speziell geschulte Pflegekraft Patienten zu Hause und verabreicht die SSA-Therapie vor Ort. Der SanService-Mitarbeiter koordiniert nicht nur die gesamte Abstimmung zwischen Arzt und Patient, sondern besorgt auch gleich das Medikament. Eine deutliche Zeiterparnis und ein geringerer logistischer Aufwand sind damit wichtige Vorteile für Patient und Arzt - und das ganz ohne zusätzliche Kosten. Eine Vereinbarung zwischen Novartis Oncology und dem SanService Kooperationspartner, der Homecare Deutschland, ermöglicht die Finanzierung des anwenderfreundlichen Service.

Qualifizierter Service: Entlastung für Arzt und Patienten

Die Homecare Deutschland ist ein auf die häusliche Therapie speziali-

siertes Unternehmen, das mit mehr als 800 Mitarbeitern über eines der größten Therapienetzwerke in Deutschland verfügt. Jeder SanService-Mitarbeiter hat zusätzlich eine spezielle Schulung zur Anwendung des Novartis Somatostatin-Analogs erhalten. Der SanService-Mitarbeiter hält engen Kontakt zum Arzt und informiert ihn entsprechend seinen Wünschen über den Therapieverlauf. Für Fragen zur Erkrankung und rund um die Therapie bleibt für den Patienten selbstverständlich der Arzt weiterhin die erste und wichtigste Kontaktperson.

Bestnoten für SanService in der Pilotstudie

Dass der SanService „funktioniert“ und gut bei Patienten und Ärzten ankommt, wurde in einem achtmonatigen Pilotprojekt mit 41 Patienten aus drei Zentren in Deutschland gezeigt. Ein unabhängiges Marktforschungsinstitut befragte im Anschluss die teilnehmenden Ärzte und Patienten zu ihrer Bewertung des Services.

Alle Befragten beurteilten den SanService als ideale Therapievereinfachung. 100 % der befragten Patienten vergaben die Bestnote „sehr zufrieden“, unter den Ärzten bewerteten 78 % die Resultate des Pilotprojekts mit „sehr zufrieden“ und 22 % mit „zufrieden“. Die Patienten gaben in erster Linie die Zeiterparnis, den geringen organisatorischen Aufwand, sowie die zusätzliche Betreuung durch den SanService-Mitarbeiter als entscheidende Vorteile an. Die involvierten Ärzte schätzten die Entlastung im organisatorischen

SanService
Somatostatin-Analoga-Therapie
jetzt auch zu Hause



Bereich, die effektive Kooperation mit der Homecare Deutschland, das professionelle Therapiemanagement und den reibungslosen Ablauf.

Auch PD Dr. Jochen Schopohl, Endokrinologe der medizinischen Klinik des Universitätsklinikum München, ermöglichte seinen Patienten die Teilnahme am SanService: „Zwar haben wir mit einem positiven Feedback gerechnet, die hohe Rate an sehr zufriedenen Patienten hat uns jedoch überrascht“, so PD Dr. Schopohl nach Abschluss der Pilotstudie.

SanService nun in ganz Deutschland verfügbar

Ab Mai ist der SanService in ganz Deutschland verfügbar und wird bereits von über 120 Patienten (Stand August 2008) genutzt. Umfassende Informationsmaterialien stehen für Ärzte und Patienten zur Verfügung und sind über Novartis Oncology, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg, e-mail: sanservice@sandostatin.de oder über die telefonische SanService-Hotline **0800 5167107** erhältlich.

Unmöglich, so zu leben – Die schweren Auswirkungen des Schädel-Hirn-Traumas

Ich habe das Schleudertrauma erlebt. Banal, wie es mir zugefügt wurde – mir wurde die Vorfahrt bei Tempo 50 km/h genommen. -, und bizarr in seinen Auswirkungen auf das, was ich für die sichere Behausung meiner Person hielt: mein Körper-Ich. Ich sehe immer noch die großen Augen des Fahrers, als er den Kopf nach links drehte, danach war ich für einige Zeit bewusstlos. Im Moment des Aufpralls hatte ich den Kopf nach rechts gedreht, ich hatte das Unglück nicht kommen sehen. Danach schmerzte der Kopf und ich war müde, aber meine Kraft reichte für den Heimweg. Ich musste mich jedoch mehrmals übergeben. Ich hatte nur noch das Verlangen zu schlafen.

Unfall im Verborgenen (1998-2002)

Wochenlang war Liegen mein Lebensinhalt. Alles andere war sehr mühsam. Der Kopf dröhnte. Er fühlte sich an, als wäre er bis weit über die Schultern hinab in Beton gegossen. Bei aller Eisenschwere des Kopfes stieß im Körperinnern eine unheimliche Kraft nach oben, so dass in mir das Gefühl erzeugt wurde, meine Körpermasse würde verdichtet und schlage sich gewissermaßen von innen am eigenen Schädeldach wund.

Von den Knien an gab es keine Verbindung mehr zum Boden. Sitzen, Stehen, Gehen, Schlafen, Kraft haben. Einen Moment lang an etwas teilhaben, was nicht mit Schmerz zu tun hat. Das ist alles, was man sich in einer solchen Situation noch wünscht.

Der Schmerz kannte keine Pause, nur Variationen

Bei jedem Erwachen am Morgen ertastet man sogleich den Schmerzgrad auf ein eventuelles Nachlassen, doch der Schmerz kannte keine Pause, nur Variationen. Obwohl der Unfall mich bei bester Gesundheit ereilt hatte, wurde das Gedächtnis an das normal schöne Körpergefühl beim Gehen - Fahrradfahren ging gar nicht mehr - sehr rasch blass. Wie man den Hals hält, den Oberkörper dreht oder spontan den rechten vor den linken Fuß setzt, all dies verlangte plötzlich Überlegung, und zwar der intensiveren Art, da es Überlegungen sind, die nie bewusst gelernt wurden.

Angst hatte ich deswegen lange nicht, eher das Gefühl, das wir aus Alpträumen kennen: Bald ist der Morgen da, und mit dem Morgen wird alles wieder normal sein. Die Realität war anders. Der Morgen kam immer, aber die grausamen Kopfschmerzen waren auf die Dauer noch schwerer erträglich, die Beine versagten den Dienst immer endgültiger, die Hände ließen vieles fallen, die Arme wurden kraftloser.

Dann begann der Gedächtnisverlust. Zuerst belustigte es mich, als bis vor kurzem völlig gesunde Person in mittleren Lebensjahren plötzlich mit der Tragikomik eines unzuverlässigen Kurzzeitgedächtnisses konfrontiert zu sein. Ich äußerte mich betont zuversichtlich. Im Innern fühlte ich mich auf einen Schlag 50 Jahre älter. Eine unsichere Person ging die Wände entlang, stieß öfters an Gegenstände an, wich Passanten ängstlich aus, schreckte bei plötzlichen lauten Geräuschen oder auch

beim leisen schnellen Näherkommen eines Menschen oder Objekts auf.

Geräusche waren ebenso schwer erträglich wie helles Licht. Unter normalen Umständen maßvoll unangenehme Töne verwandelten sich in quälende Schmerzquellen. Mein Gehör hatte gleichzeitig stark nachgelassen. Dann machte mich zusätzlich ein Pfeifen im linken Ohr fast wahnsinnig. Den Tinnitus habe ich heute, 10 Jahre später, immer noch. Ich habe viel Geld ausgegeben, um den Zustand zu bessern, vergebens. Namen von nahe stehenden Personen entfielen mir ebenso wie einzelne Wörter. Die Koordination der Worte im Mund war eine Willenshandlung geworden. Immerhin kehrte nach und nach ein bisschen Kraft zurück. Das ermöglichte außer selbständigen Therapiebesuchen auch Spaziergänge.

Die Stadt fiel mit ungebremseter Intensität auf mich ein. Tram- und Busfahren: Das waren plötzlich Grenzerlebnisse in meinem Alltag. Jedes Rütteln bewirkte mehr Schmerz, da die Schläge vom harten Boden ungebrems in den Kopf fuhren.

Die Schmerzen waren im ganzen Körper verteilt, bis in jeden Knochen fraßen sie sich im Lauf von Wochen und Monaten.

Während vieler Wochen will eine ganz gemeine Kraft mich aus dem eigenen Körper schieben. Es gelingt ihr nicht. Sie stößt am Schädeldach von innen an und drückt das Hirn zusammen. Sie verrückt die Sinnesorgane, die vertraute Eigenwahrnehmung.

Seit den Schmerzbeschreibungen aus den Lazaretten der europäischen



Abb. 1: Nachgestellte Bilder am Unfallort

Schlachtfelder des vergangenen Jahrhunderts ist dieser Vorgang bekannt. Unter starken Schmerzen und im Trauma findet eine Dissoziation statt. Das Körperschema löst sich auf, was auf verschiedene Arten geschehen kann. In der Nahtod-Erfahrung verläßt der Mensch den Körper vollständig, sieht seinen verletzten Leib von oben und betrachtet schmerzfrei oder sogar mit angenehmen Empfindungen, was auf der Unfallstelle vor sich geht. Im Trauma bleibt die Verbindung zum verletzten Körper bestehen, doch vermutlich infolge des großen Schmerzes finden Verschiebungen des Körperschemas statt. Der Mensch bekommt das Gefühl, neben oder über sich selbst zu stehen, manchmal ist die Verbindung zu einem Körperteil unterbrochen oder besteht im Gegenteil als Phantomschmerz fort, obwohl der Körperteil amputiert wurde. Erleichterung stellte sich ein, als ich davon hörte, daß auch andere Opfer eines Schleudertraumas vom Phänomen des gefühlten Angehobenwerdens berichten. Ich war in der Senkrechten um etwa 15 bis 20 Zentimeter verschoben, was zu bizarren und auf Dauer einsam machenden Eindrücken führte. Das Trauma läßt einen vorsichtig werden, denn

es ist ungewiss, wem man wie viel von diesen sehr persönlichen Erfahrungen erzählen kann.

Worte machen da nur Sinn, wenn sie ein einführendes, vielleicht auch kreatives Gegenüber erreichen. Ich sprach in Vergleichen und Bildern oder schwieg.

Allmählich begann das Schleudertrauma mein Leben zu beherrschen - nicht nur wegen der zahlreichen Einbußen und Schmerzen, sondern auch wegen seiner sozialen Konsequenzen. Nach eineinhalb Jahren Arbeitsunfähigkeit fing ich wieder an, beruflich tätig zu werden. Schulmedizinisch wirksame und anerkannte Behandlungsformen existieren nicht. Der sich nicht bessernde Zustand brachte Beunruhigung in meine Umgebung. Die Suche nach hilfreichen Körper-Therapien brachte rätselhafte Hinweise auf "Feldenkrais-Methode", "Alexander-Technik", "Atlaslogie" und - Gipfel des Unverständlichen - "Craniosacral-Therapie".

Ich vertraute also vorderhand der Zeit und meinem Willen. Ich plagte meinen erstarrten und versteiften Körper mit Volleyball. Drei Paar Schuhe wurden innerhalb kurzer Zeit angeschafft, doch keines brachte die Sicherheit im Gehen zurück.

Volleyball half. Aber das unbelebte Körpergefühl bestand fort. Und nun blieb der Schlaf aus.

Der Schlaf wurde zum kostbaren Gut, das mir Nacht für Nacht unter dem Kopfkissen weggeraubt wurde. Die Familie als Lärmquelle bohrte im alarmierten Hirn, das keine Ruhe fand - weder durch Schlaf noch durch Schmerzmittel. Am ehesten noch durch Musik. Sie half mir, einen verlorenen Rhythmus zu ersetzen, den ich vorher nie wahrgenommen hatte, weil er immer da gewesen war. Musik hauchte dem Körper ersatzweise Leben und Gefühl ein.

Im Lauf der Monate wuchs meine Verzweiflung. Die Zeit schien nichts oder nicht genug zu heilen. Der Druck im Kopf blieb unverändert. Im Physikbuch der Kinder schlug ich den Lehrsatz nach: Bewegungsenergie = Masse mal Geschwindigkeit im Quadrat geteilt durch zwei. Der Aufprall war mit 50 Stundenkilometern erfolgt, das Auto etwa eine Tonne schwer. War es diese Energie, die meinen Kopf schier sprengte? Unmöglich, so zu leben.

Manchmal kam mir jede Zuversicht abhanden. Hilfreich waren Menschen, die meine Schilderungen ernst nahmen und gleichzeitig den Gedanken aufrechterhielten, daß es ein Herauskommen gibt. Danke an Ursula, Markus, Matthias, Siggie, Ditmar und an meine Mutter.

Immer wieder erkundige ich mich bei meinen Ärzten, doch diese beharren darauf, dass ich unter den übliche Spätfolgen vom Unfall, Schädel-Hirn-Trauma, leide. Ich kann mich damit nicht abfinden, da die Beschwerden stark zunehmen bei Anstrengung und Stress, laufend Entzündungen im Kopfbereich, Hautveränderung, sage mir immer wieder **„bei mir stimmt was nicht !“**

Nach drei Jahren im moorigen Grund des Traumas erlebte ich durch die erfahrenen Hände eines Cranio-sacral-Therapeuten so etwas wie eine Sturzgeburt in den eigenen Körper hinein. Nur schon diese Hände am Kopf zu fühlen. Was für eine Erlösung, dass endlich ein Mensch spüren konnte, was ich nur wenigen mitteilen mochte und am wenigsten selbst begriff. Diese verstehenden Hände entfernten den Selbstvorwurf; dass ja gar nichts geschehen sei und ich mir alles nur einbilde.

In einer Art netzartigen Elektrogewitters im Kopf entlud sich der immense Druck. Ich kam zu mir selbst zurück. Aus dieser Therapie kam ich deutlich verändert heim. Die Beschreibung der Trauma-Auflösung ist ähnlich schwierig zu vermitteln wie die Trauma-Erfahrung. Am ehesten kann man es so beschreiben: Der Therapeut horchte mit seinen Händen konzentriert in mich hinein. Mich berührt es zutiefst, daß Menschenhände das Ausmaß des Schocks in meinem Körper und des Drucks im Kopf erkennen und therapieren konnten, während noch die gegenwärtig besten Maschinen ein Schleudertrauma nicht registrieren, geschweige denn auflösen können.

Eigene Recherchen (2003-2004)

Fünf Jahre nach dem Verkehrsunfall fange ich selber an zu recherchieren und entdecke das Medium Internet.

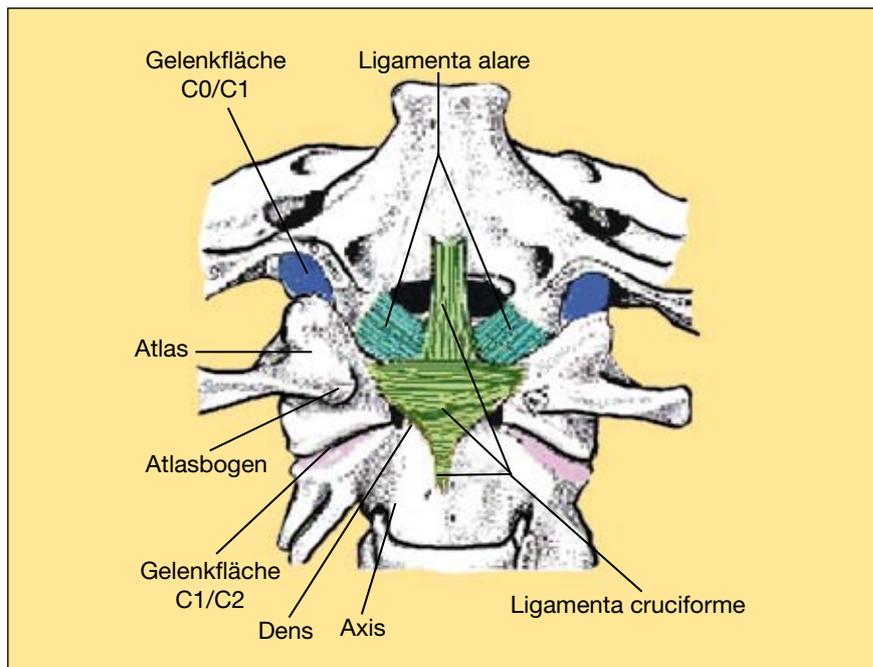


Abb. 2: Quelle Dr. med. A. Montazem

Zwischenzeitlich zu dem Schleudertrauma wurde auch das Schädelhirntrauma mit Hirnblutung diagnostiziert. Was ich anfangs nicht wusste: das durch die Kopfdrehungen mein Zustand sich verschlimmerte und der Körper einen Selbstschutzmechanismus einschaltete. Dies wiederum bremste mich jedes Mal, wenn ich versuchte meine Leistung zu steigern, aus. Es äußerte sich z.B in verschwommenem Sehen, Doppelbildern, Schwindel sowie in Entzündungen im Kopfbereich und in den Ohren.

Ich erfahre nach einer Computertomographie, das **Klivius und Schädelbasis** im Bereich von der **Sella Turcica** gebrochen sind. Es folgt eine Magnetresonanztomographie, um zu sehen, ob die **Hypophyse** beschädigt wurde. Befund: alles in Ordnung. Durch die Recherchen im Internet weiß ich, dass man das auch im Blut feststellen kann. Ich lasse von meinem Endokrinologen mein Blut untersuchen, die Symptome deuten zu 100 % auf eine HVL-Insuffizienz hin. Parallel lasse ich das im Max-Plank-Institut, wo eine Studie dazu läuft, prüfen. Diagnose **„Hypophysen-Insuffizienz**

nach SHT (Schädel-Hirn-Trauma)“

Endlich ist die Ursache gefunden! (2005-2008)

Endokrinologen haben also endlich die Ursache für meine gesundheitlichen Beschwerden gefunden! Die Hypophyse produziert viel zu wenig **Schilddrüsen-, Geschlechts- und Wachstumshormone** und auch mein **Cortisolhaushalt** ist nicht mehr im Gleichgewicht. Die erbseingroße **Hirnanhangsdrüse** tief im Inneren meines Kopfs wurde durch den Unfall schwer verletzt, die wichtigen Botenstoffe werden kaum noch hergestellt. Der Körper ist für Ausnahmesituation nicht mehr gewappnet. Bei starkem Stress ist die Gefahr so groß, dass man **„an dem Schock sterben kann“!** Nach Diagnosestellung erhalte ich die wichtigen **Geschlechtshormone, Wachstumshormone, Cortisol und Schilddrüsenhormone, deren Pegel muss nun regelmäßig kontrolliert werden.** Seither bin ich ein anderer Mensch, obwohl ich die Einschränkungen durch den Unfall noch merke, habe wieder Lust aufs

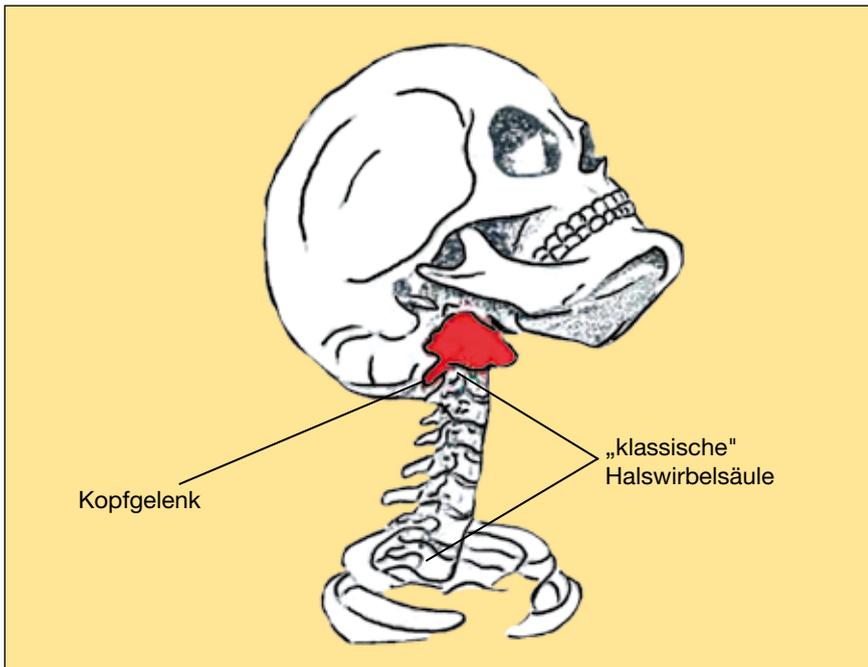


Abb. 3: Quelle Dr. med. A. Montazem

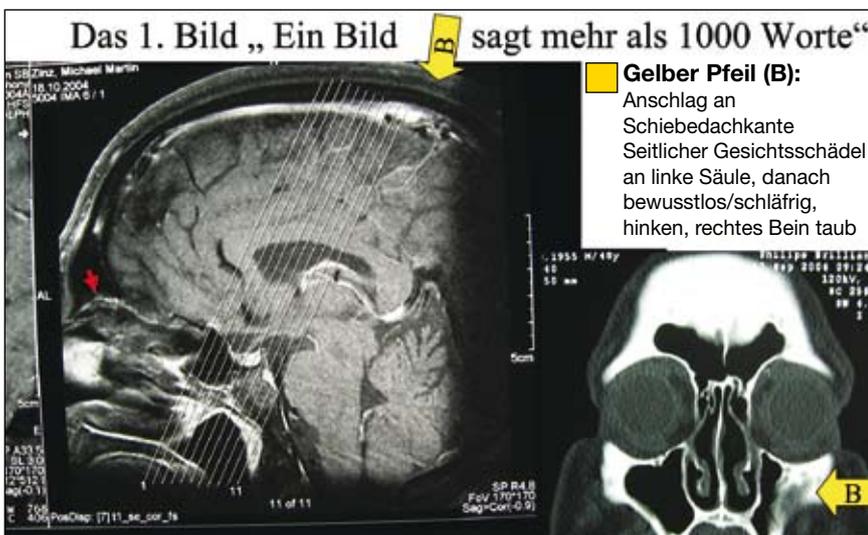


Abb. 4

Leben. „**Ich bin wieder ein Stück weit Ich !**“ DANKE !

Durch das Netzwerk „**Hypophysen und Nebennierenerkrankungen**“ und auch über die Vereinszeitschrift GLANDULA habe ich viel von den Erfahrung anderer profitiert. Aus diesem Grund möchte ich mein Wissen weitergeben und Euch den „**Weg durch die Hölle**“ ersparen. Ebenfalls hilfreich: Schwerbehinderung 80 %, Internetseite **globalhelp** von H. Ungewitter. Zum Glück habe ich die von einem Arzt empfohlene Versteifung des

Kopfgelenks nicht durchgeführt. Ich war dazu bereit, nachdem ich es vor Schmerzen nicht mehr aushielt. Habe vier Zähne ziehen und an fünf Zähnen die Wurzeln abschneiden lassen - völlig umsonst. Ich hätte alles mit mir machen lassen und manchmal wünschte ich mir sogar, dass ich bei dem Unfall zusammen mit meiner Mutter ums Leben gekommen wäre. Nach dem Unfall war meine Mutter pflegebedürftig und konnte nicht mehr laufen. Sie fiel immer hin und schließlich kam sie in den Rollstuhl. Wir haben sie

sieben Jahre gepflegt, bis meine Frau mit Ihren Kräften am Ende war. So traf ich mit Zustimmung meiner Mutter die Entscheidung, sie ins Altenheim zu bringen - sonst hätte ich meine liebe Frau verloren. Danke, Ursula! Ich liebe Dich! Ich habe zwar heute noch massive Beschwerden, vor allem bei Kopfdrehungen nach links und Überkopfarbeiten. Zwar versuche ich, dies zu vermeiden. 2-3 mal pro Monat passiert es trotzdem, dass ich durch Drehung das Rückenmark beziehungsweise Stammhirn reize, was zu starkem Drehschwindel mit Erbrechen und Darmentleerung führt. Danach brauche ich mindestens einen Tag zur Regenerierung.

Schwere Kopfverletzungen und Blutungen im Gehirn können zu Störungen des Hormonsystems führen. Diese Hormonstörungen werden bei den meisten Patienten erst sehr spät erkannt. Denn die entsprechenden Krankheitssymptome sind unspezifisch und ähneln denen, die auch sonst nach schweren Kopfverletzungen auftreten können, z.B. Cluster-Kopfschmerzen, Schwindel, nachlassen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, Nervosität, Depressionen, Zyklus- und Potenzstörungen, Müdigkeit, Übelkeit, viele Infektionen, Tinnitus, trockene Haut, Gesichtsfeldausfälle, Doppelbilder, Diabetes, Schilddrüsen-Unterfunktion, Atembeschwerden,...

Selten bringt man das in Zusammenhang mit Hormonstörungen, schon gar nicht nach einer vorausgegangenen schweren Kopfverletzung.

All diese Beschwerden können auch eine direkte Reaktion des Körpers und der Psyche auf den Unfall oder die Gehirnblutung sein. Das Fatale dabei ist, dass die Patienten jahrelang damit leben (bei mir 7 Jahre) und sich aus dem Hormonmangel ernste Krankheitsbilder entwickeln. Häufige Fehldiagnosen sind die

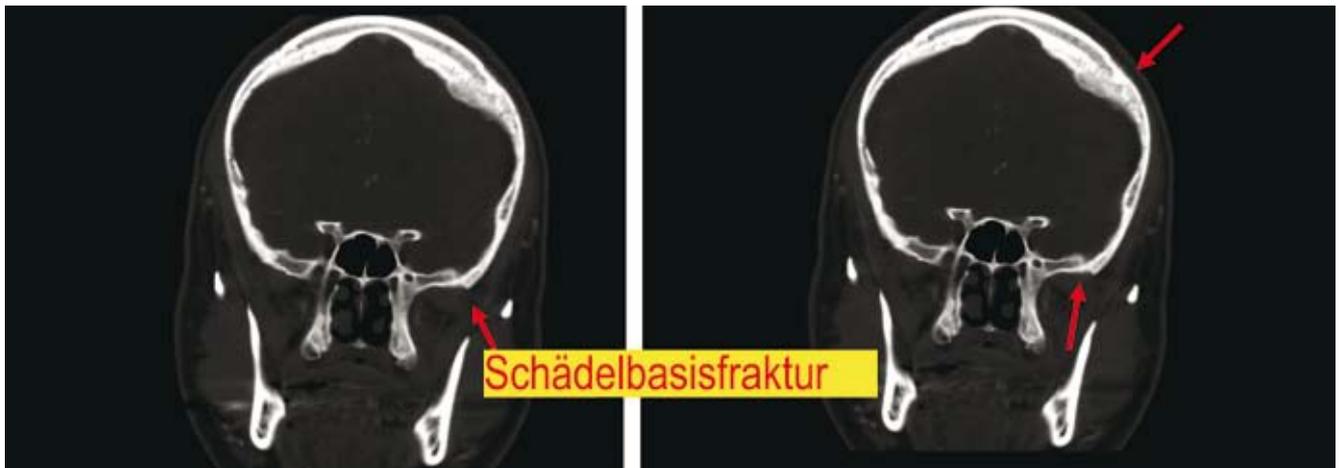


Abb. 5

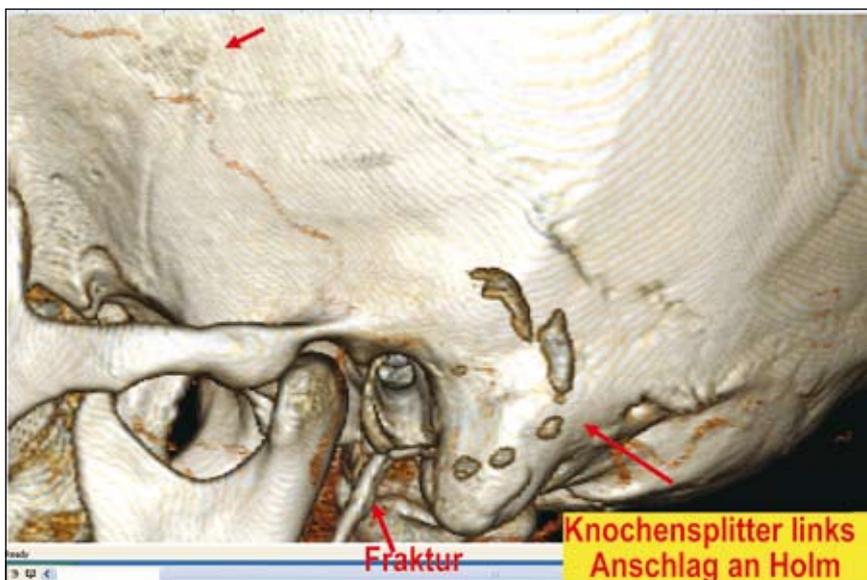


Abb. 6

Folge. Dabei sind die Therapieaus-sichten nach gestellter Diagnose sehr viel versprechend.

Werden die fehlenden Hormone medikamentös ersetzt, bilden sich die Symptome zurück und bei richtiger Einstellung und regelmäßiger Anwendung werden kaum Nebenwirkungen beobachtet.

Noch brauchen Körper und Seele Ruhe und Erholung. Die Genesung erweist sich, wenn auch unter anderem Vorzeichen, als ähnlich erschütternder Vorgang wie der Unfall. Es braucht Zeit, bis wieder Ruhe einkehrt im System von Körper, Seele und Geist. Auch für den Umkehrprozeß der Grenzerfahrung fehlen die selbstverständlichen Worte.

Viele haben mir während meines Leidensweges geholfen

Manchmal kam mir jede Zuversicht abhanden. Die Sehnsucht nach Hilfe; Furcht, nie mehr den Beruf ausüben zu können; Verlangen nach ein paar Stunden Normalität. Angst, nie mehr ein Mensch wie alle andern zu sein. Hilfreich waren Menschen, die meine Schilderungen ernst nahmen und gleichzeitig den Gedanken aufrecht erhielten, dass es die Aussicht auf Besserung gibt. Danke an meine liebe Frau Ursula, meinen zwei Söhne Markus und Matthias, Freund Siggi, Dietmar, Horst ... Besonderen Dank auch an meine Arbeitskollegen die mir geholfen

haben, wieder zurückzufinden und mir viel abgenommen haben. Danke auch an die Ärzte die mir vertraut und mich nicht als Simulanten hingestellt haben. Dies gilt ganz besonders für meine Hausärzte sowie die Endokrinologen, die die komplette Hypophysenvorderlappen-Insuffizienz sieben Jahren nach dem Verkehrsunfall aufgedeckt haben. All dies gab mir auch die Kraft, am 1.3.2008 die Regionalgruppe Schädel-Hirn-Trauma im Rahmen des Netzwerks zu gründen.

Widmung

Ich widme diesen Bericht meiner inzwischen verstorbenen Mutter, "der besten aller Mütter", die mit im Auto war, als der Unfall passierte. Sie wurde danach zum Pflegefall, kam in den Rollstuhl und wurde von meiner lieben Frau sieben Jahre zu Hause gepflegt, bis ihr selbst die Kräfte ausgingen. Ich musste meine Mutter ins Heim bringen, da ich selber eine zusätzliche Last für meine Frau war. Wenig konnte ich meiner Frau abnehmen, habe sie im Gegenteil zusätzlich belastet. Nach 2,5 Jahren im Heim verstarb meine liebe Mutter im August 2007.

M.Z.

(Name und Anschrift sind der Redaktion bekannt. Zuschriften leiten wir gerne weiter.)

Nach jahrzehntelanger Suche endlich richtig behandelt

Am Anfang dieses Berichtes möchte ich meinen persönlichen Dank aussprechen an alle, die dazu beigetragen haben, dass es das Netzwerk gibt und die sich heute dafür engagieren. Da auch ich spüre, was jeder noch so alltägliche Handgriff kostet, darf ich mit Ihnen dankbar sein für das, was in so kurzer Zeit durch die effiziente Zusammenarbeit von Ärzten und fachlich interessierten Betroffenen gewachsen ist. Als ich damals nach Rücksprache mit dem Netzwerkbüro zum ersten Mal mit Frau Odorfer telefonierte, bedurfte es keiner langen Erklärungen. Die bereichernde Tagung in Essen war wie ein inneres nach Hause Kommen. Neue Erfahrungen nach 23 Jahren Suchen und 40 Jahren Fragen, das in der Volksschulzeit begann.



Sr. Mirjam Dinkelbach O.Cist.

Die erste Verunsicherung, an die ich mich bewusst erinnern kann, erlebte ich in der Musikschule. Beim Vorspiel am Elternabend konnte ich, zitternd von Kopf bis Fuß, auf einmal mein Instrument nicht mehr halten. Das war nicht nur Lampenfieber. Die Irritation setzte sich im Sportverein fort. Wenn Konditions- und Spieltraining auf den gleichen Nachmittag fielen, liefen meine Kolleginnen zur Höchstform auf und ich war restlos erschöpft. Hinzu kam, dass ich keine Muskeln aufbaute, immer nur für ein Fach gut lernen konnte und kurzfristige Planungen nicht verkraftete. Auch entwickelte ich Ängste, die der Realität nicht entsprachen. Im Laufe des Berufslebens wurde mir klar, dass meine Schwäche trotz des erheblichen Pensums, das wir zu bewältigen haben, nicht an der Menge der Arbeit lag. Jede freie Minute verbrachte ich im Bett, während meine Mitschwestern wandern gingen, kilometerlang be-

geistert gegen den Wind Rad fahren und erfrischt heimkamen.

Nach und nach ging mir die Widersprüchlichkeit meiner Reaktionen auf. Mir wären Schwierigkeiten bei Dingen, die mir keine Freude bereiten, die ich unter Druck ausüben muss oder vor denen ich Angst habe, verständlich gewesen. Aber ich liebe meinen Beruf, mache bis heute für mein Leben gern Musik und gehe immer noch mit dem Hockeyschläger spazieren, der wunderbar unauffällig als Stütze dienen kann.

Vielleicht waren Beobachtungen solcher Art die Rettung. Ich ließ mir Lebensfreude und Unternehmungslust nicht rauben, lernte planen, meditieren und auf Dinge zu verzichten, die nicht sein müssen. Ich spielte Gitarre zu meiner Freude statt zur Freude anderer und blieb auf der Suche nach des Rätsels Lösung, wofür mitunter Selbstbewusst-

sein und Lebensmut erforderlich waren. Ergebnislose Odysseen brauche ich Lesern der GLANDULA nicht zu beschreiben. Was ich erzählen möchte, ist der Tag der „Wende“.

Mit zwei Päckchen Gestagenen und Schilddrüsenmitteln, die ich schon regelmäßig nahm, lief ich meiner Vorgängerin über den Weg. Sie, begnadet mit mancherlei intuitiven Fähigkeiten, zog ihr Pendel aus der Tasche und sagte: „Lass mal sehen, ob dir diese Medikamente gut tun.“ Seit sie bei einem Kneipp-Kräutertee-Seminar von den Veranstaltern als Pendel-Talent entdeckt worden war, praktizierte sie es ab und an. An jenem denkwürdigen Tag im Dezember 2000 also probierte sie mit diesem wunderlichen Ding an mir herum und befand meine Medikamente für gut. Dann meinte sie, die meine Probleme kannte, ich solle die Medikamente einmal zur Seite legen. Daraufhin pendelte sie an meinem

Arm entlang und, als das Pendel reglos blieb, bis hinauf zur Schädeldecke. Dort begann es vehement in die negative Richtung zu kreisen. Sie meinte überrascht: „Mädchen, lass dir mal die Hypophyse untersuchen!“ Ich sprach mit unserem Hausarzt, dem nach jahrelanger erfolgloser Suche etwas dümmerte. Er schrieb die Überweisung an die Endokrinologie AKH/Uniklinik in Wien. Der diensthabende Mediziner in der Ambulanz fragte mich, wie denn mein Arzt auf diese Diagnose käme. Ich traute mich nicht, die Wahrheit zu sagen, und antwortete nur, dass es nach vielen, vielen Vermutungen seine letzte Hoffnung sei. Bald kam der tatsächlich positive Befund. Im Januar 2001 nahm ich die ersten 10 mg Hydrocortison meines Lebens. Noch nie hatte ich mich so wohl gefühlt. Ich weiß: Pendeln gilt unter Wissenschaftlern als Methode, deren Aussagekraft nicht bewiesen ist. Aber für mich spielt es keine Rolle, ob meine Vorgängerin durch Zufall, durch ihre Intuition oder tatsächlich durch ihr Pendel-Talent die richtige Diagnose stellte.

Seither geht es bei mir jedenfalls nicht mehr um Hypochondrie, sondern um Hormon, Milligramm und fertig. Himmlisch!

Dass meine Mitschwester durch alle Höhen und Tiefen zu mir stehen, hat mir damals geholfen, die mühevollen Suche durchzuhalten, und hilft mir heute, so zu leben, wie ich geschaffen bin. Mit der verständnisvollen Betreuung durch meinen Endokrinologen bleibe ich auf dem Weg der Optimierung meines Wohlbefindens.

Hypophysenvorderlappeninsuffizienz mit sekundärer Nebennierenrinndeninsuffizienz ist ein für den Laien unverständlicher Zungenbrecher. Und wenn ich vereinfacht sage: ‚Ich hab‘ was an der Hypo‘, versteht man darunter allenfalls ein dickes Konto auf der Hypobank; auf jeden Fall nichts, womit man auch nur das geringste Mitgefühl ernten könnte.

So ist mir bewusst, wie ausgeliefert jemand sein muss, der weder ein soziales Netz noch Verständnis im Privaten hat. Darum ist es mein Herzenswunsch, soweit es hier vor Ort in unseren Möglichkeiten steht, mitzuwirken an der Aufgabe, die Sie sich mit diesem Netzwerk gestellt haben: Forschung, Aufklärung, Solidarität.

*Sr. Mirjam Dinkelbach O.Cist.,
Äbtissin
Zisterzienserinnen-Abtei und
Kurhaus Marienkron
A-7123 Mönchhof/Burgenland
0049 – (0)2173 – 80 205 DW 84
(= meine Sekretärin)
md@marienkron.at
www.marienkron.at*



Verweigerung lebenswichtiger Medikamente

Ich bin 37 Jahre alt. Meine erste Erfahrung mit Morbus Cushing hatte ich Anfang 2003. Zunächst wusste ich überhaupt nicht, was mit mir geschehen ist. Ich merkte nur, dass etwas nicht stimmt. Ich bekam unreine Haut, nahm trotz Fitness ständig zu und bekam einen leichten Damenbart. Wenn ich in den Spiegel sah, das war einfach nicht ich. Mein erster Weg führte zum Frauenarzt. Denn ich vermutete, dass etwas mit meinen Hormonen nicht stimmt, aber er konnte mir auch nicht helfen.

Durch Zufall bin ich zu meinem jetzigen Hausarzt in Berlin gekommen, wo ich mich sehr gut beraten fühlte und das Gefühl hatte, dass er auch weiß, was er tut. Es ging ziemlich schnell, nach ein paar Blutuntersuchungen hatte ich meine erste Überweisung zum Endokrinologen. Bei ihm ging es mit den Blut- und Urinproben weiter, weil er erst herausfinden musste, was diese Krankheit verursachte.

Nachdem wir wussten, dass die Ursache meiner Beschwerden ein Hypophysenadenom ist, kam ich zur Magnetresonanztomographie (MRT), wo man auch ein 4,0 mm großes Adenom feststellen konnte. Danach habe ich gleich einen Termin zur OP vereinbart. Am 4.11.2003 würde ich erfolgreich operiert, dachte ich!

Nachdem, was ich von anderen Patienten gehört habe, muss ich schon sagen, dass ich mit meinen Ärzten sehr viel Glück gehabt habe. Meistens dauert es Jahre bis viele Ärzte darauf kommen, um was für eine Krankheit es sich handelt.

Durch meine Krankheit habe ich in kürzester Zeit über 30 kg zugenommen und meine Oberweite hat sich verdreifacht. Dies ließ ich dann



September 2003 ohne Medikamente

durch eine Brust-Reduktion, nach Erreichen meines alten Gewichtes, Ende 2004, korrigieren. Die Kosten hat meine Krankenkasse übernommen.

Bis Mitte 2007 ging es mir wunderbar. Doch dann fing ich an, wieder zuzunehmen. Da bin ich wieder zu meinen Endokrinologen gegangen, wo er wieder Morbus Cushing diagnostizierte. Aber jetzt war es problematischer, weil man im MRT im Januar 2008 nichts sehen konnte. Im Juni 2008 bin ich in die Kopfklinik Erlangen zur Bestrahlung überwiesen worden. Dort wurde ein zweites MRT durchgeführt, und man hat dann ein 2,0 mm großes Adenom entdeckt. Eine operative Entfernung war aber trotzdem nicht möglich, weil das Adenom sehr ungünstig lag. Aus diesem Grund haben sich die Ärzte für eine einmalige punktuelle Bestrahlung entschieden. Die Wirkung dieser Bestrahlung kann von 3 Monaten bis zu 2 Jahren dauern, und deswegen nahm ich seit Januar 2008 das Medikament Metyrapone/Metopiron, welches ich auf Rezept bei jeder Apotheke bestellen kann. Dank dieses Medikaments nehme ich nicht mehr zu und meine Blut-



Gesund März 2007

werte sind entsprechend gut. Auch die Lebensqualität ist gegenüber der ersten Erkrankung nicht zu vergleichen.

Nur ist mein nächstes Problem (als hätte man nicht sowieso schon durch diese seltene Krankheit genug), dass meine Krankenkasse die Kosten für dieses Medikament nicht übernehmen will. Ich lasse jeden Monat ca. 600 € in der Apotheke, was ich mir nur leisten kann, weil ich keine Miete zahlen muss. Ansonsten hätte ich lediglich die Wahl zwischen Obdachlosigkeit und Sterben. Angeblich handele es sich um keine seltene und keine tödlich verlaufende Krankheit und es bestehe ein Importverbot. Das kann aber nicht stimmen, denn ich glaube nicht, dass die Apotheker, meine Ärzte sowie die Kopfklinik, wo ich das Präparat auch bekommen habe, sich wegen mir strafbar machen. Mein Antrag auf Kostenübernahme wurde dreimal abgelehnt, immer mit jeweils einer anderen Begründung. Jetzt bin

ich vor dem Sozialgericht gelandet, wo ich auf eine positive Entscheidung hoffe. Mittlerweile geht mir auch finanziell die Puste aus.

Ich finde es einfach nur traurig, dass wir so viele Behörden, Institute, Beamte und so weiter haben, aber wenn man ein Problem hat, dann fühlt sich keiner dafür zuständig und man wird nur von Tür zu Tür geschickt. Man muss sich selber durch Paragraphen wühlen, damit man überhaupt etwas erfährt. Beim Anwalt war ich auch, was mich für ein 10-minütiges Gespräch 60 € gekostet hat. Dabei erfuhr ich, dass ich keine Chance habe, weil ich noch nicht kurz vor dem Ableben bin (dank meiner Medikamente) und dass es 900 € kosten würde, wenn ich ihn für 6 Stunden in Anspruch nehmen würde. Seine erste Frage war, wie lange ich noch zu leben habe!

So eine Beratung, so viel Arroganz und Überheblichkeit habe ich noch

nicht erlebt. Es war eine Kanzlei in Berlin, welche sich angeblich nur für Patienten einsetzt und dies weltweit, wohlgerne für arme Patienten.

Aber nachdem ich mich belesen habe, müssen lebenswichtige Medikamente auch von gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Ich kenne eine Patientin, bei der die Kasse die Kosten übernimmt. Sie ist aber privatversichert. Haben bei Ihr die Medikamente kein Importverbot?

Ich rief auch beim Bundesministerium für Gesundheit an, wovon ich mir ebenfalls Hilfe und Unterstützung erhoffte. Dort wurde mir lediglich empfohlen, mich für die Finanzierung meiner lebensnotwendigen Medikamente an meine Nachbarschaft, Familie und Bekannte zu wenden, um mir das Geld zu leihen.

Meine Krankenkasse nimmt es lieber in Kauf, dass aus mir ein gesundheitliches Wrack wird und dass ich

die ganzen Nebenerkrankungen wie Zuckerkrankheit, Osteoporose, Fettleber, Bluthochdruck usw. bekomme, was bei Nichteinnahme von Metyrapone/Metopiron möglich ist, anstatt die Kosten für Metyrapone/Metopiron zu übernehmen. Wird es dann für die Kasse billiger, wenn sie die nächsten 35 Jahre die oben genannten Nebenerkrankungen tragen müsste oder wird deren Behandlung dann auch nicht übernommen? Wundern würde mich mittlerweile gar nichts mehr.

Leser, die ähnliche Probleme mit dem Medikament Metopyron haben, können sich gerne über das Netzwerk an mich wenden.

Auch wäre es sehr hilfreich, wenn sich Patienten melden würden, die das Medikament über ihre gesetzliche Kasse erhalten.

*A. S.

(Name und Anschrift sind der Redaktion bekannt. Zuschriften leiten wir gerne weiter.)

Mein Weg zur Selbsthilfegruppe

Die Diagnose

Dass mit meiner Gesundheit etwas nicht stimmt, den Verdacht hatte ich schon länger.

Ich sprach mit meiner Hausärztin und mit meiner Gynäkologin über meine Probleme.

Im Jahre 2006, der Sommer hatte gerade angefangen, bekam ich eine Überweisung in eine Spezialsprechstunde. Einen Termin zu bekommen, war nicht schwer. Ich musste nur Geduld mitbringen. Ende September oder Anfang Oktober war es dann soweit und ich machte mich auf den Weg ins Klinikum in Erfurt. Ich war sehr aufgereggt und hatte auch ein komisches Gefühl im Bauch. Viele Fragen musste ich beantworten, Blut wurde genommen und gleich ein Verdacht für meine Beschwerden geäußert. Das Wort für diese Erkrankung hatte ich noch nie gehört und ich wollte es mir unbedingt merken. Auf dem Parkplatz hatte ich es schon wieder vergessen.

Ich schob alle Gedanken beiseite und fuhr erst einmal in den Urlaub. Erholt und ausgeruht kam ich zurück und dachte nicht mehr über meine gesundheitlichen Probleme nach. Das Jahr ging zur Neige und ich freute mich mit den Kindern auf die Advents- und Weihnachtszeit. Wir machten Pläne, da ich auch Weihnachten nicht arbeiten musste.

Anfang Dezember hatte ich wieder einen Termin im Klinikum und war gespannt auf die Befunde. Dann der Schock – Akromegalie. Dieses Wort hatte ich noch nie gehört und ließ es mir auch erst einmal buchstabieren, um es aufzuschreiben. Was mir die Ärztin noch erklärte, weiß ich

heute nicht mehr. Mit Info-Material zur Krankheit, zur Selbsthilfegruppe und einem Termin zur stationären Diagnostik verließ ich die Klinik.

Unter Schock

Heute kann ich nicht mehr sagen, wie ich zum Auto und zu meiner Freundin gekommen bin. Ich studierte erst einmal das Info-Material und langsam wurde mir bewusst, dass mir eine OP am Kopf bevorstehen könnte, da ich wahrscheinlich einen Tumor an der Hypophyse habe. Eine Woche vor Weihnachten fand die stationäre Diagnostik statt und ich hoffte immer noch, dass alles nicht wahr ist.

Drei Tage Klinikaufenthalt mit ganz vielen Tests und Untersuchungen waren schnell überstanden, aber die Diagnose blieb. Ich konnte es nicht verstehen und ließ mir die MRT-Bilder zeigen, um überhaupt zu begreifen, was in meinem Kopf nicht stimmt.

In vier Tagen ist Weihnachten! Wie soll ich das schaffen? Werde ich je wieder Frühlingsblumen sehen?

Ich habe nur mit meinem Mann und zwei Freunden über die Diagnose und die kommenden Ereignisse gesprochen.

Es wird schon nicht so schlimm werden, das war ihre Reaktion. Ich hatte panische Angst, versuchte mir vor meinen Kindern nichts anmerken zu lassen. Es kostet mich viel Kraft, die ich eigentlich nicht mehr hatte.

Der Kontakt mit dem Netzwerk

In meiner Verzweiflung greife ich doch zum Telefon und rufe die Kontaktperson des Netzwerks an. Anrufbeantworter – ich lege auf. Was

soll ich sagen? Es kostet so viel Kraft und ich spreche beim zweiten Versuch mein Anliegen auf das Band. Rückruf – Frau B. kann mir nicht helfen, ich möchte mich doch bitte an Herrn G. wenden. Mein erster Gedanke – drei Tage vor Weihnachten kann ich doch niemanden mehr stören.

Am Vormittag des 23.12. war ich allein zu Hause und wollte eigentlich alles für den Besuch vorbereiten, den wir erwarteten. Tief verzweifelt griff ich doch zum Telefon und rief Herrn G. an. Wir haben über zwei Stunden miteinander telefoniert und ich hatte zum ersten Mal seit drei Wochen das Gefühl, es versteht mich jemand. Herr G. hat mir viel Mut gemacht und Kraft gegeben. Er hat mir vermittelt, dass das Leben weitergeht.

Ich hätte nie geglaubt, dass ich einem wildfremden Menschen mein Herz ausschütten würde.

Ende Januar kam die OP, dann die Anschlussbehandlung und Anfang März das erste Treffen mit der Regionalgruppe. Es war überwältigend, wie ich aufgenommen wurde. Es hat mir gut getan zu erfahren, dass es noch mehr Menschen mit dieser seltenen Erkrankung gibt. Ich habe viel durch die Mitglieder und Vorträge über meine Erkrankung und den Umgang mit ihr gelernt.

Ich bin dankbar, dass es das Netzwerk gibt und weiß heute immer, an wen ich mich mit meinen Fragen und Nöten wenden kann

A.S.

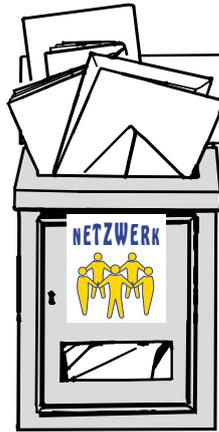
(Name und Anschrift sind der Redaktion bekannt. Zuschriften leiten wir gerne weiter.)

**Aus Briefen an das
Netzwerk Hypophysen-
und Nebennieren-
erkrankungen e.V.
Waldstraße 34
91054 Erlangen**

**Liebe Gründerinnen und Gründer,
Forscher, Mediziner, Verantwort-
liche, Betroffene, Freunde und
Helfer des Netzwerks!**

Es ist mir ein Anliegen, Ihnen allen aus ganzem Herzen zu danken für das, was durch Ihre Herzen und Hände in den vergangenen Jahren gewachsen ist. Seit meinem Erstkontakt mit Erlangen und nun seit der Teilnahme am Netzwerk-Tag in Essen ist das Leben mit der Erkrankung nichts Besonderes mehr - und das ist ein wunderbares Gefühl. Jeder hat irgendetwas, die Sache hat einen Namen und diese oder jene Auswirkung und fertig.

Leider komme ich nicht dazu, Ihnen allen in ganz persönlicher Weise Dank zu sagen. Umso mehr möchte



Viele Leserbriefe und die Korrespondenz mit dem Netzwerk enthalten Schilderungen sehr persönlicher Probleme und medizinischer Situationen. Zur Wahrung der Vertraulichkeit wird aus solchen Briefen deshalb nur anonym zitiert, das heißt, wir drucken generell nur die Namenskürzel ab. Zuschriften leitet das Netzwerkbüro selbstverständlich gerne an die Verfasser der Leserbriefe weiter. Im Übrigen gilt in der Glandula-Redaktion wie bei allen Zeitschriften: Anonym zugesandte Briefe werden gar nicht veröffentlicht, Kürzungen und redaktionelle Korrekturen bleiben vorbehalten.

ich mit diesen Zeilen zum Ausdruck bringen, wie schön und ansprechend, informativ und lehrreich, ungezwungen und freundschaftlich, offen und reibungslos die Tage in Essen für mich waren und wie wohl ich mich unter Ihnen gefühlt habe. Eine so gelungene Sache beruht auf der liebevollen Vorbereitung und zielgerichteten Geduld vieler. Wegweiser an den Bäumen sind für ein Orientierungsgenie eine Wonne; die Tagungszeiten für einen Langschläfer eine Labsal ... und erst ein Amerikaner zur Kaffeepause! So etwas gibt es in unseren burgenländischen Breiten nicht, aber wenn man aus Mülheim-Ruhr stammt, liebt man sie!

Durch Ihrer aller Engagement ermutigt, habe ich im aktuellen Herbst-Newsletter unseres Kurhauses gleich die Gründung einer Selbsthilfegruppe bekannt gegeben. Vielleicht kann so auch in unserer Region ein Kreis wachsen, der einander hilft und stärkt. Einmal muss man beginnen, und wenn nicht jetzt, wann dann?

Mit frohen und herbstlichen Grüßen, Dank für Ihr Wirken und reichen Segenswünschen zu allem Tun

Schwester Mirjam

*Frisch gewagt ist halb gewonnen!
Danke für alles!*



Schwester Mirjam beim Hypophysentag in Essen

Studienaufruf

Genanalyse bei familiären Hypophysenadenomen - Kooperationsstudie mit der Universität Lüttich (Belgien)

Gesucht werden zur Untersuchung des AIP-Gens:
Familien, in denen mindestens bei zwei Mitgliedern ein Hypophysenadenom
aufgetreten ist und keine MEN1-Mutation nachgewiesen werden konnte

Anforderung:

jeweils eine Blutprobe (15 ml) von Patienten und Verwandten,
Zusendung per Post möglich

Weitere Informationen:

Dr. Johanna Pickel

AG Neuroendokrinologie

Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Kraepelinstrasse 2-10

80804 München

Tel. 089/30622-460

Fax: 089/30622-7460

E-Mail: pickel@mpipsykl.mpg.de



Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe: 15. Februar 2009

Impressum:

GLANDULA ist die Mitgliederzeitschrift der bundesweiten Selbsthilfe-Organisation „Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e.V.“, Sitz Erlangen.

Die Zeitschrift erscheint zweimal jährlich.

Internet-Adresse: <http://www.glandula-online.de>

Herausgeber: Univ.-Prof. Dr. med. Christof Schöfl, Schwerpunkt Neuroendokrinologie, Neurochirurgische Klinik, Schwabachanlage 6, D-91054 Erlangen, E-Mail: christof.schoefl@uk-erlangen.de.

Redaktion: Christian Schulze Kalthoff, Nürnberg (schulze-kalthoff@glandula-online.de)

Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates: Prof. Dr. med. D. Klingmüller, Institut für Klinische Chemie und Pharmakologie, Bereich Endokrinologie, Universitätsklinikum Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

E-Mail: Dietrich.Klingmueller@ukb.uni-bonn.de

Fotos: privat

Layout und Gestaltung: Klaus Dursch, Fürth

Anzeigen: über die Redaktion

Redaktionsanschrift: Redaktion **GLANDULA**, Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e.V.,

Waldstraße 34, 91054 Erlangen, Tel. 09131 / 81 50 46, Fax 09131 / 8 150 47

E-Mail: schulze-kalthoff@glandula-online.de

Anschrift der Geschäftsstelle Erlangen: Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e.V., Waldstraße 34, 91054 Erlangen, Tel. 09131 / 81 50 46, Fax 09131 / 81 50 47, E-Mail: netzwerk@glandula-online.de

Diese Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck nur mit Genehmigung und Quellenangabe.

Jede beruflich (gewerblich) genutzte Fotokopie verpflichtet zur Gebührenzahlung an die VG Wort, 80336 München, Goethestraße 49.

Keine Haftung für unverlangt eingesandte Manuskripte.

Wichtiger Hinweis: Medizin und Wissenschaft unterliegen ständigen Entwicklungen. Autoren, Herausgeber und Redaktion verwenden größtmögliche Sorgfalt, dass vor allem die Angaben zu Behandlung und medikamentöser Therapie dem aktuellen Wissensstand entsprechen. Eine Gewähr für die Richtigkeit der Angaben ist jedoch ausdrücklich ausgeschlossen. Jeder Benutzer muss im Zuge seiner Sorgfaltspflicht die Angaben anhand der Beipackzettel verwendeter Präparate und ggf. auch durch Hinzuziehung eines Spezialisten überprüfen und ggf. korrigieren. Jede Medikamentenangabe und/oder Dosierung erfolgt ausschließlich auf Gefahr des Anwenders.

Mit Namen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers, des wissenschaftlichen Beirates des Netzwerks oder der Redaktion wieder.

ISSN 0948-0943