



# MeGeSa - Journal

## Erfolg: das ambulante Operieren

### Ambulantes Operieren - Ein Gradmesser für den MeGeSa Erfolg!

Disease-Management Werner Weiss	2
Vorstand	3
Zukunftsszenario	4
QZ Schmerztherapie	5
QZ Geriatrie	5
QZ Hausärztl. Themen	6
Rückenschmerzen	7-8
KV - Ärzteverein	9
Nephrologie / Buchb.	10
QZ Medikamenten- Therapie - Rheuma 1	11
QZ Klinik Niederg. SZ - Bad Diabetes	12
QZ Ambulantes OP	12
AG Technik 06.09.01	13 -14
Spektrum ambulanter arthroskopischer OP	14
Verschiedenes	15,19
MeGeSa Patiententag	16,20
QZ Klinik Niederg. SZ - Lebenstedt Rheuma 2	17
Leseprobe - Buchbsp.	18
Impressum, Termine	20

Die OP-Zahlen innerhalb des Strukturvertrages "Ambulantes Operieren" sind im Laufe des letzten Jahres deutlich angestiegen. Unsere Öffentlichkeitsarbeit trägt Früchte, immer mehr MeGeSa-Ärzte überweisen ihre Patienten an ambulant operierende Kollegen. Jetzt ist es unsere und Ihre Aufgabe, diesen Trend fortzusetzen und den Strukturvertrag „Ambulantes Operieren“ auch in Zukunft zu sichern. Neben den Einsparungen im Arzneimittelbereich gilt der Ausbau des ambulanten Operierens als direkter Gradmesser für das Funktionieren unseres Netzes. Stationäre Aufenthalte sollen, wo es möglich ist, vermieden werden, das eingesparte Geld kommt allen MeGeSa-Ärzten zu Gute. Wir alle können durch eine eingespielte Zusammenarbeit zwischen Zuweisern/Hausärzten und ambulanten Operateuren die ambulante Betreuung optimieren und die stationären Einweisungen zu reduzieren. An dem Rückgang stationär durchgeführter Eingriffe wird der Erfolg des ambulanten Operierens gemessen.

**Technischer Ablauf und Abrechnung**  
Immer wieder rufen Kollegen oder Arzthelferinnen an, weil Sie Fragen haben zum Thema Ablauf und Abrechnung. Es ist ganz einfach!

Ein Beispiel:  
Sie haben einen Patienten mit v.a. Leistenhernie. Wie gehen Sie vor?

Sie als Hausarzt schicken den Patienten zu einem ambulant operierenden Chirurgen. Hat der Chirurg Ihre Verdachtsdiagnose bestätigt und mit dem Patienten eine ambulante Operation besprochen, schickt er Ihren Patienten zurück zur präoperativen Diagnostik. Der Hausarzt kümmert sich um die notwendigen Untersuchungen: Labor, EKG, Lungenfunktion/Thorax etc. Dafür rechnen Sie, in diesem Fall die Ziffer 2620 A mit der normalen KV-Abrechnung ab. Entsprechend z.B. bei Varizen OP 2861 A.

Für die geforderte Dokumentation stempeln Sie das erste Modul auf dem mitgegebenen Dokumentationsbogen ab und geben den Bogen den Patienten mit. Wichtig: Sie bekommen Ihr Geld nur, wenn Sie das Modul 2620 A (Hausärztliche Diagnostik für Leistenhernie) in Ihre Abrechnung eingeben. Der Dokumentationsbogen hat nur Kontrollfunktion. Der Patient wird operiert und je nach Absprache zunächst vom Operateur oder gleich vom Hausarzt postoperativ weiterbetreut.

Selbst wenn der Dokumentationsbogen nicht nach erfolgter Operation zu Ihnen zurückkommt, erhalten Sie das Honorar für das Modul A. Meistens geben die Operateure die Bögen ab. Sollten Sie noch Fragen haben rufen Sie mich an. Tel. 659644 oder 186989

P.S. Übrigens, es werden nicht nur diese 17 Indikationen ambulant operiert. Fragen Sie doch einfach die Operateure, welche Eingriffe ambulant durchführbar sind.

**Siehe auch Kasten Seite 14!**



Anke Döring

### Der Strukturvertrag umfasst folgende Eingriffe:

Indikation	EBM-Ziffer
Sterilisation des Mannes	183
Sterilisation der Frau	187
Abrasio	1104
Adenotomie	1485
Mammatumor	2110/2111
Dupuytrensche Korr.(part.)	2271
Dupuytrensche Korr.(voll)	2273
Karpal-o.Tarsaltunnelsyndrom	2275
Metallentfernung "klein"	2362
Metallentfernung "groß"	2363
Hallux valgus	2382
Arthroskopie Knie/Schulter/OSG	2447
Leistenhernie	2620
Nabel-und Mittellienbruch	2621
Exzision von Hämorrhoidalknoten	2751
Varizen	2861
Katarakt	1363

## PREUSSAG BKK und PREUSSAG BKK *Publik*

### *Disease-Management eine Aufgabe für die MeGeSa?*

Gestatten Sie mir, für diese Ausgabe des MeGeSa-Journals mit einem Thema zu beginnen, das in diesem Sommer Freude gemacht hat und deshalb nicht nonchalant über den sonstigen Fragen, die uns bewegen, wieder zu den Akten gelegt werden sollte. Ich meine den diesjährigen MeGeSa-Patiententag, der nach den Schätzungen meiner Mitarbeiter von rund fünftausend Bürgern dieser Stadt besucht wurde. Dieser Tag ist bemerkenswert, weil er die Zusammenarbeit in unserer Branche von einer Seite zeigte, wie wir sie uns auf allen Ebenen des Gesundheitswesens wünschen sollten. Es war auch ein fröhlicher Tag für die Patienten, an dem neben sich dem Ärztenetz fast alle namhaften Leistungserbringer präsentierten und auf dem BKK-Gelände den guten Geist der Zusammenarbeit demonstrierten. Dies geschah informativ, seriös und nicht unangemessen werblich. Der gute Zuspruch und das Lob der Besucher haben gezeigt, dass gute und demonstrierte Zusammenarbeit aller Partner weit besser aufgenommen werden als verunsicherndes Neben- oder schlimmstenfalls Gegeneinander. Unter den Besuchern waren auch viele chronisch Kranke, die sich für die vorgestellten Konzepte und die guten Beispiele vernetzten Arbeitens in der tagtäglichen Praxis interessierten und informierten.

Dieses Stichwort erlaubt mir eine Überleitung zu einem weiteren großen Thema in diesem Herbst. Nicht nur der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, auch die das Gesundheitsministerium beratenden Forschungsinstitute bescheinigen der Versorgung chronisch Kranker in der Bundesrepublik erhebliche Defizite. Zu teuer sei die Versorgung, nicht effizient gemessen am eingesetzten Geld, heißt es. Die internationale Entwicklung, vor allem die in den USA sei längst enteilt, weil evidenzbasierte Behandlungsleitlinien in Deutschland kaum Beachtung fänden, geschweige deren Einhaltung kontrolliert würde. Beispielhaft werden immer wieder sieben so genannte Volkskrankheiten identifiziert, bei denen Missstände zu registrieren sind. Inzwischen sind Gesetzesvorhaben auf den Weg gebracht, welche künftig der Einführung von Disease-Management-Programmen (DMP) einen absoluten Vorrang einräu-

men und über eine rigide Umleitung der finanziellen Mittel im Risikostrukturgleichgewicht gefördert werden sollen. Um einem möglicherweise bestehenden Missverständnis vorzubeugen: Es soll keineswegs mehr Geld ins System gebracht werden um die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern, das Geld muss durch Umschichten im Gesundheitssystem aus den vorhandenen Mitteln aufgebracht werden. Damit die Akteure, sprich Krankenkassen und Ärzte, endlich das in der Vergangenheit angeblich Versäumte nachholen, soll nach dem Willen der Politik für die Krankenkasse die Teilnahme eines Pati-



enten durch höhere Ausgleichszahlungen (ein Mehrfaches des Bisherigen), versüßt werden. Die Rechnung der Politik: den Krankenkassen werde dann schon etwas einfallen, um chronisch Kranke den DMP zuzuführen. Nur ahnungslose Vereinfacher werden unterstellen, jeder chronisch Kranke (davon gibt es immerhin mehr als zwanzig Millionen) sei bislang ärztlich falsch- oder unterversorgt. Von genau dieser Annahme geht aber der Gesetzesentwurf aus und deshalb sehe ich in diesem unglückseligen finanziellen Mechanismus die Gefahr, dass auch bisher gut und bestens versorgte Chroniker in teure Programme gebracht werden und weniger ernst erkrankte Patienten zu Chronikern erklärt werden, nur um an das Geld im „Chroniker-ausgleich“ zu gelangen. Die an sich respektable Idee verkommt auf diese Weise zu einer gigantischen Umverteilungsmaschinerie, mit nur einem Zweck, die unterschiedlichen Beitragsätze der Kassen weiter anzugleichen. Nicht die Verbesserung der Versorgung

wird im Vordergrund stehen, sondern die Verbesserung der Finanzen durch erfolgreichen Vertrieb der „Chronikerprogramme“. Die dadurch verursachten Streuverluste „verbrennen“ Verwaltungsressourcen und führen auf der Leistungsanbieterseite zu völlig undifferenzierter Leistungserbringung, die zu Lasten der anderen Patienten - nicht nur der „chronisch Gesunden“ - gehen wird. Warum steht dies in einem MeGeSa-Journal? Der Zeitplan der Regierung ist äußerst ambitioniert. Wie es scheint, werden die Krankenkassen schon bald zu Einrichtung solcher DMP verpflichtet. Fraglich scheint derzeit nur, ob der Kosten treibende Umverteilungsmechanismus ebenfalls eingeführt wird, oder ob die Politik doch noch zur Vernunft zu bringen ist. So oder so werden die geplanten Maßnahmen unsere Arbeit verändern. Gezielt eingesetzte DMP können geeignet sein, die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern und sie im günstigsten Falle wirtschaftlicher gestalten. Die Erfahrungen der Ärzteschaft sind wichtig, um DMP zielgerichtet entwickeln und einsetzen zu können. Es bedarf der Akzeptanz und Unterstützung der Ärzteschaft, wenn die Programme beispielsweise bei Herzinsuffizienten oder Diabetikern den erwünschten Erfolg erzielen sollen. Wir glauben, unabhängig von allen denkbaren und nach dem Gesetzesentwurf ebenfalls zulässigen Vertragsvarianten in der MeGeSa bereits einen kompetenten und zuverlässigen Partner zu haben, mit dem wir uns dieser neuen und gewiss anspruchsvollen Aufgabe stellen können.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine besinnliche Adventszeit.

Ihr Werner Weiß





## Bericht aus der Vorstandsarbeit

### Aus der Vorstandsarbeit

Die Arbeit in den letzten Monaten in Vorstand, Projektgruppe und Arbeitsgemeinschaft Kasse/Netz konzentrierte sich hauptsächlich auf die Punkte: Kommunikation, Ambulantes Operieren, verbesserte Zusammenarbeit mit den Kassen und Diskussionen über die Kosten in den einzelnen Kontengruppen, an deren Einsparungserfolg wir beteiligt sind.

Durch massive PR-Arbeit konnte die Zahl der ambulanten Operationen im I. und II. Quartal 2001 erfolgreich gesteigert werden. In Form von Flyern, Presseinformationen und Kollegen-Informationen wurde mit viel Mühe der bestehende Vertrag zwischen der BKK Preussag und der MeGeSa erfolgreich vorangetrieben.

Es ist jedoch unendlich mühselig, Kollegen immer wieder auf den gesonderten Vertrag mit der BKK Preussag hinzuweisen. Wieso bedarf es so viel Überzeugungsarbeit für eine Leistung, die extrabudgetär bezahlt wird?

Da überweisen noch immer Kollegen Patienten zu stationären Eingriffen, wenn der Eingriff ambulant möglich wäre, weil vielleicht die operierenden Kollegen nicht genehm sind (eventuell Konkurrenz)

noch alte „Seilschaften“ zu der Klinik bestehen, die einmal ausgebildet hat? einfach nicht daran gedacht wird?

Es ist unglaublich, denn dadurch wird ganz klar die gesamte MeGeSa-Ärzteschaft geschädigt. Dem Vertrag droht bei Misserfolg die Kündigung, Pauschalen werden dann nicht mehr extrabudgetär gezahlt und die Einsparung bei den Klinikkosten, an denen wir beteiligt sind, werden eventuell nicht erzielt!

Die MeGeSa bietet ihren Mitgliedern unglaublich viele Vorteile, ohne dass die Kolleginnen und Kollegen sich vertraglich zu bestimmten Gegenleistungen verpflichten müssen. Dies ist eine grundsätzliche Philosophie der MeGeSa, dass wir durch Motivation und Information überzeugen wollen. Diese Einstellung können und

wollen wir auch nicht verlassen. Ist sie auch bei den Verhandlungen mit den weiteren interessierten Krankenkassen ein großes Manko, weil diese immer wieder striktere Regulationsmechanismen innerhalb des Netzes fordern, so hat der Vorstand gegenüber den Vertragspartnern der MeGeSa und eventuell neuen Vertragspartnern dieses Netzprinzip auf Motivationsbasis vertreten.

Viele Diskussionen in den letzten Monaten innerhalb des Vorstandes drehten sich um das Thema „Kommunikation“. Die Netz-Aktivisten beschreiten dort in diesem Diskussionsbereich mit den Vertragspartnern einen ganz schmalen Grat.

Auf der einen Seite versuchen wir, optimale Konditionen für die MeGeSa-Ärzte herauszuhandeln, auf der anderen Seite stehen wir dann auch im Wort bei unseren Vertragspartnern und setzen auf unsere Philosophie und auf die Unterstützung der gesamten MeGeSa-Ärzteschaft. Sollen wir unsere Glaubwürdigkeit behalten können, so brauchen wir einfach die Unterstützung der gesamten MeGeSa-Ärzteschaft.

Es ist seltsam und traurig, dass manche Kollegen immer nur aktiv werden, wenn es an ihren eigenen Geldbeutel geht. Statt sich beim Vorstand über andere Kollegen mit Vehemenz zu beschweren, könnte ein positives, aktives Mitarbeiten sicherlich viel effizienter sein.

Da wissen immer noch Kollegen aus

Salzgitter-Bad, dass ihre Patienten oft im Krankenhaus landen, wenn sie innerhalb von Salzgitter-Bad überweisen, aber ambulant operiert werden, wenn sie diese Patienten nach Salzgitter-Lebenstedt schicken.

Da ignorieren Hausärzte immer noch den Ambulanten Operations-Katalog oder bringen es nicht fertig, die operierenden Kollegen darauf anzusprechen.

Da ignorieren Fachärzte immer noch die Hausärzte und geben ihnen nicht die notwendigen Informationen, bzw. leiten die Patienten kreuz und quer, der Patient landet zum Schluss beim Hausarzt und hat keinerlei Informationen über die vorhergehenden Untersuchungen.

Da wird immer noch zur weiteren Diagnostik in Bereichen ins Krankenhaus eingewiesen, in denen ambulante Diagnostik sinnvoll und möglich gewesen wäre.

Viele Ziele sind aus der Arbeitsgemeinschaft „Kasse/Netz“ der Projektgruppe und im Vorstandsbereich angedacht worden:

So werden Sie innerhalb der nächsten Monate noch deutlich besseres Zahlenmaterial auch bezügl. der Klinikstatistiken und der Heil- und Hilfsmittelverordnungen erhalten

So werden wir eine Informationsveranstaltung zusammen mit den Physiotherapeuten planen, um die Problematik der Heil- und Hilfsmittelverordnung zu diskutieren.

So werden in der Arbeitsgemeinschaft „Technik/ Kommunikation“ zusammen mit den Projektpartnern KVN und Preussag BKK neue Wege in der technischen Kommunikation diskutiert, entwickelt und in einem kleinen Kreis von Praxen Probelaufen.

Genauere Statistiken bezügl. der Krankenhauseinweisungen werden erstellt. Des weiteren werden Sie Informationen über die Kosten der einzelnen Kliniken erhalten. Eindeutiges Ziel soll sein, unnötige Klinikfälle zu verm/hindern.

Nachfolgend zeigen ich Ihnen auf, was für die Aktiven im Netz die MeGeSa alles bedeutet. Vielleicht mögen Sie ja den einen oder anderen Satz zu Ihrem ganz persönlichen MeGeSa-Leitspruch auswählen.

Birgit Leineweber

Meines Erachtens nach Geht Es So Aufwärts  
Macht Endlich GEMEINSAME SACHE  
Mein Einzelkämpferdasein Gehört  
Einer Schattenseite An  
Mit Einander GESTaltet Sich's Anders  
Mit Einigkeit Ganz Einfach Super Arbeiten  
Meine Email Gibt Einen Sinn An  
Money Extra Gibt's Eventuell Samt Ansehen  
Medizin Enthält GEMEINSAMEN  
Sachfragen Austausch  
Mit Elan GEGEN SATTES Aufstoßen  
Mastochsen Enden Ganz Einfach Sehr Arm  
Mit Email GEHT's Sehr Anständig  
Meine Erfahrung GEHört Sämtlichen Aertzen  
Mit Einigen GEMEINSAMEN Erwartungen  
Starten Aenderungen  
MEINE GEDANKEN SAGEN: Toll!  
Mit Elan GEGEN SKEPTIKERS ANGST

### Zukunftsszenario: Die Gesundheits- versorgung im 21. Jahrhundert

Es wird ein abstraktes Szenario beschrieben, dessen konkrete Ausgestaltung allen Teilnehmern im Entwicklungsprozess offen steht. Vier Aspekte stehen im Mittelpunkt eines wünschenswerten Gesundheitssystems der Zukunft:

- Gestaltungsprozess von Versorgungsleistungen
- Entwicklungsprozess von Versorgungsstrukturen
- Finanzierungsstrukturen
- Datenmanagement

Im 21. Jahrhundert wird jeder Versicherte in der Lage sein, sich sein Paket an Versorgungsleistungen zusammenzustellen. Vorgeschrieben ist lediglich ein „Mindestversicherungsschutz“, der jedem zur Verfügung steht. Wirtschaftlich Schwache erhalten Transferzahlungen, damit die finanzielle Leistungsfähigkeit des Einzelnen nicht überfordert wird.

Die weiteren Leistungen stehen zur freien Wahl gegen Entgelt. Dabei können sich diese Zusatzleistungen auf bestimmte therapeutische Maßnahmen beziehen oder sie können konkret als Leistungen der Krankenversicherung aufgeführt werden. Versorgungsleistungen und ihre Ausgestaltung sind Wettbewerbsparameter der verschiedenen, konkurrierenden Versorger.

In der Versorgung wird sich die bisher bekannte Arbeitsteilung der Leistungserbringer auflösen. Neben einzelnen Ärzten in der niedergelassenen Praxis wird es Arzt-Netze geben, die nicht nur Leistungen erbringen, sondern ihren Patienten auch den entsprechenden Versicherungsschutz anbieten. Die Praxisnetze kennen das notwendige Leistungsspektrum in den einzelnen Indikationen sehr gut und sind somit in der Lage, den erforderlichen Finanzbedarf zur Leistungserbringung abzuschätzen. Die Defizite in den Kenntnissen rund um das Versicherungswesen haben sie durch Kooperationen mit Rückversicherern ausgeglichen. Daneben wird es Krankenkassen ge-

ben, die nicht nur den Versicherungsschutz anbieten, sondern die auch eigene Praxisnetze betreiben und mit einzelnen Ärzten Verträge geschlossen haben. Die Krankenkassen sind inzwischen privatisiert. Der Gesetzgeber hatte die vormalig öffentlich-rechtlichen Körperschaften in Kapitalgesellschaften umgewandelt und dann an die Börse geführt.

Auch die pharmazeutische Industrie hat ausgehend von ihren Kern-Kompetenzen diversifiziert: In den Therapiegebieten, für die das jeweilige Unternehmen über Know-how verfügt, erbringen die Unternehmen über vertraglich gebundene Ärzte Leistungen. Ferner werden den Versorgern ganzheitliche Betreuungskonzepte zum Einkauf angeboten. Den Patienten werden Versicherungsangebote unterbreitet und mit entsprechenden Disease-Management-Strategien auf der Kostenseite abgesichert.

Praxisnetze mit angeschlossenen Versicherungsleistungen, privatisierte Krankenkassen mit angeschlossenen Leistungserbringern sowie pharmazeutische Unternehmen mit Standbeinen im Versicherungsmarkt und in der Leistungserbringung stehen im Wettbewerb zueinander. Da jenseits des Mindestversicherungsschutzes der Versicherungsschutz individuell gestaltet ist, kommt es zu Leistungswettbewerb bei gleichzeitigem Bemühen um eine effiziente Leistungserbringung. Diese Entwicklung hat den Gesundheitsmarkt auch für branchenfremde Unternehmen attraktiv werden lassen. Neue Anbieter etwa aus der Konsumgüterindustrie treten in den Markt ein.

Auch die meisten Krankenhäuser sind zwischenzeitlich privatisiert und in Praxisnetze eingebunden.

Krankenkassen betreiben Krankenhäuser genauso wie die Pharmaindustrie. Krankenhäuser werden auch ambulante Ableger sowie

Filialisten betreiben. Die Dienstleister im Gesundheitsmarkt stehen miteinander in Liefer- und Leistungsbeziehungen.

Aufgrund der regionalen, geographischen und demographischen Unterschiede in den verschiedenen Gebieten der Bundesrepublik wird auch im 21. Jahrhundert das Angebot von Gesundheitsleistungen nicht überall in gleicher Weise wirtschaftlich attraktiv sein. Dies spiegelt sich in den unterschiedlichen Preis-Leistungs-Verhältnissen wider.

In den Regionen, in denen dies zutrifft, wird der Bedarf an staatlichen Transferleistungen für den Einzelnen höher sein als in wirtschaftlich attraktiven Gebieten. Dort, wo Versorgungslücken offensichtlich werden, organisieren die Kommunen Ausschreibungen von Versorgungsverträgen.

Für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung haben diese Veränderungen in der Leistungserbringung erhebliche Konsequenzen. Die privaten Beiträge zur Krankenversicherung sind risiko-adäquat kalkuliert. Der einzelne Versicherte erhält Transfers von der Gemeinschaft aller Versicherten, wo die wirtschaftliche, individuelle Leistungsfähigkeit nicht mehr ausreicht. Dies wird insbesondere dort zu vermuten sein, wo der Beitrag für die Mindestabsicherung einen definierten Anteil am Nettoeinkommen übersteigt. Damit zeigt sich aber auch, dass sich die individuelle Bedürfnisbefriedigung wie in anderen Lebensbereichen auch nach den individuellen Präferenzen und Einkommen wird richten müssen.

Wer mehr Wahlleistungen in Anspruch nimmt, muss auch mehr zahlen. Gleichzeitig sind jedoch auch die Honorierungssysteme für die Leistungserbringer nicht mehr an den erbrachten Leistungen, sondern an den Ergebnissen dieser Leistungserbringung, orientiert. Ärzte rechnen nicht mehr EBM-Ziffern ab, sondern sie erhalten ein Honorar für das Erreichen und Einhalten von Zielgrößen wie etwa definierte HbA1c-Werte bei Diabetikern.

Diese Veränderungen in der Leistungserbringung, in den Versorgungsstrukturen und in den Finanzierungsstrukturen haben auch zu einem neuen Datenmanagement geführt. Daten aus dem Versorgungsprozess dienen nun den Versorgern zur Gestaltung ihrer Versorgungsleistungen. Daten dienen ferner innerhalb der Versorgungsstrukturen der Steuerung der Leistungserbringung und der Dokumentation der Ergebnisse des Versorgungsprozesses. Aus der Ergebnisdokumentation leiten sich die entsprechenden Konsequenzen für die Honorierung von Versorgern, aber auch für die Beurteilung individueller Gesundheitsrisiken und damit der erforderlichen, privaten Beiträge der Versicherten ab. Überdies werden die jeweiligen Dienstleister die Input- und Output-Daten zur Steuerung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses nutzen.

Auf diese Weise werden nach und nach ineffiziente Prozesse aus dem Versorgungsgeschehen verschwinden.

Aus: MSD-Qualitätsletter 2/2001



## Berichte aus dem QZ

### *Fibromyalgie - eine geheimnisvolle Krankheit ?!*

**QZ Schmerz vom 04.09.01**

*In den letzten Jahren konnte eine starke Fokussierung auf das Krankheitsbild Fibromyalgie (FM) beobachtet werden. Zu Recht? Auf jeden Fall wirft dieser Symptomenkomplex viele Fragen auf.* Mit diesen Worten beginnt ein Artikel, der im Internet unter [www.zinapse.de](http://www.zinapse.de) heruntergeladen werden kann.

An eine FM wird immer dann gedacht, wenn die Patienten über Schmerzen am Bewegungsapparat (tenderpoints) multilokal klagen, aber auch psychiatrische Auffälligkeiten (depressive Zustände, Schlafstörungen- Müdigkeit) bestehen.

Im Kreise der QZ-Teilnehmer bestand Einigkeit darüber, dass die FM niemals als Erstdiagnose gestellt wurde. Schmerzen am Bewegungsapparat können vielfältige Ursachen haben und diese müssen zunächst abgeklärt werden. Deshalb gehören bei chronischen unklaren Schmerzen (auch wenn sie im Bereich der tenderpoints bestehen) zur Diagnostik neben einer orthopädische, rheumatologische und neurologische (EMG/ENG) Abklärung auch Laboruntersuchungen wie z.B. die BSR, CRP, RF, TSH, CK, LDH und Eiweiß-Elektrophorese.

Dieses Vorgehen ist nötig, um eine so genannte sekundäre FM zu erkennen und ursächlich behandeln zu können. Bei einer sekundären FM liegen den Beschwerden z.B. Erkrankungen wie eine chronische Polyarthrit, ein Systemischer Lupus erythematoses, eine Colitis ulcerosa, Infektionserkrankungen, endokrine Erkrankungen, Muskel-erkrankungen oder Tumoren als Ursache zugrunde. In diesen Fällen ist eigentlich fraglich, warum von einer sekundären FM und nicht „nur“ von z.B. einer chronischen Polyarthrit gesprochen wird. Vielleicht weil auf die zusätzliche wie z.B. psychiatrischen Symptome hingewiesen werden soll?

Erfahrungen der QZ-Teilnehmer sind (und hier nicht nur der Nervenärzte), dass insbesondere chronische Schmerzpatienten, die bereits mit der Diagnose einer FM kommen, für eine Psychotherapie/psychiatrische Mitbehandlung - und sei es lediglich medikamentös - sehr schwer oder nicht zugänglich sind. (Eine geringe Introspek-

tionsfähigkeit fällt auf).

Auffällig ist auch, daß chronische Schmerzpatienten eine psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung abbrechen, die mühevoll längere Zeit durchgeführt wurde, wenn von anderer Seite die Diagnose FM „gestellt“ wurde (obwohl sich aus der gestellten Diagnose keine anderen Behandlungsmöglichkeiten ergeben). Es besteht also eher die Vermutung, dass diesen Patienten der Weg zur Psychotherapie durch die Diagnose FM erschwert wird.

Über die Therapieempfehlungen FM besteht sowohl in der Literatur als auch unter den QZ-Teilnehmern Einigkeit. Hier handelt es sich um eine Kombination aus physikalischer Therapie, Selbsthilfe, Psychotherapie und medikamentöser Therapie.

Dazu gehören: Ausdauertraining, körperliche Ertüchtigung, Muskelentspannungsübungen nach Jakobsen, Lokalanästhesie der tenderpoints, TENS-Behandlung, autogenes Training, Gesprächstherapie (konfliktzentriert) und die Gabe von Amitriptylin 25 bis 75 mg und/oder Opioiden. Die in der Literatur beschriebenen Erfolge bei der Behandlung mit Tropicsetron (Antiemetikum) konnten bisher nicht nachvollzogen werden. Schlechte Erfahrungen bestehen bei der Behandlung mit Akupunktur, Massagen und Muskelrelaxantien

Insgesamt besteht Einigkeit darüber, daß die Diagnose FM zurückhaltend gestellt werden sollte insbesondere um dem Patienten den Weg zur fachübergreifenden Behandlung nicht zu erschweren.

Kerstin Gebel

### *Gedanken zum QZ Geriatrie*

*I*dealerweise erzielt koordinierte geriatrische ärztliche Tätigkeit Ergebnisse, wie sie die einzelnen Fachgebiete bei älteren Patienten nicht erreichen. Durch die hierzu erforderliche Synergie der Fachgruppen haben wir die Chance, unseren Horizont über die mittlerweile oft recht engen Grenzen der einzelnen Fachgebiete wieder zu erweitern.

Wichtig erscheint mir nicht nur die Optimierung der Zusammenarbeit der Vertragsärzte untereinander, sondern auch mit den Krankenhäusern, speziell im Grenzbereich ambulanter/stationärer Patientenversorgung.

Wenn es uns gelingt, durch Steigerung der Effektivität unserer Bemühungen bei geriatrischen Fällen die Herausforderungen der nächsten Jahre (knapper werdende Ressourcen, aber höhere Ansprüche bei vermehrter Fallzahl) zu bewältigen, und letztlich alle profitieren, haben wir *Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung* im Sinne der Präambel des MeGeSa-Vertrages vom 9. Dezember 1999 optimiert.

Der Qualitätszirkel Geriatrie wird sich Ende November/Anfang Dezember mit seiner konstituierenden Sitzung etablieren. Terminbekanntgabe mit dem MeGeSa-Telegramm November 2001 nach dem Moderatorentreffen. Themenvorschläge sollten wie immer bei der MeGeSa von den Teilnehmern kommen. Ergebnisse werden nach ausgiebiger Diskussion regelmäßig allen zugänglich gemacht.  
Frank Fehsel



MeGeSa Patiententag : Kerstin Gebel und Frank Fehsel bei der Gewinnausgabe

## Berichte aus dem QZ

### Anti-Aging

#### Länger leben - später altern

QZ hausärztliche Themen

Älter werden - das ist der Lauf des Lebens, von dem keiner verschont bleibt und mit dem wir uns alle irgendwann auseinandersetzen müssen. Die wichtigsten Fragen, die es dabei zu klären gilt, lauten:

1. Wie wollen wir, dass unser persönliches Älterwerden aussieht?
2. Was können wir tun, um den drohenden Prozess des körperlichen und geistigen Abbaus auszuscalten oder wenigstens zu verzögern oder zu minimieren?
3. Wie können wir die Phase des Älterwerdens und Alters zu einem positiven und freudigen Lebensabschnitt gestalten?

#### Was ist also Anti-Aging?

Unter Anti-Aging sind alle medizinischen Maßnahmen zusammengefasst, mit denen unsere Alterungsprozesse verzögert, aufgehalten oder sogar wieder rückgängig gemacht werden können.

#### Worauf basiert die Anti-Aging Medizin?

Grundlagen sind die Prinzipien einer sehr frühen Erkennung, Vorbeugung und Normalisierung altersbezogener Veränderungen. Sie führt sowohl zu einer gesünderen, besseren Lebensqualität als auch zu einer verlängerten Lebenserwartung. Dies gilt für Männer und Frauen gleichermaßen.

#### Warum Anti-Aging?

1. Erschöpfungszustände
2. Schlafstörungen
3. Blutdrucksteigerungen
4. Gereiztheit
5. Konzentrationschwäche
6. Depression
7. Infekt-Anfälligkeit
8. Osteoporose
9. Muskel-Gelenk-Rückenschmerzen
10. nachlassende Gedächtnisleistung
11. Abnahme der Libido

#### Notwendige Voruntersuchungen:

1. Check up: ausführliche ärztliche Beratung und Untersuchung
2. Laboranalysen: zur Bestimmung aller notwendigen Parameter (z.B. Leber-Fett-Stoffwechsel- und Hormonstatus, ggf. oxydativer Status, etc.)
3. diverse Tests: wie z.B. Ergometer, Lungenfunktion, Herz/Kreislauf, Bodycomposition-Analyse, H-Scan für persönliches biologisches Alter etc.

Nach gründlicher Auswertung aller Ergebnisse erfolgt eine Erstellung des persönlichen Therapiekonzeptes.

#### Wie sieht das Therapiekonzept aus?

1. Individuelle Substitution von Vitaminen, Mineralien und Spurenelementen
2. Ernährungseinstellung bzw. Ernährungsumstellung
3. Vernünftige körperliche Aktivitäten
4. Mentale Balance, wie Stress-



MeGeSa Patiententag - Musik hält Jung  
Saratoga Seven Band

5. Reduktion, Stärkung der mentalen Kraft, Verhinderung altersbedingter Depressionen
5. Hormonersatz: gezielter Ausgleich der mit zunehmenden Alter nachlassenden Hormonpro-



MeGeSa Patiententag - Schach hält jung:  
Waldemar Schreitell, 85 J. spielt Remis gegen  
Helmut Liersch, 55 J. Probst in Goslar

duktion.

#### Speziell zur Hormontherapie ("Altershormone"):

1. Wachstumshormon (HGH): Muskelaufbau, Körperfettreduktion, Hautstraffung, Steigerung von Energie und Ausdauer
2. D H E A (Dehydroepiandrosteron): Vitalität, Atherosklerose, Altersdiabetes, Altersdemenz, Fettleibigkeit, Herz/Kreislaufferkrankung, Gedächtnis, Hautalterung
3. Östrogen: Klimakterische Störungen, Hautalterung, Osteoporose, Harmonisierung der Psyche, Stärkung der mentalen Kraft.
4. Progesteron: Psychische Balance, Osteoporose, Herz/Kreislaufferkrankungen
5. Melatonin: Regulierung des Schlaf-Wachrhythmus, Schutz des Immunsystems vor freien Radikalen, Herz/Kreislaufbeschwerden, Depression
6. Androstendion: Muskelaufbau, Erinnerungsvermögen, Cholesterinregulierung, Libidoverlust.
7. Pregnenolon: Gedächtnisleistung, Stressbekämpfung, Arthritis, Depressionen, Angstzustände.

K.-A. Hillmer

## Berichte aus dem QG

### „Aber mein Rücken tut immer noch weh“

Der Therapeut schlägt (fordert?) ein Folgerezept vor. Was tun? Facharzt? Klinik? Spritze? Vertrösten, Abwiegel, Verweisen?

Ein akuter Rückenschmerz dauert 4-6 Wochen im spontanen Verlauf mit und ohne Medizin. Ein akut rezidivierender Rückenschmerz führt den Patienten ein bis zwei Mal im Quartal zum Arzt.

Der chronischer Rückenschmerz dauert schon mehr als acht bis 12 Wochen an. Man kann auch nach Ausstrahlung der Schmerzen (lokal auf den Rücken begrenzt, bis zum Knie (noch pseudoradikulär möglich, bis zu den Zehen (radikulär)) einteilen.

Dem Patient-zentrierten Arzt ist das persönliche Erklärungsmodell des Patienten wichtig. Waren es Unfall, Überlastung, Stressfaktoren (Mobbing, Familie, Partner, Beruf) und ist der Arbeitsplatz prinzipiell geeignet? Die subjektive Sicht ist wesentlich für die Prognose!

Ergeben sich aus der hausärztlichen Dokumentation Hinweise für die „Vitalität“ beschränkende Leiden: Herz, Kreislauf, Übergewicht BMI > 30, Nikotinkonsum, Alkohol? Alarmzeichen haben den Rückenschmerz als Begleitsymptom! Entzündung, Tumorerleiden (Alter!), Osteoporose, Trauma, neurologisches Defizit als Lähmung? Allgemeine Kraftlosigkeit? **Alarmzeichen verlangen heute die unverzügliche technische Diagnostik (Labor, Röntgen, MRT ggf.)!**

Findet sich in der Untersuchung die Rumpfbeuge eingeschränkt, so ist das ein Hinweis für einen Bandscheibenschaden, ggf. Nervenwurzelreizung (radikulär), ist die Streckung des Rumpfes eingeschränkt, bestehen öfter segmentale Funktionsstörungen (pseudoradikulär / arthrotisch). Achillessehnenreflex und Zehenspitzenstand prüfen das Segment LWK5/S1 (S1-Wurzel), Fußhebung/Zehenhebung die LV-Wurzel, Patellarsehnenreflex und Schwäche der Oberschenkel weisen auf LWK 3/4. Ist der Schmerz brennend mit Hyperaesthesie, liegt ein pseudoradikulärer Charakter mit angespannten Muskel vor, wo Quaddeln mit Lokalanästheticum gut helfen. Finden wir Taubheit und schlaffe Muskeln mit tiefem schneidenden Schmerz

und eine Hypästhesie, so kann das Radikulärsyndrom eingangs gut auf Dexamethason reagieren.

#### **Merke:**

Radikulärsyndrom: Defizit (Kraft, Gefühl, Reflexe)

Pseudoradikulärsyndrom: „Überschuss“ an Schmerz und Muskelspannung

Dokumentation: Zeitdauer Rückenschmerz, Neurologischer und funktioneller Befund, Arbeitsplatz geeignet? Psyche (Selbsteinschätzung).

**Medikation: z.B.** Ibuprofen 400/600, Diclofenac 50, bei Magenanamnese z.B. Novaminsulfon, Paracetamol/ggf Kombination mit Codein. Beim Radikulärsyndrom Dexa methason 4mg, Reischauer- oder Sacralblockaden.



Rainhard Fabisiak

Beim Pseudoradikulärsyndrom u.a. Quaddeln mit Scandicain. Ist die Muskelspannung hoch, z.B. Diazepam 5 Tabletten .

Bei starken Schmerzen ggf. frühzeitig nach dem WHO-Stufenschema therapieren!

**Arbeitsunfähigkeit** je nach Tätigkeit bis zur funktionellen Verbesserung. Funktionelle Anforderung bei der Arbeit ist auch therapeutisch wirksam!

**Betruhe:** Maximal ein Tag, spazieren gehen, wenig Sitzen. Rückenschulregeln beachten und erarbeiten (Faltblatt), denn jetzt ist der Patient motiviert!

**Verordnung:** Maximal nur einmal 6xMassage/Rotlicht oder Fango, nicht mehr! Der spontane Verlauf dauert ohnehin vier bis sechs Wochen bis zur Spontanheilung. Sofern man also sofort verordnet, kann man nicht gewinnen! Folgeverordnung oder Empfehlung(!) ist immer aktiv

(Krankengymnastik, Rückenschule, Training in der Gruppe).

**Merke:** Manuelle Therapie ist sicher und effektiv in den ersten vier Wochen akuter Rückenschmerzen (Evidence based medicine). Unspezifische Aktivierung ist mittelfristig durch den Trainingseffekt und den verhaltenstherapeutischen Aspekt effektiver als spezifische Gymnastik! Bettruhe nicht mehr als 24 Stunden! In einem geringer belasteten Beruf kann gearbeitet werden.

Für die Salzgitter AG gegebenenfalls Hinweis auf Schonung für den Betrieb mitgeben (sog. Schonarbeitsplatz vorübergehend). Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit wöchentlich (Kontrolle der Entwicklung von Alarmsymptomen/Diagnosewechsel?)

**Technische Diagnostik:** Normales Röntgenbild LWS, gegebenenfalls Beckenübersicht bei Schmerzen von mehr als vier Wochen. Schichtaufnahmen mit Computertomographie/Kernspintomographie sind der weiterführenden Diagnostik vorbehalten. Es ist besser, eine weiterführende Diagnostik durch eine differenzierte klinischen Untersuchung zu entscheiden und sie stellt insbesondere Bandscheibenvorfälle und Entzündungen/Tumoren fest. Da die Fehlerquote (falsch positiv) beim MRT ca. 30 Prozent beträgt, rate ich nicht zur Anforderung in der hausärztlichen Erstbehandlung! Halten Rückenschmerzen mehr als vier Wochen an, so wird dem erstbehandelnden Arzt zum Konsil beim Neurologen/Orthopäden geraten und gegebenenfalls sollten Nativröntgenuntersuchung der LWS und Labor-diagnostik veranlasst werden (**sofort beim Vorliegen von Alarmzeichen**).

Die Kernspintomographie stellt Weichteile (Bandscheiben) und Entzündungen besser dar als die knöchern besser abbildende Computertomographie (spinale Kanallengen zum Beispiel in der Fragestellung). Medizinisch ist deshalb die Kernspintomographie der technische Standard und das CT der knöchernen Fragestellung vorbehalten. Mit der Skelettszintigraphie wird nach einem knöchernen Umbau (Dynamik, Frakturen bei Osteoporose z.B.) gesucht.

**Rehabilitation/Operation:** Verordnungen der Erstbehandlung (Massage, Krankengymnastik, manuelle Therapie) reichen häufig nicht, um das funk-

(Fortsetzung auf Seite 8)

## Berichte aus der AG

(Fortsetzung von Seite 7)

tionelle Defizit des bemerkbarem Altersumbaus (altert die Bandscheibe schnell, fällt sie vor) subjektiv wie objektiv zu beherrschen. Training ist also notwendig, zum Beispiel im Sportverein, Gesundheits-Sportgruppe, Fitnessstudio, med. geführte Rehabilitation.

**Was nutzt?** Fahrradfahren, Gehen, Treppe steigen, Teilnahme in einer Gruppe im Sportverein, Aerobics bei Frauen (Gruppen vorhanden), Krafttraining für Männer und Frauen, Teilnahme an Lauftreff/Walking, Fortsetzen der Alltagsaktivität, optimistische, aktive Grundhaltung.

Beim **anhaltendem Radikulärsyndrom** sollte die Indikation zur Operation im Konsil vor einer stationären Zuweisung besprochen werden. Ausnahmen sind Alarmsymptome wie **zunehmende Blasen / Mastdarmschwäche, Caudasyndrom** etc.

Die **Ambulante Rehabilitation** (EAP = Erweiterte ambulante Physiotherapie zu verordnen), zum Beispiel im ambulanten Reha-Zentrum in Salzgitter Bad (außerhalb des Heilmittelbudgets), ist nach erfolgloser einfacher ambulanten Krankenbehandlung eine wirksame Alternative zur stationär konservativen Therapie. Die Verordnungen gemäß Heilmittelrichtlinien als standardisierte Heilmittelkombination sind nur bei komplexer Schädigung (D 1 und D2), aber nicht für das akute Bandscheibenleiden mit erheblichen funktionellen Defizit vorgesehen!

Die **stationär konservative Therapie** als Heilverfahren über den Träger der Rentenversicherung ist notwendig, sofern der Arbeitsplatz nicht mehr ge-

eignet ist und eine Chronifizierung droht, Pflege notwendig ist oder die Arbeitsunfähigkeit mehr als sechs bis acht Wochen dauert und das Ende nicht absehbar ist! Das Heilverfahren muss frühzeitig eingeleitet werden (gegebenenfalls über den medizinischen Dienst begründen, auch als eine Eilverfahren) über LVA und BfA. Im Anschluss bezahlt der Träger der Rentenversicherung oft für sechs Monate ein Training an Geräten. Die Patienten sollten über diese Möglichkeit informiert werden.

### Wesentlich ist der Arbeitsplatz!

Falls Arbeitsunfähigkeit nach der Rehabilitation besteht und der Arbeitsplatz aus ärztlicher Sicht geeignet ist, sollte eine kurzfristige Vorstellung beim medizinischen Dienst, ggf. stufenweise Wiedereingliederung und Beratung des Patienten durch den Sachbearbeiter Rehabilitation der Krankenkasse erfolgen:

Formulieren zumutbarer Mitwirkung als Teilnahme an einem Training, zumal in der Gruppe, auch selbstfinanziert zum Erlangen ausreichender funktioneller Kapazität am Bewegungsapparat (Rekonditionierung), Gewichtsreduktion ab einer Adipositas mit BMI > 30, Verzicht auf Nikotin/übermäßigen Alkohol.

Sofern keine Veränderung bei einem chronifizierten Schmerz eintritt, die Motivation für den Arbeitsplatz nicht ausreicht und der zumutbaren Mitwirkung nicht nachgekommen wird kann die Restleistung festgestellt und mit dieser eine Vorstellung beim Arbeitsamt erfolgen, auch wenn ein Arbeitsvertrag weiterhin besteht (Einleiten über den **medizinischen Dienst**). Diese Konsequenz ist sozial problematisch und sollte gleich von vornherein mit dem Patienten besprochen werden!

**Merke:** Wegen orthopädischer Leiden allein ist eine Rente

wegen **Erwerbsunfähigkeit** nach dem 1.1.01 **unwahrscheinlich!** Kaum ein Patient weiß das, nur wenige Ärzte wissen es und die Politik, die es gut weiß, schweigt!

Gelingt es also nicht, den Patienten - wie auch immer, also auch mit einem Handicap - mit Training, Therapie und zumutbarer Mitwirkung an seinen ver-



MeGeSa Patiententag - Gut für den Rücken!  
Zaubern mit Tobi Reichstein

fügbaren Arbeitsplatz innerhalb von drei bis maximal sechs Monate zurückzubringen, so ist der Weg zum **Arbeitsamt** und der relative soziale Abstieg damit besiegelt! Hält der Rückenschmerz mehr als acht bis 12 Wochen an, hat sich damit weitgehend von einer anatomisch strukturellen Ursache entkoppelt und werden psychosoziale Indikatoren deutlicher, so ist er **chronisch!**

Einzelanwendungen (Massage, Fango, Krankengymnastik) versagen jetzt und werden wie z.B. Akupunktur als Gradmesser der Zuwendung in das Arzt/Patient - Verhältnis einbezogen! (Iatrogene Chronifizierung!). Wirksam und notwendig sind jetzt Verhaltenstherapie (Arzt, Therapeut), Verhaltenstherapie in der Trainings- oder Selbsthilfegruppe, ggf. Schmerztherapie nach dem WHO-Stufenschema und an Stelle spezifischer Therapie eine gezielte Aktivierung des gesamten Bewegungsapparates als Krafttraining für Männer und Krafttraining/Aerobics für Frauen.

Hüten wir uns alle vor organisch strukturellen Erklärungsmodellen! Sie treffen nicht mehr zu und tragen erheblich zur Chronifizierung des Leidens bei! *Ein Diagnosewechsel/Beachten von Alarmsymptomen (Rückenschmerz als Symptom) bleibt immer wichtig.*



MeGeSa Patiententag - Gut für den Rücken ! ? !

## KV—Ärzteverein

### Kurzbericht aus der Kreisstellen-VV 05.09.2001

Unter Teilnahme von 36 Kolleg(inn)en Rückblick auf die vergangenen 4 Jahre Ärzteverein, vor allem mit der sehr positiven (und vorbereitungstintensiven) Entwicklung der Fortbildungen und großem Dank dafür an Frau Dr. Leineweber. Da sie aufgrund der Beanspruchung in der MeGeSa nicht wieder kandidiert, werden einstimmig die Kollegen Jürgen Michael Frank und Stefan Probst (OA Khs Lebenstedt) zum Vorsitz des Ärztevereins gewählt.

Jörg Kischkel stellt die Kasse der Kreisstelle vor, wird dafür entlastet und für die nächsten 4 Jahre im Amt bestätigt. Eine Erhöhung des Ärztevereins-Beitrages wird gelegentlich erforderlich sein.

Nach Rückblick auf die KV-Kreisstellen-Arbeit und Grußwort von Herrn Kollegen Blume aus Braunschweig werden Reiner Grabenhorst und Andreas Löwe in den Vorsitz der KV-Kreisstelle einstimmig gewählt. Stefan Voges



Die Ärztevereinsleitung Michael Frank und Stefan Probst

### Grußwort KVN Bezirksstelle BS

Liebe Kolleginnen und Kollegen, seit nahezu 2 Jahren ist das Einzelkämpferdasein des Vertragsarztes in Salzgitter passé – das Ärztenetz MeGeSa verknüpft die komplexen Tätigkeiten der Haus- und Fachärzte zu ei-

nem tragfähigem Gewebe der ambulanten Medizin in Salzgitter.

Mittlerweile ist es Zeit zur Bestandsaufnahme; nach innen gerichtet müssen wir uns fragen, wie weit wir auf dem eingeschlagenen Pfad der wachsenden Interdependenz gekommen sind: funktioniert die kommunikative und fachliche Abstimmung mit den Kollegen, verbessern wir dadurch die Effizienz in Diagnostik und Therapie, schöpfen wir das Potential der ambulanten Medizin genügend aus?

Die Mitwirkung an der neuen vertragsärztlichen Struktur des Ärztenetzes hat unstreitig das Gemeinschaftsgefühl sowie die innerärztliche Kommunikation und die Kollegialität gefördert.

Die fachliche Zusammenarbeit ist meines Erachtens jedoch noch verbesserungsfähig, z. B. könnten die jeweiligen Fachgruppen in den MeGeSa-Zirkeln Standards für häufige Krankheitsbilder festlegen und diese im Sinne „Disease-Management“ umsetzen. Wie bei den vielfältigen anderen Aktivitäten in der MeGeSa kommen wir dabei rasch an unsere zeitlichen und physischen Grenzen: die vielen guten Ansätze müssen wir ja neben dem Praxisalltag verwirklichen; hier versuchen wir oft die Quadratur des Kreises. Mir stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach einem externen Co-Management.

Zum anderen soll die MeGeSa nach außen wirken. Die Versicherten sollen feststellen, dass der behandelnde Arzt keine Mauer um den Patienten und seine Krankheit zieht, sondern das Netz vielmehr „atmet“ und so sicherstellt, dass die oft multikausale Erkrankung kompetent und adäquat behandelt wird. Auch hier sind wir auf dem richtigen Weg; auch hier stellen wir fest, dass Rom nicht an einem Tag erbaut



Die KV Spitze Reiner Grabenhorst und Andreas Löwe

wurde.

Zuletzt sei darauf hingewiesen, dass es die MeGeSa – als einziges zwischen



Finanzchef Jörg Kischkel

KVN und einer Krankenkasse installiertes Ärztenetz – ohne seinen Vertragspartner BKK Preussag nicht gäbe. Die Erkenntnis, dass bestimmte Strukturen des deutschen Gesundheitswesens nicht mehr zeitgemäß sind, veranlassten seinerzeit die Verantwortlichen, hier neue Wege zu beschreiten. Dazu bedarf es Weitsicht, Mut und auch zusätzlicher finanzieller Mittel.

Wie die BKK Preussag ist die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen überzeugt, dass mit der MeGeSa eine Organisationsform gefunden wurde, die sich besonders beim bevorstehenden Umbruch unseres Gesundheitswesens bewähren wird.

Reiner Grabenhorst

## Von den „kleinen Fächern“ für alle

### *Diabetes mellitus Diabetische Nephropathie Dialyse*

Die diabetische Nephropathie ist die schwerwiegendste Komplikation des Diabetes mellitus und mit 30- 50% die häufigste Grunderkrankung, die zur Aufnahme in ein chronisches Dialyseprogramm führt. Deswegen ist die Kooperation zwischen Diabetologen, diabetologisch tätigen Hausärzten und Nephrologen zu fördern.

Ist man früher davon ausgegangen, dass nur Typ-1-Diabetiker das Stadium der terminalen Niereninsuffizienz erreichen, so kann diese landläufige Annahme revidiert werden: mittlerweile machen Typ-2- Diabetiker mit 75% den größeren Anteil der Diabetiker an der Dialyse aus (QuaSi Nieren 2000). Eine frühzeitige Überweisung an einen Nephrologen mit der Option einer progressionshemmenden oder -verzögernden Therapie verlängert für die Betroffenen die Zeit bis zur Dialyse und spart darüber hinaus Kosten.

Der Nachweis einer Mikroalbuminurie, d.h. die Albuminausscheidung beträgt 30 bis 300 mg/ Tag, gilt als Alarmsignal für die diabetische Nephropathie und macht zirka die Hälfte der Fälle aus. Bei der anderen Hälfte der Patienten liegt ein manifestes Stadium mit Proteinurie (>300 mg/ Tag) und progredienter Niereninsuffizienz vor.

Auch eine geringfügige Mikroalbuminurie erhöht das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse, wie die Daten der HOPE- Studie bestätigen: pro 0,4 mg/mmol Albumin steigt das Risiko, größere kardiovaskuläre Ereignisse zu erleiden, um 5,9 Prozent. Auch bei Nicht- Diabetikern ist die Sterblichkeit deutlich erhöht.

Der bekannte deutsche Nephrologe Prof. Ritz aus Heidelberg hält es für sinnvoll, Typ-2-Diabetiker jährlich einmal vom Nephrologen untersuchen zu lassen. Da eine Proteinurie zeitlich mit dem Beginn einer diabetischen Retinopathie häufig zusammenfällt, sei bei diesem Befund auch die Überweisung zum Augenarzt wichtig.

Auch wenn die Nierenfunktion eines Patienten bereits stark eingeschränkt ist, kann das Kreatinin noch im Normbereich sein. Bei einer akuten Erhöhung des Kreatinins sollte notfallmäßig nach der Ursache durch einen Nephrologen gesucht werden.

Die Differentialdiagnose hängt davon ab, ob es sich um ein akutes, subakutes oder chronisches Nierenversagen handelt und ob das Problem renal, prärenal oder postrenal liegt. Bei renalem Parenchymschaden muss abgeklärt werden, welches Kompartiment betroffen ist: glomerulär, tubulointerstitiell oder vaskulär. Oft kann schon eine Urinuntersuchung weiterhelfen: bei einer Hämaturie muss zwischen glomerulärer und nichtglomerulärer Hämaturie unterschieden werden. Ist die Ursache glomerulär und gleichzeitig eine Proteinurie vorhanden, ist in der Regel eine Nierenbiopsie zur weiteren Abklärung notwendig. Hier sollte in jedem Fall ein Nephrologe hinzugezogen werden. Auch zur Abklärung einer massiven Proteinurie, einer unklaren Niereninsuffizienz oder eines akuten Nierenversagens empfiehlt sich die Zusammenarbeit mit dem Fachkollegen. Die Therapie progredienter Nephropathien, die Behandlung von Komplikationen wie renaler Anämie oder sekundärem Hyperparathyreoidismus sowie die Planung einer Nierenersatztherapie gehören in die Hände des Nephrologen.

Chaban Swaydan

Auflage 2001, 148 Seiten, DIN A5,17,50 Euro (34,23 DM)  
ISBN 3-87409-335-2  
Verlag Kirchheim + Co GmbH, Postfach 25 24, 55015 Mainz

Die diabetische Nephropathie gehört heute zu der häufigsten Ursache für eine Nierenersatztherapie in den westlichen Ländern.

Durch Selbstverantwortung der Betroffenen in der Vorbeugung und Behandlung dieser diabetischen Komplikation - die meisten der Patienten, die eine Nierenschwäche entwickeln und an die Dialyse müssen, gehören heute zu den Typ-2-Diabetikern - lassen sich die Entwicklung und der Verlauf der diabetischen Nephropathie positiv beeinflussen.

Ausgehend vom Patientenbeispiel vermittelt das Buch Grundkenntnisse zur Entstehung der diabetischen Nephropathie, gibt entscheidende Hinweise zu ihrer Behandlung und zum Erkennen der nachlassenden Nierenfunktion bei Menschen mit Diabetes mellitus.

Auf die Einstellung des Bluthochdrucks und die richtige Ernährung wird ebenso eingegangen, wie weitere Gefährdungen und mögliche Beeinträchtigungen - Augen, Herz, Gefäßen - diabetischer Komplikationen und Folgen aufgezeigt.

Abschließend erfährt der Leser und Nutzer etwas über wirksame moderne Behandlungsverfahren und weitere spezielle Fragen - Schwangerschaft bei diabetischer Nephropathie, Sport bei diabetischer Nephropathie und der Vorgehensweise bei weiter nachlassender Nierenfunktion.

Insgesamt ein Buch, das Betroffenen und Interessierten wertvolle Einsichten, Anregungen und Hilfen bietet, sich in das Aufspüren und die Behandlung der diabetischen Nephropathie selbst aktiv einzubringen.

Gelesen von Paul Kokott



MeGeSa Patiententag - Gut für die Nieren :  
Karl Heinz Lampe und die Gruppe Miteinander

### *Buchbesprechung: Diabetes und Niere*

Diabetische Nephropathie: Vorbeugen, Erkennen, Behandeln von Prof.Dr.med.Christoph Hasslacher, Sonja Böhm



## Berichte aus dem QZ

### Medikamente zur Therapie entzündlicher rheumatischer Systemerkrankungen

#### QZ Medikamenten-Therapie

Zunächst eine Übersicht über die Einteilung rheumatischer Erkrankungen, die nach Abschluss der Diagnostik erfolgen muss, um so eine sinnvolle und ökonomische Therapie einzuleiten. Derzeit werden folgende Kategorien von Systemerkrankungen benutzt:

1. Rheumatoide Arthritis (PcP) mit Unterformen
2. Seronegative Spondylarthropathien (z. B. M. Bechterew, M. Reiter, Psoriasisarthritis, etc.)
3. Kollagenosen (LED, Sklerodermie, Mischkollagenose)
4. Vaskulitiden (Panarteritis nodosa, Kawasaki-Syndrom)
5. Degenerative Erkrankungen (Primäre generalisierte Osteoarthritis, Fingergelenkpolyarthrose etc.)
6. Besonderheit: Primäres Fibromyalgiesyndrom

Folgende Therapie ist angebracht:

Kategorie 1: Basistherapeutika in Kombination mit NSAR oder Steroiden u. Analgetika. In der Regel ist eine Osteoporosetherapie oder -prophylaxe erforderlich.

Kategorie 2: Basistherapie nur selten bei therapieresistenter Psoriasisarthritis oder peripherer erosiver Gelenketeiligung, Schwerpunkt liegt bei NSAR, Steroiden und Analgetika, Osteoporoseprophylaxe und ggf. Synoviorthese bei reaktiver Mono-/ Oligoarthritis ggf. Radiumtherapie (SpondylAT) bei M. Bechterew

Kategorie 3: NSAR, Steroide, Analgetika, Basistherapeutika, Plasmapherese, Stammzellentherapie

Kategorie 4: NSAR, Steroide, Analgetika, Basistherapeutika

Kategorie 5: NSAR, Steroide, Analgetika, Radiatio einzelner Gelenke

Kategorie 6: Opioide, Antidepressiva, Physiotherapie, Psychotherapie

Im Folgenden erfolgt eine Darstellung der Basistherapie anhand eines Stufenplan bei PCP. Differential-Indikationen, Nebenwirkungen, Kontrollschemata und Richtlinien zu Therapie-Abbruch wurden im Qualitätszirkel besprochen. Sie können beim Autor angefordert werden.

Stufe 1: (geringe bis mittlere entzündliche Aktivität, keine radiologische Knochenzerstörung)

- Antimalariamittel
- Azulfidine
- orales Gold

Stufe 2: (mittlere bis hohe entzündliche Aktivität, radiologisch Erosionen nachweisbar):

- MTX
- intramuskuläres Gold
- Leflunomid

Stufe 3: (Versagen der Monotherapie Stufe 2)

- Azathioprin
- Cyclophosphamid
- Etanercept
- Infliximab
- Kombinationstherapien

Abschließend eine Darstellung der Therapiekosten einiger Basistherapeutika, Osteoporosemedikamente und Analgetika. (zur groben Orientierung, ohne Gewähr):

Medikament	Kosten im Quartal
Antimalariamittel	20-40 DM
Azulfidine	200-400 DM
Orales Gold	130-180 DM
MTX oral	50-80 DM
MTX parenteral	300-500 DM
Parenterales Gold	200-300 DM
Leflunomid	ca. 700 DM
Cyclophosphamid	150-200 DM
Azathioprin	500-600 DM
Etanercept	ca. 12.000 DM
Infliximab	ca. 6.000 DM

#### Quartalskosten Basistherapeutika

#### Osteoporose-Therapie und -Prophylaxe (Quartalskosten)

##### Vitamin D und Ca-Präparate (Beispiele):

Calcimagon D3 / Calcilac	100 DM
Vigantolekten 1000	13 DM
Dekristol 20000	9 DM

##### Calzitonin-Präparate (Beispiele):

Azurcalzit 100 20 Amp	156 DM
Calzihexal 100 20 Amp	128 DM
Karil 5020 Amp	140 DM

##### Biphosphonat-Präparate (Beispiele):

Actonel 5 (Risedronsäure)	256 DM
Etidronat Jenapharm	334 DM
Fosamax 10 (Aleridronsäure)	340 DM
Didronel (Etidronsäure)	650 DM

Medikament	Kosten im Quartal
Prednisolon	15-25 DM
Diclofenac	54-80 DM
Novalgine	40-70 DM
Tramadol	40-70 DM
MST	30-80 DM
Tilidin	100-300 DM
Ibuprofen	150-191 DM
Valoron	400-500 DM
Durogesic	239-500 DM
Celebrex/Vioxx	523-650 DM

#### Quartalskosten Analgetika

## Berichte aus den QZ

### QZ Niedergelassene/ Klinikärzte SZ-Bad

Sitzung 11.09.01, 20.00 Elisabeth-KH  
Gastreferent: Dr. Axmann  
(Internist/Diabetologe), KH Fontheim-Liebenburg,  
Thema: Zusammenarbeit der Kollegen auf dem Gebiet der Diabetologie,  
Schwerpunkt: Behandlung des Typ 2-Diabetes

Es konnte dieses sehr umfangreiche Gebiet natürlich nur partiell abgehandelt werden. Folgende Diagnostik- und Therapieschwerpunkte wurden an diesem Abend herausgearbeitet:

- Die konsequente und suffiziente Behandlung des Diabetes mellitus ist eine der großen Herausforderungen der Inneren Medizin
- 25 % der Bevölkerung leiden an einem metabolischen Syndrom
- 7-8 % der Erwachsenen leiden an einem Diabetes mellitus
- 5-7% aller Diabetiker gehören zum Typ 1
- Zu den Risikopersonen des Typ 2-Diabetes gehören
  - Pat. mit Diabetikern unter den Verwandten
  - Personen mit mehreren Befunden zum „Insulinresistenzsyndrom“ - Hypertonie, Adipositas, FS-Störung, Hyperinsulinämie
- Nach der European Diabetes Poli-

cy Group ist ein mehrfach gemessener BZ-Wert über 125 mg/dl als path. einzustufen! Goldstandard ist immer noch der 75g - oGTT, wobei ein 2 h-Wert über 200 mg/dl als pathologisch einzustufen ist.

- Zielgrößen bei der Einstellung eines D.mellitus sind folgende Werte
  - nü-BZ unter 140 mg/dl
  - pp-Wert unter 180 mg/dl,
  - HbA1c -wert unter 7%.
- Zentraler Therapieschwerpunkt ist die Schulung (Schwerpunktpraxen) und die körperliche Aktivität.
- Medikamentöse Maßnahmen zur Verminderung der Insulinresistenz stellen Glukosidasehemmer, Metformin und die Insulinsensitizer dar.
- Die Insulinsekretion kann durch Sulfonylharnstoffe und die modernen prandialen Glucoseregulatoren (Glinide -z.B.Starlix) optimiert werden, wobei die Frage der Finanzierbarkeit (Budget) lebhaft diskutiert wurde.
- Wird mit Insulinen therapiert, sollten praeprandial Normal-Insulin oder Analoga und zur Nacht Verzögerungsinsuline als Basistherapie für eine optimale Therapiestrategie versucht werden.
- Neben dem HbA1c -Wert zur Therapiekontrolle wird nach neueren Studien den postprandialen Werten große Bedeutung beigegeben, welche eine hohe Risikokorrelation zeigen (KHK, Makro-Mikroangiopathie, etc.)

➤ Eine Einweisung in Spezialkliniken ist speziellen Indikationen vorbehalten (Diabetes in der Schwangerschaft, Diabetes im Kindesalter, schwer einzustellende insulinpflichtige Diabetiker).

Insgesamt war es eine sehr interessante Veranstaltung, in der auch Aspekte zur Pathogenese des D.mellitus nicht zu kurz kamen. Die Diskussion soll am 12.02.02 um 20.00 Uhr an gleicher Stelle fortgesetzt werden mit dem Thema: Insulintherapie.

Bernd Bosse

### QZ Ambulantes Operieren

Thema: Ambulante arthroskopische Eingriffe bei Verschleißerkrankungen des Schulter- und Kniegelenks  
Referent: Dr. Manfred Oberreuther

Herr Oberreuther schilderte in seinem Referat prägnant und übersichtlich Symptomatik und Diagnostik der degenerativen Knie- und Schultergelenkerkrankungen. Ausführlich ging es dann um die Indikationen und derzeitigen operativen Möglichkeiten arthroskopischer Eingriffe.

Indikationen für endoskopische Schultergelenkeingriffe:  
Impingementsyndrom  
Tendinitis calcarea  
Arthrose des AC-Gelenks  
Omarthrose  
Teilsteife  
Synovitis  
In diesen Fällen sind arthroskopische Eingriffe subacromial (z.B. beim Impingementsyndrom/Tendinitis calcarea) oder articular (z.B. Synovektomie) möglich.

Am Kniegelenk sind Arthroskopien indiziert bei:  
V.a. Meniskusläsionen  
V.a. freie Gelenkkörper  
Kniegelenksarthrose  
Folgende Op-Verfahren sind bei bek. Erkrankungen indiziert:  
Meniskusnaht oder -teilresektion  
Abrasioplastik  
Pridiebohrungen  
Mosaikplastik und ähnliche OP-Verfahren  
Synovektomie  
arthroskopisch lateral release bei Chondropathia patellae  
Das komplette Spektrum dieser Maßnahmen ist heute als Standard ambulant durchführbar und wird von Dr. Oberreuther im AOZ SZ-Lebenstedt angeboten. Arthroskopien des Kniegelenks werden in Salzgitter ambulant auch von Herrn E. Gaus und Dr. Wasserfall durchgeführt.

Neuer Termin für den nächsten Qualitätszirkel amb. Operieren: 17.01.2002 20 Uhr Hotel am See  
Thema: Fragebogenaktion für Hausärzte

Anke Döring



MeGeSa Patiententag - Harte Arbeit :  
Michael Frank mit Anke Döring und Kerstin Gebel:

## Berichte aus der AG

### AG Technik

06.09.01

#### 1. Kommunikation im Netz

Verläufe von Patienten im Netz sind weder vom Hausarzt noch vom Facharzt verfolgbar, was zwar strukturell (Patientenkarte, freie Arztwahl) zur Zeit vorgegeben, aber oft medizinisch nicht sinnvoll ist. Sowohl die hausärztliche wie auch die fachärztliche Versorgung bedürfte Informationen über vorausgegangenen Arztkontakte, Veranlassungen und Verordnungen. Schuldzuweisungen über sog. Doppeluntersuchungen oder Mehrfachkonsultationen sind dabei kontraproduktiv. Zumindest sollte die Überweisung oder der Patientenbegleitbrief Details aktueller Befunde einschl. z.B. Labor/ Medikation enthalten.

Es wird berichtet, dass einzelne Kolle-



MeGeSa Patiententag - Frühförderung, nicht nur Technik

gen nicht per Fax erreichbar seien oder Berichte per Fax ablehnten. Das muss ggf. im Vorstand besprochen werden. Das aktuelle Patientenbuch der MeGeSa/Preussag BKK ist aus Sicht der Mehrzahl der Gruppe auf Grund der vorhandenen Materialqualität und gegenwärtig möglichen Inhalte misslungen. Der Gedanke der Kommunikation, deren Mittel und Inhalte im Sinn des organischen Handelns der Netzstruktur soll aber unbedingt vertieft und weiter diskutiert werden. Die Arbeitsgruppe Technik sieht sich insoweit inhaltlich auch für die Kommunikation im Netz mit verantwortlich.

#### 2. Elektronischer Arztbrief:

Die Übermittlung von Arztbriefen mit Email ist Stand der Technik. Die elekt-

ronische Kommunikation einer zunächst begrenzten Zahl von Praxen (neues elektronisches Arztverzeichnis) mit PGP-Verschlüsselung oder DGN-Providerlösung, Erstellen eines elektronischen Arztverzeichnisses (ggf. Zugangsregelung über die Postfächer der MeGeSa) und Formulierung der Anforderungen an einen Arztbrief ist vorgesehen. Als „Großverteiler“ von Befunden wird die Praxis Dr. Teusch und Kollegen über die Einrichtung des Emailversandes der Befunde kurzfristig beraten und hier die technische Führung übernehmen (ggf. Einschließlich einbinden einer Profisoftwarefirma). Bericht wird beim nächsten Treffen der AG von Herrn Schulz erstattet. Kollegen mit Bereitschaft zur Email-Kommunikation sollten schon jetzt ihre Email-Anschrift auf die Überweisung drucken.

#### 3. Ausbildung Arzthelferinnen

Zunächst ist nicht an ein Curriculum gedacht. Kommt es zur Installation Nr. 1 wird ohnehin eine Schulung notwendig, die die teilnehmenden Praxen umfasst. Wichtig bleibt aber eine gemeinsame Veranstaltung mit den Arzthelferinnen / Mitarbeitern in der Praxis, um deren Probleme mit

1. Patienten Begleitbuch
2. Fax Kom-

munikation

3. Kommunikation der Praxen untereinander, Termine, Anmeldungen, Einweisungen Krankenhaus, Formulare (Heilmittel z.B. nochmals) u.s.w. zu erfragen.

Wir von der Arbeitsgemeinschaft Technik wollen dabei mehr zuhören als referieren.

#### 3. Internet Site der MeGeSa

Kontrovers wird die Mitteilung diskutiert, dass in der Salzgitter Zeitung für Patienten die eMail-Kommunikation anlässlich des Berichts über den MeGeSa-Tag angeboten wurde. Insbesondere fehlte eine Diskussion und Absicherung dieser Öffnung nach außen durch einen Beschluss des Vorstands,

wie es Egbert ausdrückte. Der überwiegende Teil der Gruppe sieht die Internetseite der MeGeSa als Forum ärztlicher Information.

Ein Bedarf an Diskussion über den Rahmen der AG Technik ist offensichtlich gegeben, zumal ein „Marketing“ damit verbunden ist. Offen wird über die Möglichkeit der redaktionellen Mitarbeit sowohl am MeGeSa-Journal wie an der Internetseite von Reinhard Fabisiak berichtet. Sowohl Matias Jolowicz (verantwortlich Internet) wie auch Stefan Voges (MeGeSa-Journal) begrüßen jeden Kollegen, der seine Mitarbeit einbringen möchte.

#### 4. Kommunikation mit dem Krankenhaus

Die gegenwärtige Kommunikation mit dem Krankenhaus leidet an verschiedenen Problemen. Ohne im Einzelnen auf die Abteilungen einzugehen wird folgendes berichtet:

1. Die Laufzeit der Arztbriefe dauert zum Teil acht Wochen. Die handschriftliche Formulierung in sog. Kurzbrieffen ist oft ungenügend, was mehr den chirurgischen als internistischen Bereich betrifft
2. Auch wenn dem Patienten Unterlagen über seine Erkrankung bei der Einweisung mitgegeben wurde, erfolgten oft Rückfragen der im Krankenhaus tätigen Kollegen, obwohl die erfragte Information deutlich sichtbar auf der Einweisung beschrieben ist.
3. Die inhaltliche Qualität der Arztbriefe ist unterschiedlich. Ein Standard, der z.B. Sinn, Verlauf, neue Erkenntnisse und Ergebnis mit Empfehlungen zur weiteren Behandlung eingebettet in die Vorbehandlung und Anamnese als Quintessenz ärztlich therapeutischer Überlegung und Handlung maximaler Medizin (Krankenhaus!) enthält, bleibt zu fordern!

Angesprochen ist dabei die Arbeitsgruppe Ärzte/Krankenhaus. Bemerkung: Das Thema ist so wichtig, das mit der offensichtlich vorhandenen erheblichen und häufigen Kritik der Kollegen eine Wunschliste beider Seiten kurzfristig erarbeitet werden sollte. Der Vorstand wird gebeten, hier die organisatorischen Veranlassungen einzuleiten.

Reinhard Fabisiak



## Berichte aus der AG

### AG Technik 25.10.01

Die technische Weiterentwicklung der MeGeSa wird u.a. in Richtung der eMail-Kommunikation gehen. Herr Jäschke, Herr Kolwes und Herr Hofmann von der KV Braunschweig sind fermündlich und mit eMail über den Stand der Diskussion informiert. Zum Jahresende 2001 ist kein weiterer Schritt der technischen Kommunikation möglich.

Folgende Ziele sollen parallel verfolgt werden:

- Jedes Mitglied der MeGeSa soll eine eMail Adresse erhalten.
- Durch eine eMail-Umfrage an alle MeGeSa Mitglieder mit eMail Anschrift soll das Interesse für die eMail-Kommunikation geprüft werden. Das Erstellen eines MeGeSa-Newsletter sind weitere Ideen, um für jedes Mitglied der MeGeSa die eMail-Erreichbarkeit attraktiv zu machen.
- Im Januar 2002 gibt es Informationstreffen der Arbeitsgruppe Technik mit Herrn Hofmann und einem Vertreter des DGN. (Informationen sind über [www.DGN.de](http://www.DGN.de) zu bekommen). Für das DGN sprechen Akzeptanz der KV, Apobank und das vorhandene Equipment mit akzeptierter Verschlüsselung und Datensicherheit sowie die aktuelle Einbindung der VCS Schnittstelle, des elektronischen Arztausweises etc. Die Kosten sind klar zu kalkulieren. **Nachteile** sind die Kosten, die KV-Nähe(?), der notwendige Providerwechsel (Kosten) und die fehlende Kundenorientierung (siehe die schon erlebte Veranstaltung vor 3 Jahren). Das DGN ist aber ohne Zweifel ein wichtiger Anbieter mit Möglichkeiten der Erweiterung bis zum gemeinsamen Server.
- Die Praxis Teusch et. al will die Kommunikation u.a. mit dem Krankenhaus über eine eigene Lösung vorbereitet. Mit dieser Firma ist ein alternativer Anbieter von IT-Dienstleistungen vorhanden.

Vorteil ist sicher die Vorarbeiten der Praxis Teusch und die Anbindung an die elektronische Kommunikation mit dem Krankenhaus. Nachteile können sich durch den höheren technischen Aufwand und die zunächst auf reine eMail-Kommunikation bezogene Technologie darstellen, die ggf. nur im kleinen Rahmen Salzgitter eine Insellösung darstellt. Die Insellösung und geringe Abhängigkeit ist aber auch gleichzeitig ein Vorteil.

- Die im Jahr 2000 erkundeten weiteren Anbieter wie Berlin Chemie können ggf. erneut angesprochen werden. Realistisch erscheinen informelle Gespräche an zwei Terminen im Januar/Februar 2002 mit den o.g. Anbietern zur Vorbereitung eines Vorschlages für den Vorstand der MeGeSa.
- Unabhängig von den Verhandlungen wird an jedes Mitglied der Arbeitsgruppe Technik eine CD-ROM mit einer PGP-Version geschickt, mit der schon experimentiert werden sollte (z.B. zuzenden öffentlicher Schlüssel in der AG Technik)
- Am 29.11. 01, 20.00 findet im Hotel am See, Raum Berlin ein Treffen der Arbeitsgruppe Technik mit den Arzthelferinnen statt.

Frau Dahlheimer berichtet über das MeGeSa Büro

- Wir hören über die Probleme der Kommunikation in den einzelnen Praxen
- Patientenbegleitbrief, Patientenbuch
- Abläufe in der Praxis und zwischen den Praxen
- Absprachen und Hilfen der Praxen untereinander
- "Schwarzes Brett" im Internet und MeGeSa Journal
- Fax- und eMail-Kommunikation in der Praxis

Nächstes Treffen der AG Technik ist am 29.11. im Hotel am See. Wir können dann beschließen, ob sich die AG Technik erst wieder im Januar oder nochmals im Dezember trifft.

Reinhard Fabisiak

### Spektrum ambulanter arthroskopischer Operationen in Salzgitter

Dr. Oberreuther (Schulter-, Knie-, Ellenbogen-, Sprunggelenk)  
Dr. Gaus (Knie)  
Dr. Wasserfall (Knie)

#### Am Schultergelenk:

Impingmentsyndrom (Engpaßsyndrom)  
Tendinitis calcarea (Kalkablagerungen)  
AC-Arthrose (Schultereckgelenkschmerz)  
Omarthrose (Gelenktoilette bei Verschleiß)  
Teilstife (Narkosemobilisierung)  
Synovektomie (Entfernung von entzündlicher Gelenkschleimhaut)  
Rotatorenruptur / Rotatorenverletzung  
Entfernung freier Gelenkkörper

#### Am Kniegelenk:

Meniskusnaht oder -teilresektion bei Verletzung oder Verschleiß (Arthrose)  
Abrasioplastik (Gelenktoilette bei Verschleiß)  
Pridiebohrungen bei Gelenkmausbildung  
Mosaikplastik (OATS), sog. Knorpelzylinderverpflanzung  
Synovektomie (Entfernung von entzündlicher Gelenkschleimhaut)  
Lateral release bei Chondropathia patellae (Kniescheibenschmerz)  
Entfernung freier Gelenkkörper  
Kreuzbandnaht  
Kreuzbandersatzplastik (Semitendinosustechnik / Resorbierbare Fixation Trans-fix)

#### Am Ellenbogen- und Sprunggelenk:

Abrasioplastik (Gelenktoilette bei Verschleiß)  
Pridiebohrungen bei Gelenkmausbildung  
Synovektomie (Entfernung von entzündlicher Gelenkschleimhaut)  
Entfernung freier Gelenkkörper

Das komplette Spektrum dieser Maßnahmen ist heute als Standard ambulant durchzuführen.

## Verschiedenes

### Nachdenkliche Statistik

Wenn man die Weltbevölkerung auf ein 100 Seelen zählendes Dorf reduzieren könnte und dabei die Proportionen aller auf der Erde lebenden Völker beibehalten würde,

wäre dieses Dorf folgendermaßen zusammengesetzt :

57 Asiaten  
21 Europäer  
14 Amerikaner (Nord-, Zentral- und Südamerikaner)  
8 Afrikaner

Es gäbe :  
52 Frauen und 48 Männer  
30 Weiße und 70 nicht Weiße  
30 Christen und 70 nicht Christen  
89 Heterosexuelle und 11 Homosexuelle

6 Personen besäßen 59% des gesamten Reichtums und alle 6 kämen aus den USA,  
80 lebten in maroden Häusern,  
70 wären Analphabeten,  
50 würden an Unterernährung leiden,  
1 wäre dabei zu sterben,  
1 wäre dabei geboren zu werden.  
1 besäße einen Computer,  
1 (ja, nur einer) hätte einen Universitätsabschluss.

Wenn man die Welt auf diese Weise betrachtet, wird das Bedürfnis nach Akzeptanz und Verständnis offensichtlich.

Du solltest auch folgendes bedenken :  
Wenn Du heute morgen aufgestanden bist und eher gesund als krank warst, hast Du ein besseres Los gezogen als die Millionen Menschen, die die nächste Woche nicht mehr erleben werden.

Wenn Du noch nie in der Gefahr einer Schlacht, in der Einsamkeit der Gefangenschaft, im Todeskampf der Folterung oder im Schraubstock des Hungers warst, geht es Dir besser als 500 Millionen Menschen.

Wenn Du zur Kirche gehen kannst ohne Angst haben zu müssen bedroht, gefoltert oder getötet zu werden, hast Du mehr Glück als 3 Milliarden Menschen.

Wenn Du Essen im Kühlschrank, Kleider am Leib, ein Dach über dem Kopf und einen Platz zum Schlafen hast, bist du reicher als 75% der Menschen dieser Erde.

Wenn Du Geld auf der Bank, in Dei-

nem Portemonnaie und im Spar-schwein hast, gehörst Du zu den privilegiertesten 8% dieser Welt.  
Wenn Deine Eltern noch leben und immer noch verheiratet sind, bist Du schon wahrlich eine Rarität.  
Wenn Du diese Nachricht erhältst, bist Du direkt zweifach gesegnet:  
Zum einen weil jemand an Dich gedacht hat, und zum anderen weil Du nicht zu den zwei Milliarden Menschen gehörst, die nicht lesen können.  
Arbeite, als bräuchtest Du kein Geld.  
Liebe, als habe Dir nie jemand etwas zu leide getan.  
Tanze, als ob niemand Dich beobachte.  
Singe, als ob niemand Dir zuhöre.  
Lebe, als sei das Paradies auf Erden.

Eine Email von  
Bettina Mrowietz-Ruckstuhl

### Portrait Sabine Dahlheimer



Sabine Dahlheimer

Wie oft lesen Sie: Bei Fragen wenden Sie sich an das MeGeSa - Büro?

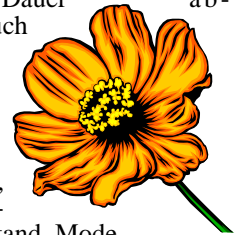
Oder: Weitere Informationen und Material können Sie im MeGeSa - Büro anfordern?

Wer ist eigentlich dieses MeGeSa - Büro?

Die „gute Seele“ des MeGeSa-Büros heißt Frau Dahlheimer.

Viele Kollegen werden inzwischen schon mit ihr telefoniert haben und festgestellt haben, dass sie eine sehr eigenständige und selbstbewusste Persönlichkeit ist, die sich hervorragend in die Belange der MeGeSa eingearbeitet hat.

Frau Dahlheimer ist seit 1993 in meiner Praxis als Arzthelferin beschäftigt. Sie gehört meinem langjährigen und bewährten Team an und hat sich schon vor der MeGeSa-Zeit zu einer Art „Arztsekretärin“ entwickelt.  
Beim Installieren des MeGeSa-Büros war es daher naheliegend, sie zu bitten, diese Arbeiten zu übernehmen. Die Arbeit beinhaltet nicht nur das Schreiben von diktierten Texten. Das wäre trivial und würde Frau Dahlheimer sicherlich auf Dauer ab-solut vom Anspruch her nicht genügen. Sämtliche Korrespondenz mit der Akademie für ärztliche Fortbildung, wie die Schriftwechsel mit Vorstand, Moderatoren, der Projektgruppe sowie allen anderen Partnern im gesundheitspolitischen Bereich sowie die Verwaltung von unterschiedlichsten Dateien fallen in ihren Aufgabenbereich. Ebenso gehört das selbständige Formulieren von Texten dazu. Oftmals gebe ich nur Inhalt und Zielsetzung einer Nachricht vor und Frau Dahlheimer formuliert den Text entsprechend.



Montags und Mittwochs sind reine MeGeSa-Arbeitstage. An diesen beiden Tagen können Sie bei Anfragen und weiteren Informationen bezügl. der MeGeSa Frau Dahlheimer bei uns in der Praxis erreichen. Häufig waren die Kollegen am Anfang von Frau Dahlheimers Tätigkeit für die MeGeSa erstaunt, wenn Sie von ihr auf fehlende Listen, Terminabsprachen und auf die Organisation von Veranstaltungen angesprochen wurden. Inzwischen hat sich aber wohl jeder Kollege auf diese selbständige Arbeitsweise eingestellt. Also soll auch für die Zukunft gelten: Haben Sie Fragen bezügl. der MeGeSa oder benötigen Sie Informationen: Rufen Sie uns an und fragen Sie Frau Dahlheimer.

Noch ein paar persönliche Daten: Frau Dahlheimer arbeitet seit 24 Jahren in ihrem Beruf, sie hat einen fast erwachsenen Sohn und eine Promenadenhundemischung namens „Blacky“ großgezogen, die ihr neben dem Beruf eine Menge Freunde und ein paar kleinere Ärgernisse bereiten. Ich freue mich, dass Frau Dahlheimer ihren Beruf nicht nur als „Job“ sieht, sondern immer wieder ihren Enthusiasmus ihrer Tätigkeit sowohl in der Praxis als auch für die MeGeSa zum Ausdruck bringt.

Birgit Leineweber



## MeGeSa Patiententag

### Grußwort von Bürgermeister Rolf Stratmann zum MeGeSa- Patiententag

**M**eine sehr verehrten Damen und Herren, sehr verehrte Frau Dr. Leineweber,

die Medizinische Gemeinschaft Salzgitter (MeGeSa) ist in und für Salzgitter ein absoluter Pluspunkt.

Es ist ein Pluspunkt in vielerlei Hinsicht:

Sie dient der medizinischen Versorgung der Menschen in Salzgitter. Sie vernetzt die Ärzteschaft in unserer Stadt und durch den Zusammenschluss – einem der ersten dieser Art in Niedersachsen – hat die MeGeSa einen Vorbildcharakter über unsere Region hinaus. Salzgitters Ärzte sind zukunftsorientiert. Sie, meine sehr verehrten Damen und Herren, haben erkannt, dass es im Team, in der Gemeinschaft, nicht nur sehr viel mehr Spaß macht, zu arbeiten, sondern auch sehr viel mehr bewirkt werden kann und letztlich kommt das wiederum unserer Bevölkerung und uns allen zu Gute.

Es ist mir daher eine besondere Freude, Ihnen heute – zum ersten Patiententag der MeGeSa in Salzgitter – die herzlichsten Grüße von Rat und Verwaltung der Stadt Salzgitter persönlich überbringen zu dürfen und ihnen allen zugleich ein großes Kompliment auszusprechen. Verstärker als in früheren Zeiten unterliegen heute nahezu alle Bereiche in unserer Gesellschaft einem ständigen Wandel.

Der Wandel, die Entwicklung – schauen wir uns nur den gesamten Medienbe-

reich an – ist so rasant geworden und mutet schon fast abenteuerlich an, dass Fort- und Weiterbildung und der gemeinsame Gedankenaustausch heute in allen Bereichen nur für alle von größtem Nutzen sein kann.

Alle, meine sehr verehrten Damen und Herren, damit meine ich, bezogen auf das gesamte medizinische Netz sowohl die Patienten als auch die Ärzteschaft, die Apotheken, die Krankenkassen, das gesamte Rettungswesen, alle Menschen, die mit und um die Medizin beruflich verbundenen Personen.

Kooperation und Vernetzung – das ist auch genau Ihr Anliegen.

Und – wie der heutige erste Patiententag hier auf dem Gelände der BKK Preussag unter Beteiligung aller medizinischen Gruppierungen Salzgitters nachdrücklich beweist – ist die integrierte medizinische Versorgung der Bevölkerung Salzgitters Ihr besonderes Anliegen.

Als erstes sog. Praxis-Netz in Niedersachsen haben sich in unserer Stadt über 150 Ärzte, das sind ca. 90 % unserer gesamten Ärzteschaft der Stadt, zusammengeschlossen, für und in unserem Bundesland eine wahre Meisterleistung und Vorbildfunktion.

Salzgitters Ärzte haben Modellcharakter. Sie tragen mit Ihrem Zusammenschluss – der MeGeSa – den Namen unserer Stadt über unsere Grenzen hinaus und vermitteln unserer Stadt ein Image, dass ihr auch zusteht: Jung, modern, aufgeschlossen und offen.

Denn letztlich profitieren wir doch alle nur dann, wenn wir uns gegenseitig austauschen.

Und ich denke, dass ist auch genau Ihr Ziel heute hier anlässlich des ersten Patiententages in Salzgitter. Ohne den Patienten wäre die Kommunikation auch unvollständig.

Um so erfreulicher ist jedoch die Tatsache, dass Sie – ob Ärzte, Krankenkassen, KVN, und alle, die mit der Medizin beruflich verbunden sind – die Offenheit auch tatsächlich praktizieren.

Wir alle wissen nur zu gut, dass gerade bei Ihnen keine 38,5-Stunden-Woche vorherrscht, das ist in Ihrer Branche schon eine völlige Utopie.

Doch der Patient erwartet neben der guten Gerätemedizin immer mehr auch die persönliche Ansprache und die damit verbundene zeitaufwendige Bera-



MeGeSa Patiententag - Bürgermeister Rolf Stratmann

tung.

Und ich denke, die heutige Veranstaltung – dieser Patiententag – ist für alle Beteiligten nicht nur eine gute Aktion im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der MeGeSa, sondern ist harte Basisarbeit. Und diese Kooperation, dieser Gedankenaustausch, ist eine Grundlage für die gute Qualität der medizinischen Arbeit zu Gunsten unserer Bevölkerung. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen beim ersten Patiententag hier in Salzgitter nicht nur den heutigen kommunikativen Erfolg, sondern ich möchte Sie ermuntern, diesen eingeschlagenen Weg fortzusetzen. Wir alle sind gegenseitig auf uns angewiesen, ob als Patientin oder Patient, ob als Ärztin oder Arzt oder als Mitarbeiter/Mitarbeiterin im gesamten medizinischen Bereich.

Und – meine sehr verehrten Besucherinnen und Besucher, wer mehr Information über die MeGeSa erhalten möchte, dem empfehle ich einfach auf die Internet-Seite [www.megesade.de](http://www.megesade.de)! Schauen Sie doch mal rein – die Medizinische Gemeinschaft Salzgitter ist schon drin!

Meine Damen und Herren ich wünsche Ihnen allen einen erfolgreichen und recht informativen Tag und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit



MeGeSa Patiententag - Andrang

## Berichte aus dem QZ

### QZ Klinik/ Niedergelassene SZ-Lebenstedt

Die Rheumatologische Therapie besteht aus der konservativen und der operativen Therapie. Die Behandlung Rheumatiker setzt eine gute Kombination verschiedener Therapiearten voraus.

Um eine Übersicht aktueller Therapiemaßnahmen zu erhalten gab Herr Dr. Oberreuther zunächst eine

#### Übersicht über aktuelle Behandlungsmaßnahmen in der Rheumachirurgie.

Der wichtigste Schritt ist die zeitliche und qualitativ richtige Indikationsstellung. Ein Patient mit z.B. einer seropositiven PcP ist immer zunächst medikamentös korrekt einzustellen. Sollte trotz einer adäquaten Basistherapie eine Synovitis nicht zur Ruhe kommen ist an eine präventive operative Maßnahme zu denken. Bei folgenden Indikationen ist eine OP in der Regel erforderlich:

1. Anhaltende Synovitis trotz Basistherapie über 6 Monate
2. Nervenkompressionssyndrome
3. Instabile HWS mit drohender neurologischer Symptomatik
4. Drohende Sehnenstrukturen
5. Progrediente erosive Gelenkzerstörung

Nicht alle rheumatischen Erkrankungen führen zu einer Gelenkzerstörung. Klassische rheumaorthopädische Erkrankungen mit Gelenkbefall im Vordergrund sind die PcP mit allen Unterformen, der M. Bechterew und Spondylarthropathien, die Psoriasisarthropathie. Klassische rheumainternistische Erkrankungen ohne Gelenkzerstörung, mit jedoch Gefäß- und schwerem möglichen Organbefall sind die Kollagenosen und die Vaskulitiden.

Sollte eine operative Maßnahme nötig werden, ist eine präventive OP besonders wünschenswert. Zeitlich richtig und technisch gut durchgeführt kann so ein Gelenk auf Dauer erhalten werden. Folgende etablierte Verfahren sind durchführbar:

1. Synoviorthesen (chemisch

- oder radiologisch)
2. Synovektomien
  - arthroskopisch am Knie-, Schulter-, Ellenbogen-, Sprunggelenk
  - offen am Hand-, Hüft-, Fingergelenk
3. Tenosynovektomien
4. Weichteilstabilisierungen

Diese präventiven Operationen sind im Regelfall ambulant durchführbar.

Ist ein Gelenk bereits zerstört stehen immer gelenkersetzende, gelenkresezierende und gelenkversteifende Operationen zur Auswahl.

Gute Ergebnisse sind zu Erzielen bei gelenkersetzenden Operationen (Endoprothese) am

- Hüft-, Knie- und Schulter-, Ellenbogengelenk sowie den Fingergrundgelenken,
- bei gelenkresezierenden Maßnahmen, sog. Resektionsarthroplastik am Vorfuß,
- und bei versteifenden Operationen (Arthrodesen) am Hand- und Sprunggelenk sowie an den Fingermittel- und Endgelenken.

Diese gelenkverändernden Maßnahmen sind überwiegend stationär durchzuführen. Hierfür sollte eine Spezialklinik mit einer rheumainternistischen und einer rheumaorthopädischen Abteilung gewählt werden.

Es folgte eine Übersicht über die Vor- und Nachteile verschiedener OP-Techniken typischer Gelenke, die beim RA-Patienten betroffen sind. Noch einmal ist die Bedeutung präventiver Operationen hervorzuheben, die zusammen mit einer guten Medikation die Prognose deutlich verbessern.

Im Anschluss an diese Übersicht erfolgte von Herrn Probst anhand eines Fallbeispiels einer Kollagenoseerkrankung, die oft schwierige Diagnosestellung bei Mischbildern

#### Medikamentöse Therapie chronisch entzündlicher Gelenkerkrankungen

**Behandlungsziel** sollte die Remission (keine Gelenkschwellungen, keine Gelenkschmerzen, keine Morgensteifigkeit, keine Müdigkeit, normale Entzündungsparameter) sein.

Rasch **symptomatisch** wirksam sind systemische Corticosteroide im Schub bis etwa 30 mg/die (20-0-10 mg), Ausschleichen in 5 mg-Schritten pro Woche bis zur Erhaltungsdosis. Anstreben der jeweils aktuell niedrigst möglichen Dosis. Ein Unterschied zwischen verschiedenen Derivaten besteht klinisch nicht, daher Prednisolon ausreichend.

Von Beginn an zusätzlich Vitamin D und Kalzium.

NSAR nur bedarfsweise geben, primär Diclofenac, ggf. in Kombination mit Misoprostol, bei Ulkusanamnese, Niereninsuffizienz und höherem Alter Zugabe von Protonenpumpenhemmern oder Gabe von COX II-Hemmern.

**Basistherapie** sollte immer erfolgen, in der Regel beginnend mit Methotrexat 15 mg pro Woche p.o., bei unzureichender Wirksamkeit bis auf 25 mg steigern. Bei gastrointestinaler Unverträglichkeit parenterale Gabe. Folsäurezusatz umstritten.

Bei inkompletter Remission Kombination anstreben mit Sulfasalazin 1g/die und Chloroquine, oder Cyclosporin (aus Kostengründen und wegen NW-Spektrum eher seltener). Alternativ Leflunomid, selten auch als Kombinationspartner von MTX.

Bei refraktären Verläufen sollten TNF-alpha-Blocker oder Interleukin-1-Blocker eingesetzt werden, die auch bei solchen Patienten wirksam sind. Die Jahreskosten sind aber mit etwa 50.000 DM zu veranschlagen und echte Langzeitdaten existieren bisher nicht, cave Infekte, vorher Tuberkulose ausschließen.

Einstellung auf Basistherapie und vor allem Einstellung refraktärer Patienten gehört sicher in die Hand des erfahrenen Behandlers.



MeGeSa Patiententag - Rotes Kreuz

## Bücher

### Leseprobe:

Unser aller Wahrnehmung ist durch das Leben in der Industriegesellschaft so stark verzerrt, daß wir nicht mehr erkennen, wie sehr unsere gesellschaftlichen Bemühungen ihren eigenen Zielen zuwiderlaufen. Wir leben in einer Epoche, in der das Lernen geplant, das Wohnen standardisiert, der Verkehr motorisiert, die Kommunikation programmiert ist und in der zum ersten Mal ein großer Teil der von der Menschheit konsumierten Nahrungsmittel interregionale Märkte passiert. In einer so intensiv industrialisierten Gesellschaft werden die Menschen dazu abgerichtet, Dinge vorgesetzt zu bekommen, statt sie zu tun. Sie haben gelernt, das, was sie kaufen können, höher zu schätzen als das, was sie selbst schaffen können. Sie wollen belehrt, bewegt, behandelt oder geführt werden, statt zu lernen, zu gesunden und ihren eigenen Weg zu finden. Unpersönliche Institutionen übernehmen persönliche Funktionen. Heilen wird nicht mehr als Aufgabe der Kranken betrachtet. Zuerst wird es Aufgabe eines individuellen Körpertechnikers, und alsbald wandelt es sich von der persönlichen Dienstleistung zum Output einer anonymen Agentur. Die Gesellschaft wird dabei nach den Bedürfnissen des Gesundheitssystems umgemodelt, und es wird immer schwieriger, selbst für die eigene Gesundheit zu sorgen. Güter und Dienstleistungen überfüllen die letzten Freiräume.

Zunehmende irreparable Schäden begleiten die gegenwärtige industrielle Expansion auf allen Gebieten der Gesellschaft. In der Medizin erscheinen



MeGeSa Patiententag - Tobi verzaubert Jana

diese Schäden als Iatrogenesis. Als klinische Iatrogenesis, wenn Schmerz, Krankheit und Tod aus medizinischer Betreuung resultieren; als soziale Iatrogenesis, wenn die Gesundheitspolitik eine Industriekultur stützt, die Krankheit erzeugt; als kulturelle und symbolische Iatrogenesis, wenn die von der Medizin geförderten Verhaltensweisen und Wahnvorstellungen die lebenswichtige Autonomie der Menschen einschränken, indem sie ihnen die Fähigkeit rauben, erwachsen zu werden, füreinander zu sorgen und alt zu werden, oder wenn medizinische Interventionen die persönlichen Reaktionen auf Schmerz, Schwäche, Angst und Tod beschneiden.

Jene Gesellschaft, die die Intervention von Experten auf ein Minimum zu reduzieren vermag, wird stets die besten Gesundheitsbedingungen bieten. Je größer das Potential der autonomen Anpassung an das eigene Selbst, an den anderen und an die Umwelt, desto weniger verwaltete, fremdbestimmte Anpassung wird man benötigen oder dulden.

QUELLE: Ivan Illich: Die Nemesis der Medizin, Die Kritik der Medikalisierung des Lebens, 4. Auflage, C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung (Oscar Beck), München 1995  
Gelesen von Paul Kokott

### Buchbesprechung

#### Wie behandle ich meinen Bluthochdruck

Blutdruckselbstmessung, Ernährung, Medikamente von Ingrid Mühlhauser, Ulrike Didjurgit und Peter T. Sawicki

4. Auflage 2001, Broschur, 112 Seiten, 21 mal 14,8 cm, ISBN 3-87409-343-3 29,92 DM / 15,30 Euro / 27,50 sFR,

Verlag Kirchheim + Co GmbH, Kaiserstraße 41, 55116 Mainz

Der Bluthochdruck stellt die häufigste Erkrankung in der westlichen Welt dar. Ihre Behandlung erfordert unerlässlich und notwendig die Mitwirkung der betroffenen Patienten. Hierzu vermittelt dieses Buch durch seine sachdienlichen Informationen konstruktive Hilfen zur wirksamen Selbsthilfe.

Unbehandelter Bluthochdruck verkürzt die Lebenserwartung und hoher Blutdruck schädigt Herz und Gefäße. Anschaulich, verständlich, übersichtlich und reich illustriert gibt das Buch Aufschluß über wichtige Grundlagen der Blutdruckmessung einschließlich der Blutdruckselbstmessung. Breiten Raum nehmen Hinweise zur Gewichtsreduktion und einer zweckmäßigen Ernährungsweise anhand von Kostbeispielen ein, die als Basismaßnahmen der Senkung erhöhter Blutdruckwerte aufzufassen sind. Anschließend werden die Medikamente zur Behandlung des Bluthochdrucks beschrieben und in ihren hauptsächlichen Wirkungen und Nebenwirkungen dargestellt. Den Abschluß bilden Ausführungen zu bestimmten Besonderheiten - die Blutdruckkrise, Sport und Bluthochdruck, Bluthochdruck und Schwangerschaft, Bluthochdruck bei Diabetes, Auto fahren und Bluthochdruck, Bluthochdruck und Streß.

Ein instruktives Buch, dessen Lektüre und Studium Betroffenen wie Beteiligten nur empfohlen werden kann.

Gelesen von Paul Kokott



MeGeSa Patiententag - Luftballontiere für Alt und Jung

## Verschiedenes

### "Wo geht es denn hier zum Bahnhof?" aus dem Bereich Psychotherapie

**E**s antworten:

Ein Sozialpädagoge: "Ich weiß nicht, aber Du, es ist gut, dass wir so offen darüber reden können."

Ein Sozialarbeiter: "Keine Ahnung, aber ich fahre Sie schnell hin."

len verreisen?"

Ein Psychoanalytiker: "Ah, Sie meinen dieses lange dunkle Gebäude, wo die Züge rein und raus, rein und raus, rein und raus ....fahren."

Ein Verhaltenstherapeut: "Heben Sie den rechten Fuß, schieben Sie ihn vor, setzen ihn jetzt auf. Sehr gut! Hier haben sie ein Bonbon."

Ein Gestalttherapeut: "Du, lass das voll zu, dass du zum Bahnhof willst; ja, gehe da ganz rein; sei ganz der Bahnhof."

Ein Bioenergetiker: "Atmen Sie tief und machen Sie mal: Sch... sch... sch...."

Ein humanistischer Psychotherapeut: "Wenn du da wirklich hinwillst, dann wirst du auch den Weg finden."

Ein Psychiater: "Bahnhof? Zugfahren? Welche Klasse?"

Ein systemischer Familientherapeut: "Zunächst muss der



**MeGeSa Patiententag - Partner im Gesundheitswesen: die APG mit Frau Kurz**

"Was empfindest du dabei, wenn du gerade mir jetzt diese Frage stellst?"



**MeGeSa Patiententag - Partner im Gesundheitswesen: Parkinsonvereinigung**



**MeGeSa Patiententag - Partner im Gesundheitswesen: die Apotheken**

Ein Gesprächstherapeut: "Ja, Sie haben das Bedürfnis zu wissen, wo der Bahnhof ist; das muss irgendwie sehr wichtig für Sie sein."

Ein Tiefenpsychologe: "Aha, Sie wol-

den, denn das Zugfahren hat für das System Familie eine existentielle Bedeutung."

Ein Psychodramaleiter: "Das spielen wir jetzt mal. Such dir mal jemanden aus, der der Bahnhof sein kann."

Spür mal genau hin! Was macht das mit Dir? Woran erinnerst dich das?"

Ein NLP-Therapeut: "Woran genau wirst Du merken, dass Du den Bahnhof gefunden hast?"

Ein Hypnosetherapeut: "Je tiefer Sie sich in das Gefühl des Suchens hineinsinken lassen, desto deutlicher werden Sie bemerken, dass etwas sehr wichtiges und bedeutsames für Sie und ihr ganzes Dasein in diesem Bahnhof zu entdecken ist."

gefunden von  
Bettina Mrowietz-Ruckstuhl

Ein Integrativer  
Therapeut:



**MeGeSa Patiententag - Partner im Gesundheitswesen: Elisabeth Krankenhaus**



## Letzte Seite

Termin	Zeit	Qualitäts-Zirkel / AG	Moderator(en)	Ort	Thema
Di, 20.11.2001	20.00	Gynäkologische Themen	Eckel	Hotel am See	Gründung des QZ
Mi, 21.11.2001	16.00	Hausärztl. Themen	Kokott	Hotel am See	Alters-Pathologie
Mi, 21.11.2001	19.30	Fortbildung		Vortragssaal Kh Leb	Biol / Chem Kampfstoffe
Do, 29.11.2001	20.00	APG-VV		Schützenhaus SZ-Bad	
Do, 29.11.2001	20.00	AG Technik	Fabisiak (komm)	Hotel am See	Arztthelfer-Info
Mo, 03.12.2001	20.00	Medikamenten-Verordnung	Klotz	Hotel am See	Med-Th / Schwangerschaft
Di, 04.12.2001	20.00	Schmerz-Therapie	Gebel / B.Bosse	Praxis Gebel	Polyneuropathie
Di, 04.12.2001	20.00	Pädiatrie (incl Dienstplan)	Herrmann	Seeterasse	Heilmittel-VO (m.Lebenshilfe)
Di, 11.12.2001	19.30	AG Marketing	Frank / Hempel	Praxis Jensen	Strom/Avacon
Mi, 12.12.2001	19.30	Fortbildung	Ärzteverein	Hotel am See	Osteoporose
Do, 13.12.2001	20.00	Themen der Inneren	Sindern / Kreuzer	Seminarraum Sindern	COPD (Hunze)
Mo, 07.01.2002	20.00	AG Zeitung/Kommunikation	Voges	Hotel am See	Journal 8-02
Di, 08.01.2002	20.00	Schmerz-Therapie	B.Bosse / Gebel	Praxis Bosse	Akupunktur b.Erkr.Beweg-App
Do, 17.01.2002	20.00	Ambulantes Operieren	Döring	Hotel am See	Hausarzt-Fragebogen
05.02.2002	19.45	Klinik/Niedergel Lebenst	Bahlmann	Khs Lebenst/Biblioth	Nierenerkrankungen
Di, 12.02.2002	20.00	Klinik/Niedergel. SZ-Bad	B.Bosse	Elisabeth-Khs	Diab.mell - Insulin-Th

## Der 1. MeGeSa-Patiententag - eine positive Bilanz

Der MeGeSa-Patiententag am 1. September auf dem Gelände der BKK Preussag war ein Fest mit „Volksfeststimmung“ (Zitat der Salzgitter-Zeitung).

Ziel war es, die MeGeSa in der Bevölkerung bekannt zu machen und zu informieren über die Arbeit der MeGeSa und deren Partner.

Aus eigenen Erfahrungen, aus Mitteilungen von Kollegen und Patienten und nicht zuletzt aus Berichten der Presse ist eindrucksvoll belegt, dass unsere Zielsetzung erreicht wurde. Etwa 5000 Besucher kamen und zeig-

ten Interesse an dem Gebotenen. Sie wurden nicht nur informiert über die unterschiedlichsten Aktivitäten, sondern amüsierten sich bei Musik und künstlerischen Spielereien.

Aktive Mitarbeit war hingegen beim Simultanschach gefordert. Tobi Reichstein nahm Groß und Klein mit seinen Zaubereien in Bann. Für das leibliche Wohl sorgten mit Suppe, Würstchen, Getränken, Kaffee und Kuchen verschiedene gemeinnützige Organisationen. Neben den Ständen der MeGeSa Partner wie Apotheker, Krankenhäuser, karitative Einrichtungen, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Pflegeeinrichtungen, Labor und Orthopädietechnik waren die Vertragspartner des Netzes, BKK Preussag und kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, mit eigenen Ständen vertreten.

Insgesamt ein mehr als zufriedenstellender Erfolg, der möglich wurde durch vielfältige Unterstützung. Zunächst geht der Dank an die Mitglieder der Arbeitsgruppe Marketing/Netzeinkauf sowie die Arbeitsgruppe für den MeGeSa-eigenen Stand. Dank gebührt der BKK Preussag, die den Tag auf ihrem Gelände möglich machte und die Arbeit personell und finanziell unterstützte. Gedankt sei den vielen Pharmafirmen, die durch großen sowie kleinen Support ihren Beitrag zur Tombola leistete. Ohne die technisch-materielle und personelle Hilfe der PPS wäre allerdings der Patiententag gar nicht realisierbar gewesen. Deshalb soll das Lob

und der Dank an das ganze Team, unter der Leitung seines Prokuristen Herrn K. Gappenberger, hervorgehoben werden.

Der MeGeSa Patiententag hat eine auch finanzielle positive Bilanz ergeben:

Über insgesamt DM 10 000 konnten durch verschiedene Aktionen eingenommen werden. Über DM 3000 erzielten St. Markus Gemeinde, Elisabeth Krankenhaus und die Gruppe miteinander an Einnahmen. Der Verkauf von ca. 2700 Losen erbrachte über 6.800 DM, der auf 7000 DM von der MeGeSa erhöht wurde.

Durch überreichen des Schecks an OA Dr. Prönnecke von der Hospizbewegung wird die positive Zusammenarbeit des Netzes mit der Hospizbewegung erneut eindrucksvoll demonstriert.

Durch Veröffentlichung in der Salzgitter-Zeitung am 26.10.2001 wurde die symbolische Geste der Öffentlichkeit zur Kenntnis gebracht und die Erinnerung an den MeGeSa-Tag erreicht.

Jürgen Michael Frank

## Impressum

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

**Verantwortlich: Dr. med. Stefan Voges**

Technik: Dr. med. Matias Jolowicz (mj)  
Foto Frau Dahlheimer + Ärzte VV von S. Voges, weitere Bilder von C.+M. 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: StefanVoges@t-online.de

### Anzeige:

*Schönes Haus in Oelber am Weißen Wege zu verkaufen. Freistehend, 800 qm Grundstück, Wohnfläche 180 qm, 1996 komplett durchrenoviert, absolut ruhige Lage in bevorzugtem Wohngebiet in einer Stichstraße. Info's im MeGeSa – Büro*

Sie finden uns auch im Internet: [www.megesa.de](http://www.megesa.de)