



MeGeSa – Journal

Es geht weiter!

*Liebe Netzkolleginnen und Netzkollegen,
liebe MeGeSa- Freunde*

Leitartikel	1
Kommunikation	2
Integrierte Versorgung Ambulantes Operieren	4
Integrierte Versorgung Endoprothesen	5
Qualitäts-Management	6
Moderatorenwechsel	6
QZ Hausärzte	6
Leseprobe:	7
Fortbildung: Vordere Kreuzbandruptur	8
QZ Orthopädie	9
QZ der Kinderärzte	10
QZ Geriatrie	11
QZ Klinik/Niedergelassene SZ-Bad Diabetes	13
QZ Schmerztherapie	14
QZ Technische Diagnostik	15
Buchbesprechung	15
Impressum	16
Termine	16
In eigener Sache	16

Fast hätte ich den Artikel genauso beginnen können wie bei der letzten Ausgabe vor einem Jahr. Die Begründung, weshalb das Journal erst jetzt erscheint wäre jedoch eine andere (näheres dazu im Artikel „In eigener Sache“).

Ein Jahr Vorstandsarbeit liegt hinter uns. An dieser Stelle will ich keinen ausführlichen Rechenschaftsbericht ablegen, viel mehr einige Punkte streifen, die mir wichtig erscheinen.

Die positive Zusammenarbeit mit der BKK Salzgitter (TUI, PUBLIK) ist fortgesetzt worden. Wer sich nun vorstellte, dass die Verhandlungen unter der neuen Konstellation leichter sein würde, musste enttäuscht werden. Insbesondere die Gespräche und Verhandlungen über das so genannte DMP-Budget waren teilweise durchaus spannungsgeladen. Es war insofern auch nicht verwunderlich, da jede Seite – auch persönlich – sich nun (neu) positionieren musste. Wir haben daraus positive Erfahrungen gewonnen.

Letztlich sind aber die Ergebnisse entscheidend und hier konnten wir für die Arbeit der MeGeSa wichtige Weichen stellen. Ohne hier nochmals auf Details eingehen zu wollen kann man feststellen, dass durch das DMP-Budget die materielle Basis für die Arbeit, insbesondere der Qualitätszirkel, gesichert wurde.

Die Zusammenarbeit mit der BKK Salzgitter (TUI, PUBLIK) fand seine positive Auswirkung auch in dem Vertrag über Diabetes mellitus Typ I. Hier ist zwar nur eine kleine Patientengruppe betroffen, aber auch bei solchen Verträgen muss man sich über Grundsatzfragen einigen. Auf gutem Weg ist auch der Vertrag zum DMP COPD/Asthma bronchiale, der auch vor der bundesweiten Einführung steht. Wir halten Sie in den Telegrammen auf dem Laufenden.

Im letzten Journal wies ich darauf hin, dass das 2004 eingeführte GMG in der gesundheitspolitischen Landschaft einiges durcheinander wirbeln würde. Wer auf das Pferd des Zurückdrehens durch die neue Bundesregierung gesetzt hat, wird sicher eines „Besseren“ belehrt werden müssen. Diese vom Gesetzgeber vorgegebenen Grundlagen sind der politische Wille. Jammern hilft wenig. Vielmehr muss man sich den Herausforderungen stellen. Dass das GMG auch für uns vor Ort Auswirkungen haben würde,

wurde uns bereits letztes Jahr klar, als die BKK Salzgitter ankündigte, den Vertrag zum ambulanten Operieren kündigen zu wollen. Die Möglichkeit, nach § 140ff SGBV einen IV-Vertrag zum ambulanten Operieren abzuschließen, sollte genutzt werden. In vielen Gesprächen und Verhandlungen musste ausgelotet werden, wie die MeGeSa darin eingebunden werden konnte. Da juristische Gründe einen Vertragsabschluss mit der MeGeSa als Partner nicht zugelassen haben,

wurde eine (MeGeSa-unabhängige) Partnerschaftsgesellschaft gegründet, die den Vertrag dann zum Abschluss brachte.

Die BKK Salzgitter (TUI, PUBLIK) hat einen IV-Vertrag zur Endoprothetik auf den Weg gebracht (mit dem St.-Bernwardkrankenhaus Hildesheim und der Paracelsus-Rehaklinik in Bad Gandersheim). Die MeGeSa ist hier zwar kein Vertragspartner, aber die Ärzte in der MeGeSa sind als Zuweiser in den Prozess einbezogen. Wir müssen also akzeptieren, dass der Gesetzgeber solche Verträge zulässt, ja sogar wünscht. Ob die BKK weitere IV-Verträge plant und umsetzt, wir sich in der Zukunft zeigen. Wir haben unsererseits aber auch deutlich gemacht, dass die MeGeSa frühzei-

(Fortsetzung auf Seite 2)



Jürgen Michael Frank

Kommunikation

(Fortsetzung von Seite 1)

tig mit einbezogen werden muss, sofern es die verhandlungstaktischen Schritte zulassen.

Im GMG ist festgeschrieben, dass Kassen und Pharmafirmen Verträge abschließen können. Wer beispielsweise den Barmer Hausarztvertrag kennt, weiß von solchen Möglichkeiten. Für etwas Unruhe sorgte zunächst ein Vertrag zwischen dem Bundesverband der BKKen, dem Bundesapothekerverband und einer Pharmafirma mit dem Ziel der gesteuerten Medikamentenversorgung. In einem Modellversuch ist unsere Region einbezogen. Die Befürchtung der Kollegen, ihre Therapiefreiheit könnte beeinflusst werden, wurde bisher nicht bestätigt. Es bleibt anzuhängen, ob sich auch ein Erfolg für die Vertragspartner einstellt.

Auf zwei weitere GMG bedingte Veränderungen soll hier noch eingegangen werden.

Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, mit Verbänden oder auch der KV Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen; so geschehen z.B. im KVN-Hausarztvertrag. Hier wurde deutlich, dass man die Interessen der Basis wohl viel zu wenig berücksichtigt hat. Unter diesen Bedingungen waren und sind die Kollegen in Salzgitter nicht bereit, einem solchen Vertrag beizutreten. Hier zeigt sich, wie durch Solidarität eine Geschlossenheit erreicht wurde.

Ein weiteres Novum und in vieler Munde sind die so genannten MVZ's. Sie könnten eine Bedrohung für die niedergelassene Ärzteschaft sein. Durch die Übernahme des Klinikums Salzgitter durch die Rhön AG droht auch eine Implementierung in Salzgitter. In mehreren Gesprächen mit der Leitung des Klinikums und der Rhön AG wurde die Sorge verbal ausgedrückt. Auf lange Sicht muss beobachtet werden, wie sich das Klinikum Salzgitter im Verbund mit den anderen in der Region befindlichen Häusern der Rhön AG positioniert. Die MeGeSa steht als Gesprächspartner weiterhin zur Verfügung.

Last but not least will ich auf ein Politikum eingehen, von dem auch in unserer Region einige Kollegen betroffen sind: Die Regressforderungen der (extra dafür eingerichteten) Geschäftsstelle in Hannover. Die lt. Gesetz von Krankenkassen und KVN getragene Einrichtung hat Regressbescheide in

sechsstelliger Millionenhöhe angeht. Unabhängig von der Hilfestellung für den einzelnen Kollegen muss hier die politische Forderung nach Abschaffung solcher unsinnigen Regresse im Vordergrund stehen.

Jürgen Michael Frank



Kommunikation in der ambulanten Medizin

Der Arztbrief ist das am häufigsten genutzte Mittel ärztlicher Information ("b2b"). Für die meisten Patienten genügt der Kompromiss zeitnaher Daten, um ausreichend und notwendig zu therapieren, nicht grob fahrlässige Fehler zu begehen und das relative Optimum an Information erlaubt auch die eigene Dokumentation. Der aktuelle EBM erzwingt (Fach-) Arztbriefe in bislang nicht validierter Vielzahl und so redaktionelle Probleme der Empfänger und Produktionsengpässe der Sender. Für Hausärzte sieht der EBM keine Ziffer vor, deren Abrechnung einen Brief verlangt.

Diese Asymmetrie lehnt sich allerdings an die Tradition hausärztlicher Kommunikation an. Ist der Patient in seiner Erkrankung mehr als die Summe seiner Facharztberichte?

Mit deren schriftsprachlichem Aus-

druck wird immerhin das Ergebnis der ärztlichen Erkenntnis und Handlung festgehalten und den Kollegen mitgeteilt. Der Arztbrief geht damit weit über den intimen Karteikarteneintrag hinaus und ist "Schaufenster" der Praxis. Also sehen die Kollegen Hausärzte mit dem neuen EBM noch viel mehr in (EBM)Facharztpraxen hinein. Die Hausarztpraxis bliebe für mich eine "Black Box", wenn ich den Patienten nicht hätte. "a.W." steht auf der Überweisung oder "z.B. Rücken". "Was hat den der Kollege ... dazu gesagt, was hat er getan und der wievielte Orthopäde bin ich eigentlich?"

"Die Röntgenbilder sind schon vor 3 Monaten gemacht und zum Kollegen XY möchten Sie nicht mehr hin, weil das nichts gebracht habe und nach 6 x Krankengymnastik wollte der andere nichts mehr aufschreiben, obwohl der Therapeut völlig anderer Ansicht war." "Und der Hausarzt, was hat er dazu gesagt und hat er den Befund der Röntgenaufnahmen?" "Nein, er hat mich zum CT geschickt und hier sind die Bilder!" Wo ist aber der schriftliche Befund der Aufnahmen? Na, vielleicht beim Hausarzt! So oder so ähnlich spielen wir das jeden Tag. Irgendwann hat der Patient alles zusammengetragen und mit meinen Daten kann ich den Brief an den Hausarzt schreiben. Der ist nicht perfekt, weil es so viele Briefe sind, die ich jetzt schreiben muss und nicht nur wenn ich müde bin, trickst mich z.B. mein Sprachdiktierprogramm aus wie bei "Nazigelenk" statt "AC Gelenk", sehr "begehrte" statt sehr geehrte Frau Kollegin usw., aber das war noch nie ein Problem. Entweder der Sinn wurde dennoch verstanden oder der Brief nicht gelesen, sondern gescannt.

Wie soll so ein Facharztbrief aussehen? Gute Frage? Welche Inhalte kann ich als Gutachter aus einem Brief verwerten? Üben wir uns schon in der Kürze für die Beschreibung der Patientenkarte 200X? Hier sind meine Vorschläge zur Diskussion: Schulmedizinische (wissenschaftliche) Diagnose und Therapie gehören hinein. Die Anamnese ist mehr als ein verkürzter Beschwerdevortrag des Patienten. Grunddaten, die ich mir vom Hausarzt erhoffte, sind manchmal bedeutsam wie Mammakarzinom vor 10 Jahren oder Allergien z.B. Der ärztliche Befund ist keine Aufzählung der Beschwerden mit topographischem Be-

(Fortsetzung auf Seite 3)



Kommunikation

(Fortsetzung von Seite 2)

zug, sondern die verkürzte Darstellung des ärztlichen Untersuchungsganges mit Angabe der Abweichungen zum Normalbefund. Es reicht oft die Darstellung der Pathologie. Deplaziert ist hier z.B. „der ausstrahlende Armschmerz rechts“. Er zählt zu den Beschwerden des Patienten und nicht zum Befund. Hierher gehören aber z.B. die klinischen Zeichen der Nervendehnung und das Reflexverhalten.

Ohne diese Trennung fällt es schwer, Abweichungen der ärztlichen Untersuchung zur Patientenangabe festzuhalten, was nicht nur in der Orthopädie wichtig sein dürfte.

Die fehlende inhaltliche Trennung von ärztlichem Befund und Patientenbeschwerden ist ein häufiger Fehler in Arztbriefen! Er setzt sich manchmal bis zur Diagnose fort, so dass Schmerzangaben "syndromisiert" werden, eine Untugend meines Fachgebietes, kann man doch so jeden Sehnenansatz oder Gliederkette mit "Aua" verbunden als Erkrankung qualifizieren.

Liest man einen solchen Brief, dessen Autor zum Beispiel eine stationäre Kur begründen will, so weiß man nicht, ob der Patient krank oder gesund ist, wenn nicht zur Psychosomatik Stellung bezogen wird.

Grundsätzlich bedarf es der Qualität der Diagnose, die zur Quantität des ärztlichen und ggf. technischen oder Laborbefundes passt, um so etwas wie Krankheitsschwere (er)messen zu können. Der Laborausdruck z.B. ist dabei die Mitteilung der Messwerte und lässt keine ärztlichen Gedanken erkennen, wenn man diese nicht aus der Auswahl der Parameter erraten will.

Über die Relevanz und Halbwertszeit von Diagnosen und medizinisch-technischen Befunden in Bezug auf eine "Krankheitsschwere" wird für die beschreibbare Versichertenkarte noch inhaltlich zu diskutieren sein.

Die aktuelle Übung gilt dem EBM - Facharztbrief.

Alles Aufgeführte ist kurz, ggf. in Stichworten zu fassen. Die Trennung in Diagnose, Therapie, Anamnese und Befund und Epikrise (=Kommentar/Bewertung als redaktioneller Teil) sollte erkennbar sein. Der Weg der Nachricht zum Kollegen hingegen ist beliebig (s.o.), aber sie sollte ankommen. Email kann das nicht weniger gut als der Postbote und für "Hamlet", den

Patienten, klebt man das Couvert besser nicht zu. Vertrauliches muss vertraulich kommuniziert werden und das geht wie früher nur mit persönlichem Kontakt. Manche Kollegen trauen aus ihrer Erfahrung mehr der Technik als ihren Patienten. Ich nutze alle Wege. Ideal ist, wenn der Brief mit dem Patienten die Praxis verlässt.

Kopien technischer Befunde tun es manchmal auch und sammelnde Patienten tragen sie auch gern in Mappen mit Klarsichthüllen. Die Entsorgung der "Altlasten" im jeweiligen Gebiet kann auch mal Konsultationsinhalt sein.

Die EBM Vorgaben für den Arztbrief nutzen für den intellektuellen Prozess redaktioneller Aufbereitung des wesentlichen nicht. Auch drei Wörter wie "Der Patient ist tot" können minimalistisch betrachtet finaler Arztbrief und Epikrise sein. Dieses inhaltliche Problem ist aber durch schriftsprachliche Übung und Anwendung moderner Technologie einschließlich z.B. von Sprachdiktiersystemen zu lösen.

Ein bislang kaum Diskutiertes bleibt die erhebliche Asymmetrie der Kommunikation. Ohne die schriftsprachliche Äußerung der "hausärztlichen Archivare" werden keine kommunikativen Regelkreise entstehen, die das "Schreiben einer gemeinsamen Krankengeschichte" als denkbare Ziel ambulanter ärztlicher Tätigkeit erst ermöglichen.

Hausarztmodelle leben von dem politisch gewollten Weg zum ersten Ansprechpartner im System. Aus unserer Zunft wissen wir aber, dass jeder Arzt zu jeder Zeit diese Lotsenfunktion im Kontakt zum Patienten übernimmt. So ist der Arzt-Patientkontakt aus der Tradition die eigentliche Quelle des therapeutischen Erfolges.

Lernen es die Hausärzte nicht, ihre Patientenkontakte und gesammelten Informationen schriftlich zu kommunizieren, werden sie ihrer Lotsenfunktion in einer modernen Informationsgesellschaft nicht gerecht. Sie hüten so gesannte Fremdbefunde und wissen in der Fülle der Erkenntnis nicht, ob ihr Patient krank oder gesund ist! Oder?

Das ist natürlich nicht so, denn jeder Hausarzt macht sich ja sein eigenes Bild vom Patienten im oft langjährigen Verlauf und verbindet diese Erkenntnis mit dem im Computer abgelegten ausgedrückt in praktischer ärztlicher Handlungsweise wie Gespräch, Unter-

suchung und diagnostischer und therapeutischer Veranlassung.

Es muss so ein erhebliches Wissen vorhanden sein, was aber praktisch nicht schriftsprachlich kommuniziert wird! Die Aufgabe ist umfangreich, denn ohne redaktionelle Aufbereitung nutzt Information nicht viel, ist in der Fülle nur mühsam zu ertragen und wird schließlich ignoriert.

Wie kann ein hausärztlicher Brief aussehen und an wen wird er geschickt?

Inhaltlich können die Regeln des Facharztbriefes gelten. (Vorschläge sind erwünscht). Die Diagnosen umfassen die aktuellen Behandlungen und bedeutsame der Vorgeschichte und der Brief kann fortlaufend (als Worddatei z.B. , rtf-file) geschrieben werden. Er enthält alle wichtigen Informationen z.B. über aktuelle (z.B. 6 Monate Intervall) medizinisch technischen Untersuchungen und begleitet den Patienten so schriftlich (je nach Grad der Vernetzung auch auf modernen Datenträgern) zum Facharzt, der den gleichen oder seinen Weg der Rückmeldung wählen kann.

Kommunizieren wir also die Patientenkontakte möglichst kurz und zeitnah. Der Hausarzt bleibt Hauptempfänger von Nachrichten im System, ist aber nicht immer der geeignete Lotse. Das wird der Arzt, mit dem der engste Patientkontakt entsteht und dieser ist "Hauptsender" des aktuellen Verlaufs im System.

Zusammenfassend setzt eine symmetrische arztbriefbasierte Arzt zu Arzt - Information den Willen sowie technische und schriftsprachliche Fähigkeiten aller Teilnehmer voraus.

Eine redaktionelle Überarbeitung der Informationen ist immer notwendig und für eine innerärztliche Kommunikation auch die hausärztliche Teilnahme. Das gegenwärtige schriftsprachliche "Schweigen" hausärztlicher Kollegen ist ein wesentliches Hemmnis der Weiterentwicklung elektronischer Kommunikation in der ambulanten Medizin, für die wir alle noch üben müssen. Hier haben die klassischen "Facharztssender" noch einen deutlichen Vorsprung durch Training und Equipment. Trauen wir uns zur kommunikativen "Marktwirtschaft" gegenüber der asymmetrischen "Planwirtschaft" der Systemideologen und EBM Vorgaben!

Reinhard Fabisiak



I.V. – Ambulantes Operieren

Liebe Kolleginnen und Kollegen der MeGeSa,

die Rahmenbedingungen für uns niedergelassene Ärzte sind derzeit in Umbruch. Der EBM 2000, die Übernahme der Klinik mit Ankündigung eines MVZ und die politisch gewollte KV-Entmachtung bringt uns unter Handlungsdruck. Da die Politik uns schlechte Bedingungen vorgibt, bleibt uns hier nur die Möglichkeit aktiv neue Strukturen zu gestalten. Die MEGESA wird hier in Zukunft stark an Bedeutung gewinnen.

Im Jahr 2004 hat die BKK den Strukturvertrag AOP zum 30.6.2005 gekündigt, jedoch die Möglichkeit angeboten diesen in einen IVO - Vertrag zu überführen.

Da die MEGESA in Ihrer derzeitigen Rechts- und Vertragsform einen IVO – Vertrag weder steuer- noch haftungsrechtlich gestalten kann, haben sich fast alle niedergelassenen Fachärzte für

Orthopädie und Chirurgie der Region Salzgitter in einer Partnerschaftsgesellschaft zusammengetan, um so die Integrierte Versorgung für Salzgitter aktiv selbst zu gestalten.

Es ist so ein IVO - Vertrag entstanden über ambulante Operationen der Fachbereiche Orthopädie und Chirurgie in dem Haus-, Fachärzte und Physiotherapeuten eingebunden

sind. Dem Vertrag können alle niedergelassenen Ärzte der MEGESA freiwillig beitreten.

Die Vertragsziele sind eine signifikante Verlagerung stationärer Eingriffe in den ambulanten niedergelassenen Sektor.

Mit der BKK konnte somit ein breites Spektrum ein elektiver Chirurgie aufgestellt werden.

Die Kollegen der Partnerschaft haben sich verpflichtet, dass o.g. Spektrum für mindestens 80 Prozent der Patienten

ambulanz zu erbringen. Richtlinien zur Qualitätsprüfung mit der BKK sind ebenfalls vereinbart.

Im Praxisalltag ist die Behandlungskette wie folgt definiert: Patienten treten in der Regel über den Hausarzt in die Behandlungskette. Dieser prüft ob eine OP-Indikation vorliegen könnte.

Teilnehmende Hausärzte haben sich verpflichtet vor möglicher Einweisung den Patienten einem der teilnehmenden Fachärzte der Partnerschaft in Salzgitter vorzustellen. Dieser hat dann die Aufgabe den Patienten weiterzuleiten.

Der Hausarzt kann die präoperative Diagnostik mit 75 Euro der BKK in Rechnung stellen. Die OP-Nachsorge erfolgt mit 6 Cent festem Punktwert als Vergütungsverbesserung. Ferner hat der Hausarzt das Angebot der Partnerschaft Patienten mit dem Vermerk OP? oder bitte Prüfung OP-Indikation dem

(Fortsetzung auf Seite 5)

Der Vertrag umfasst folgende Eingriffe:

Neurolysen aller Art, offene und endoskopische Carpal tunneloperationen

Arthroskopische Operationen aller Gelenke:

Kniegelenk incl. Bakerzystenentfernung, Meniskus chirurgie, Kreuzbandchirurgie

Schultergelenk mit Kalkresektion, Rotatorenmanschettenruptur, Impingementsyndrom etc.

Standarteingriffe am Sprung-, Ellenbogen und Handgelenk

M. Dupuytren

Metallentfernungen aller Art

Sehnenrupturen, incl. Achillessehnenruptur

Ringbandoperationen

Handgelenksganglionentfernungen

Hammerzehen, Hallux valgus, Mittelfußknochenoperationen

Varizen

Hämorrhoiden

Hernien (Leisten- und Femoralhernie)

Sinus pilonidalis

Analabszess

Folgende Kollegen haben sich in der Gemeinschaft zusammengetan und zur Zusammenarbeit bei künftigen IV-Projekten verpflichtet:

L. Krüger,

Dr. G. Kury,

Dr. M. Oberreuther,

Dr. F. Maier,

Dr. R. Grabenhorst,

E. Gaus,

R. Jansen,

R. Pollok,

Dr. Ch. Ritzmann,

Dr. R. Fabisiak,

Dr. Oemus,

Dr. W. Kampmann,

Dr. Huschit

(Fortsetzung von Seite 4)

Patienten ohne Termin zum entsprechenden Facharzt zu überweisen.

Alle Fachärzte für Orthopädie und Chirurgie in Salzgitter wurden von mir angesprochen und haben das Angebot zur Teilnahme an der Partnerschaft erhalten.

Auch für die Zukunft steht jedem interessierten Orthopäden oder Chirurgen in Salzgitter der Weg in die Partnerschaft frei.

Die BKK bezieht mit diesem Vertrag eindeutig Stellung für die niedergelassenen beteiligten Haus- und Fachärzte und somit auch für die MEGESA und nicht für einen IVO - Vertrag mit externen Leistungsanbieter. Die Selbstgestaltung dieses Vertrages gewährleistet, dass keine wirtschaftlichen Mittel aus Salzgitter abgezogen werden, sondern bei den beteiligten Haus- und Fachärzten in der MEGESA bleiben. Ferner stärkt dies unser NETZ

und unsere Freiberuflichkeit. Ob wir nun wollen oder nicht, Tatsache ist, dass neben DMP - Verträgen auch IVO - Verträge in Zukunft wesentlich unseren Berufsalltag bestimmen. Ich möchte daher ausdrücklich für eine Unterstützung dieses Vertrags werben.

Für die Partnerschaftsgesellschaft für Integrierte Versorgung der Fachärzte für

Chirurgie und Orthopädie



Manfred Oberreuther

I.V. - Endoprothesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen der MeGeSa

die BKK Salzgitter, BKK Publik und BKK TUI hat mit dem St. Bernward Krankenhaus Hildesheim und der Paracelsusklinik an der Gande, Bad Gandersheim, einen IV-Vertrag Endoprothetik geschlossen.

Die BKK hatte im Vorfeld anhand der Belegungszahlen des Vorjahres im Indikationsbereich Krankenhäuser mit hoher OP-Routine, hohem Qualitätsstandard und Nähe zu Salzgitter gesucht. Auch die niedergelassenen Fachärzte wurden bezüglich der Klinikqualität befragt. Die Wahl der orthopädischen Fachklinik Hildesheim wurde von den niedergelassenen Fachärzten für Orthopädie und Chirurgie in Salzgitter begrüßt, sodass der Vertrag zum 01.07.05 seitens der BKK mit den o.g. Häusern geschlossen wurde.

Ein entsprechender Flyer mit dem Klinikprofil ist den Mitgliedern der Partnerschaftsgesellschaft bereits zugegangen und wird in Kürze auch an die Hausärzte der MeGeSa versandt.

Die Patienten haben durch diesen Vertrag folgende Vergünstigungen:

- Koordinierte Patientenführung zwischen ambulanten und stationären Bereich
- Reduktion präoperativer Wartezeit
- Ersparnis von Zuzahlungen im Krankenhaus und in der Rehaklinik
- hohe Qualität der operativen Versorgung
- Nahtloser Übergang in die Rehabilitationsphase

Zusammen mit den niedergelassenen Fachärzten erfolgt die postoperative Nachkontrolle im Rahmen einer Gewährleistungsgarantie bis zu 8 Jahre nach Operation.

Die Anmeldung zur Knie- oder Hüft TEP eines BKK-Patienten erfolgt per Fax. Ein entsprechendes Formular sendet die BKK an alle Haus- und Fachärzte. Das BK Hildesheim setzt sich dann telefonisch für alles weitere (OP-Termin, Voruntersuchung, usw.) mit dem Patienten in Verbindung. Auch hier ist geplant, dass der teilnehmende Hausarzt eine feste präoperative Vergütungspauschale analog der EBM-Ziffer 31013 mit einer erhöhten Vergütung erhält.

Für Rückfragen zum Vertrag oder zum Ablauf in der Behandlungskette ist bei der BKK Frau Köhler, Tel. 05341. 405-260, die zuständige Ansprechpartnerin.

Manfred Oberreuther

Matthias Frenzel
(Leiter Versorgungsmanagement
BKK Salzgitter, BKK Publik, BKK TUI)



Berichte aus QZ

Qualitäts- Management *„a never endig story“*

Wer sich mit QM auseinander gesetzt hat weiß, dass die Implementierung von QM nicht ein einmaliger Akt ist, sondern kontinuierliche und prozessorientierte Veränderungen in der Arztpraxis bedeutet. Diese kontinuierlichen Verbesserungsprozesse (KVP) beinhalten also keine zeitliche Limitierung. Es nimmt also nicht wunder, dass auch die im Gesetz festgelegte Einführung von QM sich fast unendlich hinzuziehen scheint. Allerdings scheinen die vom gemeinsamen Bundesausschuss in der Pressekonferenz dargelegten Eckpunkte (auch im Niedersächsischen Ärzteblatt veröffentlicht) den Rahmen schon etwas fester zu zurren als bisher.

Einige Faktoren sind sicherlich unabänderlich, z.B. dass das QM eingeführt werden muss. Die zeitlichen Rahmenbedingungen sind jedoch so, dass hier nichts überstürzt geschehen muss. Sie müssen also noch keines der im Niedersächsischen Ärzteblatt angebotenen Seminare besuchen.

Abgesehen von Fragen wie z.B. Preisgestaltung der Seminarkosten gibt es noch andere Ungereimtheiten: Wie können beispielsweise die Trainer das Seminar durchführen, obwohl das dazu benötigte QEP-Manual erst im November 2005 erscheint?

Der Vorstand hat frühzeitig das Thema QM ernst genommen. Das DMP-Budget sieht (ähnlich dem Vorgehen 2005 für technische Information) einen gleichen Betrag für 2006 vor. Wir sind zu der Auffassung gekommen, ein offiziell anerkanntes QM-System zu stützen (also nicht zum Beispiel Pharmaindustrie gesteuerte und subventionierte Systeme). Es ist zu erwarten, dass es für uns Kollegen in Salzgitter eine ortsnahe Lösung geben wird, die durch den genannten „Posten“ aus dem DMP-Budget für 2006 für Sie im finanziell überschaubaren Rahmen bleibt.

Zur weiteren Gestaltung wird ein Team gebildet, das die Projektplanung bezüglich Qualitätsmanagement übernimmt. Zur Federführung hat sich der Vorstandsvorsitzende bereit erklärt. Wer Interesse hat in diesem Team mitzuarbeiten, möchte sich bitte beim Vorstand oder Frau Baars melden.

Jürgen Michael Frank

Moderatorenwechsel QZ Klinik/ Niedergelassene SZ-Lebenstedt und Neustart

Die Abgabe der Moderation des QZ geschieht aus privat-egoistischen Motiven des Unterzeichnenden und ich bitte die QZ-Teilnehmer um Nachsicht.

Großen Dank möchte ich den Kolleginnen und Kollegen für regelmäßige aktive Teilnahme und Anregungen sagen, Dank auch an Dr. Jablonowski und Dr. Prönneke und Mitarbeiter/innen für die Gastfreundschaft, Referate und Diskussionen. Dass nun leider eine (über) einjährige Pause eingetreten ist, liegt überwiegend an mir, aber auch daran, dass zunächst kein Nachfolger da war, Dr. Prönneke nach Braunschweig ging und die Terminkoordination allgemein schwierig war.

Nun soll es aber wieder losgehen. Unter Moderation von Dr. Nickel und in Kooperation mit Klinikkolleg(inn)en sollen wieder Standards, Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten und stationären Diagnostik und Therapie exemplarischer internistischer Krankheitsbilder und Symptomenkomplexe erarbeitet werden.

Jürgen Bahlmann

Termin: 22.11.05, 19.00 Uhr

Ort: Bibliothek KH Lebenstedt

Thema: Lymphadenopathie

Moderator: Dr. Nickel

Referentin: Dr. Henning

QZ Hausärzte

E.Sturm (Hrsg.):

Hausärztliche

Patientenversorgung

Konzepte – Methoden – Fertigkeiten

Thieme Verlag 2005

Unser Qualitätszirkeltreffen am 19.10.2005 führte zur intensiven Auseinandersetzung über die Aufgaben und Ziele hausärztlichen Tuns und Unterlassens unter Beachtung der in diesem Fachbuch in seinen verschiedenen Aspekten und Facetten ausgeführten patientenzentrierten Vorgehensweise unter Einbeziehung und Nutzung saluto-genetischer Ressourcen und der Entwicklung und Durchsetzung geeigneter Präventionsmaßnahmen. Das nachfolgende Statement gibt einen Einblick in den gegenwärtigen Diskussionsdiskurs und Anregung zur weiteren Vertiefung der Problematik.

Kernkompetenzen professionell umsetzen

In der Bundesrepublik Deutschland findet sich der praktizierende Allgemeinarzt in einem Regelungskorsett wieder, das fast keinerlei Handlungsspielräume mehr bietet. Wie kann dann noch von Freiberuflichkeit gesprochen werden? „Der Hausarzt könnte, müsste und sollte...“ – hören wir vor allem von Denen, die selbst einen Schimmer von praktisch-ärztlicher Tätigkeit vollständig vermissen lassen. Der Hausarzt ist so gut oder so schlecht, wie es die Gesellschaft zulässt bzw. ermöglicht. Seine Profession konzentriert sich vornehmlich auf die Umsetzung seiner zwei Kernkompetenzen „Der Ersten Weichenstellung“ und einer „Angemessenen Betreuungskontinuität“. Und damit ist er mehr als ausgelastet. Prävention findet in erster Linie in der unmittelbaren Lebenswirklichkeit statt, die sich in bestimmten Ein-

(Fortsetzung auf Seite 7)

Berichte aus QZ

(Fortsetzung von Seite 6)

stellungen und den daraus resultierenden Verhaltensweisen ausdrückt und konstituiert. Ärztlicherseits ist Hilfeleistung zu leisten, die aber stets nur Hilfe zur Selbsthilfe sein kann. Auf einen wichtigen Aspekt hat schon vor Jahren *Gisela Ch. Fischer* hingewiesen – Quartäre Prävention (Schutz vor medizinischer Überversorgung); die Aufgabe der quartären Prävention wird darin gesehen, das Risiko einer Überversorgung rechtzeitig zu erkennen, den Patienten vor überflüssigen medizinischen Maßnahmen zu schützen und ihn vom sinnvollen medizinischen Vorgehen zu überzeugen – Hüten wir uns vor einer Medizinisierung und Medikalisierung aller Lebensbereiche. Die Pille allein wird es nicht richten. Anstrengungen bleiben unausweichlich, um Ziele zu erreichen. Und die Kondition, Anstrengungen zu meistern, lässt sich trainieren. Und hier hat der Hausarzt als vertrauensvoller Partner eminente Bedeutung in der Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes, der Beratung und Begleitung auf dem Weg hin zu einem befriedigendem „Langzeitergebnis“. Die Zeit der Leibeigenen ist ebenso vorbei wie sich einen Leibarzt ohnehin kaum jemand zu leisten vermag.

Paul Kokott

P.S.: Teilen Sie mir bitte die zehn Fachbücher/Nachschlagwerke mit, die Sie in und für die Praxistätigkeit verwenden und als essentiell für eine Praxibibliothek betrachten.



Leseprobe:

*E.Plewe und E.Sturm (Hrsg.):
Hans Pichler,
Ganzheit und Gemeinschaft,
Franz Steiner Verlag,
Wiesbaden 1967*

S.243 „Nur die Einseitigkeit wird in Logik und Ethik ein Entweder-Oder sehen, das Gegliederte der Verhältnisse und das Beseelte des Verhaltens ergänzen sich – in jeder Gemeinschaftsbildung, sie sei wissenschaftlich oder sozial oder künstlerisch, entspricht der Ausgestaltung und Ausweitung der Ordnung ein innerer Gehalt und seine Vertiefung, wobei freilich bald die Veräußerlichung, bald die Verinnerlichung überwiegen kann. Trotz dieser, das Problem der Probleme bildenden Zusammengehörigkeit von Gemeinsinn und Tiefsinn, von Form und geistigem Gehalt, von wertvollem Verhältnis und Wertvollem Verhalten, von Sinnbildlichkeit und Vorbildlichkeit, lässt sich Klarheit dennoch nur gewinnen, wenn die universell logische und die absolut ethische Auffassung voneinander geschieden und verselbständigt werden.“

S.245 „Leibniz suchte eine metaphysische Synthese von Logik und Ethik, die beiden Selbständigkeit und doch der Ethik eine höhere Bedeutung gibt. Das Subjekt ist ihm wesentlicher als das Objekt, das Ziel wesentlicher als der Grund, die Liebe wesentlicher als die Ordnung. Die Synthese von Logik und Ethik fand Leibniz darin, dass jene die Veräußerlichung des Inneren, diese die Verinnerlichung des Äußeren darstellt. Ihm ist die Natur ein Geisterreich, die Totalität der Strebenden, die auf getrennten Wegen nach dem gemeinsamen Ziele in gemeinsamer Ordnung gehen, um – geistig einander näher kommend – in der Ewigkeit zur Einheit des Erstrebten einzugehen. Vorausgesetzt wird also von Leibniz eine doppelte Festgelegtheit: die des Gegebenen und die des Aufgegebenen. Die Aufgabe bestimmt der Satz vom Ziel, das Gegebene, die Gemeinschaft der Strebenden bestimmt der Satz vom Grunde. So besteht also durch diese Vergeistigung der Natur, durch diese Verinnerlichung der Logik eine Überspannung der Determiniertheit, die nur

derjenige nicht aus der prästabilierten Harmonie heraushört, der ausschließlich auf das erstrebte Ziel oder ausschließlich auf die Gemeinschaft der Strebenden eingestellt ist. Mit jeder dieser beiden Determiniertheiten ist je ein bestimmter Freiheitsbegriff zur Geltung gebracht, auch sind die natürliche Freiheit und die sittliche Befreiung miteinander verträglich. Dennoch fühlen wir eine Beengung. Es ist bezeichnend, dass in dieser Universalität, die Logik und Ethik umspannt, alles Platz hat, nur nicht die höchste Freiheit: die schöpferische Genialität.“

S.248 „Die Glieder eines Ganzen bilden eine Gemeinschaft, zu der jedes beiträgt. Für den Zusammenhang der Glieder ist wie ihr Sosein auch ihre Anordnung maßgebend. Wenn die Worte eines Satzes durcheinander gebracht werden, geht sein Sinn verloren. Zu einer bloßen Gesamtheit hingegen lässt sich Beliebiges in beliebiger Anordnung vereinigen. Man kann wahllos zusammengeraffte Dinge sogar als Exemplare eines Allgemeinen erfassen. An Spiralnebeln, Druckfehlern und Schnaps ist immerhin dies gleich, dass sie ein Etwas sind, an das wir jetzt denken. Ein wahrhaft Ganzes jedoch lässt sich nicht aus beliebigen Stücken bilden, sie müssen vielmehr zusammenstimmen und sich ergänzen. Deutlicher noch als beim Aufbau wird die Zusammengehörigkeit beim Abbau. Ein Wohnhaus, dem der Sturm das Dach wegriss, kann nicht wohnlich sein, es erfüllt seinen Sinn nur kläglich. Sind in einem Zeitungsbericht Worte ausgelassen, dann wird die Sinnlücke störend bewusst. Fehlte die Farbe Blau in der Welt, so würde auch das merklich sein, denn es gehört zum zauberhaften Einklang der Farben, dass sie in zartesten Übergängen einander ergänzen.“

Einer bloßen Gesamtheit können wir einzelne Teile nehmen, ohne die übrigen dadurch zu beeinträchtigen. Essen wir von drei Äpfeln einen, so bleiben die andern unbeschädigt, nur ihrer Menge ist das abträglich. Dagegen zieht der Verlust oder die Verkümmern einzelner Glieder eines Ganzen die übrigen in Mitleidenschaft. In einem strengen System ist sogar jede Einzelheit bestandswichtig.“

Ausgesucht von

Paul Kokott

Fortbildung

Vordere Kreuzbandruptur (VKB-Ruptur)

Neue ambulante OP-Techniken

Die Ruptur des vorderen Kreuzbandes ist eine ernste Kniegelenksverletzung. Auf Grund der nahezu immer auftretenden Instabilität kommt es mittelfristig bei den Patienten häufig zu Meniskus- und Knorpelschäden und sekundär zu degenerativen Veränderungen des Kniegelenkes.

Am häufigsten kommen Kreuzbandrupturen in Ballsportarten vor (Basketball, Handball und Fußball). Ca. 70% der Verletzungen entstehen ohne direkte Beteiligung eines Mitspielers (s. g. Nicht-Kontakt-Situationen).

Sämtliche neueren Langzeitstudien zeigen, dass eine nicht versorgte vordere Kreuzbandruptur ein Start in die Gonarthrose ist. Engere mechanische Instabilität führt in den folgenden Jahren zu einer beträchtlichen posttraumatischen Arthrose.

Zur Diagnosesicherung dient, wie bereits erwähnt, die Anamnese bzw. Re-

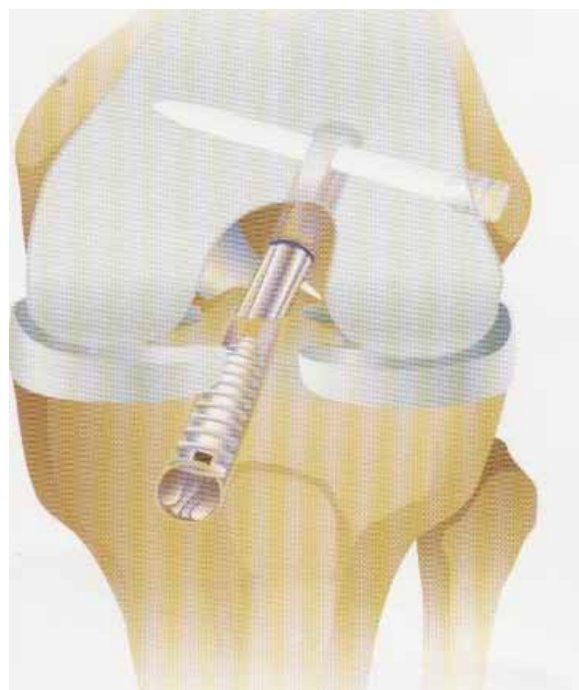
konstruktion des eigentlichen Unfallherganges, des Weiteren anhaltende Unsicherheit, bzw. Instabilität im Kniegelenk bei diversen Alltags- bzw. sportlichen Aktivitäten. Nicht zuletzt kann durch eine gezielte Untersuchung die vorhandene Instabilität meist im Seitenvergleich diagnostiziert werden, Röntgen und MRT dienen als bildgebende Diagnostik.

Die Geschichte der Kreuzbandchirurgie, bzw. Behandlung der Kreuzbandschädigung, ist im wesentlichen durch die Suche nach dem idealen Transplantat zum Ersatz des VKB gekennzeichnet.

Der Beginn jeglicher chirurgischer Rekonstruktionsbemühungen war die primäre Bandnaht. Bald bestand Einigkeit, dass dieses Verfahren nur bei sehr selektiven Verletzungstypen mit noch nahtfähigen Bandresten zur Anwendung kommen konnte. Mittelfristige Studien zeigten zudem, dass die Stabilität nur bedingt verbessert werden konnte.

Im Folgenden wurden viele Wege mit synthetischen und allogenen tierischen oder humologen Transplantaten versucht. Im Laufe der Entwicklung kristallisierte sich letztlich die Überlegenheit s. g. autologer Transplantate heraus. Aktuell als s. g. „Transplantate der ersten Wahl“ sind die s. g. Knochensehnen-Knochenstransplantate des Lig. patellae sowie das reine Sehnenstransplantat aus Semitendinosus und Gracilissehne. Neben der Transplantatwahl wurde durch entsprechende technische Verbesserungen, bzw. apparative Entwicklung, die zunächst offene Arthrotomie durch die Arthroskopische assistierte Operationstechnik abgelöst.

Weitere Diskussionspunkte waren die Fixationsmöglichkeiten der Transplantate in den Bohrkanälen. Auch hier konnte in den letzten Jahren durch s. g. resorbierbare Materialien eine hohe Primärstabilität erreicht wer-



den. Durch ausgefeilte Techniken ist man nunmehr auch ohne weiteres in der Lage, die reinen Sehnenstransplantate sicher und stabil in den Bohrkanälen zu verankern.

Im Fazit: Kreuzbandverletzungen sollten bei Patienten im jungen und mittleren Altersbereich operativ durch eine Kreuzbandersatzplastik versorgt werden. Hierdurch sollen und werden mittelfristige sekundäre Schädigungen reduziert.

Auf Grund technischer Neuerungen ist dieser Eingriff durch eine minimalinvasive s. g. Arthroskopische assistierte Technik machbar.

Dieses Verfahren wird in unserer orthopädischen Gemeinschaftspraxis zigfach im Jahr ambulant durchgeführt. Wir bevorzugen die reine Sehnenstransplantattechnik (Semitendinosus-, Gracilis-Transplantat). Wir sehen hier geringere Begleitschädigung bei der Entnahme des Transplantates sowie weniger mittelfristige Reizzustände.

Wir führen diese Technik in doppelter Facharztbesetzung durch, so dass parallel die Sehnenvorbereitung als auch das Anlegen der Bohrkanäle durchgeführt werden kann. Hierdurch ist eine enorme Verkürzung der Gesamtoperationszeit und damit der postoperativen Schmerzen verbunden.

Die Fixierung des Transplantates wird durch bioresorbierbare Pins bzw. (Fortsetzung auf Seite 9)



Fortbildung / Berichte aus QZ

(Fortsetzung von Seite 8)

Schrauben gesichert (siehe hierzu den Anhang). Hierdurch sind keine weiteren operativen Schritte wie Materialentfernung etc. notwendig.

Die Rehabilitationsphase beginnt mit dem ersten postoperativen Tag, wobei zunächst die Abschwellung und Beruhigung des Operationsgebietes erste Priorität hat. In den ersten Wochen wird durch eine angelegte und bewegungslimitierte Schiene eine zusätzliche externe Stabilisierung durchgeführt. Nach ca. 6 Wochen erfolgt die Beübung und Mobilisierung unter vollem Bewegungsausmaß mit dem Ziel eines vollständigen Ausgleichs der vorhandenen Kraftdefizite.

Leichtes Radfahren oder Laufen kann ebenfalls nach dieser Zeit begonnen werden.

Die hier dargestellte operative Versorgung erlaubt bei entsprechenden Berufsgruppen eine zügige Rückkehr an den Arbeitsplatz. Längere Arbeitsunfähigkeitszeiten sind somit unter Berücksichtigung gewisser Rehabilitationseinschränkungen ebenfalls vermeidbar.

Frank Maier und Manfred Oberreuther

QZ Orthopädie

Thema: Osteoporose

Dr. Ritzmann stellt die Messung der Knochendichte mit dem DEXA Verfahren dar. Gleichwertig ist die Messung mit der Computertomographie, wenn T Score (Standardabweichung im Verhältnis zum jungen Erwachsenen) und Z Score (Standardabweichung im Verhältnis zur Altersgruppe) angegeben sind.

Eine Osteoporose liegt vor, wenn der T-Wert $< -2,5$ beträgt. Eine manifeste Osteoporose besteht, wenn Frakturen aufgrund der Osteoporose eingetreten sind.

Die periphere Messung an Fersen oder Unterarm ("Apothekenmessung") erreicht für die Therapiesteuerung gegenwärtig keine Bedeutung. Für das Screening ist das vergleichbar zur Messung vom Serumcholesterin und den Schluss auf koronare Herzerkrankung. Vielleicht sollten die Apotheker derartiges lassen! Die Therapie sieht für eine Osteoporose/manifeste Osteoporose den Einsatz von Bisphosphonaten vor.

Zu den Medikamenten zählen Fosamax und Actonel. Generika für Fosamax sind vorhanden. Die Verträglichkeit ist noch nicht überprüft. Als weitere Gruppen wirksamer Medikamente zählen auch Serms (selektive Östrogen Rezeptoren Modulatoren) und Protelos (Strontium renalat). Serms müssen allerdings täglich eingenommen werden und haben das Nebenwirkungsspektrum der Östrogene, können allerdings bei Mammakarzinom gegeben werden. Protelos ist noch neu, muss täglich eingenommen werden, verspricht einen Knochenaufbau vergleichbar wie die Fluoride früher und soll für den Magen etwas verträglicher sein. Nebenwirkungen der Bisphosphonate betreffen vor allem Magen-Darm Probleme. Sie werden auch nicht wesentlich durch die Einnahme einmal pro Woche reduziert. Eine monatliche Einnahme wird von den beiden Marktführern (Aktonel/Fosamax) folgen.

Das Marketing der Unternehmen führt zur Beigabe von Kalzium (Aktonel) und Vitamin D (Fosamax). Beides ist notwendig. Beide Substanzen sind auch in der normalen Ernährung vorhanden, wenn man darauf achtet. (Hinweis auch zum Beispiel auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Ernährung). Die Verordnung von Kalzium und Vit. D zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist für eine manifeste Osteoporose möglich, also wenn eine Fraktur vorliegt. Dann wird auch die Knochendichtemessung von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Anbieter der Knochendichtemessung verlangen zwischen 30 und 40 € für eine Messung. Wir kommen überein, dass ein ausreichend preiswertes Angebot im Supermarkt/Drogerie an Kalzium/Vit D vorhanden ist, so dass der Arzt das teure Medikament verordnet und der Patient sich durch Ernährung und gegebenenfalls Substitution beteiligt.

Als weitere wichtige Säule der Osteoporosebehandlung gilt das Krafttraining. Es ist in jedem Lebensalter (Säuglinge ausgenommen) möglich. Die Rheuma-Liga ist eine gute Möglichkeit, Fitnessseinrichtungen sind es auch.

Der Arzt führt und kontrolliert die Therapie. Knochendichtemessungen sind im 2 Jahresintervall zur Therapiekontrolle sinnvoll.

Die Therapie der Osteoporose und Einsatz der neueren, teuren Medikamente mit dem Maß Knochendichte-

messung und klinischer Zeichen der Osteoporose (Rundrücken, Tannenbaumstruktur der Rückenhaut, niedriges Körpergewicht, Nikotinkonsum, weniger als 35 fruchtbare Jahre bei Frauen) folgt standardisierten Regeln, die über die Arzneimittelhersteller abgerufen werden können. Es gibt keinen Facharzt für Osteoporose. Jeder niedergelassene Arzt darf die notwendigen Medikamente verordnen.

Mit der Aufzählung der wichtigen neuen Medikamente fallen alte heraus: Östrogene, Fluoride, Calcitonin haben keine oder nur noch Randbedeutung.

Differenzialdiagnosen der Osteoporose sind zu beachten. Deshalb bedarf es immer der serologischen Diagnostik.

Alkalische Phosphatase und gegebenenfalls Serum Elektrophorese sollten enthalten sein. Letztere ist notwendig bei beschleunigter BKS zum Ausschluss eines Plasmozytoms zum Beispiel, was im nativen Röntgenbild oft eine Osteoporose abbildet. Sekundäre Osteoporose werden bei Rheumapatienten/Asthma mit regelmäßigem Cortisongebrauch erwartet.

Für diese Patientengruppen gilt der frühere Einsatz von den Bisphosphonaten neben Kalzium und Vit. D als notwendig. ($T < -2,0$).

Zum röntgenologischen Screening bei Osteoporose gehören einfache Röntgenaufnahmen der Brust- und Lendenwirbelsäule.

Reinhard Fabisiak



Berichte aus QZ

QZ der Kinderärzte

Thema des Qualitätszirkels am 20.01.2005 war das juvenile Asthma bronchiale

Allergietestung:

Das Ges. IgE im Serum hat keine Aussagefähigkeit bezüglich des Vorliegens oder den Ausschluss einer Allergie

Als Suchteste sind SX1 (Nahrungsmittel) und FX5 (Inhalationsallergene) geeignet

Die Pricktestung ist zwar prinzipiell im Säuglingsalter durchführbar, wird aber erst bei älteren Kleinkindern empfohlen, da einerseits ein Mindestmaß an Kooperation von Seiten des Kindes, andererseits eine ausreichend große Hautfläche an den Unterarmen vorhanden sein muss

Eine nachgewiesene Sensibilisierung wird nur dann als Allergie gewertet, wenn die Symptome des Kindes dazu passen

Therapie der akuten Obstruktion:

Zur Bronchodilatation erfolgt die Feuchtinhalation über den Pariboy mit Salbutamol (6 Tropfen, unabhängig vom Alter), bei Säuglingen < 6 Monaten ggf. in Kombination mit Atrovent

1 Ampulle Salbutamol- Fertiginhalat entspricht 6 Tropfen Salbutamol

Leukotrienantagonisten können bei Säuglingen mit RSV- Bronchiolitis nach 2- 3 Tagen zur Besserung der Obstruktion führen, das Ansprechen auf die Therapie ist individuell unterschiedlich

Medikamentöse Dauertherapie:

DNCG: nicht mehr in den aktuellen Therapierichtlinien enthalten, da die Wirksamkeit nicht überzeugend nachgewiesen werden konnte

Inhalative Corticoide: als Spray über Aerochamber oder Spacer (z.B. Able Spacer) für alle Altersgruppen oder als Pulverinhalator für ältere Schulkinder, wenn die korrekte Inhalationstechnik beherrscht wird

Inhalative Corticoide sind die wichtigsten Substanzen zur Dauertherapie des juvenilen Asthma bronchiale

Leukotrienantagonisten: zugelassen für

Kinder ab 6 Monaten, bei mittelschwerem und schwerem Asthma zusätzlich zum inhalativen Corticoid

Therapiekontrolle:

Das Führen von Peakflow- Kurven dient der Optimierung der Therapie, die Compliance der Patienten zum Führen dieser Kurven stellt mitunter ein Problem dar

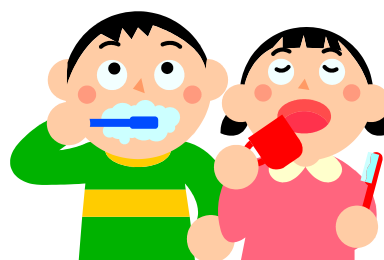
Asthma- Schulungen für die Patienten dienen zum besseren Verständnis der Erkrankung und der notwendigen Therapie

Bei unserem Qualitätszirkel am 07.07.2005 standen mehrere Themen zur Diskussion, einige wesentliche Ergebnisse möchte ich berichten:

Karies- Behandlung bei Kindern (Frau Dr. Parusel, Zahnärztin):

Bei Karies im Kindesalter ist die Sanierung, bei fortgeschrittener Karies ggf die Zahnextraktion erforderlich..

Ab dem 3. Lebensjahr stellt die Ex- traktion der Milchzähne im Frontzahn- bereich kein kieferorthopädisches Problem dar, nach Ex- traktion im Seitenzahn- bereich sind allerdings Platz- halter erforderlich



(Privatleistung, ca 65 Euro).

Vitamin- D- Prophylaxe

(Dr.Peltner):

Muttermilch enthält ca. 4-22 IU/Liter Vitamin D, industriell hergestellte Säuglingsmilch 400 IU/Liter.

200 IE Vitamin D/ Tag sind bei Früh- geborenen, Neugeborenen und Säug- lingen ausreichend.

Die Osteopenie des Frühgeborenen ist

nicht durch einen Mangel an Vitamin D bedingt, sondern durch eine Ver- schiebung des Calcium- Phosphat- Quotienten.

Die Vitamin- D- Prophylaxe erfolgt bei Frühgeborenen und Reifgeborenen unabhängig von der Ernährung mit Vit.D 500 IE in Kombination mit Fluorid 0,25 mg über 2 Jahre.

Therapie des Hodenhochstandes (Frau Dr.Varga, Dr.Peltner)

Bis zu einem Alter von 6 Monaten kann noch mit einem spontanen Des- zendieren des Hodens gerechnet wer- den. Spätestens zum 1. Geburtstag soll der Hoden im Scrotum sein, um Or- ganschäden zu vermeiden.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer frühzeitigen Therapie.

Mit der Hormontherapie soll zum Ende des 1. Lebensjahres begonnen werden. Zur Verfügung stehen LHRH als Na- senspray (Kryptocur) und HCG als im- Injektion (Predalon 500 IE).

Der Erfolg der Hormontherapie liegt bei ca. 30%, dabei gibt es keine signi- fikanten Unterschiede zwischen der Therapie mit LHRH oder HCG oder der Therapie primär mit LHRH und anschließend HCG.

Bei der Applikation von LHRH- Na- senspray durch die Eltern kann es zu Compliance- Problemen kommen. Die im- Injektion von HCG wird deshalb favorisiert.

Aktuelle Dosierungsempfehlung:

bis 2. LJ 5 x 500 IE, Injektion 1x wö- chentlich.

Nach erfolgloser Hormontherapie soll ohne Zeitverzug die Orchidopexie er- folgen.

Wird ein Maldescensus spät erkannt, empfiehlt sich die sofortige Operation, um nicht durch die Hormontherapie noch einen weiteren Zeitverzug zu riskieren.

Lymphadenitis colli durch nichttu- berkulöse Mycobakterien –

Falldemonstration (Herr Herrmann)

In der Falldemonstration wurde ein Kleinkind vorgestellt, dass akut an einer durch MOTT verursachten Lymphadenitis colli erkrankte.

(Fortsetzung auf Seite 11)

Berichte aus QZ

(Fortsetzung von Seite 10)

Infektionen durch MOTT (Mycobacteria other than tuberculosis) nehmen etwas zu, da die jetzt nicht mehr durchgeführte Tuberkulose-Impfung früher gut vor MOTT-Infektionen schützte.

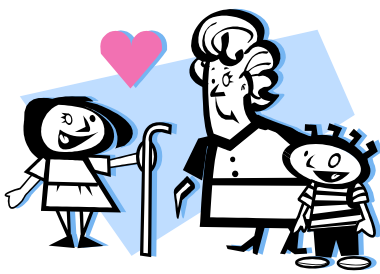
Typisch ist die nicht druckschmerzhaft, derbe, einseitige, verschiebliche Lymphknotenschwellung mit bläulich-roter Verfärbung der darüber liegenden Haut.

Der Tuberkulin-Test ist positiv bis stark positiv, deshalb soll bei entsprechendem Verdacht der Tuberkulintest zunächst 1 : 10 verdünnt werden. Der GT10-Test ist in Deutschland nicht mehr auf Praxisbedarf verfügbar, er muss aus Italien auf den Namen des Patienten importiert werden.

Antibiotikatherapie der Streptokokken-Tonsillitis (Dr.Nau)

Empfohlen wird bei nachgewiesener Streptokokkeninfektion (StrepA-Schnelltest) Penicillin oral 100.000 IE/kg über 10 Tage, Kinder maximal 2 Mio. E/d. Cephalosporine brauchen nur 5 Tage gegeben zu werden, sind aber kostenintensiver, bei Makroliden ist die Resistenzrate sehr hoch (5-20%), sie sind deshalb bei Streptokokken-Infektionen nicht zu empfehlen.

Ulrike Bosse



QZ Geriatrie

Ältere Sturzpatienten

Angelehnt an die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin haben wir das Thema Stürze und ihre Folgen vermeiden oder die Schwere und ihre Folgen vermindern bearbeitet.

Die Leitlinie stützt sich dabei zum großen Teil auf die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen und in Bereichen für die keine validen Untersuchungen vorliegen, auf nachvollzieh-

bare, begründbare und plausible Praxis.

1.Ziel ist es Patienten mit erkennbaren Risikofaktoren für Stürze zu identifizieren, um durch gezielte Interventionen Stürze zu vermeiden bzw. ihre Folgen zu mindern.

2.Patienten, die bereits gestürzt sind, vor weiteren Stürzen und den Folgen weiterer Stürze zu bewahren.

“Als Sturz im Sinne dieser Leitlinie ist zu verstehen ein unfreiwilliges, plötzliches, unkontrolliertes Herunterfallen oder -gleiten des Körpers auf eine tiefere Ebene aus dem Stehen, Sitzen oder Liegen. Als Sturz bzw. Beinahesturz ist auch zu verstehen, wenn ein solches Ereignis nur durch ungewöhnliche Umstände, die nicht im Patienten selbst begründet sind, verhindert wird, z.B. durch das Auffangen durch eine andere Person.“

Etwa ein Drittel der über 65-jährigen stürzen mindestens einmal im Jahr. Die Rate steigt mit zunehmendem Alter weiter an, so liegt sie bei den 80 - 89-jährigen bei 40-50% und bei den 90 - 99-jährigen deutlich über der Hälfte.

60-70% der Gestürzten stürzen innerhalb der folgenden 12 Monate erneut.

Einer unter fünf bis zehn Stürzen älterer Menschen hat Verletzungen zur Folge, einer unter zwanzig bis dreißig Stürzen führt zu einer Fraktur, etwa jeder hundertste Sturz führt zu einer hüftgelenksnahen Fraktur.

Der größte Teil von Stürzen älterer Menschen ist multifaktoriell bedingt und nicht monokausal die Folge einer Krankheit oder eines Funktionsdefizits.

Aus diagnostischen und therapeutischen Gründen erweist sich die Einteilung in:

extrinsische Stürze

synkopale Stürze

lokomotorische Stürze

als zweckmäßig .

Neben der Diagnostik wie Anamnese und Untersuchung auf innere Sturzursachen können einige Testverfahren zum Einsatz kommen. Besonders erörtert wurden:

Geh-und-Zähl-Test

Up & Go-Test Der Up & Go-Test ist ein Standardtest, der – mit oder ohne Zeitmessung – als Verlaufsparemeter in der geriatrischen Rehabilitation und

als funktioneller Test zur Definition von Gehfähigkeit eingesetzt wird, aber nur wenig Aussagekraft für die Sturzgefährdung hat. Der Test besteht darin, dass der Patient von einem üblichen Stuhl (mit Armlehne) ohne personelle Hilfe aufstehen, eine Strecke von 3 Metern gehen, sich umdrehen, zum Stuhl zurückgehen und sich wieder hinsetzen soll. Varianten dieses Tests, bei dem die Patienten als zusätzliche Aufgabe eine manuelle Aufgabe zu bewältigen hatten (Tragen eines mit Wasser gefüllten Glases), hatten eine prognostische Aussagekraft für Stürze bei Bewohnern von Altenheimen.

Modifizierter Romberg-Test

Tinetti-Test und Tinetti-Skala

Der umfassende Tinetti-Test ist der Goldstandard in der Diagnostik von Mobilitätsstörungen im Alter. Dieser Test untersucht das Auftreten von Defiziten in 9 verschiedenen Risikobereichen: Mobilität, Visus, Gehör, Stimmung, kognitiver Status, Haltung, Orthostase, Medikation, allgemeine Behinderung (ADL-Defizite). Er schließt zur Feststellung und Differenzierung von Mobilitätsdefiziten die so genannte Tinetti-Skala. Die standardisierte Durchführung des umfassenden Tinetti-Tests (9 Risikofelder) ist zeit- und personalintensiv und für die Hausarztpraxis nicht geeignet, sondern methodisch der spezialärztlichen Versorgung zuzurechnen. Hier fehlte uns die sonst immer anwesende Neurologin zur Horizonterweiterung.

Bei unseren Hausbesuchen sollten wir insbesondere achten auf

- Lose Kabel auf dem Boden
- Teppichkanten und -falten
- Zu hohe Bade- oder Duschwannenränder
- Rutschende Teppiche
- Zu hohe oder lockere Türschwellen
- Feuchte und / oder glatte Fußböden
- Zu hohe Betten und / oder Stühle
- Zu niedrige Betten und / oder Stühle
- Rollstühle oder Rollatoren ohne angemessene Bremswirkung
- Duschen oder WC ohne angemessene Haltemöglichkeit
- stabilen Schuhwerk

Eugen Kreuzer

Berichte aus QZ

QZ Klinik/Niedergelassene SZ-Bad

***Thema: Praxisorientierte Stufentherapie des
Diabetes mellitus 2 (orale Antidiabetika)***

Referent: Dr. Axmann, Liebenburg

In Hinblick auf die notwendigen Kenntnisse im Zusammenhang mit dem DMP sollte an diesem Abend noch einmal intensiv auf die Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 mit oralen Antidiabetika eingegangen werden. Die Themen Ernährungsberatung und sportliche Betätigung sollten keine Berücksichtigung finden!

Kurz wurde auf den oGTT Bezug genommen (75 g Glucose in 200-300 ml Flüssigkeit) und nochmals auf die Bewertungskriterien eingegangen. Entscheidend ist der BZ-Anstieg nach 2 Stunden von über 200 mg/dl (im venösen Vollblut 180 mg/dl).

Klar wurden die Zielwerte der Therapie definiert:

BZ (nüchtern) unter 120 mg/dl,

postprandial unter 160 mg/dl (90 min)

der HBA1c sollte unter 6,5 % liegen.

Hier soll nochmals auf den Unterschied zu den derzeit gültigen DMP-Werten herausgestellt werden (Zielgrenze liegt bei 7 %).

Die oralen Antidiabetika sollen die pathophysiologischen Abläufe (Insulinresistenz, gesteigerte hepatische Gluconeogenese) unterbrechen.

Alpha-Glucosidase-Hemmer (Acarbose).

Der Wirkmechanismus besteht in der Hemmung des oben genannten Enzymes und damit der Spaltung von Disacchariden in Monosaccharide .Damit kommt es zu einer verlangsamten KH-Resorption und zu einem verzögerten BZ-Anstieg. Entzündliche Darmerkrankungen stellen hierbei eine Kontraindikation dar. Nebenwirkung ist die Flatulenz, weshalb eine einschleichende Dosierung dringend notwendig ist. Es handelt sich hierbei um ein ideales Medikament für die Diabetesfrühform.

Biguanide (Metformin)

Sie verbessern die Insulinempfindlichkeit (Leber, Muskel und Fettzelle als Hauptwirkort).

Es sollte mit einer Dosis von 500 mg begonnen werden, Maximaldosis liegt bei 2000 mg.

Ideal ist dieses Medikament bei Übergewichtigen (cave : fieberhafte Infekte, Gabe von Röntgenkontrastmitteln, Laktacidose, Kreatinin über 1,25 , Herzinsuffizienz, u.U. KHK)

Metformin kann mit Acarbose , mit Glitazonen ,Gliniden und Sulfonylharnstoffen (außer Glibenclamid) kombiniert werden.

Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid) und deren Derivate (Glimepirid)

Wirkmechanismus ist die Beta-Zellen-Stimulation und

damit die Steigerung der Insulinsekretion. Der große Nachteil ist die Hypoglycämiegefahr ! Aus diesem Grund ist die stetige regelmäßige Nahrungszufuhr notwendig!

Glitazone (Rosiglitazon ,Pioglitazon) .

Es handelt sich hier um „Insulinsensitizer“ ,welche die Insulinresistenz vermindern, ohne die

Insulinsekretion zu stimulieren.

Beim Actos ist eine Einmalgabe üblich (30-45 mg) und hat die Zulassung Kombinationstherapie (z.B. mit Metformin) und neuerdings auch Monotherapien in Einzelfällen.

Auch ältere und niereninsuffiziente Patienten können damit gut behandelt werden und von dieser Therapie profitieren. Hypoglykämien sind nicht bekannt.

Glinide (Repaglinid, Nateglinid).

Hier gilt die one-meal-one dose –Einrahme. Eine gute Compliance ist dringend notwendig!

Eine Kombination mit Metformin ist sinnvoll ,dagegen mit Sulfonylharnstoffen nicht.

Auf eine Einschränkung der Leberfunktion ist zu achten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es sich um eine sehr interessante Veranstaltung handelte ,welche mit dem Thema Insulintherapie am 2.Dienstag im Februar fortgesetzt werden soll.

***Thema: Praktische Aspekte der Insulintherapie
-Vermeiden von Fehlern in der Insulintherapie
Referent: Dr. Axmann , Liebenburg***

Auf der interessanten Veranstaltung wurden praxisrelevante Aspekte der Insulintherapie besprochen.

Folgende Indikationen zur Insulintherapie wurden genannt:

- Typ 1 Diabetes (Sonderform: LADA-Diabetes – late autoimmune diabetes of adults)
- Typ 2 –Diabetes (Sekundärversagen der oralen Therapie, bei Zusatzkrankungen)
- Typ 3 – Diabetes bei anderen Erkrankungen
- Typ 4 – Schwangerschaftsdiabetes

Intensiv wurde noch einmal auf die Formen der Insulintherapie eingegangen

- ♦ die Kombinationstherapie mit oralen Antidiabetika (BOT) ,welche oft zu spät eingeleitet wird
- ♦ konventionelle Insulintherapie (CT), diese beinhaltet die tägliche Zweimalgabe , wobei die regelmäßige BE-Zufuhr Voraussetzung ist.
- ♦ supplementäre Insulintherapie (SIT+) , welche tags zu den Mahlzeiten Alt-Insulingaben oder schnelle Analoga (Lispro) und nachts die Gabe eines Verzögerungsinsulins

(Fortsetzung auf Seite 13)



Berichte aus QZ

beinhaltet

- ◆ die intensivierte konventionelle Therapie (ICT) mit mehrfach täglichen Insulininjektionen,
- ◆ Basis-Bolus Therapie bei individueller BE-Einnahme
- ◆ Blutzucker-Selbstkontrolle, Insulindosisanpassung .
- ◆ Insulinpumpentherapie

- ◆ Wahl falscher Spritzstellen (Gesäß)
- ◆ falsche Applikation – i.m.-Gabe
- ◆ falsche Durchführung der ICT (intellektuelle Durchdringung des Basis-Bolus Prinzips von Patient und Therapeut!)
- ◆ oft wird der PEN zu spät eingesetzt
- ◆ ungenügende Beachtung des Spritz-Ess-Abstandes (nur bei schnellen Analoga nicht nötig!)

Insulinwirkprofile

Insulin	Initialeffekt s.c.	Wirkungs-Max.	Wirkungsdauer
Schnelle Analoga	10-15 min	0,5-1,5 h	2-3 h
Alt-Insulin	30	1,5-2,5	4-6
Kombinations-Insulin	30	2-4	8-10
Verzögerungs-Insulin	30-45	2-6	10-12
Langzeit-Insulin	45-60	sehr gering,peak	24

Auch wenn schon mehrfach in Artikeln erwähnt , soll nochmals auf die Behandlungsziele bei der BZ-Einstellung von Typ 2 Diabetikern eingegangen werden.

BZ	mg/dl	mmol/ l
Nüchtern	90-120	5,0-6,7
postprandial	130-160	7,2-8,9

Behandlungsziele bei der Blutglucoseeinstellung von Typ 2 –Diabetikern

Bei schwangeren Diabetikerinnen möglichst kein BZ über 120 mg/dl

Der HbA1c sollte nicht über 6,5% steigen!!

Im Verlauf des Vortrages wurde ausführlich auf die Fehler in der Insulintherapie eingegangen. Diese sind :

- ◆ orale Therapie (anstelle der zügigen Insulintherapie) beim Typ 1- Diabetes
- ◆ zu späte Insulintherapie bei Patienten mit angeblichem Typ 2 –Diabetes mit Norm- oder Untergewicht (oftmals LADA !!)
- ◆ eine zu frühe Insulintherapie des übergewichtigen Typ 2 Diabetikers
- ◆ zu lange Verabreichung von oralen Antidiabetika (zu späte Insulingaben)
- ◆ unphysiologische Insulingaben beim Typ-2-Diabetes im Sekundärversagen
- ◆ Gaben v. tierischem Insulin statt Humaninsulin
- ◆ ungenügende Beachtung der pharmakologischen Besonderheiten der Insuline (Lagerung, Schwenken!, Konzentration

◆Non-Compliance bei den Patienten (keine geregelte Ernährung)

◆Einsatz zu lang wirksamer Insuline bei instabilem Diabetes

◆ zu späte Insulintherapie bei Gestationsdiabetikerinnen

◆ aggressive Insulintherapie bei bestimmten Altersgruppen (sehr alte Diabetiker)

◆ zu schnelles Gegensteuern bei vermeintlichen Hypoglykämien (KH-Gabe)

◆ fehlende Beachtung der Lebensumstände (Bewegung, Temperatur, Rauchen Physiotherapie)

◆ Handhabungsfehler bei der Injektion (Zuordnung des PEN, Spritztechnik, Zustand der Kanülen...)

◆ keine aussagefähige Überprüfung der diabetischen Stoffwechsellage

◆ (4- oder 7 Punkte–Tagesprofil ,Nachtprofil ,HbA1c)

◆ mangelhafte Beachtung der Begleiterkrankungen: metabolisches Syndrom.

Auch diese Veranstaltung war sehr aufschlussreich (besonders für DMP-Ärzte), eine Fortsetzung der Reihe Diabetologie soll erfolgen .

Bernd Bosse



Berichte aus QZ

QZ Schmerztherapie

Tumorschmerz
Referent: Dr. Boehme
(Kassel)

Der Qualitätszirkel Schmerztherapie startete mit einer neuen Form der Fortbildung. Es fand eine interessante interaktive Qualitätszirkelsitzung statt. Der Referent stellte den Teilnehmern unter anderem multiple-choice-Fragen (die Technik wurde von der Fa. Grüenthal zur Verfügung gestellt).

Die jeweiligen Teilnehmer der Tischgruppen mussten nach Diskussion zu den möglichen Antworten an ihrem jeweiligen Computerarbeitsplatz die Fragen beantworten, was spannend, informativ und kommunikativ war.

Das Thema an sich gilt nicht gerade als Fortbildungsmagnet. Schnell mussten selbst schmerztherapeutisch tätige Hausärzte und Vertreter anderer Fachrichtungen erkennen, dass die gestellten Fragen nicht so einfach zu beantworten waren. Neben der allseits bekannten Stufentherapie wurden auch Probleme zum Umfeld der medikamentösen Schmerztherapie diskutiert (zum Beispiel der Gebrauch von Laxantien). Fast alle Formen der medikamentösen Schmerztherapie mit dem Schwerpunkt Morphintherapie wurden erörtert.

Besonders informativ waren Kasuistiken, zu denen die Teilnehmer Stellung nehmen konnten. Weiterhin wurde auch zu juristischen Problemen der Morphintherapie Stellung genommen (Fahrtauglichkeit) und auf Probleme der Dokumentation intensiv eingegangen. Man konnte CDs vom Referenten erwerben, auf denen sich wichtige praxisrelevante Vordrucke für schmerztherapeutisch tätige Kollegen befinden.

Thema: chronischer Rückenschmerz

Bei der Folge-Veranstaltung (mit gleichem organisatorischen Ablauf) gab es lebhaftere Diskussionen auch in Hinsicht auf die oft psychosomatischen Ursachen für Rückenschmerzen und die damit verbundene Problematik. Deutlich wurden die Unterschiede zwischen radikulären und pseudoradikulären Schmerzen herausgearbeitet, was dem niedergelassenen Kollegen die weitere

Differenzierung von Rückenschmerzphänomenen erleichtern soll.

Der Referent machte nochmals darauf aufmerksam, dass bei nicht tumorbedingten chronischen Rückenschmerzen durchaus Morphine indiziert sein können

Neuropathischer Schmerz
Referent: Dr. Reckinger
(Herne)

Es handelte sich um die dritte interaktive Veranstaltung, welche auch diesmal sehr interessant war, allerdings auch sehr anstrengend, denn die Teilnehmer wurden ca. 4 Stunden hart gefordert. Der Vortrag wurde von Fragekomplexen unterbrochen, z. T. musste altes Wissen aus dem Studium hervorgekramt werden. Nur das Buffet konnte verhindern, dass die Konzentration nicht allzu stark nachließ.

Am Anfang des Vortrages wurde allgemein auf den Charakter des neuropathischen Schmerzes eingegangen, wobei sehr heftig schon in dieser Phase diskutiert wurde. Der Schmerzcharakter kann brennend, dumpf und stechend sein, anfallsartig aber auch kontinuierlich auftreten. Hyperästhesien (starke Reaktion auf taktilen Reiz), Parästhesien (Missempfindungen), Hyperalgesie (sehr starke Reaktion auf schmerzhafte Reize) und Allodynie (starke Schmerzen auf leichte Berührung, Wärme, Kälte) können auftreten.

Zum Teil bedenklich waren die angegebenen Zahlen zu chronischen Schmerzen nach operativen Eingriffen.

Amputation	81%
Thorakotomie	47%
Mastektomie	11-57%
Cholecystektomie	3-56%
Herniotomie	11%

Für die Therapie des akuten neuropathischen Schmerzes wurden vom Referenten Tramadol, Novalgin und Morphine empfohlen.

Folgende Mechanismen für den neuropathischen Schmerz wurden herausgearbeitet und gleichzeitig therapeutische Ansatzpunkte genannt:

periphere Sensibilisierung (durch Entzündung)

Therapie: Cortison, NSAR, Lidocain
zentrale Sensibilisierung (z.B. b. Alldynie)

Therapie : Opioide, Antidepressiva,)
symp. Afferente Kopplung

Therapie : Sympathikusblockade

Ektope Reizbildung (z. B. Spontanaktivität beim Neurinom)

Therapie: Carbamazepin, Gabapentin, Lidocain i.v.)

Es wurde ebenfalls auf die diabetische und alkoholtoxische Polyneuropathie eingegangen (sensible, vegetative und mot. Ausfälle- Kribbeln, brennen, Watte-Gefühl)

Das Gabapentin wurde hier an erster Stelle genannt (Thioctacid ist out!) mit einer Initialdosis von 300 mg und einer Tagesmaximaldosis von 1200 mg.

Relativ neu auf dem Markt ist das LYRICA (Pregabalin), welches initial mit 2x75 mg dosiert werden sollte. Vorteil dieses Präparates ist die geringere Nebenwirkungsrate.

Es wurde auch noch einmal auf die Therapie des H.zoster eingegangen mit folgenden Therapieempfehlungen:

ZOSTEX 7 d (diverse Vorteile gegenüber Aciclovir, Nachteil: Preis)

lokale Therapie (Zinkpaste)

Analgetika nach Stufenschema

Antidepressiva b. Bedarf (bes. post-zoster-Neuralgie)

Nervenblockaden

Der Zeitpunkt des Einsatzes von Nervenblockaden wurde kontrovers diskutiert, was sicherlich mit der Fachrichtung des Referenten zusammenhängt (Internist). Eine frühzeitige Nervenblockade wurde vom Referenten abgelehnt, es ist aber demgegenüber bekannt, dass auf diversen schmerztherapeutischen Kongressen eine frühzeitige Nervenblockade nahezu gefordert wird.

Bernd Bosse

Berichte aus QZ / Buchbesprechung

QZ Technische Diagnostik

Zu Beginn des Qualitätszirkels wurde über den aktuellen Stand der kontroversen Debatte zur MR-Angiographie referiert. Vermutlich wird die Angelegenheit im gemeinsamen Bundesausschuss entschieden werden. Am 08.06.2005 erfolgt eine Sondervertreterversammlung der KVN, die auf Antrag überwiegend fachärztlicher Mitglieder einberufen wurde. Hier erfolgt eine zeitnahe Information.

Fälle aus der Praxis für die Praxis:

Basilaristhrombose

Vorstellung eines Patienten, welcher 30-jährig ein Schädelhirntrauma erlitten hatten und 34-jährig eine Basilaristhrombose hatte.

Je nach Literatur liegt die Letalität bei einem kompletten Basilarisverschluss bei ca. 75 %, teilweise werden Werte mit einer Letalität von 80 bis 90 % angegeben.

In diesem Fall war zu klären, in wie weit der neu aufgetretene Lagerungsschwindel als Vorbote einer Durchblutungsstörung, bzw. als gefäßunabhängig zu werten sei.

Arnold-Chiari-Malformation

60-jährige Patientin, bei der während einer MRT-Untersuchung der HWS ein Tiefstand der Kleinhirntonsille nachgewiesen wurde.

Bei der Arnold-Chiari-Malformation Typ I handelt es sich um eine Verlagerung der Kleinhirntonsillen über die Ebene des Foramen magnum hinaus nach caudal. Dabei werden die Verlagerungen um weniger als 3 mm noch nicht als pathologisch angesehen, klinische Symptome sind erst bei Verlagerung um 5 mm und mehr zu erwarten. Bei Caudalverlagerung zwischen 3 und 4 mm kann im Einzelfall ebenfalls eine klinische Symptomatik vorliegen, zumeist ist dies aber nicht der Fall.

Die Arnold-Chiari-I-Malformation wird in der Regel erst im Erwachsenenalter klinisch relevant.

Gefäßfehlbildung

57-jährige Patientin mit sensibler Hemiparese li. bei der rechtshirig im Bereich der Stammganglien eine Signalerniedrigung nachgewiesen wurde. Aufgrund der Konfiguration war ein venöses Angiom diskutiert worden. Hier sollte mittels ergänzender Kontrastmittelgabe eine Differenzierung durchgeführt werden.

Kleines Gefäßaneurysma der Arteria cerebri media

Demonstration eines 48-jährigen Patienten, bei dem im Rahmen einer Migräneabklärung der Circulus Willisii dargestellt wurde. Hierbei wurde als Zufallsbefund ein 2 mm großes Aneurysma nachgewiesen. In diesem Fall wurde über die Grenze der Auflösungs-fähigkeit und Möglichkeit von Gefäßmalformationen, bzw. Tumoren in der Größenordnung unter 2, bzw. 3 mm Größe diskutiert. Der goldene Standard ist die superselektive intraarterielle Gefäßdarstellung. In wie weit mit steileren Gradienten in der MRT, bzw. mit zunehmenden Mehrzeilen in der Computertomographie eine noch genauere Detektion möglich sein wird, wird die Zukunft zeigen. Wissenschaftliche Demonstrationen auf dem Deutschen Röntgenkongress zeigten ein Auflösungsvermögen unter 1 mm in bestimmten Regionen.

Die Vorstellung der letzten 48-jährigen Patienten mit einem Zustand nach bakterieller Meningitis und Defektbildungen im Putamen gelang aus technischen Gründen nicht.

Abschließend wurde noch kurz über das Prostatacarcinom als zu dem häufigsten Tumor des Mannes diskutiert. Zum Nachweis wird neben der digitalen rektalen Untersuchung die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens PSA empfohlen.

Bei einem Teil der Patienten findet sich jedoch trotz eines über 4 ng/ml erhöhten PSA-Wertes kein Carcinom in der durch den transrektalen Ultraschall gesteuerten Prostatabiopsie. Es wurde die Frage aufgeworfen, in wie weit die MRT in der Lage ist, tumorsuspekte Signalarome Areale darzustellen. Hier wären die Diagnostik-Systeme in einem späteren Qualitätszirkel zu vertiefen.

Richard Schulz

Buchbesprechung:

Frühgeborene optimal ernähren und pflegen

von Christina Frank, Otwin Linderkamp, Frank Pohlandt, 1. Auflage, 200 Seiten, 13,00 EUR, Verlag Kirchheim, Mainz 2005

Dieses Kitteltaschenbuch ist eine wertvolle Informationsgrundlage und ein hilfreicher Ratgeber bei der Versorgung, Ernährung und Pflege von Frühgeborenen.

Ausgehend von der Frühgeborenen-Definition, den Ursachen und der Häufigkeit von Frühgeburten und der besonderen Bedarfs-Situation Frühgeborener werden im ersten Teil Aspekte einer angemessenen Ernährung und im zweiten Teil die Erfordernisse einer Entwicklungsfördernden Betreuung und Pflege dargestellt.

Exemplarisch sei hier nur etwa auf die Empfehlungen zur Frühchennahrung auf Sauermolkenbasis und die Aufnahme der einzelnen Nährstoffe oder etwa das Heidelberger Konzept der Betreuung Frühgeborener – Minimierung der Intensivmedizin auf das unbedingt Notwendige und Maximierung der Zuwendung auf das maximal Mögliche – (Marina Marcovich) und das Pflegekonzept NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Programm – (Heidelse Als) hingewiesen.

Farblich abgehobene Merksätze und Empfehlungen, ergänzt durch tabellarische Übersichten, gewährleisten einen raschen Informationszugriff und erhöhen den Ge-brauchsnutzen.

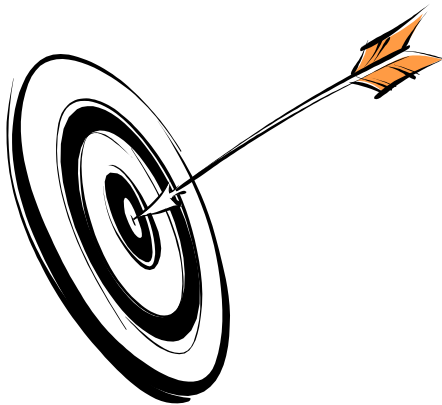
Paul Kokott





Letzte Seite

Termin	Zeit	Qualitäts-Zirkel / AG	Moderator(en)	Ort	Thema
Sa, 12.11.2005	8.30	Fortbildungs-Akademie	div	Ratskeller	div
Mo, 14.11.2005	20.00	Vorstands-Sitzung		MeGeSa-Büro	
Mi, 16.11.2005	16.00	Hausärztl.Themen	Kokott	MeGeSa-Büro Heckenstr	wichtige Kh-Bilder
Di, 22.11.2005	19.00	Klinik/Niedergel. SZ-Lebenstedt	Nickel	Bibliothek Khs Lebenstedt	Lymphadenopathie (Henning)
Do, 24.11.2005	20.00	Orth.Themen	Fabisiak	Praxis Krüger et.al.	TCM i.d. Orthopädie
Mi, 30.11.2005	19.30	Fortbildung ÄV		Ratskeller	Leitlinien Postinfarkt-Th
Mi, 07.12.2005	17.00	klin-pathol Konferenz		Khs Lebenstedt	klin-pathol Konferenz
Di, 13.12.2005	19.00	Vorstands-Sitzung		MeGeSa-Büro	
Do, 15.12.2005	20.00	Orth.Themen	Fabisiak	Praxis Oemus/Fabisiak	Schmerztherapie
Di, 14.03.2006	19.30	DMP Diabetes	Sindern	Hotel Ratskeller	Diabetes - teuerste Kh (Anderten)



In eigener Sache

Vielleicht fragt sich das eine oder andere Netzmitglied, aber auch andere MeGeSa-Freunde, wieso das

neue Journal so lange auf sich warten ließ.

Die Redaktion hat durch mehrere Aufrufe und Appelle versucht, ein früheres Erscheinen des Journals zu ermöglichen. Die Redaktion war und ist bemüht, die Arbeit wie früher fortzuführen. Sie kann diese Arbeit aber nur dann leisten, wenn sie von einem schreibenden Team getragen und unterstützt wird. Die Redaktionsmitglieder können nicht alle Artikel selbst schreiben. Das sollen sie auch nicht. Das Selbstverständnis einer Redaktion wie der des MeGeSa-Journals ist so zu verstehen, dass sie die inhaltlichen Linien sucht und die Artikelschreiber motiviert sowie die Artikel koordiniert und redigiert. Wiederholte Appelle an Moderatoren und an Vorstandsmitglieder hatten nicht zu dem erwarteten Ergebnis geführt.

Für die Redakteure wäre es auch einfacher, wenn nicht nur Funktionsträger

schreiben würden. Das Journal bekäme mehr inhaltliche Buntheit. Alle müssen sich also an die eigene Nase fassen und nicht nur die „Schuld“ bei anderen suchen.

Es darf natürlich auch die Frage nach der Richtigkeit des bisherigen Konzeptes gestellt werden. Wir haben uns wiederholt im Vorstand mit diesem Problem auseinandergesetzt, ohne eine abschließende Meinung darüber zu finden.

Sie sind an dieser Stelle aufgerufen, sich Gedanken zu machen und diese auch an Vorstand oder Redaktion mitzuteilen. Wir freuen uns über jeden Beitrag. Nutzen Sie das Journal als Möglichkeit zum Mitgestalten oder zur kritischen Auseinandersetzung!

Jürgen Michael Frank,
Matias Jolowicz,
Stefan Voges

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, E-Mail: StefanVoges@t-online.de

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