



MeGeSa – Journal

Durchstarten! Neuer Vorstand

Laudatio Birgit Leineweber	2
Stellenanzeigen VV des Ärztevereins	3
Die neuen Heilmittelrichtlinien	4
Medizinische Gutachten vor dem Straf- und Zivilgericht	5
QZ Hausärzte: Akutes Koronarsyndrom	6
Erektile Dysfunktion	7
QZ DMP Diabetes mellitus	8
QZ Gynäkologie Abstrich	
QZ Technische Diagnostik	10- 12
Altersabhängige Makuladegeneration	13
QZ Pädiatrie	14- 15
QZ Hausärzte: CCE	15
QZ Klinik - Niedergelassene Bad KHK	16
Buchbesprechungen	9, 12, 17
Igel	18
Qualitätsmanagement	19
Impresium	20
Termine—Glosse	20

Liebe Netzkolleginnen und Netzkollegen, liebe MeGeSa-Freunde,

die aktuelle Ausgabe des MeGeSa-Journals erscheint diesmal später als geplant aus – wie die meisten von Ihnen wissen – plausiblen Gründen.

Durch die Entscheidung von Birgit Leineweber, ihre Praxis nicht mehr fortzuführen zu können, waren Vorstand und Vollversammlung vor die Aufgabe gestellt, die Weichen für die Zukunft zu stellen. Nach zum Teil heftigen Diskussionen und Verzögerungen im vorgesehenen Ablauf wählte die Vollversammlung den neuen Vorstand.

Dieser möchte auch an dieser Stelle den Netzkolleginnen und Netzkollegen für das ausgesprochene Vertrauen danken!

Für den Vorstand selbst gilt, die Arbeit als Team wie bisher fortzuführen. Der geschäftsführende Vorstand kann seine Arbeit nur leisten, wenn er von einem Team getragen und unterstützt wird. Die Arbeit im Vorstand bedeutet nicht, dass interessierte Kollegen nicht auch mitarbeiten können. An anderer Stelle habe ich Kollegen gebeten, durch Teilnahme an den Vorstandssitzungen die MeGeSa zu unterstützen. Ich selber habe das mehrere Jahre praktiziert. Die Termine werden deshalb jetzt immer in den Terminkalender gestellt.

Die Vollversammlung der MeGeSa ist das wichtigste Organ der Gesellschaft.

Sie wählt nicht nur den Vorstand, sondern entscheidet über die grundsätzlichen Fragen. Die Vorstellung von Basisdemokratie hat nach meiner Einschätzung auch die meisten Kollegen bewogen, der MeGeSa beizutreten. Dieser basisdemokratische Grundgedanke hat sich, so finde ich, auch im Vorfeld der Vorstandswahlen bewährt.

Zu den allgemeinen Aufgaben und Zielsetzungen hat Birgit Leineweber im letzten Leitartikel einiges geschrieben. Wie Sie wissen, wird das zum 01.01.2004 eingeführte GMG, das bekanntlich von einer großen Koalition von CDU, FDP, SPD und Grünen getragen wird, die gesundheitspolitische Landschaft kräftig durch- (oder durcheinander?) wirbeln. Deshalb schätze ich es als großen Vorteil ein, dass wir bereits eine gewachsene Netzstruktur haben um den Anforderungen gewappnet zu sein. Nur gemeinsam haben wir die Kraft (Macht) um uns Anfechtungen wie Einkaufsmodellen als Einzelvertrag entgegenzustellen.

Inzwischen erkennen auch Kollegen aus unseren Nachbarregionen, wie wichtig es ist, sich zum eigenen Schutz zusammenzuschließen. Es wird sich in der Zukunft zeigen, ob sich durch Zusammenarbeit mit anderen (z.Zt. erst in Entstehen begriffenen) Netzen wie Hilmed

(Hildesheim), Ärzteverein Peine e.V. oder ärztliche Vereinigung (Braunschweig) die politische Schlag-

(Fortsetzung auf Seite 2)



Jürgen Michael Frank
Geboren 1951 in Berlin

Abitur 1969 im Heppenheim/ Bergstraße
Studium der Humanmedizin 1969-1975 in Köln, Lübeck und Berlin
Klinische Tätigkeit 1976-1988 in Berlin (davon 10 Jahre am St. Joseph Krankenhaus) mit Erwerb der Facharztanerkennung Innere Medizin
Seit 1988 niedergelassen als (hausärztlicher) Internist in Salzgitter- Lebenstedt

Gründungsmitglied der MeGeSa

Beratendes Mitglied des Vorstandes bis 2003, seit 2000 Leiter der AG Marketing

Seit 2000 Vorstandsmitglied der MeGeSa

Seit 6/2004 Vorsitzender der MeGeSa

2001 – 2004 Ärztevereinsvorsitzender

Seit 2000 Geschäftsführer der APG Salzgitter- Magdeburg

Aus der MeGeSa

(Fortsetzung von Seite 1)

kraft erhöhen lässt.

Während der Vollversammlung wurde kurz dargestellt, wie die MeGeSa sich durch die Einführung der DMP's finanziell entwickelt hat und entwickeln wird. Nach meiner Einschätzung haben wir durch frühzeitige Beteiligung die wirtschaftlichen Weichen für die MeGeSa gestellt. Es ist gewissermaßen ein Glücksfall: Wir haben daraus gelernt, dass man Hürden, die z.B. von KV und BVA aufgestellt wurden, überwinden und politischem Druck trotzen kann. Wir haben auch erfahren, dass man aus den Vorgaben des Gesetzgebers eine Win-Win-Situation schaffen kann: Die DMP's bieten Vorteile für Patienten, Ärzte bzw. Netz und die Kasse. Wenn ich vergleiche, was andere Krankenkassen hinsichtlich des Patientennutzens bringen, so stelle ich immer wieder fest, dass die ande-

ren Anbieter sich von der BKK Salzgitter viele Scheiben abschneiden können. Inzwischen ist die Aufnahme des Wirkbetriebes für das DMP Brustkrebs erfolgt. An der Implementierung des DMP COPD/ Asthma bronchiale wird intensiv gearbeitet.

Das GMG hat die Idee von integrierter Versorgung wieder aufleben lassen (§ 140 H gab es schon vorher) durch Einführung von Anschubfinanzierungen (sog. 1% Regel). Hier könnte sich ein Schlachtfeld auftun, da viele Leistungserbringer von diesem millionenschweren Kuchen etwas abhaben wollen. Die AG Kasse/Netz wird in den nächsten Wochen ausloten, wie eine Beteiligung an der „IV“ aussehen kann. Eine der Möglichkeiten wäre die von Birgit Leineweber angedachte Notfallpraxis. Diesbezüglich muss man sehen, wie sich die lokale gesundheitspolitische Landschaft durch Verkauf und Neustrukturierung des Klinikums

Salzgitter entwickelt.

Als eine wichtige Aufgabe der Kollegen hier sehen wir die Unterstützung der Hospiz-Initiative. In der Hoffnung, dass möglichst viele Netzkolleginnen und Netzkollegen unserem Beispiel folgen, ist der gesamt Vorstand förderndes Mitglied in der gemeinnützigen „Hospiz- Initiative für ein Stationäres Hospiz“ geworden. Treten Sie bitte auch bei!! Ende November/ Anfang Dezember wollen wir eine gemeinsame Hospiz-Woche für die Bevölkerung durchführen.

Wie Sie sehen, liegen viele Aufgaben vor uns. Packen wir's an und helfen Sie dabei mit!

In diesem Sinne

Ihr

Michael Frank

Die nicht gehaltene Laudatio am 26.05.2004

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, liebe Birgit

Mir ist die Aufgabe und Ehre zu teil geworden, einige Worte zum heutigen Tage zu sagen. Ich will mich bemühen, hier keine große Wehmut aufkommen zu lassen, denn es handelt sich ja eigentlich nicht um eine Abschiedsrede, sondern auch um eine Art Neuanfang.

Hätte man mir oder den Vorstandskollegen zum Jahresanfang gesagt, dass wir heute einen neuen Vorstandsvorsitz wählen müssen, so hätten wir/ich nur unglaublich gestaunt. Es kann nicht meine Aufgabe sein, die Umstände zu bewerten, die zu dieser Situation geführt haben. Ich kann aber einschätzen, dass nach deiner Entscheidung zur Aufgabe der Praxistätigkeit und Überwindung des zunächst sehr tiefen Loches, das entstanden war, die zuvor gelebte Fröhlichkeit und Entspannung gepaart mit neuem Tatendrang zurück gekehrt ist als sei eine zentnerschwere Entscheidungslast genommen.

Bevor wir einen Blick in die Zukunft richten, kommt man nicht umhin, auch einen Blick in die Vergangenheit zu werfen: Bis vor einigen Jahren war die Ärzteschaft in Salzgitter in meinen Augen eine relativ inaktive und wenig an Veränderung interessierte Kollegenschaft. Das änderte sich ziemlich schlagartig durch die Ablösung des Kreisstellenvorsitzes für die KVN aber insbesondere für den Ärzteverein. Du

hast dem Ärzteverein durch die vielen interessanten und gut durchorganisierten Veranstaltungen neues Leben eingehaucht. Aber zum Arbeiten gehört auch das Feiern und die Entspannung bei anderen Dingen und so hast du z. B. die Sommerfeste und Konzerte organisiert.

Du hast durch die vorgelebte Fröhlichkeit und des Spaß haben an Arbeit und Vergnügen andere in Deinen Tatendrang motivieren können mitzumachen z. B. bei der Durchführung des 1. Ärzte und Patiententages im Braunschweiger Land 1998 auf dem Gelände der heutigen Salzgitter AG. Uwe Klotz und ich können ein Lied davon singen, wie viel Mühe und auch Spaß es gemacht hat, diesen Vorläufer der heutigen MeGeSa Patiententage zu organisieren. Den Kollegen wurden Fortbildungen geboten und die Patienten konnten trotz des schlechten Wetters eine fröhliche Gesundheitsparty mit viel Information und Unterhaltung feiern. Kaum war dieser verdaut, ging die Arbeit erst richtig los mit der Gründung der MeGeSa, die sich fast das gesamte Jahr 1999 hinzog und wie wir alle wissen in der Konstituierung der MeGeSa zum 01.01.2000 gipfelte. Das alles war aber nur möglich geworden,

weil es dir, liebe Birgit, gelungen ist, viele Kollegen zu überzeugen und zu motivieren mitzumachen. Du hast es geschafft, herüberzubringen, dass der Wille zur Veränderung die Möglichkeit des eigenen Gestaltens bedeutet. Im Rahmen des gesetzlichen Kontextes wollten und wollen wir uns nicht von oben etwas aufzwingen lassen was wir selber formen können. Diesen, ich nenne es politischen Anspruch, hast du den Kollegen hier in Salzgitter vermitteln können.

(Fortsetzung auf Seite 3)



Aus der MeGeSa

(Fortsetzung von Seite 2)

Damit erklärt sich u. a. die hohe Akzeptanz und Mitwirkungsgrad in der MeGeSa. Ich möchte hier jetzt keinen Rechenschaftsbericht über die geleistete Arbeit der vergangenen Jahre abgeben, aber einige Punkte möchte ich hier erwähnen.

Nach dem „Netzboom“ der letzten Jahre hat man viele Netze kommen, aber auch wieder gehen sehen. Die MeGeSa ist durch diese Zeit gestärkt hervorgegangen, grade wenn man

z. B. auch an die in der Gründung begriffene Ärztliche Vereinigung in Braunschweig denkt. Und das ist ein wesentlicher Verdienst von dir, liebe Birgit. Im Zeitalter des Punktejagens und der sog. qualifizierten Hausärzte hast du vor Jahren schon die wichtige Aufgabe von Qualitätszirkeln und Schulungen der Moderatoren erkannt. Das kam und kommt uns jetzt zu gute. Ich muss gestehen, ich kenne kein Netz, wo dieser Fleiß der Kollegen auch noch honoriert wird. Die Zeichen der Zeit erkannt hast du bei der Diskussion und Etablierung der DMP's. Über den Sinn und Unsinn brauchen wir uns nicht zu streiten. Du konntest uns vermitteln, dass man unter den gegebenen Umständen das Beste daraus machen sollte. Ich denke, dass dies gelungen ist, nicht zu-



letzt durch den sehr persönlichen Einsatz und Opfer, die in persönlichen Anschuldigungen seitens der KVN gipfelten und zu Deinem Rückzug aus der KV Arbeit führten. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass grade durch die DMP's die weitere Arbeit der MeGeSa in wirtschaftlicher Hinsicht gestärkt wird.

Und um nochmals auf Spaß und Fröhlichkeit zurück zukommen: Die MeGeSa Patiententage haben viel an Information herübergebracht, aber auch die nötige Dosis an Unterhaltung. Nach dem letzten Patiententag habe ich gesagt: nie wieder, das sollen das nächste Mal jüngere machen, aber es scheint der Bumerang kommt schneller zurück als erwartet.

Liebe Birgit, ich komme zum Schluss. Ich möchte dir, sicher auch im Namen der Kollegenschaft, Dank sagen für die Arbeit die Du hier geleistet hast. Das wird unvergesslich sein.

Wenn es so etwas gäbe wie den Ehrenvorsitz der MeGeSa: Ich würde dich heute dafür vorschlagen. Durch deine neue Tätigkeit ist es kein Abschied sondern eine Fortsetzung der Zusammenarbeit mit etwas anderen Vorzeichen. Wir freuen uns auf diese neue Zusammenarbeit und sind gespannt, was alles auf uns zukommt.

Michael Frank

Aus der Vollversammlung des Ärztevereins Salzgitter am 18.08.2004

Michael Frank begann seinen Bericht mit der Feststellung, dass er zum Ende des Monats sein Amt zur Verfügung stellt, da er ja jetzt auch Vorsitzender der MeGeSa sei. Die Suche nach einem Nachfolger habe viel Mühe gekostet, da er zumeist Absagen bekommen habe. Spontane Meldungen aus der Versammlung ergaben sich nicht. Es wurde daher von Herrn Grabenhorst und Herrn Frank Herr Kollege Wilfried Kohl als Vorsitzender des Ärztevereins Salzgitter vorgeschlagen. Herr Frank sagte auch in Zukunft logistische Unterstützung der APG Salzgitter zu.

Die Versammlung wählte Herrn Wilfried Kohl einstimmig mit 2 Enthaltungen zum Vorsitzenden des Ärztevereins Salzgitter. Herr Kollege Wilmsmeyer ist weiterhin sein Stellvertreter.

Hinweis

Frau Horst bittet um Hinweis im MeGeSa Telegramm: Überweisungen zu Psychiatern werden häufig falsch ausgestellt, nämlich zu Psychologen. Frau Horst selbst ist für Psychiatrie und Psychotherapie zugelassen

Stellenanzeigen

Arzthelferinnen

32 J., sucht Teilzeitstelle nach Erziehungszeit. Erfahrung in Allgemeinmedizin und Chirurgie.

Claudia Friedrichs,
Salzgitter-Ringelheim,
Tel. 05341 33332
Email Michael.Friedrichs@T-Online.de

Arzthelferinnen

sucht Arbeitsstelle für ca. 30 Stunden die Woche (flexibel)

Heike Mintel
Auf der Höhe 18b
38704 Liebenburg
OT Groß Döhren
Tel. 05346 / 3297

Aktuelles

Die neuen Heilmittelrichtlinien

Sie sind ab 1.7.04 verbindlich für den Vertragsarzt. Was ist neu? Nichts in der Methode: Keine Mitsprache, späte Information, neue Formulare und Aufgaben ohne Entlohnung. Meine Software ändert ab dem 1.7. das Formular und wahrscheinlich muss ich noch die alten beschreiben - mit der Hand. Die werden natürlich aufgebaut, denn farbig mit Durchschlag kostet nicht wenig und mich würde es doch sehr ärgern, wenn Versicherten-gelder so sinnlos in der Altpapiersammlung enden würden. Damit zu einer Empfehlung: Alles erst mal so weiter weitermachen wie bisher und die 6 er Regel überwiegend beachten: (Fast) alles gibt es nur noch 6 Mal (6 x) oder genauer bis zu 6 x. 6 x Fango/Massage bleiben wie 6 x KG (Krankengymnastik) wie die Indikationen dazu. Auf dem neuen FORMULAR muss aber der Indikationsschlüssel eingetragen werden, der sich aus der Indikationsgruppe und der Leit-symptomatik ergibt. Ich erspare hier weitere Ausführungen, weil sich das einfach aus dem neuen Text ergibt, dessen Lektüre ich ausdrücklich empfehle. Kollege Voges hat es den Mitgliedern mit Emailanschrift der MeGeSa „gemailt“. Man kann auch von Physio.de downloaden. Die KV hat ja auch die neue Version versprochen - aber cool bleiben: Wer es denn nicht liest, den werden die Physiotherapeuten schon auf die Fehler aufmerksam machen, denn diese können ein nicht korrekt ausgefülltes Rezept nicht abrechnen! Weiterhin ist nicht sicher, ob das Befolgen der Heilmittelrichtlinien als wirtschaftliche Ordnungsweise gewertet wird. Die Datenlage für das Jahr 2004 ist wie das Wetter oder die Prognosen zum Fussball EM. Je präziser der Vertragsarzt allerdings die Heilmittelrichtlinie befolge, desto weniger werde er aber in der Einzelfallprüfung im Regressverfahren unterliegen - so der fromme Wunsch der Anwender und die inoffizielle Drohung der Obrigkeit!

Die Wirtschaftlichkeit wird mit den HMR nicht direkt messbar gemacht, wenn auch das Sparen der wesentliche Zweck der Novellierung im üblichen herbstlichen Hau-Ruckverfahren 2003 war.

Die Wirtschaftlichkeit wird durch die Überprüfung der Richtgrößen nach der Richtgrößenvereinbarung geprüft. Die Bedingungen dazu wurden im Niedersächsischen Ärzteblatt 4/2004 für das Jahr 2003 veröffentlicht. Die Zahlen sinken (!) von Jahr zu Jahr gering für die einzelne Fachgruppe (Anlage 1 der Richtgrößenvereinbarung im Nds. Ärzteblatt 3/2004: S.79-80!!) und sind für 2004 natürlich noch nicht festgelegt.

Als Praxisbesonderheit werden in der Anlage 3 (4/2004 Nds. Ärzteblatt) u.a. Krankengymnastik bei schweren neurologischen Erkrankungen wie M. Parkinson und Apoplexie sowie für die ersten drei Monate nach chirurgisch/orthopädischen Eingriffen und Lymphdrainage in der onkologischen Behandlung mit Lymphabflussstörungen anerkannt.

Die Richtgrößenvereinbarung enthält dabei keinen Hinweis auf die Heilmittelrichtlinien!



Wir werden bislang nicht zeitnah (hier bis zum Ende des 6. Monats nach Quartalsende) über die Abrechnung der von uns verordneten Heilmittel informiert!

Die Statistiken der Richtgrößen-Prüfungs-Übersichtslisten für das Jahr 2003 sollen den Prüfungseinrichtungen aber bis zum 30.9.2004 zur Verfügung gestellt werden. Die Prüfungseinrichtungen selbst sind aber bislang noch Gegenstand der Verhandlung zwischen KV und den Landesverbänden der Krankenkassen! Auch hier geht es natürlich wie immer um Personen, Kom-

petenzen, Standorte und die Finanzierung.

Die verordnenden Ärzte und Leistungserbringer sollen die Formulare nach den Regeln gebrauchen, aber die Kontrolle der Rezepte bleibt aus Sicht des Vertragsarztes eine "black box". Die ohnehin nicht wissenschaftlich belegte Verordnungskarenz von 3 Monaten nach der Verordnung im Regelfall wird beliebig unterlaufen, wenn es keine patientenbezogene Kontenführung (wie in der PKV) gibt, was technisch und finanziell nur mit hohem Aufwand möglich wäre und an sich das Kostenerstattungsprinzip der PKV voraussetzte.

Schon die bislang vorgeschriebenen 6 Wochen Pause nach der Regelverordnung war durch den systemimmanenten Arztwechsel (z.B. erst Hausarzt, dann Orthopäde oder umgekehrt) kaum zu kontrollieren und wurde es auch nicht. Wechselt der Patient aber nicht nur die Ärzte, sondern auch die Therapeuten, bleibt es beim "Stasi"-Sammelprinzip in den Abrechnungsstellen mit denkbarer und bislang nicht realisierter Zusammenführung der patientenbezogenen Verordnungsdaten bei der Krankenkasse, denn die Kontrolle beim Arzt (erst in der Einzelfallregressprüfung theoretisch) oder Therapeuten (genaue Erfassung der Behandlungsdaten auch zum eigenen Nachteil) kann das System nicht regeln!

Eine patientenbezogene Zusammenführung der Daten ist aber gegenwärtig nicht gesetzlich zu verankern - und das aus gutem Grund! Die Reduktion der Verordnungsmenge führt im Einzelfall relativ rasch an die Grenze des Regelfalles. Dann kann die Krankenkasse der "Verordnung außerhalb des Regelfalles" zustimmen. Sie wird mit Bericht (ohne Form und ohne Bezahlung!) verlangt, wenn die 2 Zeilen auf dem Formular zur Begründung nicht ausreichen. Spekulativ scheint es günstig, schnell den Regelfall zu verlassen, um die Krankenkasse in die Verordnungsentscheidung einzubeziehen, was den Patienten zur "Praxisbesonderheit" machen würde.

Das gilt zumal bei den teureren Komplexverordnungen nach D1, die aber dem Prinzip ambulant vor stationär folgen und so für die Krankenkasse attraktiv sind, wenn Krankengeld oder stationäre Behandlung eingespart werden können.



Gastbericht

Die geplante Verordnung außerhalb des Regelfalles wird durch die engen Grenzen der Richtlinien sogar erleichtert, so dass wieder ein Hintertürchen für die ambulante Rehabilitation aufgeht. Die Kombination aus D 1 und KG Gerät ist die maximal mögliche Verordnung und immer außerhalb des Regelfalles.

Nach schweren Operationen am Bewegungsapparat und Unfallfolgen kann die Verordnung indiziert sei und eine stationäre Behandlung einsparen oder den Patienten schneller wieder zum Arbeitsplatz bringen.

Diese Erkenntnis führt in der gesetzlichen Unfallversicherung seit mehr als 10 Jahren zum Einsatz aller geeigneten Maßnahmen wie der EAP (erweiterte ambulante Physiotherapie) und zur bislang noch zu einer Verweigerung einer ambulanten Rehabilitation durch die gesetzliche Krankenversicherung in Salzgitter! Nur vereinzelt werden Rezepte mit EAP - Verordnung (bezahlt aus dem Topf ergänzender Leistungen zur Rehabilitation z.B.) noch übernommen. Aus der allgemeinen Restriktion der HMR auf der einen könnte vorsichtig optimistisch formuliert die Neukonzeption komplexer ambulante Rehabilitation in Einzelvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern auf der anderen Seite entstehen!

Zum Ende des Sommerquartals plant der Vorstand der MeGeSa eine Veranstaltung zum Thema Heilmittelrichtlinien. Es wird einer der beratenden Ärzte der KV einladen, der u.a. über den Stand der Wirtschaftlichkeitsprüfungen berichten kann und es ist sinnvoll, diese Thematik zusammen mit den Therapeuten zu diskutieren.

Reinhard Fabisiak

Medizinische Gutachten vor dem Straf- und Zivilgericht

Gutachten sind ins Gerede gekommen, zumindest in der Wirtschaft: Überteuert sollen sie sein, wertlos und eine unauffällige Quelle, Geldtransfer zu vertuschen.

Die medizinische Wirklichkeit sieht ganz anders aus. RichterInnen brauchen einfach fachlichen Sachverstand und der ist oft für den Verlauf des Verfahrens entscheidend. Die Honorierung ist mit 40- 55 €/h je nach Schweregrad der gestellten Fragen eher bescheiden-

Nach meiner Erfahrung lassen sich RichterInnen nicht auf Glatteis führen und verfahren fair mit den Parteien. Ich hatte oft Gelegenheit, in der Verhandlungsführung zu bewundern, wie sie mit gezielten Fragen Klarheit zu schaffen suchten, um zum Ziel zu kommen.

Die Zeiten sind vorbei, wo im Gericht das Gutachten eines ärztlichen Sachverständigen als Quelle der Weisheit angesehen wurde. Wie in der Medizin haben sich auch Anwälte spezialisiert. Für bestimmte Fragen sind sie hochkompetent und verfügen über detaillierte Fach- und Literaturkenntnisse, die man besser nicht unterschätzen sollte. Die USA lassen grüßen!

Eine Partei kommt aus ärztlicher Sicht im Gutachten immer schlecht weg und diese natürliche Erscheinung provoziert Gegenreaktionen, die bis zu Beleidigungen gehen können!

Daher empfiehlt es sich, jeden Satz mehrfach umzudrehen, bevor man ihn

endgültig formuliert. Sonst könnte man sich leicht bei Befragungen in der mündlichen Verhandlung blamieren. Selbst kleine Unachtsamkeiten können gefährlich werden.

Neben großer Sorgfalt der Aktenprüfung ist Selbstkritik dringend erforderlich: immer und immer wieder. Unwillkürlich neigt man beim Aktenstudium zur einen oder anderen Seite ein rein menschliches Verhalten. Man lernt sehr schnell – spätestens nach einem Reinfall – diesen Fehler zu vermeiden-

Ärzte haben im Gericht häufig vor dem Staatsanwalt zu beantworten, ob unterlassene Hilfeleistung, Fahrlässigkeit, – evt. mit Todesfolge – oder Inkompetenz –also strafrechtliche relevante Verhaltenweisen vorliegen oder zivilrechtlich nach dem BGB Schäden durch ärztliches Handeln entstanden sind, die durch Geldbußen zu ahnden sind.

Auffallend ist, dass die Zahl aller dieser Verfahren zugenommen hat.

Mehrere Gründe sind dafür verantwortlich: die zunehmende Aufklärung der Bürger über ihre Rechte verbunden mit wachsendem Selbstbewusstsein – eine fehlorientierte Auffassung von den möglichen Leistungen der modernen Medizin (häufig!), aber auch eine größere Konfliktbereitschaft niedergelassener Rechtsanwälte, sogar in fragwürdigen Fällen Klienten zu Klagen zu raten. Nicht nur die Arztdichte ist ein Problem, wie wir wissen, sondern auch die der Anwälte!

Wenn man dies alles in der Gutachterstellung berücksichtigt, kommt man dem Ideal der Rechtssprechung auch als Arzt näher- manchmal sogar dem von Gerechtigkeit.

Gerhard Glogner

Neuer Termin für die „Selbsthilfegruppe“ Mutter - Kind - Praxis

Nächstes Treffen:
Mittwoch 25. August 2004
ab 15.30

bei Kerstin Gebel
Buchenlandstr. 13; 38226 Salzgitter
Tel.:53456 privat

Wir freuen uns über jeden, der neu dazu kommt. Der rege und entspannte Austausch der letzte Treffen tat uns allen gut.

Herzlichst

Bettina Mrowietz-Ruckstuhl

QZ Hausärzte

Akutes Koronarsyndrom - Bedeutung und Stellenwert in der Hausarztpraxis

Fall-Beispiel

Der 53-Jährige erscheint frühmorgens in der Sprechstunde. Er sei sehr in Eile und möchte lediglich etwas aufgeschrieben haben, er habe sich wohl heute morgen beim Anheben eines Rohres den Nacken links etwas gezerzt. Die ärztliche Untersuchung fördert bis auf deutliche paracervikale Muskelverspannungen, links mehr als rechts, keine weiteren Auffälligkeiten zutage. Insbesondere ist der Patient kreislaufstabil (RR 130/80, Puls 84/min) und Herz und Lungen erweisen sich als physikalisch unauffällig. Erst das genaue ärztliche Nachfragen zur Beschwerdesymptomatik deckt einen leichten unbestimmten Schwindelzustand seit heute morgen beim zur Dissimulation neigenden Patienten auf. Das daraufhin angefertigte EKG zeigt einen frischen Hinterwandinfarkt in typischer Ausprägung. Es erfolgt umgehende stationäre Einweisung aus der Sprechstunde heraus.

Fazit

Auch kryptogene unbestimmte Veränderungen (leichter schwindelähnlicher Zustand) können ohne weitere Hinweiszeichen kardial bedingt sein. In der Praxis der ärztlichen Grundversorgung tritt die lehrbuchmäßig klassische Beschwerdesymptomatik beim akuten Myokardinfarkt weit in den Hintergrund und nur selten in typischer Weise auf. Eine zutreffende Einschätzung der Beschwerdeursache basiert weit mehr auf der ärztlichen erfahrungsgeleiteten Intuition und der subtilen Patientenkenntnis als auf der Replikation des Standards an Lehrbuchwissen, das dennoch gewusst werden muss.

Das akute Koronarsyndrom (ACS) umfasst

- Die instabile Angina pectoris
- Den Myokardinfarkt ohne ST-Hebung (NSTEMI)
- Den Myokardinfarkt mit ST-Hebung (STEMI)

Die instabile Angina pectoris ist bei 5-6% der Patienten die Erstmanifestation der KHK, kann aber auch wiederholt im späteren Verlauf der Erkrankung auftreten. Es handelt sich um ein heterogenes Krankheitsbild, das auftreten kann als

- Angina pectoris in Ruhe
- neu aufgetretene Angina pectoris
- neuerliche Zunahme der Angina pectoris
- Angina pectoris nach Myokardinfarkt

Die klinische Symptomatik ist der Schlüssel für die Diagnose der instabilen Angina pectoris. Wenn EKG-Veränderungen fehlen (ca. ein Drittel der Patienten), beruht die Diagnose oftmals ausschließlich auf klinischen Angaben

Leitsymptome des akuten Myokardinfarktes sind

- 1 anhaltender Brustschmerz in Ruhe
- 2 Luftnot
- 3 Vegetative Zeichen wie Erbrechen, Schwitzen, Blässe

Brustschmerzen: Das Leitsymptom des akuten Myokardinfarktes ist der Brustschmerz, der am häufigsten retrosternal (70%) lokalisiert ist und nach linksthorakal (40%) in den linken Arm (30%), die linke Schulter (20%), Hals, Unterkiefer oder Rücken (je 10%) sowie ins Epigastrium (20-30%) ausstrahlen kann. Die Schmerzen sind heftiger als bei belastungsabhängiger Angina pectoris und werden als „drückend“ oder „brennend“ beschrieben. Der Infarktschmerz dauert länger, die Schmerzintensität kann zu- und abnehmen oder vorübergehend ganz verschwinden. Im Gegensatz zum Angina-Pectoris-Anfall verschwinden die Infarktschmerzen nach Nitroglyzerin nicht vollständig. Bei 25% der Patienten ist der Myokardinfarkt die erste Manifestation der KHK. Ca.25% der Infarkte verlaufen (insbesondere bei Diabetikern) asymptomatisch, sind prognostisch den symptomatischen Infarkten aber gleichwertig.

Luftnot Ca.50% aller Patienten verspüren Luftnot, insbesondere bei Vorliegen einer Linksherzinsuffizienz. Bei großem Infarkt können Schocksymptome wie Hypotonie, Tachykardie und Blässe hinzukommen.

Unspezifische vegetative Zeichen: Ca.30% der Patienten haben beim akuten Myokardinfarkt gastrointestinale Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Stuhldrang oder unwillkürlichen Stuhlabgang. Diese Symptome zeigen eher einen größeren Infarkt an, als dass auf die Infarktlokalisierung geschlossen werden kann. Andere unspezifische Zeichen sind Unruhe, allgemeine Schwäche, Todesangst und vor allem Schwitzen. Bei älteren Patienten können extrakardiale Symptome ganz in den Vordergrund treten bzw. kann der Brustschmerz ganz fehlen.

Sonstige klinische Zeichen: Viele Patienten entwickeln im Verlauf des Infarktes Fieber mit rektalen Temperaturen von 38-39°C; Beginn oft am ersten Tag und Normalisierung nach einer Woche. Passageres Perikardreiben tritt bei vielen Patienten mit transmuraalem Infarkt am 2.-4.Tag auf.

Paul Kokott

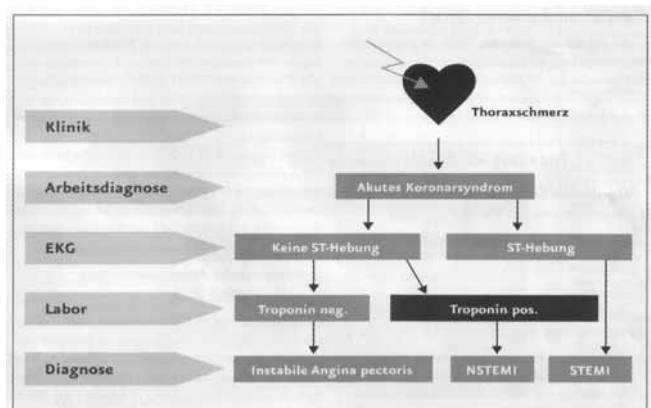


Abb. 4: Flusschema zur Differenzierung des akuten Koronarsyndroms. NSTEMI = Nicht-ST-Streckenhebungs-Infarkt, STEMI = ST-Streckenhebungs-Infarkt. © Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Von den „kleinen“ Fächern

Erektile Dysfunktion (ED) - Ein urologisches „Alltagsproblem“

Das Wartezimmer voll, die eigentliche urologische Behandlung abgeschlossen, das „Auf Wiedersehen“ auf den Lippen und die Türklinke in der Hand. Und dann fallen überfallartig die berühmten Worte, am Tage immerhin 5-6 Mal, die so manche Praxis-Zeitplanung über den Haufen werfen: „Herr Doktor, nur ein Minütchen, da wäre noch ein kleines Problemchen ...“

Immerhin bis zu 10 Mio. Männer in Deutschland leiden an einer ED, und ca. 120.000 Patienten suchen pro Quartal ihren Arzt diesbezüglich auf. Und fast alle erwarten, dass dies oft seit Jahren bestehende „Problemchen“ ohne größere Diagnostik einfach, nebenwirkungsfrei und effektiv mit dauerhaftem Erfolg auf GKV-Kosten sofort behandelt werden kann. Eine Krankheit sollte die ED somit schon sein, auch wenn sie aus Kostengründen derzeit nur als „Befindlichkeits-Störung“ definiert ist, aber zeitaufwendige Diagnostik oder gar private Kosten werden vom Patienten oftmals nicht erwünscht. Ebenso ist ein ärztliches Hinwirken auf lebensverändernde Maßnahmen nur ungern beim Patienten gesehen.

War man in den 60er Jahre noch der Meinung, dass 90 % der ED psychogen verursacht seien, ergab sich Ende der 80er Jahre die Erkenntnis, dass bis zu 80 % organogen (cardiovascular, neurogen, endokrin) bedingt sind. Erhöht doch eine cardiovasculäre Vorerkrankung das ED-Risiko um den Faktor 2,2, die Kombination aus Diabetes und Nikotinabusus das Risiko sogar um den Faktor 5,3!

So kann die ED aber auch als frühzeitiger Indikator für cardiovasculäre Erkrankungen dienen und ihr Erkennen/Behandeln nicht nur ein Gewinn für die Lebensqualität, die emotionale und soziale Stabilität des Betroffenen sein, sondern auch seiner allgemeinen Gesundheit dienen. Immerhin entwickeln 51 % der Patienten bei venöser Verschlusskrankheit, 47 % bei Alkoholabusus, 44 % bei Diabetes / Herzinfarkt oder 36 % nach Apoplex eine ED. Eine weitere, sehr häufige ED-Ursache bilden/begünstigen aber auch Medikamente (Antihypertonika, Diuretika, Kardiaka, Lipidsenker, Allopurinol, Ranitidin, Glucocorticoide, Anticholinergika, Neuroleptika, Antiphlogistika, etc.) sowie Drogen / Opiate.

Die moderne ED-Diagnostik zeichnet sich leider teils durch fehlende Untersuchungsstandardisierung sowie einen hohen diagnostischen Zeit-/Kostenaufwand aus. Sie kann zwar oft die wissenschaftliche Neugierde des Untersuchers/Patienten hinsichtlich der ED-Ursache befriedigen, fehlende ursachenorientierte Behandlungsmöglichkeiten lassen aber gerade unter ökonomischer Sicht die Frage nach Rechtfertigung des diagnostischen Aufwandes bei kaum bestehenden Unterschieden in der Behandlungsform bzw. meist nicht beeinflussbaren ED-Ursachen aufkommen.

Als empfohlene ED-Diagnostik gelten neben der gezielten Anamnese die Labordiagnostik, ggf. unter besonderer Berücksichtigung der Hormonsituation, sowie eine Schwellkörper-Pharmakotestung (SKAT) in Kombination mit der Schwellkörperperfusionsmessung. Der alleinige „Viagra^R-Test“ gilt längst als nicht ausreichend, auch wenn sich im Zeitalter moderner Pharmakotherapie mit hochwirksamen

oralen/injizierbaren Substanzen die praxisorientierte ED-Diagnostik mit dem Blick auf das Wesentliche und Wirtschaftliche vereinfacht hat. Gefäßoperationen gehören mit wenigen Ausnahmen der Vergangenheit an und im Grundsatz werden neurogene / cavernöse / arterielle / psychogene ED-Formen erfolgreich mit den gleichen Therapieansätzen behandelt.

Als fakultative Diagnostik ergeben sich im Einzelfall noch die Pharmako-Cavernosographie, die Penisangiographie oder neurophysiologische Untersuchungen, wobei jedoch nur wirtschaftliche Maßnahmen zu Lasten der GKV veranlasst werden dürfen. Ein Teil suffizienter diagnostischer Schritte ist daher wie auch die eigentliche Therapie nur privat zu liquidieren

Bis vor wenigen Jahren beschränkte sich die Pharmakotherapie der ED auf Substanzen, welche direkt in den Schwellkörper injiziert wurden. Aktuelle Therapieansätze beinhalten topische Maßnahmen (Nitroglycerin-Salbe, Minoxidil, Papaverin), die intraurethrale Alprostadilgabe (Medicated Urethral System for Erection), die Schwellkörperinjektionstherapie (SKAT) als älteste Säule der ED-Pharmakotherapie (mit >80% höchste Erfolgsrate aller verfügbaren ED-Behandlungsansätzen) sowie die von älteren Patienten bevorzugte Vakuumpumpe, deren Kosten durch die GKV übernommen werden. Als irreversible ultima ratio besteht die Penisprothesen-Implantation, deren Kosten (1500-6000 €) nur teils von der GKV getragen werden. Die größte Neuerung hat sich auf dem Feld der oralen Medikationsansätze getan: neben dem Pflanzenalkaloid Yohimbin sowie dem früher als Emetikum eingesetzten, zentral wirkendem Dopaminagonist Apomorphin, erfreuen sich seit 1998 die Phosphodiesterase-5-Hemmer wegen ihrer „einfachen Handhabung“ (Verzicht auf Diagnostik, einfacher Griff ins Praxis-Regal bei großer Probenpackungs-Flut seitens der Pharmaindustrie, natürlicher Erektionsablauf) größter Beliebtheit. Trotz einer ED-Wirksamkeit von 70% liegt aber ihre drop-out-Rate innerhalb von 1-2 Jahren bei 50% (enge zeitliche GV-Planung, Nebenwirkungen / Wirkunzufriedenheit, teure Preisgestaltung).

Zukunftsaussichten in der ED-Therapie bilden in der Entwicklung befindliche Substanzen zur penilen Perfusionsverbesserung (Guanylatzyklase-Aktivatoren, Rho-Kinase-Inhibitoren), deren Wirksamkeit den PDE-5-Hemmern überlegen sein soll, sowie Substanzen zur zentralen Erektionsinduktion (melanotropisches Peptid). Getherapeutisch wird am retroviralen/injizierbaren Gentransfer (Reproduktion erektionsbestimmender Ionen-Kanäle) sowie der Transplantation von mikrovasculären Endothelzellen in den Schwellkörper zur Verbesserung der Perfusion geforscht. Bei der menschlichen Gewebezüchtung gelang bereits die Reproduktion von Schwellkörpermuskulatur, die nach subkutaner Implantation bei Mäusen Schwellkörpermuskulatur mit entsprechenden Blutgefäßen bildeten und somit neue Möglichkeiten beim Ersatz von zerstörten menschlichen Schwellkörpergewebe bieten könnten.

Das wissenschaftliche Feld der erektilen Dysfunktion erscheint somit noch weit und mit vielen therapeutischen Möglichkeiten, doch an einem wird sich wohl kaum etwas ändern: über das kleine „urologische Problemchen“ wird man(n) auch weiterhin nicht gerne sprechen ...

Holger Böttger

QZ DMP Diabetes mellitus

1. Neue Formulare 2. Diabetes und Hypertonie

Ab dem 1.7.2004 gibt es neue Formulare für die Erst- und Folgedokumentation DMP Diabetes mellitus. Die Formulare sind im Umfang um ca. 1/3 reduziert, besser gegliedert und vor allem ist die Unterschrift des Patienten nicht mehr auf den Erst- und Folgedokumentationen nicht mehr erforderlich. Die alten Formulare werden von den Mitarbeitern der Geschäftsstelle der BKK MedPlus am 30.6.2004 gegen die neuen Formulare ausgetauscht. Ab dem 1.7.2004 sollen nur noch die neuen Formulare verwendet werden.

Die arterielle Hypertonie bei Diabetikern ist ein wesentlicher kardiovaskulärer Risikofaktor, der die Lebensprognose des Patienten erheblich einschränkt. Die Behandlung des Bluthochdruckes bei Diabetikern verbessert die Lebensprognose ebenso wie eine effektive Blutzuckersenkung (UKPDS-Studie). Diabetiker profitieren von einer Blutdrucksenkung mehr als Nicht-Diabetiker (HOT-Studie).

Diabetiker sind bezüglich der Therapieempfehlungen der Deutschen Liga zur Behandlung des Bluthochdruckes wie Patien-

ten zu behandeln, die bereits einen Herzinfarkt erlitten haben. Neben der üblichen Basisdiagnostik der arteriellen Hypertonie sollen die folgenden Untersuchungen zusätzlich erfolgen:

- Microalbumin-Messung
- Abdomen-Sonographie
- Funduskopie
- Vibrationsmessung
- Belastungs-EKG

Das Ausfüllen des „Gesundheitspass Diabetes DDG“ wird empfohlen zur Überwachung der regelmäßigen Folgediagnostik bei Diabetikern.

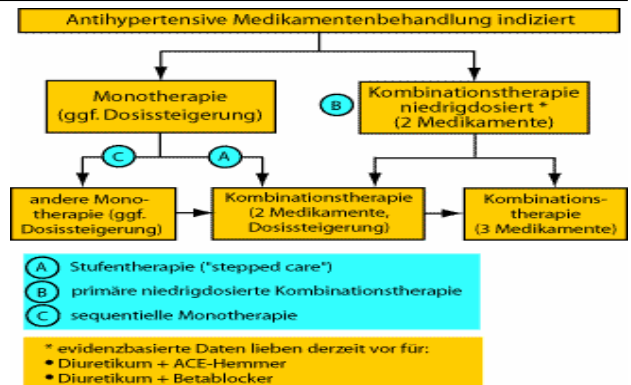
Die folgenden Blutdruck-Zielwerte sollen erreicht werden:

unter 135/85 mmHg (falls toleriert unter 130/80 mmHg)

besonders bei Micro-Albuminurie und manifester Nephropathie

Quelle: Leitlinien AWMF Hypertonie der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes 11/2003 und „European Diabetes Policy Group“ 1998

Die Absenkung des systolischen Blutdruckes bei Nephropathie von besonderer Wichtigkeit.



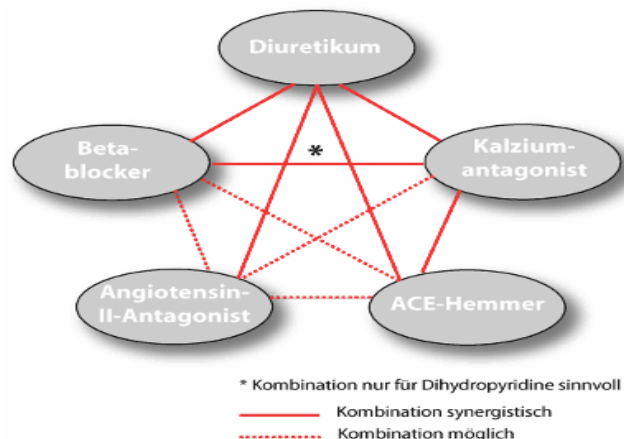
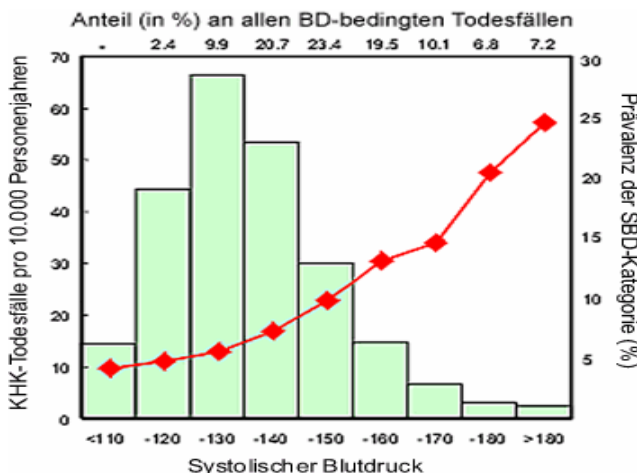
Die Nicht-medikamentöse Therapie beim Diabetes

- Gewichtsreduktion
- (hypokalorische Mischkost von 1000 kcal täglich + 3 Stunden Sport pro Woche verteilt auf mindestens 3 Tage
- Kochsalzrestriktion unter 6 g pro Tag
- Alkohol-Aufnahme auf weniger als 30 g pro Tag
- Nikotinkarenz
- Eiweiß-Restriktion auf unter 1 g pro Tag (Prävention der diabetischen Nephropathie)

Neu in der medikamentösen Therapie ist die niedrig dosierte Kombinationstherapie gleich zu Beginn der Behandlung, um Nebenwirkungen zu minimieren.

Die Medikamente können entsprechend der folgenden Darstellung miteinander kombiniert werden:

Thomas Sindern





QZ Gynäkologie

Der gynäkologische Abstrich

Eine Standortbeschreibung

Seit Einführung des gynäkologischen Exfoliationsabstriches zur Frühdiagnostik der cervikalen und intracervikalen Veränderungen d. Papanikolaou 1947 hat dieses Verfahren eine weltweite Verbreitung gefunden.

Die flächendeckende Einführung der Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen in der Bundesrepublik, wie der ehem. DDR Anfang der siebziger Jahre, ließ die Inzidenz für invasive, nicht mehr operable Cervixcarcinome auf seltene Raritäten schwinden.

Die Befundung des gynäkologischen Abstriches ergibt nicht nur die Dignitätsaussage (PAP I-V), sondern auch Hinweise auf Flora/Mikrobiologie, Virusaffektion, Zellulärer Proliferation und damit Hormonstatus.

Im Rahmen generalisierter Qualitätssicherungsmaßnahmen führte die Ärztekammer Niedersachsen Mitte der achtziger Jahre erst freiwillige, mit Anfang der neunziger Jahre verbindliche Prüfungen zur Erlangung/Erhaltung der entsprechenden Zulassung ein.

Der weitergehende Schritt der Feindifferenzierung ist der Hinweis auf High Grade HPV-Infekte, die eine erhöhte Inzidenz für das Auftreten von cervikalen Neoplasien darstellen.

Bei suspekter oder rezidivierend suspekter PAP-Klassifikation, entsprechendem morphologischen Virusverdacht oder nicht abheilendem Entzündungsbefund sollte die weitergehende Klärung erfolgen.

Die Bemühungen zum automatisierten Screening der Präparate zeigten immer wieder die in der Methode (Vorbereitung, Abnahme, Konservierung, Aufarbeitung) bedingten Probleme auf, die bis heute das geübte menschliche Auge noch nicht ersetzen konnten.

Eine entscheidene Erleichterung der Befundung wurde durch die Methoden der Dünnschichtzytologie („Autocyt“, „Thin-Prep“) erreicht. Hierbei werden die abgenommenen Zellen in eine Flüssiglösung in das Labor gebracht und erst dort unter standardisierten, „gewaschenen“ Bedingungen auf den Objektträger gebracht. Die Befundung ist so deutlich weniger durch Verschmutzungs- und Entzündungsartefakte überlagert.

Leider ein Verfahren was auf Grund der hohen Kosten nicht generalisiert angewendet werden kann (KEINE GKV-Erstattung), aber im Zweifel eine bessere zytologische Zuordnung zulässt.

Andreas Liedtke

BUCHBESPRECHUNG:

Braun,R.N., W.Fink, G.Kamenski: Angewandte Medizin und wissenschaftliche Grundlagen, Facultas Universitätsverlag, Wien 2004

Das Buch faßt im wesentlichen Etappen, Ergebnisse und Erkenntnisse des verdienstvollen Wirkens des Nestors der deutschen Allgemeinmedizin, Robert N. Braun erweitert durch neuere Untersuchungen zusammen.

Als ein roter Faden erhält die Diagnoseproblematik in der zutreffenden Zuordnung und Benennung allgemeiner zytologischer Beratungsergebnisse – Hörtung der Diagnose und Klassifizierung – einen herausragenden Stellenwert. Eine neue Ordnung Brauns betreffend die Beratungsergebnisse umfaßt nur vier Kategorien: 1. Symptom-Klassifizierungen, 2. Klassifizierungen von Symptomgruppen, 3. Klassifizierungen von Krankheitsbildern, 4. („hieb- und stichfeste“) Diagnosen. Nach dieser „Hörtung“ bedeutet Diagnose – nur 10% der allgemeinen zytologischen Beratungsergebnisse – ausschließlich die „berzeugende Zuordnung von Symptomen und anderen Krankheitszeichen zu einem wissenschaftlichen Krankheitsbegriff“.

Darüber hinaus werden weitere Resultate der von Braun begründeten berufs-theoretischen Praxisforschung zur Fundierung einer zweckdienlichen allgemeinen zytologischen Vorgehensweise, z.B. der weithin international eingeführte Begriff des Abwendbar geföhrlichen Verlaufs (ein offensichtlich bedrohliches Beschwerdebild, das sich bei rechtzeitigem Erkennen erfolgreich behandeln läßt), die Regelmäßigkeiten der Folleverteilerung (Folleverteilerungsgesetz) und das Erfordernis einer einheitlichen Benennung des „regelmäßig Höufigen“ in der Allgemeinpraxis (der Weg zur Kasographie) aufgezeigt und erläutert.

Die Bedeutung dieser Erkenntnisse wird durch eindrucksvolle Beispiele (z.B. Appen-dizitis-Problematik – Beispiel: „Die akute Gastritis“ – S.50ff) belegt und veranschaulicht.

Die Autoren weisen nicht nur auf Defizite und Diskrepanzen im vorherrschenden Medizinbetrieb hin, sondern regen zur aktiven Teilnahme bei der Bewältigung noch ungelöster Probleme an: Unerforscht ist die Höufigkeit der Krankheiten in Bezug auf ihr typisches, atypisches und uncharakteristisches Auftreten (S.125).

Ein informatives Praxisbuch, das in die Praxisbibliothek nicht nur eines jeden Allgemeinärztes gehört, nicht zuletzt deshalb, weil es Auskunft darüber gibt, was anspruchsvolle zytologische Praxisfähigkeit an der „ersten zytologischen Linie“ heute schon zu leisten vermag.

Paul Kokott

QZ Technische Diagnostik

Digitale Radiographie März 2004

Die rasante Entwicklung der Informationstechnologie und Daten-netzwerke hat zu einschneidenden Prozessänderungen in radiologischen Abteilungen geführt.

Die ersten Detektoren zur digitalen Projektionsradiographie basierten auf der Speicherfolientechnologie. Dieses Verfahren wird im Deutschen auch als digitale Lumineszenzradiographie (DLR), im Englischen oft als computed radiography (CR) bezeichnet.

Die Radiologische und Nuklearmedizinische Gemeinschaftspraxis Salzgitter führte Anfang des Jahres 2004 für die konventionelle Radiologie die Speicherfolienradiographie ein. Diese stellt aufgrund ihrer größeren Flexibilität bezüglich der Gerätekonfiguration, ihrer Einsatzmöglichkeiten sowie aufgrund der ökonomischen Gründen ein ernstzunehmendes Alternativverfahren zu den flat-panel-Detektoren dar.

Flat-panel-Detektoren: Flachdetektoren (auch Halbleiter-, Festkörper- oder flat-panel-Detektoren genannt) sind die Basis für ein direkt elektronisch auslesbares, digitales Radiographiesystem. Das Verfahren wird daher auch als Direktradiographie (DR) bezeichnet. Während bei Speicherfolien die Detektorfläche erst bei der Auslesung (analog-digital-Konversion) in einzelne Pixel aufgeteilt wird, ist die Detektorfläche der flat-panel-Detektoren primär in einzelne Pixel unterteilt. Aufnahmeelement ist entweder eine Fotodiode, die Fluoreszenzlicht misst, oder ein Kondensator, der elektronische Ladung misst. (Vergleiche dazu Abbildung Schema 1).

Leuchtschicht unseres Systemes: Barium FX: Europium 2+.

So wichtig die physikalischen Voraussetzungen des Detektors und des abbildenden Systems für die Bildqualität sind, so wichtig ist die Bildverarbeitung für den eigentlichen Bildeindruck und damit die diagnostische Qualität des Bildes. Multifrequenzfilterungen sind relativ komplexe Bildbearbeitungsverfahren, die eine Kontrastanhebung unter Berücksichtigung des Ausgangskontrastes und der Größe des betreffenden Objektes ermöglichen. Wir benutzen

MFP (multi objective frequency processing von Fuji). Durch geeignete Wahl der Filterparameter kann so eine Betonung von Strukturen mit niedrigem Kontrast (im Originalbild schwer erkennbar) und eine relative Unterdrückung von Strukturen mit hohem Kontrast (im Originalbild gut erkennbar) erreicht werden.

Die anschließende Dokumentation der digitalen Röntgenaufnahmen ist in vier Formen möglich:

Ausdruck auf Papier (gewöhnlicher Laserdruck, HP Laserjet 2100, bzw. bessere Qualität Xerox-Drucker DCCS 50).

Trockenlaserausdruck auf 3 Formaten, entweder 30 x 43, bzw. 26 x 36, bzw. 20 x 25 cm Größe (Fuji DRY PIX 7000).

Ausdruck auf gebrannte CD. Hierbei wird eine Betrachtungssoftware mitgeliefert.

Versand der Aufnahmen via E-Mail-Anhang.

Wie die zukünftige Darstellung der Befunde erfolgen soll kann nur in der kollegialen Diskussion miteinander erfolgen.

Indikationen zur nuklearmedizinischen Diagnostik Juni 2004

Hirn-Perfusions-SPECT:

Häufige Indikation:

Untersuchung von Patienten mit vermuteter Demenz (Differentialdiagnose: Parkinson, Alzheimer, cortico-basale Atrophie).

ferner praechirurgische Lokalisation epileptogener Foci

Erkennung und Bewertung cerebrovasculärer Erkrankungen

Die *Dopamin-Transport-Szintigraphie (DAT-Scan)* ist relativ kostenaufwendig, bis zu 900,- € für das Radiopharmakon und ist zum jetzigen Zeitpunkt als Kassenleistung nicht anerkannt.

Lungenperfusion bzw. Lungenventilation:

Der Nachweis, bzw. Ausschluß einer Lungenarterienembolie ist zwar die häufigste Indikation, wird jedoch durch die Spiral-CT verdrängt. Vorteile bieten sich beim Nachweis disseminierter, peripherer Lungenembolien.

Schilddrüsenszintigraphie:

Indikation:

zur Differenzierung einer Hyperthyreose, fokal oder disseminiert

zur Funktionsbeurteilung einer sonographischen Auffälligkeit, z.B. einer echoarmen Läsion



Richard Schulz

Beurteilung der SD-Morphologie (Größe, Form und Lage) bei Besonderheiten, z.B. Athyreose oder ektopen SD-Gewebe

zur Vorbereitung einer Radiojodtherapie und zur Therapiekontrolle nach Radiojodtherapie bei fokalen Autonomien

Bei anstehender OP ist eine relativ aktuelle Szintigraphie (1-2 Wochen) für den Operateur wünschenswert in Kombination mit einer Tracheazielaufnahme, ggf. Provokationstest der Trachea zum Nachweis einer Tracheomalazie.

Nebenschilddrüsenszintigraphie:

(Fortsetzung auf Seite 11)



QZ Technische Diagnostik

(Fortsetzung von Seite 10)

Indikation:

Nachweis von Nebenschilddrüsenadenomen vor Erstopoperation
vor Rezidiveingriffen oder bei persistierender Erkrankung
bei primärem Hyperparathyreoidismus

Entzündungsszintigraphie:

Indikation zur Darstellung entzündlicher Prozesse mittels in vivo Darstellung von Granulozyten.

Knochenmarksdarstellung

Nicht geeignet als allgemeine Focussuche bei Fieber unklarer Genese.

Skelettszintigraphie:

Indikation:

Morbus Sudeck (Algodystrophie), Osteomyelitiden, Arthritiden. Unklare Knochenschmerzen sowie die im oben genannten Protokoll der 3. Sitzung vom 28.11.2002 genannten Indikationen.

Aus organisationstechnischen Gründen ist bei der Anmeldung eines Knochenszintigramms anzugeben, ob ein 3-Phasen-Szintigraphie durchgeführt werden soll, da in der früh-arteriellen Phase auf die jeweilige interessierende Region fokussiert werden muss und somit ein anderer Organisationsablauf erfolgt, als bei allgemeiner Suche maligner oder benigner Knochentumore oder Metastasen.

Aktuelles aus der Radiologie:

Die Teilnehmer wurden auf einen Artikel der Landesärztekammer Thüringen aufmerksam gemacht: „Orientierungshilfe für die Überweisung zur Durchführung von bildgebenden Verfahren“.

Internetadresse: www.laek-thueringen.de / download/ Orientierungshilfe Radiologie.pdf.

Die deutsche Röntgengesellschaft erarbeitet derzeit Leitlinien, die die europäische Gemeinschaft von allen Mitgliedsstaaten angefordert hat und die voraussichtlich im Sommer ver-

öffentlicht werden.

Folgende **fünf Fragen** sollten bei der Indikation zu einer radiologischen Untersuchung gestellt werden:

Frage 1: Brauche ich diese Untersuchung?

Frage 2: Brauche ich diese Untersuchung schon wieder?

Frage 3: Ist die Untersuchung vielleicht bereits gemacht worden?

Frage 4: Haben wir genügend klinische Informationen, um die gestellten Fragen mit den richtigen Methoden beantworten zu können? Ist das Problem klar genug formuliert?

Frage 5: Ist die angeforderte Untersuchung tatsächlich die sinnvollste?

Fälle aus der Praxis für die Praxis September 2004

Zu Beginn des Qualitätszirkels wurde über die Wahrnehmung im Allgemeinen und Besonderen diskutiert. In diesem Zusammenhang ist die Röntgen-Vorlesung von W. Dihlmann: „Über den physiologischen Schwach-Sinn des diagnostischen Radiologen“ (gekürzte Fassung) lesenswert (RöFo Dezember 2001, Band 173, Seite M344-355).

Hierbei wurde über die selektive Wahrnehmung berichtet und darüber nachgedacht einen Vortrag zu diesem Thema über die Pharmafirma Lilly organisieren zu lassen.

Somit bleibt nach Oskar Wild zu bemerken, dass Erfahrung eine andere Bezeichnung für Fehler ist, die man im Laufe seines Lebens gemacht hat. Dies kann nur bedeuten, aus den Erfahrungen und Fehlern von Experten lernen zu wollen, bzw. zu können.

Fälle aus der Praxis für die Praxis

Normaldruckhydrocephalus

Definition: Beim Normaldruckhydrocephalus handelt es sich um einen kommunizierenden Hydrocephalus, der definiert ist durch einen normalen intracraniellen Druck begleitend von Drucksitzen, die einige Minuten dauern können. Die Diagnose kann durch intracranielle epidurale Druckmessung gesichert werden, wobei sich typische plateauförmige Wellen als Ausdruck einer minutenlangen Druckerhöhung zeigen.

Klinik: Die Klinik ist charakterisiert durch die Trias Gangstörung, Demenz und Harninkontinenz.

MRT-Bildgebung: Es findet sich eine Erweiterung der inneren Liquorräume, insbesondere der beiden Seitenventrikel, so dass ein Missverhältnis zwischen der Weite der inneren und äußeren Liquorräume imponiert. Typisch sind Befunde im Sinne eines Liquorübertrittes an den Vorder- und Hinterhörnern der Seitenventrikel, weniger ausgeprägt auch im Verlauf der Cella mediae.

Anmerkung: In dem vorgestellten Fall war die neurologische Klinik des Patienten lediglich eine Gangstörung, wobei in dem zitierten Kollektiv von Normaldruckhydrocephaluspatienten lediglich 11 % ausschließlich Gangstörungen hatten.

Differentialdiagnosen von intracraniellen Herdbildungen

Mögliche Differentialdiagnosen zur multiplen Sklerose:

vasculäre Entmarkungsherde

subcorticale, arteriosklerotische Encephalopathie (SAE)

Vitamin B12-Mangel

malignes Lymphom (infiltrative Form)

Virusencephalitis

parainfektöse Encephalitis (ADEM=akute, disseminierte Encephalomyelitis)

progressive, multifokale Leukencephalopathie (PML)

(Fortsetzung auf Seite 12)



QZ Technische Diagnostik / Buchbesprechung

(Fortsetzung von Seite 11)

Leukodystrophie

Normaldruckhydrocephalus

erweiterte Virchow-Robin-Räume

Die Differentialdiagnose zwischen der multiplen Sklerose und der vasculären Entmarkung, bzw. subcorticalen, arteriosklerotischen Encephalopathie kann im Einzelfall schwierig sein, besonders wenn es sich um ältere Patienten handelt. Für die multiple Sklerose typisch sind der periventriculäre Befall gegenüber dem mehr paraventriculären bei der vasculären Erkrankung, die deutliche Größenabnahme der Herde von innen nach außen sowie das häufige Vorkommen von infratentoriellen Herden bei der multiplen Sklerose, wobei diese Herde auch größer sind, als bei der subcorticalen arteriosklerotischen Encephalopathie.

Darüber hinaus sind diffuse Veränderungen in der grauen Substanz periventriculär, insbesondere in Höhe des Aqueducts für die MS typisch, dagegen untypisch für die vasculären Entmarkungserkrankungen.

Virusencephalitiden, bzw. parainfektiose Form der Encephalitis (ADEM) gehen nicht selten mit einem schweren klinischen Verlauf einher, sind als monophasische Erkrankung einzuordnen, damit mit überwiegend vollständiger Restitution.

Maligne Lymphome können eine ausgedehnte periventriculäre Infiltration aufweisen, so dass sie einer chronischen, langjährigen MS ähneln können. Hier hilft insbesondere das klinische Bild weiter, als diese Patienten zuvor beschwerdefrei gewesen sind. Darüber hinaus ist das maligne Lymphom eher eine Erkrankung der höheren Altersgruppen.

Patienten mit einem Normaldruckhydrocephalus sind in der Regel auch in den höheren Altersgruppen zu finden, es sei denn es handelt sich um posttraumatische Formen, die in jeder Altersgruppe auftreten können. Die bandförmigen, sehr glatt begrenzten Signalintensitätsanhebungen beim Normaldruckhydrocephalus sind bei der MS in dieser Form eher nicht zu erwarten, hier handelt es sich um etwas irre-

gulär, polycyclisch begrenzte Signalanhebungen, wobei immer auch zusätzlich umschriebene, herdförmige, kleinfleckige Signalveränderungen zu erwarten sind.

Literatur: MRT und MRA des Kopfes, Detlev Uhlenbrock, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart

Plexus lumbosacralis

Ursprünge und Äste

Bei der Beschreibung der Innervation der unteren Extremität muss man sich vergegenwärtigen, dass der Plexus lumbosacralis aus den Rami anterioris des 1. Lumbal- bis 3. Sacralnerven (L1 bis S1) gebildet wird, wobei er in der Regel Zuschuss aus dem 12. thoracalen Spinalnerven (Thoracal 12) erhält. Sein lumbaler Anteil entspringt aus den cranialen lumbalen Spinalnerven und entlässt die Nervi ilio hypogastricus, ilio inguinalis, genito femoralis, cutaneus femoris lateralis, obturatorius, obturatorius accessorius und femoralis.

Frage: Kann eine Ovarialcyste ein L3-Syndrom verursachen?

Nervus obturatorius

Der Nervus obturatorius bildet sich aus den vorderen Ästen der Rami anterioris des 2., 3. und 4. Lumbalnerven, wobei der Zuschuss aus dem 2. am kleinsten ist und mitunter ganz fehlt. Diese Wurzeln vereinigen sich im hinteren Anteil des Musc. psoas major zum Hauptstamm des Nerven, der nach Durchsetzung des Muskel an dessen medialen Rand gegenüber dem oberen Ende des Sacroiliacalgelenkes hervortritt. Über die Darmbeinschaukel und den Beckenrand nach außen und unten ziehend gelangt er in das kleine Becken, wo er lateral des Ureters und der Vasa iliaca interna zu liegen kommt. Danach wendet er sich nach vorne unten, macht die Krümmung der Beckenseitenwand mit und kommt vor den Obturatorgefäßen und auf den Musc. obturatorius internus liegend in den Kanal am oberen Ende des Foramen obturatorium.

Antwort:

Da die Ovarialcyste in unmittelbarer topographischer Lage der Vasa iliaca interna liegt, bzw. lateral des Ureters, wäre eine Irritation des Nervus obturatorius anatomisch radiologisch möglich.

Richard Schulz

BUCH- BESPRECHUNG:

Säuglingsernährung

von Christina Frank, Herausgeber: Hubertus von Voss, 1. Auflage, 157 Seiten, 12,50 EUR, Verlag Kirchheim, Mainz 2004

Das handliche Kitteltaschenbuch klärt nicht nur über den hohen Stellenwert der richtigen Säuglingsernährung auf, sondern vermittelt umfassende konkrete Informationen für die Praxis der Säuglingsernährung. Es gliedert sich in die zwei Teile: Teil I – Ernährung des gesunden Säuglings und Teil II – Besondere Ernährungs-Situationen. Ausgehend von einer Einführung zu Wachstum, Entwicklung und Nährstoffbedarf wird im ersten Teil auf die Bedeutung der Muttermilch und ihrer Nährstoffzusammensetzung eingegangen, anschließend die physiologischen Grundlagen der Ernährung in den ersten Lebenstagen erläutert und Richtlinien und Empfehlungen für die Flaschennahrung dargestellt. Die alimentäre Allergieprävention mit Empfehlungen zur Ernährung im zweiten Lebenshalbjahr wird ebenso wie die Problematik der Entwicklung der Darmflora unter dem Gesichtspunkt des möglichen Nutzens des Einsatzes von Pre- und Probiotika und die Einflussfaktoren für die Entwicklung der Adipositas im Kindesalter besprochen und abgehandelt. Im zweiten Teil erfährt der Nutzer etwas über leichte ernährungsabhängige Beschwerden, die Frühgeborenenernährung und Essstörungen im Säuglings- und Kleinkindesalter. Abgerundet werden die durch herausgehobene Merkblöcke und hilfreiche Übersichtstabellen sehr anschaulichen Ausführungen durch u.a. Perzentilkurven (Körpermaße und Wachstumskurven von 0-3 Jahren) und Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr laut DACH-Empfehlungen im Anhang. Ein Buch, das fundierte Grundkenntnisse vermittelt und sich als unentbehrlicher Ratgeber für die Säuglings-Ernährung präsentiert.

Paul Kokott

Von den „kleinen“ Fächern

Altersabhängige Makuladegeneration (AMD)

Neue Ansätze bei der Behandlung der senilen Makulopathie. Ist die Erblindung bei der Makulopathie vermeidbar?

Die altersabhängige Makuladegeneration ist eine Augenerkrankung, die durch zunehmende Beeinträchtigung des zentralen Sehens gekennzeichnet ist und gehört zur häufigsten Ursache



der Erblindung bei älteren Patienten. Erste **Symptome** zeigen sich meist beim Lesen. Dort wo der Patient gerade fixieren möchte, treten Verzerrungen auf, später fehlen einzelne Buchstaben. Im Endstadium kann der Betroffene keine Gesichtszüge mehr erkennen.

Die genaue Ursache der Erkrankung ist noch nicht geklärt. Neue wissen-

schaftliche Ergebnisse belegen, dass die Umwandlung von Lichtreizen in den Photorezeptoren einen photochemischen Prozess darstellt, dessen Abfallprodukte von der Pigmentepithelschicht der Netzhaut (RPE) entsorgt werden müssen. Im höheren Lebensalter nimmt die Leistungsfähigkeit hier ab. Die Folge sind in der Frühphase Anhäufungen von Stoffwechselprodukten in Form von Drusen im Bereich der Makula. Im späteren Verlauf kommt es zu einem Verlust der Sehschärfe. Es werden zwei Verlaufsformen unterschieden:

Die **trockene** (nichtexsudative) und häufigere Form, bei der es zu einer langsam fortschreitenden Atrophie des Pigmentepithels kommt

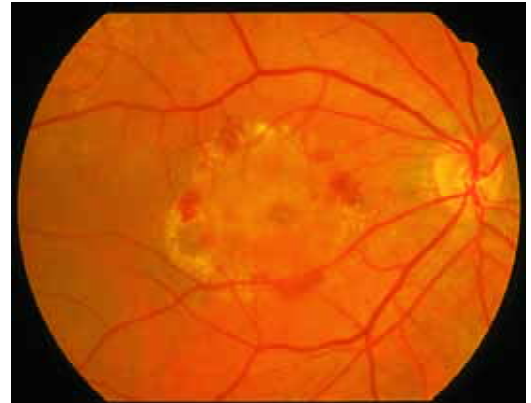
Die **feuchte** (exsudative) Form, bei der es meist rasch zu Gefäßneubildungen der Aderhaut, Pigmentepithelabhebungen und spezifischen Narbenbildungen im Bereich der Makula kommt

Diese Gefäßmembranen können entweder unter dem RPE liegen und deswegen bei der Funduskopie oder Fluoreszenzangiographie (FAG) kaum darstellbar sein oder über dem RPE liegen und deshalb direkt sichtbar und bei der FAG sehr gut beurteilbar sein. Im ersten Fall wird die Gefäßmembran als occult, im zweiten als klassisch bezeichnet. Am häufigsten treten jedoch Mischformen beider Membrantypen auf.

Risikofaktoren sind, abgesehen vom Alter, weibliches Geschlecht, blond, Rauchen, ein erhöhter Cholesterinspiegel, hohe Lichtexposition, geringe Serumkonzentration an Carotinoiden und eine positive Familienanamnese.

Die **Diagnose** kann durch den Augenarzt mittels Spiegelung des Augenhintergrundes, Visuskontrolle und Amslernetztest gestellt werden. Zur Differenzierung der AMD ist eine Fluoreszenzangiografie notwendig. Mit dieser Untersuchung kann man Veränderungen frühzei-

tig erkennen und damit rechtzeitig Gegenmaßnahmen ergreifen.



feuchte Makuladegeneration

Trotz vieler neuer **Therapieansätze**, u. a. mittels VGF-Inhibitoren und intensiver Forschung ist eine Heilung zur Zeit nicht möglich. In einigen Fällen der trockenen AMD kann durch die Gabe von Antioxidantien und Carotinoiden (Lutein) die Progression aufgehalten werden. Die prophylaktische Laserkoagulation der weichen Drusen ist ein Versuch das Fortschreiten der Makulopathie zu verhindern, zeigt jedoch langfristig keine sicher nachweisbare Wirkung.

Die bisher einzige erfolgreiche Therapie stützt sich auf die **Photodynamischen Therapie (PDT)**. Sie kann in bestimmten Fällen der feuchten Form der AMD das Voranschreiten der Erkrankung verhindern. Diese spezielle nichtthermische Laserbehandlung erlaubt die selektive Behandlung von neugebildeten Gefäßen unterhalb des Pigmentepithels ohne jedoch Kollateralschäden der herkömmlichen Lasertherapie hervorzurufen. Bei der PDT wird zunächst Verteporfin, ein Porfinderivat, intravenös appliziert. Es wird in besonders hoher Konzentration in den Gefäßneubildungen angereichert. Durch die anschließende Bestrahlung wird ein selektiver Verschluss dieser wuchernden Gefäßmembranen unter Schonung des umgebenden Gewebes bewirkt.

Ausschlaggebend für den **Therapieerfolg** ist der rechtzeitige Behandlungsbeginn, da einmal entstandene Netzhautschäden irreversibel sind. Patienten mit positiver Familienanamnese sind daher besonders auf die Risikofaktoren hinzuweisen.



trockene Makuladegeneration

Heinrich Holak

QZ Pädiatrie

Kinder- und Jugendmedizin

Thema : Neuregelung der Frühförderung ab August 2004

Ab August soll bezüglich der Frühförderung von Kindern, die in ihrer Entwicklung gefährdet sind, eine ergänzende Rechtsverordnung zum SGB IX in Kraft treten. Der Gesetzestext selber ist unscharf und mehrdeutig, so dass die Niedergelassenen Kinderärzte, die Ärzte der Kinderklinik und die Ärzte vom Gesundheitsamt der Stadt Salzgitter gemeinsam über die Neuregelungen diskutiert haben.

Der Kernpunkt ist, dass Frühförderung in Zukunft als Komplexleistung erbracht wird. Bisher gab es eine Trennung in sozialpädagogische Leistungen, die vom Sozialamt getragen wurden, und medizinische Leistungen (zum Beispiel Krankengymnastik), deren Kosten mit den Krankenkassen abgerechnet wurden.

Wie bekommt ein Kind Frühförderung ?

Wenn ein Kind in seiner Entwicklung als auffällig erkannt wird, zum Beispiel bei der Vorsorge-Untersuchung, wird es vom behandelnden Arzt zum Gesundheitsamt oder zu Dr. Leben (Neuropädiater der Kinderklinik Salzgitter) geschickt.

Die Eltern haben auch die Möglichkeit, sich selber dorthin zu wenden.

Von Frau Dipl. med. Hulewicz (Gesundheitsamt) oder von Dr. Leben wird ein neuropädiatisches Gutachten über das Kind im Auftrag des Sozialamtes erstellt.

Die Kosten für das Gutachten tragen die Krankenkassen.

Vom Therapeuten-Team wird ein individueller Förderplan für das Kind erstellt

Die Frühförderung läuft als Komplexleistung .

Was hat diese Komplexleistung für Konsequenzen ?

Es wird vom behandelnden Arzt

nicht mehr jede Heilmittelbehandlung für das Kind extra verordnet, zum Beispiel Bobath-Gymnastik oder Sprachtherapie. Die Abstimmung der einzelnen Fördermaßnahmen erfolgt dann im Rahmen der Komplexleistung.

Es gibt noch viele offene Fragen, zum Beispiel über die Intervalle, in denen eine Neuüberprüfung der Therapieindikation erfolgen soll.

Möglicherweise wird bei auftretenden Problemen dieses Thema nochmals im Qualitätszirkel der Kinderärzte diskutiert werden müssen.



Ulrike Bosse

Thema: Diagnostik und Therapie von Harnwegsinfektionen im Kindesalter,

wobei die „state-of-the-art“-Empfehlungen der Literatur mit dem Vorgehen in der Praxis abgeglichen wurden.

Die Ergebnisse unserer Diskussion werden nachfolgend dargestellt:

1. Urindiagnostik

vor der Uringewinnung ist die Inspektion und Reinigung des Genitale erforderlich

für geübte Untersucher ist die mikroskopische Urindiagnostik (Zählkammer) dem Uristix überlegen

vor Beginn einer Antibiotikatherapie soll eine Urinkultur angelegt werden, und zwar sofort nach Uringewinnung, um eine Verfälschung der Kultur zu vermeiden

die Antibiotikatherapie wird nach Erhalt der Urinkultur gegebenenfalls korrigiert

bei wiederholten Mischkulturen mit pathogenen Keimen und Leukozyturie ist eine Blasenpunktion oder ein Katheterurin erforderlich

2. Antibiotikatherapie

eine intravenöse Antibiotikatherapie unter stationären Bedingungen ist prinzipiell bei Säuglingen < 3 Monaten erforderlich, bei älteren Kindern bei schwerer klinischer Symptomatik

die orale Antibiose bei Säuglingen > 3 Monaten erfolgt mit Cephalosporinen (cave Cephalosporinresistenz bei Enterokokken!), bei älteren Kindern mit Sulfamerazin / Trimethoprim

bei Kindern mit vesico-ureteralen Reflux ist eine Reinfektionsprophylaxe erforderlich

3. Bildgebende Diagnostik

bereits beim ersten Harnwegsinfekt wird eine Sonografie der Nieren und ableitenden Harnwege empfohlen, um Harntraktfehlbildungen und Abflussbehinderungen auszuschließen

wünschenswert ist es, bereits nach dem ersten Harnwegsinfekt ein MCU durchzuführen, um einen vesico-ureteralen Reflux auszuschließen

Ulrike Bosse



QZ Pädiatrie

Protokoll QZ 12.02.2004

Vorstellung Frau **Dr. Claudia Gorny**, FÄ f. HNO in Lebenstedt

Hörscreening Neugeborener in Entbindungseinrichtungen in SZ mittels OAE, bei auffälligen Befunden Kontrolle in Ambulanz der Kinderklinik über Schw. Anna Tel. 835-1346 anzu-melden, falls erneut auffällig, BERA in der Ambulanz. Bei path. Ausfall der BERA Überweisung an HNO-Arzt

Veränderungen in der Kinderklinik:

3.1. Frau Fucke (Psychologin) wechselt nach Wolfshagen, Wiederbe-setzung der Stelle erwünscht aber unsi-cher aus Spargründen des Klinikum

1.2. **Kinderambulanz über 835-1346 Schw. Anna** vermittelt Termine ganztags für Bili (Transcutane Mes-sung), Jontophorese, Risikoambulanz, EEG, EKG etc.

1.3. **Schlaflabor** der Kinderklinik ist arbeitsfähig. Es kann zur Polysom-nographie eingewiesen werden (Ausschluss Schlafapnoe bei sehr schnarchenden Kindern und SIDS-Risiko)

1.4. **Frau Bettinger** ist neue Aus-bildungsassistentin und besetzt die Stelle von Frau Overbeck-Duve

1.5. **Herr Enders** ist im Aus-tausch mit Frau Würtenberger aus städt. Krhs. Hildesheim zur Weiterbil-dung Neonatologie für ein Jahr befris-tet an der Klinik.

Dr. Leben: **Virusencephalitis** (ohne Erregernachweis) eines Knaben, der unter Vd. auf Mumpsencephalitis ein-gewiesen wurde. Verlaufsdarstellung mit klinischen und Labor-, EEG- sowie neurologischen Befunden. Falldarstel-lung und Differentialdiagnostik sowie therapeutische Möglichkeiten werden diskutiert

Dr. Nau: Säugling mit **Trigonocephalus**, Übersicht über Diagnostik, OP-Indikation und Diff.-Diagnostik der **Craniosynostosen** wird gegeben. Die

Fehlbeurteilung eines Rö-Schädelbefundes einer Patientin mit einer prominenten Crista frontalis (physiologisch) als Craniosynostose mit Empfehlung zu jährlicher Röntgenkontrolle wurde gegenüber gestellt und kritisch diskutiert

Dr. Enders: **Varicellenkomplikation**, Pat. mit schwerer **Pneumonie** und hochgradigem **Pleuraempyem** wäh-rend florider Varicelleninfektion: nach anfänglicher Besserung durch Drainage und antibiotische Therapie und er-neuter Verschlechterung mit Verle-gung zur eventuell thoraxchirurgischen Intervention. Ausführliche Diskussion des Krankheitsverlaufs an Hand von Erregernachweis, Labor- und Röntgen-befunden und, Übersicht über Komplika-tionen der Varicellen, Ausblick auf die epidemiologische Situation der Varicellen durch Veränderungen wie Einzelkindfamilie, Ansteckungsangst in Kindereinrichtungen, bevorstehende Impfprophylaxe mit der Gefahr der Verschleppung in höheres Lebensalter und damit eventueller Vermehrung von Komplikationen

Kristaline Cholesterin-Embolie

Wir haben über die Wertigkeit und Bedeutung der kristallinen Cholesterin-Embolie nach Katheter-Interventionen und hier insbesondere nach Herzkatheter-Untersuchungen diskutiert.

Die Auswirkungen der interventionsbe-dingten Komplikation einer Cholesterin-Embolie betreffen vorzugsweise Darm-, Nieren- und die peripheren Extremitätengefäße, die dann klinisch

als pAVK imponieren. Ebenfalls be-troffen sein können Haut, Muskulatur und die Retina. Die Embolisation in die Niere kann zu einem akuten ischämischen Nierenversagen führen. Akute renovaskuläre Schädigungen als Folge einer Cholesterin-Embolie werden häufig (Wahrnehmungsdefizit) zu spät diagnostiziert oder übersehen. Eine von uns in Vorbereitung unseres Treffen durchgeführte umfangreiche Recherche erbrachte eine Fülle von Einzeldarstellungen, eine zusammenfassende Über-sicht zu dieser wichtigen Problematik konnten wir nicht evaluieren. Das ist umso erstaunlicher, da Herzkatheter-

Untersuchungen bereits langjährig in unserem Lande etabliert sind. Die the-rapeutischen Konsequenzen richten sich nach dem jeweiligen Organbefall. Insgesamt sind die therapeutischen Optionen unbefriedigend. Im Falle einer Cholesterin-Embolie-bedingten pAVK wird die drastische medikamen-töse Absenkung der Cholesterinwerte empfohlen, ansonsten nach den allge-mein ausgeübten und anerkannten Be-handlungsgrundsätzen einer pAVK verfahren.

Paul Kokott

Table 2. Digestive System Manifestations of CCE

Patient	Organ Involved	Abd Pain	Diarrhea	GIB	Fever	Elevated Amylase	Elevated Liver Enzymes	Gastroscopy Findings	Colonoscopy Findings	Imaging Studies Findings	Therapeutic Intervention
1	Left colon to rectum	+	+	No	+	NA	No	NA	Ischemic mucosa	Dilated large bowel	Emergency proctocolectomy
2	Stomach, sigmoid colon, liver	+	+	+	+	NA	Aminotransferases	Mucosal erosions	Discrete mucosal ulcers	Dilated large bowel	Emergency sigmoidectomy
3	Small bowel—suspected	No	+	No	No	NA	No	Normal	Normal	Normal	Supportive
4	Ascending colon to rectum, liver	+	+	No	+	NA	Aminotransferases	NA	Focal bowel necrosis	Dilated bowel with thickened wall	Supportive
5	Pancreas, stomach, bowel—suspected	+	+	+	No	+	No	Fresh blood	NA	Pancreatic pseudocyst	Supportive

Abd = abdominal; GIB = gastrointestinal bleeding; NA = not available.

QZ Klinik -Niedergelassene / Schmerztherapie

QZ Klinik - Niedergelassene SZ-Bad

Akut-Therapie und Invasive Diagnostik der koronaren Herzerkrankung

Diskutiert wurde die Pathogenese der koronaren Herzkrankheit, was für viele Teilnehmer eine willkommene Wissensauffrischung war.

Im Akutfall sollte schon „vor Ort“ ASS (i.v.), Plavix (Clopidrogel 300 mg), Nitrospray (i.v.Gabe kaum zu realisieren), O₂-Gabe und bei Bedarf Morphin gegeben werden.

Im Lauf der Diskussion wurde noch einmal deutlich gemacht, dass mit ASS und Plavix (Clopidrogel) lediglich eine maximal 25%ige Blockade der Thrombozytenfunktion gewährleistet ist, dagegen mit GP2b,3a-Blockern (AGGRASTAT) bis zu 100%! Weiterhin findet man bis zu 20 % Non-Responder beim ASS!

Wenn zusätzlich Heparin gegeben wird, dann sollte unfractioniertes Heparin im Bolus (5000 IE) intravenös gegeben werden.

Die betroffenen Patienten profitieren von einer intravenösen Betablockergabe, zusätzlich sollte (wenn möglich) ein ACE-Hemmer oral appliziert werden.

Zur Diagnostik des Myokardinfarktes wurde dringend zu einer zweimaligen Troponinbestimmung im Abstand von 12 Stunden aus rechtlichen Gründen geraten (eine einmalige Bestimmung ist unzureichend).

Eine Lyse sollte nur bei eindeutigen Symptomen, kombiniert mit eindeutigen EKG-Veränderungen durchgeführt werden. Eine möglichst frühzeitige invasive Diagnostik sollte ansonsten eingeleitet werden.

Die Lyse im Notarztwagen wurde zum Teil kontrovers diskutiert. Diese ist indiziert, wenn bei vorhandenen eindeutigen Infarktssymptomen, der Transport in die Klinik einen Zeitverlust darstellt, de facto eine Lyse vor der drohenden Reanimation!

Insgesamt zeigte bisher in Studien die PTCA bessere Ergebnisse als die Lysebehandlung, auch in Bezug auf die Nebenwirkungen profitieren die Patienten von der PTCA.

Weiterhin wurde über das zukünftige Notarztsystem in Salzburg diskutiert. Die Notwendigkeit eines Kardio-Einsatzwagens mit Notarztbesetzung ist dringend erforderlich. Dieser soll die Transporte zu den Herzzentren gewährleisten.

Bernd Bosse



Bernd Bosse

QZ Schmerztherapie

Thema: "Fußschmerz"

Folgende Ursachen für das Symptom Fußschmerz wurden diskutiert:

internistische Ursachen:

periphere arterielle Durchblutungsstörungen (einschl. Embolie).

sehr selten venöse Durchblutungsstörungen

diabetischer Fuß

Gicht

Stoffwechselstörungen (z.B. Rachitis, selten!)

Rheumatoidarthritis und andere Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis

Osteoporose (an diese Ursache wird häufig zu selten gedacht Schmerzen im Rahmen einer reaktiven Arthritis (Yersinien)

chirurgische Ursachen:

Frakturen

lokale Infektionen (auf Mykosen ach-

ten !)

eingewachsene Zehennägel (Unguis incarnatus)

orthopädische Ursachen:

jegliche Veränderungen im Fußgewölbe

(Pes excavatus, P.transversoplanus, Talus verticalis...)

Hallux valgus, Hammerzehen, Krallenzehen etc.

HAGLUND-Exostose (u. andere Exostosen)

Fersensporn

Bursitis (Z.B. Bursitis retrocalcanei)

Aseptische Knochennekrosen

(Os naviculare pedis-KÖHLER 1, Calcaneusapophyse-HAGLUND)

Arthrosen

Chondromalazie

Ganglien

Hühnerauge (Clavus)

neurologische Ursachen:

Polyneuropathien (diabetisch, alkoholisch)

Multiple Sklerose

Restless legs-Syndrom

Tarsaltunnelsyndrom (N.tibialis posterior)

MORTONSche Neuralgie (Neurom d.N.plantaris medialis)

Schmerzen im Zusammenhang mit Nervenläsionen

Weiterhin diskutierten wir therapeutische Maßnahmen und Methoden.

Schwerpunkt waren die Injektionstherapie, Stoßwellentherapie beim Fersensporn, die Akupunktur und die operative Therapie (Erläuterung b. Hallux valgus und der MORTON-

Neuralgie)

Ein weiterer wichtiger Punkt war das Procedere beim Ausstellen eines Rezeptes zur Verordnung von Einlagen (z.T. computergestützte Auswertung im Orthopädietechnikbereich möglich), was besonders für die Nicht-Orthopäden interessant war.

Bernd Bosse

Verschiedenes

BUCH BESPRECHUNGEN

Bunte Küche für Dialysepatienten

Von Huberta Eder, 2. Auflage, 197 Seiten, 23,00 EUR, Verlag Kirchheim, Mainz 2003

Der bewährte Ratgeber für eine an die Krankheit adaptierte richtige Ernährung für Dialysepatienten liegt nunmehr in der aktuellen zweiten Auflage vor.

Unter Berücksichtigung der wichtigsten Ernährungsziele mit der ausreichenden Zufuhr von Kalorien und Eiweiß, aber auch der eingeschränkten Zufuhr von Kalium, Phosphat, Kochsalz und Flüssigkeit werden vielfältige Koch- und Backrezepte durch farbenfrohe Aquarelle aufgelockert und mit herausgehobenen Merkmästen für die Zutaten versehen anschaulich und übersichtlich dargestellt.

Dem Rezeptteil vorangestellt wird ein Kapitel über allgemeine Grundlagen zur Küchenpraxis und Ernährung. Hier findet sich auch die Fortführung des unkomplizierten Punktesystems zur Regulation der täglichen Kaliumzufuhr und der täglichen Phosphataufnahme. Für Hämodialysepatienten liegt die empfohlene Kaliumaufnahme im Allgemeinen bei 1900-2000 mg pro Tag (=26 Kaliumpunkte) und da Phosphat sich nur unzureichend über die Niere entfernen lässt, sollte die Phosphataufnahme eine Menge von 1200 mg Phosphor pro Tag (=24 Phosphatpunkte) nicht überschreiten. Ein Kaliumpunkt entspricht 75 mg Kalium; ein Phosphatpunkt entspricht 50 mg Phosphor (aus Phosphat umgerechnet). Den Gebrauchsnutzen der Rezepturen erhöhen hilfreiche praktische Tipps, die Hinweise auf sinnvolle Ergänzungen und Abwandlungsmöglichkeiten vermitteln.

Damit ist für die Fantasie und eine abwechslungsreiche, genussvolle Küche gesorgt, die entscheidend zur Erfüllung individueller Essenswünsche und somit zur Lebensqualität beiträgt.

Lauber, Hans: Fit wie ein Diabetiker. Messen! Essen! Laufen! 2. Auflage, 152 Seiten 14,50 Euro, Verlag Kirchheim, Mainz 2004

Vor dem Hintergrund des weiteren Anstiegs der Prävalenz und Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 in der deutschen Bevölkerung gewinnt das Erfordernis der Lebensstiländerung, insbesondere die Reduktion des Körpergewichts, die Steigerung der körperlichen Aktivität und die Ernährungsumstellung (Fettmodifikation), eine zunehmende Bedeutung und einen aktuellen Stellenwert für die Primär- und Sekundärprävention des Diabetes mellitus.

In der Neuauflage seines Buches — der Autor hat das Buch komplett überarbeitet, aktualisiert und ergänzt („DMPs fördern Patienten statt Aktiven“, „Präventiv-Stiftung Lifestyle-Diabetes“) — vermittelt Hans Lauber die persönlichen Erfahrungen bei der Umstellung seiner Lebensgewohnheiten und seines veränderten Lebensstils mit der von ihm entwickelten Lauber-Methode Messen, Essen und Laufen. Er fasst seine Grundeinstellung so zusammen: „Natürlich ist Typ-2-Diabetes eine Krankheit. Aber eine Krankheit mit einer Chance zur ganzheitlichen Gesundheit, als Chance für ein aktives Leben, das sogar gesünder als die „Gesunden“ macht; Stichwort „Fit wie ein Diabetiker.““

Vom Grundprinzip „Messen I Essen I Laufen I“ ausgehend wird der Weg: 2:1 - Zwei Drittel des Typ-2-Diabetes bekämpfen Sie durch richtiges Essen, ein Drittel durch Laufen - anhand konkreter Hinweise und praktischer Tipps in Schrittfolgen erläutert. Hervorgehoben beleuchten sieben Todsünden den unverzichtbaren Abschied vom 7süßen Leben und zehn Regeln, um schlank zu werden und zu bleiben; die Krankheit Diabetes mellitus wieder in das zu verwandeln, was sie zu sein hat, nämlich eine Disposition mittels der Erfahrungsgrundsätze des „to do’s.“

Ein spannend geschriebenes und informatives Buch von hohem Gebrauchsnutzen nicht nur für jeden vom Typ-2-Diabetes Betroffenen.

Paul Kokott

Selbstbewusst mit Diabetes Motivation, Selbstvertrauen, Kraftquellen

von Rainer Paust und Heiner Elebracht, 2. Auflage, 125 Seiten, 12,50 EUR, Verlag Kirchheim, Mainz 2004

Diabetes fördert Selbsterfahrung! Durch Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis lässt sich eine positive innere Einstellung zum Diabetes und zu sich selbst entwickeln. Erst wenn persönliche Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle und Stimmungen nicht mehr ständig miteinander konkurrieren, stellt sich allmählich eine innere Beruhigung ein. Der erste Schritt dabei ist, sich seine Gefühle, auch die widersprüchlichen, offen und ehrlich einzugestehen und sie anzuerkennen. Um den Diabetes und seine Auswirkungen im Alltag zu bewältigen, braucht jeder Diabetiker genügend Informationen über die eigene Behandlung. Verzichten Sie darauf, perfekt sein zu wollen. Klar ist aber auch (geworden), dass Sie in etwas sehr Wichtigem durch den Diabetes nicht eingeschränkt sind, nämlich in Ihrer Entscheidungsfreiheit. Wenn Sie sich selbst achten, übernehmen Sie die Verantwortung für Ihr Tun, Ihre Gedanken und Ihre Gefühle. Diese und zahlreiche weitere Anregungen, Empfehlungen und Hinweise lassen das in kurz und prägnant strukturierte, verständliche Kapitel, - z.B. Die zwei großen Irrtümer über die Insulinspritze; Ja und nein sagen können ist lernbar; Vier Schritte auf dem Weg zur Veränderung - , gegliederte Buch zum Leseerlebnis werden. Der hohe Gebrauchsnutzen wird durch vielfältige Erfahrungsberichte Betroffener noch unterstrichen. Übersichten (z.B. Persönlicher Gesundheits-Check, Schulungs-Check) und herausgehobene zusammenfassende Merksätze dienen der unkomplizierten Abstimmung der dargebotenen Informationen auf die eigene, selbst bestimmte Lebensgestaltung. Ein unentbehrlicher Ratgeber nicht nur für Menschen mit Diabetes mellitus.

Erinnern Sie sich?

Gedanken zum MeGeSa IGEL

„Wie hältst Du es mit dem IGEL?“ - Über diese Frage wird unter Kollegen sehr widersprüchlich diskutiert. Und – „Was hältst davon dass Kollege XYZ dieses oder jenes als IGEL Leistung abrechnet?“ kommt meist gleich hinterher! Offenbar ist unsere optimistische Vorgabe so einfach nicht zu verwirklichen.

Der IGEL wird immer noch nicht von allen angewandt. Dafür gibt es mehrere Gründe:

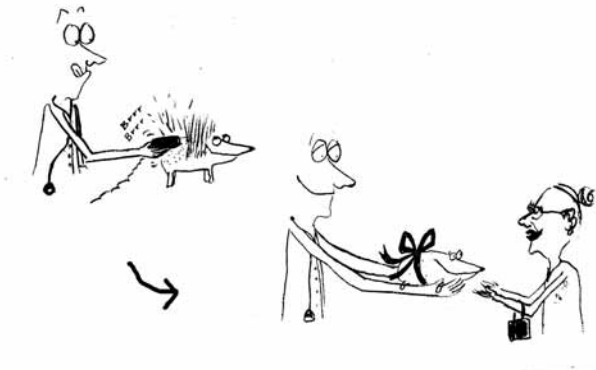
der fehlende Mut, vom Patienten Geld zu verlangen
die Sorge, dass der Nachbarkollege die Leistung kostenlos erbringt
die Unsicherheit was alles zum IGEL gehört

Für diese drei Gründe gibt es unseren MeGeSa-IGEL. Er ist hier noch mal abgedruckt. Es sind zwar nur wenige Leistungen erfasst, aber die gehören ganz sicherlich nicht in die Kassenabrechnung.

Was ist aber mit anderen IGEL Leistungen?

Zweifelsfrei sind vom Patienten geäußerte Wünsche privat zu liquidieren. Hierzu gehören beispielweise:

Belastungs-EKG auf Anregung des Fitnessstudios bei jungen und gesunden Patienten.



Präoperative Diagnostik bei Operationen, deren Kosten von der Kasse nicht übernommen werden.

Genauso ärztliche Untersuchungen vor Behandlungen, die nicht von der Kasse bezahlt werden, wie Zahnimplantationen oder Rauchertherapien.

Schwierig wird es aus meiner persönlichen Sicht bei vom Arzt angeregten Untersuchungen. Sicher gibt es in vielen Fachgruppen Verfahren, die nicht kassenüblich sind. Bei manchen fehlt auch ein Konsens in der Kollegenschaft über die Indikation. Hier ist der hausärztliche Kollege in einer kniffligen Lage, wenn er vom Patienten darauf angesprochen wird. Zum MeGeSa IGEL können diese Leistungen sicher nicht zählen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

dies geschrieben wir vor 3 Jahre. Seitdem hat sich nichts mehr getan. Es ist Heute, am Vortag eines neuen EBMs wichtiger als je zuvor. Die Fachärztlich tätigen sind den Allgemeinärzten und Internisten hier deutlich voraus. Den Patienten ist klar dass die Kassen nicht mehr alles zahlen.

Wir suchen dringend KollegInnen die einen neuen IGEL Arbeitskreis grünen. Bitte melden Sie sich im MeGeSa-Büro!

Verschiedenes

Qualitätsmanagement (QM): Modeerscheinung oder echtes Muss?

Im Augenblick vergeht kaum ein Tag an dem beim Aufschlagen der Fachzeitschrift ein Artikel zum Thema QM zu finden ist. Einerseits werden wir ständig mit „Neuerungen“ überzogen (z. B. Folgen des GMG, DMP, ICD) andererseits fürchten viele, dass nun auch noch in unser „Kerngeschäft“, nämlich die Praxis, eingegriffen wird.

Definitionen wie Qualitätssicherung und QM wirken zunächst abschreckend und lösen Widerstand aus. Der Begriff der Qualität hat aber in der Medizin aber eine lange Tradition, ohne dass die Maßnahmen mit dem eigentlichen Begriff QS oder QM besetzt waren.

Qualität ist aber kein Zufall, sie muss geplant werden: Das ist die Grundidee, die hinter QM steht. Es bedeutet auch, dass QM ein kontinuierlicher Prozess ist, da sich die Ziele ständig ändern. Das Dilemma: Ein hoher ethischer Anspruch verträgt sich nicht immer mit den betriebswirtschaftlichen Aspekten des „Unternehmens Praxis“.

Fakt ist: Das GKV Modernisierungsgesetz (GMG) hat zum Januar 2004 durch §135 a SGBV die Verpflichtung zur Einführung von QM festgelegt. Das ist nicht neues, aber jetzt sind auch Ärzte als Leistungserbringer mit einbezogen. Aber wie so häufig hat der Gesetzgeber das „Nähere“ noch nicht festgelegt

Die Definition was ein QM in der Praxis bedeutet fehlt

Es besteht keine Nachweispflicht

Es gibt keine Sanktionsmaßnahme bei Nichteinführung

Es liegt kein Zeitrahmen zur Einführung von QM vor

Es besteht keine Verpflichtung zur Zertifizierung

Die Vorstände der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) raten Ärz-

ten, erst die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuwarten, bevor sie sich für ein – unter Umständen kostenintensives – Qualitätsmanagement – Verfahren entscheiden. Diese Empfehlung sprachen die Vorstände von KBV und BÄK nach einer gemeinsamen Sitzung aus. „Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss aufgefordert, einen Zeitrahmen vorzugeben und in Richtlinien festzulegen, wie Qualitätsmanagement – Verfahren aussehen sollen. Daher ist es sinnvoll, erst dann eine Investition zu tätigen, wenn die Rahmenbedingungen feststehen“, erläutert der BÄK – Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe.

Es besetzt also kein Anlass zur Panik und überstürzt Verträge mit den zum Teil sehr teuren Beratungsfirmen



abzuschließen. Die „ISO-Mafia“ lautet schon. Auch Frau B. Sens, Leiterin des Zentrums für QM im Gesundheitswesen, warnt vor QM-Haien.

Zur inhaltlichen Notwendigkeit sei auf die Ausführung von Frau Sens (3/2004, S.39/40) hingewiesen: Sie weist darauf hin, dass die neuen Rahmenbedingungen zur Beschäftigung mit QM führen sollten um letztlich den Wettbewerb gegenüber dem stationären Sektor zu verbessern. Gegenüber den anderen Kollegen kann QM auch eine bessere Positionierung bedeuten und nach innen eine bessere Patientenbindung als auch eine höhere Zufriedenheit der Mitarbeiter.

KBV Chef Dr. M. Richter-Reichhelm hat sich so zum QM geäußert: „Ziel von Qualitätsmanagement ist es, Abläufe in Arztpraxen so zu strukturieren, dass Patienten optimal versorgt

werden: kompetent, freundlichen und mit möglichst kurzen Wartezeiten. „führte KBV Chef Dr. Manfred Richter-Reichhelm weiter aus.

„Eine qualitativ hochwertige Versorgung entsteht dann, wenn Zuständigkeiten geklärt sind und die Kommunikation im Praxisablauf funktioniert. Ein kostengünstiges, auf die Bedürfnisse des ambulanten Bereiches zugeschnittenes Qualitätsmanagement unterstützt den Arzt und sein Team dabei, Praxisabläufe zu verbessern und Patienten zielgerichtet zu versorgen.“

Es würde den Rahmen des Berichtes sprengen alles über die Notwendigkeit von Einführung von QM darzulegen. In der Zusammenfassung kann man sagen, dass QM eine Chance in sich birgt. Es gilt, die richtigen Dinge zu tun (Effektivität), diese Dinge richtig zu tun (Effizienz) und zwar prozessorientiert mit dem Fokus auf interne und externe „Kunden“.

Andere Ärztenetze haben die Zeichen der Zeit bereits vor Jahren erkannt. So hatten z. B. das Netz MUM in Bünde und das Netz Qualitätspraxen QP in Bad Krozingen z. T. QM bereits vor Jahren eingeführt. Deshalb wird auch der MeGeSa Vorstand darüber nachdenken (müssen) wie ein QM System einzuführen ist.

Zu gegebener Zeit werden die Mitglieder ausführlich informiert.

J

ürgen Michael Frank





Letzte Seite

Termin	Zeit	Qualitäts-Zirkel / AG	Moderator(en)	Ort	Thema
Do, 23.09.2004	20.00	Heil-/Hilfsmittel/Orth.Themen	Fabisiak	Praxis Pollok/Ritzmann	Osteologie
Di, 28.09.2004	20.00	Klinik/Niedergel. SZ-Bad	B.Bosse	Elisabeth-Khs	Stufen-Th Diabetes (Axmann)
Mo, 04.10.2004	20.00	Vorstandssitzung		MeGeSa-Büro	
Mi, 06.10.2004	19.30	Herbst-Symposium Klinikum SZ		Klinikum Lebenstedt	schonend minimal invasiv
Mi, 27.10.2004	19.30	Fortbildung Ärzteverein		Hotel am See	
Do, 28.10.2004	20.00	Heil-/Hilfsmittel/Orth.Themen	Fabisiak	Praxis Fabisiak	Praxisorga Bew-Apparat
Mo, 01.11.2004	20.00	Medikamenten-Verordnung	Klotz / W.Schulz	Hotel am See	noch offen
Di, 02.11.2004	19.30	DMP Diabetes	Sindern	Hotel Ratskeller	Anderten HI: 1 J. DMP - was brings
Mi, 03.11.2004	18.00	Schmerz-Therapie	K.Gebel / B.Bosse	Elisabeth-Khs	Schmerz-Therapie
Mi, 10.11.2004	19.30	Fortbildung Ärzteverein		Ratskeller	Herpes Zoster
Do, 11.11.2004	20.00	Klinik/Niedergel. Pädiatrie	U.Bosse	Bibliothek Khs.Lebenstedt	Fall-Demonstrationen
Mi, 17.11.2004	16.00	Hausärztl.Themen	Kokott	MeGeSa-Büro	Atopische Dermatitis
Sa, 20.11.2004		Fortbildungsakademie		Fachhochschule Calbecht	
So, 21.11.2004		Fortbildungsakademie		Fachhochschule Calbecht	
Do, 02.12.2004	19.30	Technische Diagnostik	R.Schulz	Radiologie-Praxis	noch offen
Mi, 08.12.2004	17.00	klin-pathol.Konferenz		Khs Lebenstedt	
Do, 09.12.2004	20.00	Heil-/Hilfsmittel/Orth.Themen	Fabisiak	noch offen	

Alles Klar?

Der neue Patient war so ungewöhnlich folgsam. gerade vernünftig, dass der Leiter der Psychiatrie zu ihm sagte:

„Wissen Sie, wo Sie hier sind?“
„Ja, leider“ erwiderte jener traurig, „Ich bin in der Irrenanstalt.“

„Aber warum sind Sie hierher gekommen?“

„Das beruht auf tragischen Verwicklungen,“ erklärte der Patient.

„Sehen Sie, ich heiratete eine Witwe mit einer erwachsenen Tochter, darauf heiratete mein Vater die Tochter meiner Frau. Dadurch wurde also meine Frau die Schwiegermutter meines Schwiegervaters, meine Stieftochter meine Stiefmutter und mein Vater mein Schwiegersohn.“

Meine Stiefmutter bekam einen Sohn, der also mein Stiefbruder war, aber auch ein Enkel meiner Frau, also war ich der Großvater meines Stiefbruders.

Als nun meine Frau auch einen Jungen bekam, war der auch der Schwager meines Vaters, also der Bruder seiner Frau. Meine Stieftochter ist aber zugleich die Großmutter ihres Bruders, denn der ist ja der Sohn ihres Stiefsohnes. Da ich der Stiefvater meines Vaters bin, ist mein Sohn der Bruder meines Vaters, zugleich aber auch der Sohn meiner Großmutter, da ja meine Frau die Schwiegertochter ihrer Tochter ist.

Ich bin der Stiefvater meiner Stiefmutter, mein Vater und seine Frau sind meine Stiefkinder, mein Vater und mein Sohn sind Brüder, meine

Frau ist meine Großmutter, weil sie die Mutter meiner Stiefmutter ist. Ich bin der Neffe meines Vaters und gleichzeitig mein eigener Großvater.

Und das“, schloss der Kranke, „hat mich den Verstand gekostet.“

„Ich verstehe“, nickte der Arzt sehr tief sinnig – und begab sich in die Behandlung seines Assistenzarztes

Aufgeschnappt von Michael Frank

Impressum

Das MeGeSa-Journal ist Organ der „MeGeSa – Medizinische Gemeinschaft Salzgitter GbR“

Verantwortlich: Dr. med. Stefan Voges

Technik: Dr. med. Matias Jolowicz

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge unterliegen der Verantwortung des Autors.

Redaktionelle Beiträge, Anregungen oder Kritik bitte an:
Stefan Voges, APG-Nr.:120, Fax: 05341/38812,
eMail: stefan.voges@megesa.net

Sie finden uns auch im Internet: www.megesa.net