www.doctors.today

ZKZ 32577

doctors today

Praxis-Impulse für Hausärzt:innen

2/2023

Herz & Gefäße

Plötzlicher Herztod
Hochrisiko-Kandidaten identifizieren

Mehr Bürokratie ...
... durch digitale Anwendungen

Social Recruiting
So funktioniert es für die Arztpraxis

Asthma oder COPD?
So stellen Sie die korrekte Diagnose

doctors | today

Praxis-Impulse für Hausärzt:innen

doctors|today unterstützt Sie mit umfassenden, hilfreichen Informationen und Tipps für Ihre Fortbildung und Ihren Praxis-Alltag – via Zeitschrift, digital im Online-Portal oder ganz regelmäßig via Newsletter in Ihr persönliches E-Mail-Postfach. Ihre Wahl!

Online-Fortbildung (CME) unter

www.kirchheim-forum-cme.de

12.0015 Foto: Group4 Studio - iStockphoto

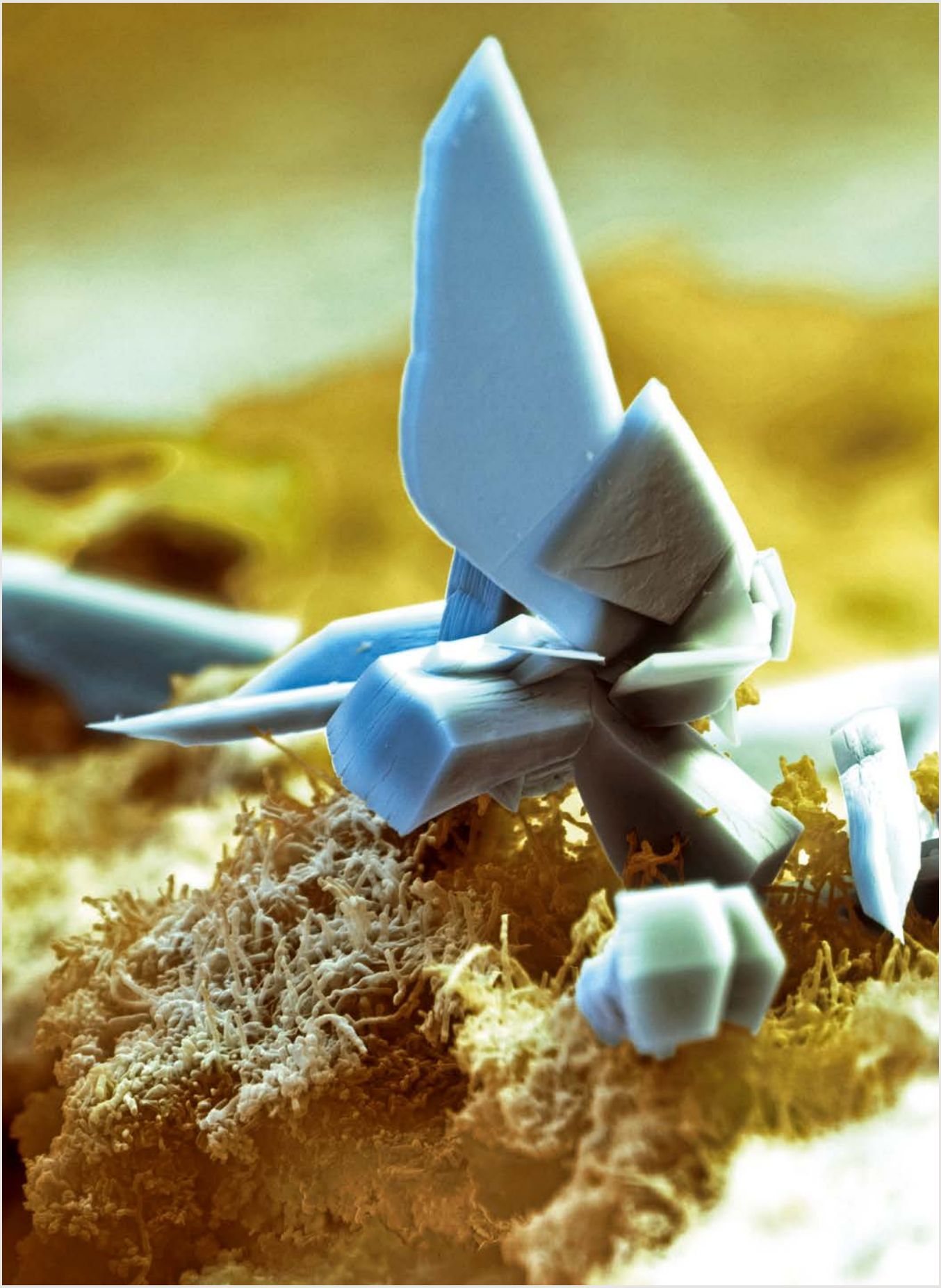


Foto: Science Photo Library / EYE OF SCIENCE

Mikrokosmos

Urinstein: kristalline Ablagerungen aus Bestandteilen des Urins und Mineralien aus Spülwasser sowie Unmengen von Bakterien

Wie leben, denken und fühlen „Halbgötter in Weiß“ wirklich?

... Das weiß Dr. Fritz Meyer und setzt mit diesem Büchlein dem aufregenden Alltag der Hausärzt:innen ein Denkmal.

Überall im Buchhandel oder gleich hier bestellen:

1. Auflage 2020, 72 Seiten, Kirchheim-Verlag, Mainz
9,90 €, ISBN 978-3-87409-712-3

per Internet
www.kirchheim-shop.de

per Telefon
0711/6672-1483

KIRCHHEIM

124.0001 - Foto: Roman Valiev - iStockphoto

PROTEST MUSS WEHTUN, WENN ER WIRKEN SOLL

Arztpraxen arbeiten Tag für Tag unter großer Belastung - besonders Hausärztinnen und Hausärzte. Explodierende Kosten, die durch begrenzte und ungenügende Gegenfinanzierung, überbordende Bürokratie, Fachkräftemangel noch verschärft werden: Wir tragen die Folgen akuter und jahrzehntelanger politischer Fehlsteuerung. Gesundheitsminister Lauterbach ignoriert uns Niedergelassene bei den meisten Entscheidungen. Es ist Zeit, uns selbst zu helfen!

Deshalb plädiert der Virchowbund für eine 4-Tage-Woche in den Praxen. Ein Tag ohne Sprechstunden - beispielsweise an einem Mittwoch, da an diesem Tag viele Praxen ohnehin nur vormittags Sprechstunden anbieten. Der Organisationsaufwand ist damit gering, die symbolische Wirkung jedoch groß: Unter einem Etikett wie „Bürokratie-Mittwoch“ ist der Schließtag ein eindrückliches Symbol, wie viel ärztliche Arbeitszeit durch Dokumentationspflichten, Prüfanfragen und andere Zeitfresser verloren geht.

Viele Kolleginnen und Kollegen sorgen sich verständlicherweise um die Betreuung ihrer Patienten, wenn die Praxis an einem Tag pro Woche schließt. Doch mit der 4-Tage-Woche kämpfen wir genau dafür: eine gute Patientenversorgung. Wenn bald immer mehr Praxen wegen akuten Fachkräftemangels oder auch Unwirtschaftlichkeit schließen müssen - wer versorgt die Patienten dann? Der Hausärztemangel führt jetzt schon zu immensem Druck auf die verbliebenen Praxen. Und wie sollen Hausärzte die Patienten im Gesundheitswesen steuern, wenn es kaum noch niedergelassene Fachärzte gibt?

Die meisten von uns, und ganz besonders die Hausärztinnen und -ärzte, eint ein starkes Pflichtgefühl gegenüber unseren Patienten. Piloten streiken dann, wenn es für die Bevölkerung am schmerzhaftesten ist: in den Ferien. Das tun wir bislang nicht, und die Politik weiß das. Die Kassen nutzen das aus. In einem budgetierten System werden Leistungswille und Selbstaufopferung nicht belohnt. Pflichtgefühl darf uns nicht abhalten: Wir müssen alles daransetzen, die Versorgung unserer Patienten und unseren Berufsstand auch langfristig zu sichern.

Virchowbund-Lopata

Dr. med. Dirk Heinrich

Daher ist Protest notwendig. Und Protest muss wehtun, wenn er wirken soll. Damit er wehtut, müssen wir Ärzte zeigen, dass wir untereinander solidarisch sind. Für Akutpatienten gibt es den ärztlichen Bereitschaftsdienst, den die KVen entsprechend ausrichten können. Natürlich werden einige Patienten auch in die Notaufnahmen der Kliniken ausweichen. Gerade das wird den Druck auf den Gesundheitsminister noch weiter erhöhen.

Ab Februar protestieren Hausärzte und Fachärzte gemeinsam mit Praxisschließungen unter dem Motto „Praxis in Not“ - vorzugsweise mittwochs, aber auch an anderen Tagen.

Und zwar für unsere Patienten, nicht gegen sie.

Dr. med. Dirk Heinrich
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für HNO
Bundesvorsitzender des Virchowbundes
10115 Berlin

Cozine - stock.adobe.com

Plötzlichen Herztod vermeiden

14

Fast ein Drittel aller Menschen mit einer kardiovaskulären Todesursache verstirbt am plötzlichen Herztod. Gefährdet sind vor allem Patient:innen nach überstandenem Herzinfarkt, mit Herzinsuffizienz oder einer Rhythmusstörung. Wie genau Hochrisikopatient:innen identifiziert werden können und wie man einem plötzlichen Herztod vorbeugen kann, lesen Sie ab Seite 14.

22

So werden Sie in den Sozialen Medien fündig

Die Veränderung des Arbeitgeber- zum Arbeitnehmermarkt verlangt auch ein neues Denken hinsichtlich der Mitarbeitergewinnung. Die erste Kontaktaufnahme mit der Praxis sollte für Bewerber:innen zum Beispiel so barrierearm wie möglich sein. Ein wichtiges Motto für die Präsenz Ihrer Praxis auf Facebook & Co lautet übrigens „authentisch statt perfekt".

mattjeacock - iStockphoto

Sashkin - stock.adobe.com

Mehr Bürokratie durch digitale Anwendungen

26

Den bürokratischen Aufwand in den Praxen einzudämmen, hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) schon seit Langem zum Ziel gesetzt. Bisher hielt sich der Erfolg aber in engen Grenzen, wie die Körperschaft in ihren jährlichen Bürokratieindices (BIX) selbst beklagte. Von der fortschreitenden Digitalisierung des Gesundheitswesens erhoffte man sich da Fortschritte. Aber die sind erst einmal nicht in Sicht.

doctors|**news**

9 Nachruf: Ein großer Diabetologe ist gegangen
10 Mehr Geld für Terminvermittlung
10 TI-Pauschale kommt
11 Vier-Tage-Woche für Praxen
12 Hausärzt:innen im Kampf gegen Klimawandel
13 Körperliche Aktivität verringert Diabeteskomplikationen

doctors|**focus**

14 Plötzlichen Herztod vermeiden: Risikopatient:innen erkennen und schützen
18 Koronare Herzkrankheit: Wann ist Ergometrie noch sinnvoll?

doctors|**digital**

22 Social Recruiting in der Arztpraxis

doctors|**politics**

24 Klimagerechte Hausarztpraxis ist möglich
26 Mehr Bürokratie durch digitale Anwendungen
29 Forschung in der Allgemeinmedizin: Schlag unter die Gürtellinie

doctors|**medicine**

30 Asthma oder COPD: So stellen Sie die richtige Diagnose
34 Proktologie: Es gibt viel mehr als Hämorrhoiden
38 Krebspatient:innen in der Hausarztpraxis: Mit Sport und Bewegung Lebensqualität steigern

PNEUMOVAX® 23
WIEDER VOLLUMFÄNGLICH
LIEFERBAR

MSD

SORRY.
BEI PNEUMOKOKKEN MUSS MAN HART BLEIBEN.

- PNEUMOVAX® 23 enthält 23 Pneumokokken-Serotypen[1], die für etwa 74% der IPD-Fälle bei Erwachsenen 60+ in Deutschland (2017/18)[2] verantwortlich sind.
- Derzeit ist PNEUMOVAX® 23 der einzige Impfstoff in Deutschland, der die Voraussetzungen der STIKO-Empfehlung für die Pneumokokken-Standardimpfung 60+ erfüllt.[3]

IMPFEN SIE JETZT IHRE PATIENTEN 60+!

PNEUMOVAX® 23.

Polysaccharid-Impfstoff, der 23 Pneumokokken-Serotypen enthält

PNEUMOVAX® 23	**1 x 1**	**Fertigspritze mit 2 Kanülen**	**PZN 10311304**
PNEUMOVAX® 23	**10 x 1**	**Fertigspritze mit 2 Kanülen**	**PZN 10311310**

1 Fachinformation PNEUMOVAX® 23, Stand Oktober 2021.
2 van der Linden M et al. Limited indirect effects of an infant pneumococcal vaccination program in an aging population. PLoS One. 2019;14(8):e0220453.
3 Ständige Impfkommission: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2022. Epid Bull 2022;4:3- 67

PNEUMOVAX® 23
Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff, MSD

MSD

PNEUMOVAX® 23
Wirkstoff: Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff **Zus.:** *Arzneil. wirks. Bestandt.:* 1 Impfdosis (0,5 ml) enth. jeweils 25 Mikrogramm der folg. 23 Pneumokokken-Polysaccharid-Serotypen: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19F, 19A, 20, 22F, 23F, 33F. *Sonst. Bestandt.:* Phenol, Natriumchlorid, Wasser für Injekt.-zwecke **Anw.:** Empf. f. Kdr. ab 2 J., Jugendl. und Erw. zur aktiven Immunisierung gg. Krankh., die durch Pneumokokken hervorgerufen werden. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. die Wirkstoffe od. e. d. sonst. Bestandt. **Vorsicht bei:** Elektiver Splenektomie. Geplanter od. abgeschloss. Chemo- od. Strahlenther., od. and. immunsuppr. Behandl. Pat. m. krankheits- od. therapiebedingter Immunsuppression. Ältere Pat. ≥ 65 J. Bes. gefährdeten Pat. (z. B. bei Asplenie od. nach immunsuppressiver Therapie). Pers. m. Schädelbasisbruch od. off. Verletz. d. Liquorraumes. *Nicht empf.:* Impf. während Chemo- od. Strahlenther. Wiederholungsimpf. nach weniger als 3 J. od. v. gesund. Erw. od. Kdrn. Vorliegen e. schweren, mit Fieber einhergeh. od. e. and. akuten Erkrankung od. wenn eine systemische Reaktion ein signifikantes Risiko darstellen würde. Schwangerschaft. Stillzeit. **Nebenw.:** *Sehr häufig:* Fieber (≤ 38,8 °C); Lokalreaktionen an der Injekt.-stelle (Erythem, Verhärtung, Schmerz, Schmerzhaftigkeit, Schwellung, Überwärmung). *Selten:* Zellulitis an der Injekt.-stelle (in kurzem zeitl. Abstand zur Impf.). *Nicht bekannt:* Hämolytische Anämie (bei Pat., die früher hämatologische Erkrank. hatten); Leukozytose; Lymphadenitis; Lymphadenopathie; Thrombozytopenie (bei Pat. mit stabilisiert. idiopathischer thrombozytopenischer Purpura). Anaphylaktoide Reakt.; Angioödem; Serumkrankheit. Fieberkrämpfe; Guillain-Barré-Syndrom; Kopfschmerzen; Parästhesie; Radikuloneuropathie. Übelkeit; Erbrechen. Ausschlag; Urtikaria. Arthralgie; Arthritis; Myalgie. Abgeschlagenheit; Schüttelfrost; Fieber; Bewegungseinschränkung (in der Extremität, in die der Impfstoff verabreicht wurde); Unwohlsein; Peripheres Ödem (in der Extremität, in die der Impfstoff verabreicht wurde). Erhöhtes C-reaktives Protein. *Zusätzlich:* Müdigkeit. **Warnhinw.:** Nicht intravasal verabreichen. Intradermale Inj. vermeiden. Für den Fall e. akuten anaphylaktischen Reakt. geeignete medizin. Behandlungsmaßn. (inkl. Adrenalin) bereitstell. Frühest. 3 Monate nach Abschluss einer Chemo- u./od. Strahlentherapie verabr. Bei hoch dosierter od. längerer immunsuppressiver Behandlung evtl. noch größerer Abstand angemessen. **Hinw.:** Notwendige Antibiotika-Prophylaxe gg. Pneumokokken-Infekt. sollte nach Impf. fortgeführt werden. Impfschemata sind den offiziellen Impfempf. zu entnehmen. Der Impfstoff schützt nicht gg. akute Otitis media, Sinusitis od. and. weit verbreitete Infekt. d. oberen Atemwege.
Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordnung von PNEUMOVAX® 23 die Fachinformation! Pharmazeutischer Unternehmer: MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstr. 4a, 81673 München
MSD Infocenter: Tel. 0800 673 673 673, Fax 0800 673 673 329, E-Mail: infocenter@msd.de
Stand: 10/2021 (RCN: 000021632-DE)

DE-PNX-00139

Atlas - stock.adobe.com

„Ich glaube, ich habe Hämorrhoiden.“ 34

Diesen Satz hört man oft von Patient:innen, die mit Blutungen, Juckreiz oder Schmerzen in der Analregion die Praxis aufsuchen. Dabei ist die Palette möglicher Ursachen für diese Symptome recht breit. Durch gezielte Fragen, Inspektion des Perianalbereichs und rektale Untersuchung kommt man möglichen Diagnosen wie Ekzem, Fissur, Fistel, Abszess oder Prolaps oft schon auf die Spur.

46 Die optimale Raumplanung einer Hausarztpraxis

Ob Neubau, Umbau oder Renovierung: Bei der Planung einer Hausarztpraxis ist der Grundriss entscheidend, damit das Praxiskonzept im Optimalfall Jahrzehnte reibungslos funktioniert. Worauf Sie achten müssen, welche Kosten auf Sie zukommen und wo Sie sparen können, erklärt unsere Praxisbau-Expertin.

Naphat_Jorjee - iStockphoto

michelangeloop - stock.adobe.com

Intuitives Bogenschießen für die Hausarztpraxis 63

Die moderne Arbeitswelt kann krank machen und zu Symptomen führen wie Unruhe oder Schlafstörungen. Diese müssen von Hausärzt:innen als Gesundheitsgefährdungen wahrgenommen und patientengerechte Behandlungsoptionen entwickelt werden. Das intuitive Bogenschießen kann hier als wirksame Maßnahme in der psychosomatischen hausärztlichen Grundversorgung dienen.

doctors|**science**

42 Krebs bei Kindern durch CT?
42 Erkältung: Besser die Nase warm halten
43 Doch Hoffnung bei Alzheimer?

doctors|**management**

44 Wunschpatient:innen in der Hausarztpraxis
46 Gestaltung einer Hausarztpraxis: optimale Raumplanung – wie, wo, was?
49 Wenn es nicht „nur“ in den Wohnstuben kälter wird
50 New Work in der Medizin: Raus aus der Legebatterie!
54 Toolbox: Produkte für die Praxis

doctors|**drugs**

56 Penicillin-Allergie: ja oder nein?
56 Colitis ulcerosa: Zielgerichtet behandeln
57 COPD: Rechtzeitig handeln!
57 Allgemeine Schlafstörungen: Was können die Betroffenen selbst tun?
58 Muskuloskelettale Verletzungen: Die Rolle von Entzündungsprozessen
58 „Grün, gelb, rot für intuitive Lernprozesse“

doctors|**lounge**

62 Je oller, desto doller
63 Intuitives Bogenschießen für die Hausarztpraxis

59 Impressum

Nachruf

Ein großer Diabetologe ist gegangen

Professor Dr. Hellmut Mehnert ist am 27. Januar, wenige Wochen vor seinem 95. Geburtstag am 22. Februar, gestorben.

Hellmut Mehnert, geb. 1928 in Leipzig, kam in seiner Familie bereits früh mit Diabetes in Berührung: Beide Eltern und ein Großvater hatten Typ-2-Diabetes. Sein Vater war Arzt, seine Mutter Arzthelferin, die Praxisräume waren im selben Stockwerk wie die Wohnung der fünfköpfigen Familie.

Seine berufliche Laufbahn begann er nach dem Krieg und seiner Internierung in den Jahren danach im Jahr 1949 in München. Das Medizinstudium beendete er 1954 mit der Promotion und kam - durch Zufall und eher gegen seinen Willen - während seiner Weiterbildung zum Internisten in die Diabetikerambulanz in München. Diabetes ließ ihn danach nie wieder los. Viel tat sich in dieser Zeit: Der junge Mehnert wirkte an ersten Studien mit, in denen die allerersten oralen Antidiabetika erprobt wurden. Ein Aufenthalt als Gastarzt in der Joslin-Klinik in Boston (USA) vertiefte sein Interesse an Diabetologie. Die Joslin-Klinik war „die damals mit Abstand führende Diabetesklinik in der Welt“, wie er in seiner Autobiographie schreibt. Nach weiteren Stationen wurde der Internist 1966 Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung im Krankenhaus München-Schwabing. Im gleichen Jahr heiratete er. Bis zum Jahr 1972 wuchs die Familie, vier Töchter kamen auf die Welt. Seine Frau und die Kinder spielten in seinem privaten wie auch in seinem beruflichen Leben immer eine wichtige Rolle.

Ein Meilenstein der Diabetologie war das weltweit größte Diabetes-Screening 1967, das er auf den Weg brachte. Alle Münchner erhielten einen Harnzuckerteststreifen zum Messen der Zuckerausscheidung im Urin. 72 % der Münchner Bevölkerung schickten den benutzten Teststreifen und einen Fragebogen zurück - und es zeigte sich, dass deutlich mehr Menschen einen Diabetes hatten, als bekannt war. Der „Diabetologe mit Herzblut“ hatte zahlreiche Positionen inne: 1966 wurde er Vorstand der Forschergruppe Diabetes im Institut für Diabetesforschung in München-Schwabing. 1968 erfolgte die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor und 1974 zum persönlichen Extraordinarius an der Universität München. Von 1964 bis 1990 war er ständiger Vertreter der Bundesrepublik im Diabetes-Experten-Komitee der WHO. 1973 übernahm er die Präsidentschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft und 1975 war er Präsident des Kongresses der Europäischen Diabetes-Gesellschaft. Weitere Positionen waren u. a. die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, die Präsidentschaft der Deutschen Diabetes-Union (DDU) und der Vorsitz des Deutschen Dachverbandes Endokrinologie/Diabetologie. 1998 stiftete er den Hellmut-Mehnert-Preis für die Erforschung des Diabetes und seiner Komplikationen unter der Schirmherrschaft der UNESCO und der DDU. Er publizierte zahllose Artikel, Kapitel und Bücher. Im Jahr 2003 erhielt er die Paracelsus-Medaille.

Hellmut Mehnert war ein hoch engagierter, vielfach ausgezeichneter Diabetologe, der auch dem Kirchheim-Verlag eng verbunden war. Früh wurde er Mitglied der Chefredaktion des „Diabetes-Journals“ und blieb der Zeitschrift für Menschen mit Diabetes über Jahrzehnte treu. Er half dabei, Wissen über Diabetes in die Breite zu tragen. In den jährlich stattfindenden Redaktionskonferenzen für das „Diabetes-Journal“, die er immer sehr engagiert leitete und moderierte, zeigte sich dieses Hinwenden zu den Patient:innen deutlich. Auch im Expertenbereich arbeitete der Kirchheim-Verlag mit dem renommierten Diabetologen über Jahrzehnte intensiv und freundschaftlich zusammen. In unserem Titel für Allgemeinärzt:innen „doctors|today“ hat er die Serie „Mehnerts Diabetes-Tipps“ betreut und damit diese 2010 im Vorgängermedium begonnene Kolumne fortgesetzt. Professor Mehnert lag viel daran, Forschung so zu vermitteln, dass sie auch für niedergelassene Allgemeinärzt:innen umsetzbar ist. Der Kirchheim-Verlag hat ihm - nicht nur in dieser Hinsicht - viel zu verdanken. Mehnert war auch ein sehr humorvoller Mensch - obwohl er an einem Aschermittwoch geboren worden war, an dem die humorvollen Tage erst einmal vorüber sind. Gern nahm er in verschiedensten Verkleidungen z. B. als „Kalif in München“ sich selbst und die Mitarbeitenden in seiner Klinik auf die Schippe. So werden wir alle ihn in guter und freundschaftlicher Erinnerung behalten.

Dr. Katrin Kraatz/Dr. Vera Seifert |

16.000 Arztpraxen ...

... bangen um ihre Existenz wegen der hohen Energiekosten. Das will die Stiftung Gesundheit aus einer Umfrage ermittelt haben. Demnach klagen fast 40 % der Praxisinhaber:innen darüber, dass sie in erheblichem oder sogar existenzbedrohendem Maß von hohen Energiepreisen betroffen seien. Um die steigenden Kosten bewältigen zu können, senken 70,4 % der Ärzt:innen die Raumtemperatur in ihren Praxen. 65,2 % überwachen vermehrt den Strom- und Gasverbrauch und 53,4 % sparen Energie, indem sie vorhandene Geräte nicht nutzen. Um die Energiekosten bezahlen zu können, verschiebt zudem ein Drittel der betroffenen Praxen geplante Anschaffungen, so die Umfrage.

Negro Elkha - stock.adobe.com

Mehr Geld für Terminvermittlung

Die Zuschläge für die Terminvermittlung werden zum 1. Januar 2023 deutlich angehoben. Die Hausärzt:in, die für eine Patient:in einen dringenden Termin bei einer Fachärzt:in oder Psychotherapeut:in vereinbart, erhält nach GOP 03008 15 € (131 Punkte, zuvor 93). Der vermittelte Termin muss spätestens 4 Kalendertage nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit liegen. Auch bei einem späteren Termin werden die 15 € gezahlt, wenn eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch die Patient:in (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. In welchen Fällen das zutrifft, entscheidet die Ärzt:in. Sie muss den Grund dafür dokumentieren. Liegt der Termin erst am 24. Tag oder später (max. bis zum 35. Tag) ist in der Abrechnung eine medizinische Begründung erforderlich, so die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Janina Dierks - Fotolia

MQ-Illustrations - stock.adobe.com

TI-Pauschale kommt

Vertragsärzt:innen sollen künftig eine monatliche TI-Pauschale zur Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten, die für die Telematikinfrastruktur (TI) anfallen. Die konkrete Höhe der TI-Pauschale und welche Komponenten und Dienste zur erforderlichen Ausstattung der Praxen gehören, soll die KBV mit dem GKV-Spitzenverband für jeweils zwei Jahre festlegen. Dies soll erstmalig bis zum 30. April 2023 erfolgen. Die TI-Pauschale soll erstmals zum 1. Juli 2023 an die Vertragsärzt:innen ausgezahlt werden. Sie kann gekürzt werden, wenn die vereinbarten Nachweise der erforderlichen Ausstattung nicht vorliegen. Für Praxen hat die neue Regelung zur Folge, dass sie insbesondere bei Neuanschaffungen in Vorleistungen gehen müssen.

Quelle: KBV

eRezept oder Papier?

Eigentlich ist es schon da, das eRezept, aber so richtig dann doch noch nicht. Nun heißt es, dass das Einlösen von elektronischen Rezepten ab Mitte 2023 tatsächlich möglich sein soll. Es wird auf jeden Fall aber nicht so sein, dass alle Arztpraxen gleichzeitig ab einem bestimmten Stichtag nur noch eRezepte ausstellen dürfen, sagt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Ärzt:innen

MQ-Illustrations - stock.adobe.com

könnten ihren Patient:innen bis auf Weiteres Arzneimittel immer noch auf dem rosafarbenen Papierrezept (Muster 16) verordnen. Vertragsärzt:innen, die technisch und organisatorisch dazu in der Lage sind, können aber schon jetzt eRezepte ausstellen, so die KBV.

Diabetes-Dialog zur Ernährung

Mehr als 70.000 Menschen haben letztes Jahr live eingeschaltet, um am #DiabetesDialog teilzunehmen. Und auch in diesem Jahr ist die Devise: Menschen mit Diabetes zuhören, antworten und unterstützen. Im Jahr 2023 wird es im Rahmen der Initiative mehrere #DiabetesDialoge geben. Am 16. März 2023 findet ab 16.30 Uhr der erste virtuelle #DiabetesDialog statt. Schwerpunkt der Veranstaltung, bei der es Informationen von Expert:innen gibt und Zuschauende ihre Fragen stellen können, wird das Thema Ernährung sein. Nach dem #DiabetesDialog folgt dann direkt der Sofatalk der Diabetes-Community Blood Sugar Lounge. Zuschauen und mitmachen kann man über einen Livestream, mehr unter: **http://bit.ly/3vs1PM8**

BillionPhotos.com - stock.adobe.com

Die Initiative „Wissen, was bei Diabetes zählt: Gesünder unter 7 PLUS“ des Unternehmens Sanofi vernetzt über 20 Akteure - darunter u. a. das Diabetes-Journal und die Blood Sugar Lounge aus dem Kirchheim-Verlag.

Die Haut im Fokus

Die meisten Patient:innen mit Hauterkrankungen landen in einem ersten Schritt in der Hausarztpraxis. Eine gute Möglichkeit auch für Hausärzt:innen, sich kompakt über aktuelle Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, bietet der DERM-Kongress vom 23. bis 26. März 2023 in Frankenthal. Auf der bundesweit größten Fachtagung für Dermatologie werden sich etwa 2.000 Teilnehmende zum wissenschaftlichen Austausch treffen. Mehr zum Tagungsprogramm findet man unter **https://www.kongress-derm.de/**

Benjamin Gutzler - stock.adobe.com

4-Tage-Woche für Praxen

Der Ärzteverband Virchowbund plädiert dafür, Patient:innen nur noch an 4 Tagen in der Woche zu behandeln. Mittwochs sollten alle Arztpraxen auf eine ambulante Versorgung von Patient:innen verzichten und den Tag stattdessen „zur Bewältigung der Bürokratie und zur Fortbildung“ nutzen. Begründet wird der Aufruf damit, dass die Arztpraxen überlastet seien und sich der Betrieb einer Praxis immer weniger lohne. Außerdem mache eine 4-Tage-Woche bei vollem Lohnausgleich die Tätigkeit in Praxen für medizinische Fachangestellte attraktiver. Gleiches gelte aus Gründen der Familienfreundlichkeit auch für junge Ärzt:innen.

Wie steht´s mit Apps auf Rezept?

Für die digitalen Gesundheitsanwendungen, kurz DiGA, gab es viel Vorschusslorbeeren, als sie in die medizinische Versorgung aufgenommen wurden. Doch wirklich angekommen scheinen sie dort noch nicht zu sein, sagen die Krankenkassen. Seit Anfang 2022 bewege sich die monatliche Menge der eingelösten Freischaltcodes auf einem nahezu unveränderten Niveau zwischen 10.000 und 12.000 DiGA. Insgesamt seien bis Ende September rund 164.000 DiGA in Anspruch genommen worden. Ein Problem sei, dass bei der Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis häufig der Nachweis über den medizinischen Nutzen fehle. Deshalb werden zwei Drit-

tadamichi - stock.adobe.com

tel der DiGA nur vorläufig, zur Probe, aufgenommen. Woran sich die Kassen aber besonders stoßen: Herstellende Unternehmen können im ersten Jahr der Aufnahme einen beliebig hohen Preis festlegen, der von der gesetzlichen Krankenversicherung für diesen Zeitraum erstattet werden muss, unabhängig davon, ob ein Nutzen nachgewiesen wurde oder nicht. Im Durchschnitt lägen die Herstellerpreise für eine DiGA bei 500 €/Quartal. Damit DiGA in der Versorgung ankommen, sollten nur noch DiGA mit einem klaren medizinischen Nutzen für die Patient:innen in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen werden, fordern die Krankenkassen.

Mehr Hitzetote

Corri Seizinger - stock.adobe.com

1,06 Millionen Sterbefälle im Jahr 2022 meldet das Statistische Bundesamt. Die Zahl der Sterbefälle ist damit im Vergleich zum Vorjahr um 3,4 % oder mehr als 35.000 Fälle gestiegen. Im Dezember 2022 lagen die Sterbefallzahlen um 19 % über dem Vergleichswert der 4 Vorjahre. In den von Hitzerekorden geprägten Sommermonaten Juni bis August lagen die Sterbefallzahlen noch deutlicher über den mittleren Werten der Vorjahre (+9 bis +13 %) als in den Vormonaten. Besonders erhöht waren die Sterbefallzahlen dabei in Kalenderwoche 29 (18. bis zum 24. Juli) mit +25 %. In dieser Woche war es außergewöhnlich heiß.

Viele googeln vor und nach Arztbesuch

Wenn es darum geht, eigene Beschwerden und Krankheitssymptome zu recherchieren, informieren sich die Deutschen zunehmend im Netz. 62 % holen in Vorbereitung auf einen Arztbesuch Informationen zu ihren Symptomen im Internet ein, 13 % tun dies regelmäßig, 19 % manchmal und 30 % selten. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Befragung unter 1.144 Menschen in Deutschland ab 16 Jahren im Auftrag des Digitalverbands Bitkom. Insgesamt ist die Zahl im Vergleich zu den letzten Jahren gestiegen: 2020 gaben noch 53 % an, ihre Symptome vor dem Arztbesuch im Netz zu recherchieren, 2021 waren es 56 %.
63 % recherchieren auch im Anschluss an einen Praxistermin Informationen zu ihren Symptomen, der Diagnose oder verschriebenen Medikamenten online, z. B. um zusätzliche Informationen etwa zu

ra2 studio - stock.adobe.com

Diagnose, Behandlung oder Erkrankung einzuholen (68 %). 62 % suchten nach einer Zweitmeinung und 51 % recherchierten Alternativen zu Medikamenten. 23 % geben an, sich nicht mehr an alle Details aus dem Arztgespräch erinnern zu können. 15 % haben die Erläuterungen der Ärzt:in nicht verstanden und recherchieren deshalb im Anschluss an den Termin. Insgesamt steht im Vordergrund, den Arztbesuch zu ergänzen: Lediglich 1 von 10 hat kein Vertrauen in die Diagnose gehabt und deshalb im Netz recherchiert.

Hausärzt:innen im Kampf gegen Klimawandel

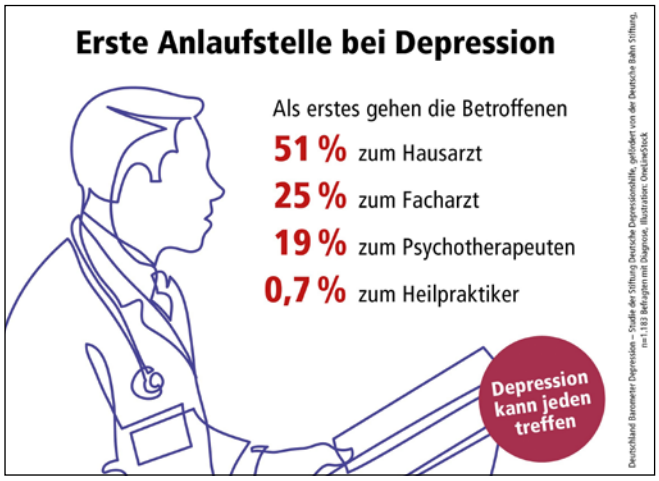
Der Klimawandel sei die größte Bedrohung für die Gesundheit, fürchtet der Hausärzteverband Nordrhein. Die gesundheitlichen Folgen bei allen Organsystemen nähmen zu. Die Hauptursache für wetterbedingte Todesfälle sei Hitzestress. So seien im Jahr 2022 mindestens 4.500 Menschen in Deutschland explizit an der Hitze dieses Jahres gestorben. Klima- und gesundheitswirksame Präventionsmaßnahmen müssen in allen medizinischen Versorgungseinrichtungen und in der Patientenbetreuung schnellstmöglich und aufeinander abgestimmt eingeführt werden. Die Kenntnisse zur thermischen Belastbarkeit des Menschen bei Hitze sowie zu den Expositions- und Vulnerabilitätsrisiken, der Einblick in die lokalregionalen Klimawandelprognosen und Klimawandelfolgen seien für Hausärzt:innen die Basis, um Praxisstrukturen und Praxisorganisationen an die neue Realität anzupassen. Die Gesundheits-

Dmitry Vereshchagin - stock.adobe.com

versorgung der Bevölkerung in der Gesamtheit müsse flächendeckend vorbereitet werden und könne sich nicht nur auf Krankenhäuser konzentrieren, fordert der HÄV Nordrhein. Es müssten wohnortnahe und krankenhausentlastende Behandlungskonzepte für die Akutbehandlung, für die Betreuung von Risikogruppen sowie präventive Maßnahmen erstellt werden. Dies alles müsse im Einklang mit den Schutzkonzepten und kommunalen Maßnahmen vor Ort in den Städten und Gemeinden geschehen. Hier gelte es Ressourcen zu bündeln und Hausärzt:innen in die kreisweiten Konzepte einzubinden.

Späte Hilfe bei Depression

Es vergehen im Schnitt 20 Monate, bis sich Menschen mit einer depressiven Erkrankung Hilfe suchen. Zu diesem Ergebnis kommt das aktuelle 6. Deutschland-Barometer Depression der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention. Wenn sich die Betroffenen Hilfe suchen, wenden sie sich mehrheitlich zunächst an die Hausärzt:in (51 %). Jede vierte Patient:in (25 %) geht direkt zur Fachärzt:in und 19 % als Erstes zur Psychotherapeut:in. In der Befragung berichten die Betroffenen rückblickend von wochenlangen Wartezeiten, ehe eine Behandlung beginnen konnte. So gaben die Betroffenen an, im Schnitt 10 Wochen auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten gewartet zu haben, bei Fachärzt:innen im Schnitt 8 Wochen. Durchschnittlich fünf Therapeut:innen mussten die Betroffenen nach eigener Erinnerung kontaktieren, ehe sie einen Termin bekamen. Bei einer so leidvollen Erkrankung wie der Depression seien so lange Wartezeiten nicht akzeptabel, so die Stiftung Deutsche Depressionshilfe.



Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Körperliche Aktivität verringert Diabetes-Komplikationen

Dass es einen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und der Prävention eines Typ-2-Diabetes gibt, ist wissenschaftlich gut belegt. Weniger klar ist, ob man durch ausreichende Bewegung auch diabetesbedingte Komplikationen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zerebrovaskuläre Ereignisse und Herzinsuffizienz sowie andere Begleiterkrankungen wie Retinopathie, Nephropathie und Neuropathie vermindern oder vermeiden kann. Forschende des Deutschen Diabetes-Zentrums wollten es genauer wissen und analysierten dazu mehr als 21 Studien aus den Jahren 1995 bis 2021. Die Ergebnisse zeigen, dass körperliche Aktivität mit einem verringerten relativen Risiko für die Inzidenz und Mortalität von kardiovaskulären Erkrankungen sowie mikrovaskulären Gesamtkomplikationen, insbesondere Retinopathie, verbunden war. Die Auswertungen zeigen eine Dosis-Wirkungs-Beziehung, d. h. mit steigender körperlicher Aktivität sank das Risiko für Folgeerkrankungen des Diabetes. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass bereits ein körperliches Aktivitätsniveau, das unterhalb der WHO-Empfehlung von 150 bis 300 Minuten pro Woche mit moderater aerober körperlicher Aktivität liegt, das relative Risiko für diabetesbedingte Komplikationen verringert. Für viele Menschen mit Diabetes, z. B. solche mit Adipositas, könne es belastend sein, wenn sie nicht erfolgreich die vorgegebene körperliche Aktivität umsetzen können. Hier könnten die neuen Daten hilfreich sein, um auch diese Menschen mit Diabetes dazu zu ermutigen, körperlich aktiv zu sein, da selbst ein geringes Maß an körperlicher Aktivität zur Vorbeugung von diabetesbedingten Komplikationen wirksam ist, so die Forschenden.

Kzenon - stock.adobe.com

Quelle: Rietz M et al. (2022) Diabetes Care. DOI: 10.2337/dc22-088

Cozine - stock.adobe.com

Plötzlichen Herztod vermeiden

Risikopatient:innen erkennen und schützen!

Um einen plötzlichen Herztod (PHT) verhindern zu können, stehen eine Reihe primärprophylaktischer Therapieverfahren zur Verfügung. Je nach Risikokonstellation sind dies medikamentöse Optionen wie Antiarrhythmika oder Herzinsuffizienzmedikamente, eine Defibrillatortherapie oder eine Katheterablation. Im Folgenden sollen einige Aspekte dieser Therapien sowie die Aussagekraft verschiedener Screeningmethoden beleuchtet werden.

Der plötzliche Herztod (PHT) ist ursächlich für ca. 30% der kardiovaskulären Todesursachen in Deutschland; im Jahr 2014 verstarben 65.000 Menschen am plötzlichen Herztod [1]. EKG-Untersuchungen aus den 90er-Jahren in den Niederlanden zeigen, dass bei 58% der Patient:innen bei prähospitalen Reanimationen eine Kammertachykardie oder Kammerflimmern vorlag und zu 42% eine Bradykardie/Asystolie [2]. Die meisten ventrikulären Tachyarrhythmieepisoden spielen sich auf dem Boden einer strukturellen Herzerkrankung ab, meist einer ischämischen Herzerkrankung/koronaren Herzerkrankung (KHK) [3]. Zudem gibt es einen Altersgipfel von median 70 Jahren und männliche Patienten scheinen mit 70 - 80% stärker betroffen zu sein [1]. Ein kleiner Teil der Überlebenden eines Ereignisses des plötzlichen Herztods (PHT), ca. 10%, weist ein strukturell unauffälliges Herz auf und hat eine hereditäre Arrhythmie.

LINK

Artikel zum Thema unter: https://bit.ly/3iMzCMt

Sekundärprävention des plötzlichen Herztodes

Da dieser Artikel sich hauptsächlich mit der Prädiktion und (Primär-)Prävention des PHT befasst, soll dieser Aspekt nur kurz beleuchtet werden. Zur Sekundärprophylaxe des PHT steht die Defibrillatortherapie, auch bekräftigt in der neuen Leitlinienempfehlung der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC), mit einer Klasse-IA-Empfehlung zur Verfügung [4]. Eine definitive Defibrillatortherapie kann mit implantiertem transvenösem Defibrillator (ICD) erfolgen oder mit subkutanem Defibrillator (S-ICD). Dieser kann für junge Patienten, die potenziell einen Großteil ihres Lebens mit Defibrillator verbringen werden, im Hinblick auf Revisionsoperationen, Batteriewechsel und mögliche Infektionsrisiken sinnvoll sein. Allerdings weist der extrakardiale S-ICD eine reine

> Ein definitiver ICD kann transvenös oder subkutan implantiert werden.

Schockfunktion auf, die Möglichkeit zur antibradykarden oder antitachykarden Stimulation besteht nicht. Dementsprechend gilt für dieses Gerät eine Klasse-IIa-B-Empfehlung [4] für ein ausgewähltes Patientenkollektiv.

Merke: Patient:innen mit Z. n. überlebtem PHT sollten mit ICD versorgt werden.

Primärprävention des plötzlichen Herztodes

Patient:innen nach akutem Myokardinfarkt oder mit ischämischer Kardiomyopathie, die 6 – 12 Wochen nach Therapie- bzw. Diagnosestellung und Initiierung einer medikamentösen Herzinsuffizienztherapie eine hochgradig eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion (LVEF) ≤ 35 % aufweisen, haben ein erhöhtes Risiko für ventrikuläre Tachyarrhythmien. In den frühen Postinfarktstudien der 90er-Jahre (u.a. MADIT-II Studie) konnte ein signifikanter Überlebensvorteil der mit ICD geschützten Patienten verzeichnet werden mit einer relativen Risikoreduktion (RRR) von 33 % im Vergleich zur konventionell medikamentösen Therapie [5]. Daher besteht eine Klasse-I-Indikation zur Defibrillatortherapie, wenn die Patienten zusätzlich Herzinsuffizienzsymptome entsprechend NYHA-Klasse II-III aufweisen [4]. Für Patient:innen ohne Herzinsuffizienzsymptome besteht eine Klasse-IIa-Empfehlung [4].

Nach Myokardinfarkt und LVEF ≤ 35 % besteht ein erhöhtes PHT-Risiko.

Merke: Patient:innen mit ischämischer Kardiomyopathie und LVEF ≤ 35 % sowie NYHA II/III-Symptomatik haben ein erhöhtes PHT-Risiko und eine Klasse-I-Empfehlung zur ICD-Implantation

Medikamentöse Herzinsuffizienztherapie/ nicht-antiarrhythmische Therapie

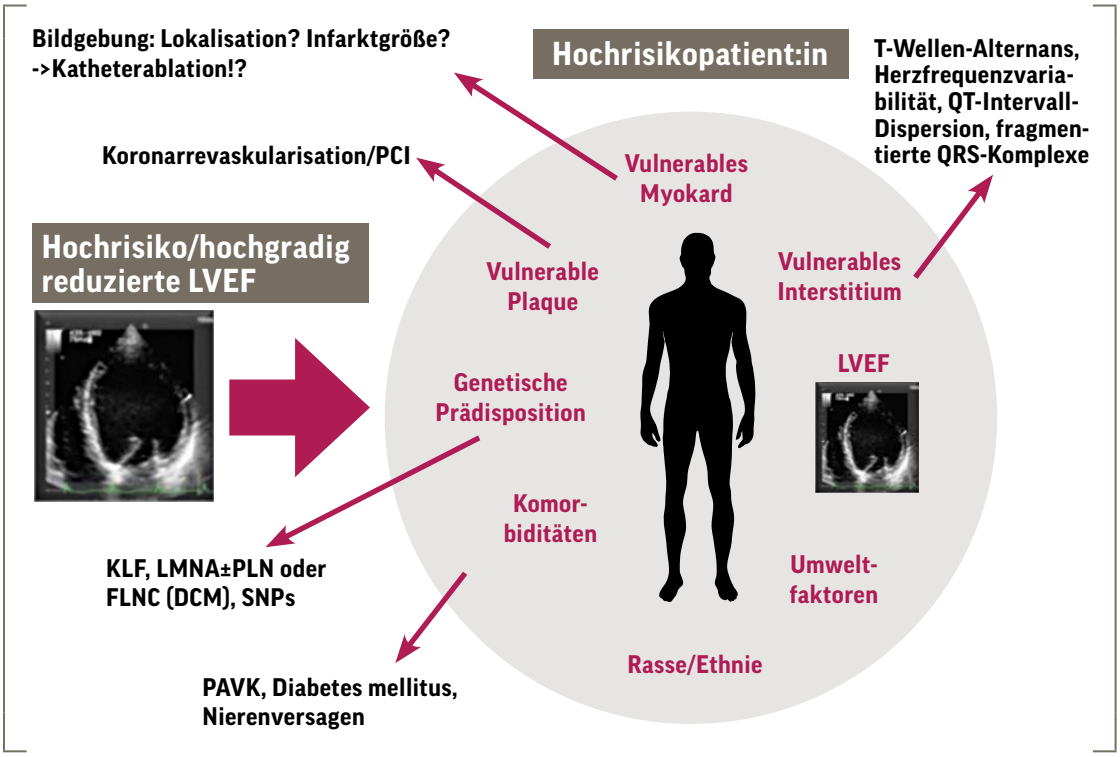
Blickt man auf die letzten fast 30 Jahre Herzinsuffizienztherapie zurück, so zeigt sich ein deutlich regredientes Mortalitätsrisiko durch die mittlerweile optimierten Therapieverfahren sowohl in der Devicetherapie (Defibrillator, kardiale Resynchronisationstherapie), aber auch in der medikamentösen Therapie [6]. Eine 2017 publizierte Studie, die 40.195 Patient:innen evaluierte, die in 12 Herzinsuffizienzstudien in einem Zeitraum von 19 Jahren eingeschlossen worden waren, ergab eine Abnahme des Risikos des PHT (unter optimaler Therapie) von 44 % [6]. Insbesondere der kardioprotektive Effekt in Verbindung mit Anti-Remodeling durch die Inhibition des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS) ist hier von großer Bedeutung. Die RALES-Studie konnte eine Abnahme des kardial-arrhythmogenen Todes unter Spironolactontherapie von 29 % verzeichnen [7], eine Subgruppenanalyse der PARADIGM-HF-Studie bezifferte diesen Effekt für ARNI auf 20 % RRR [8]. Für SGLT-2-Inhibitoren besteht zumindest bei Patienten mit Typ-2-Diabetes ein antiarrhythmischer Effekt im Hinblick auf die Reduktion von atrialen und ventrikulären Arrhythmien [9]. Die Betablockertherapie ist in der Primär- und Sekundärprävention des PHT mit

#CNF - stock.adobe.com

KASUISTIK

Ventrikuläre Tachykardie mit Synkopen

Frau Weber, 37 Jahre, stellt sich in Ihrer Sprechstunde mit Platzwunde an der Schläfe vor und berichtet von einem Sturz in der Wohnung am vergangenen Abend. Sie kann sich daran erinnern, zum klingelnden Telefon geeilt zu sein, und fand sich dann am Boden liegend und am Kopf blutend wieder. Sie ist alleinerziehend, ihre Tochter schlief zu diesem Zeitpunkt schon. Auf Nachfrage berichtet sie, schon mehrmals synkopiert zu sein, einmal beim Sport vor 2 Jahren und während der Schwangerschaft. Eine angeordnete kardiologische Untersuchung zeigt echokardiographisch eine gute linksventrikuläre Pumpfunktion ohne Klappenvitien, das Oberflächen-EKG ist, ebenso wie die Ergometrie und mehrere Langzeit-EKG-Untersuchungen unauffällig. Der Patientin wird daher ein Eventrecorder implantiert. Drei Monate nach Implantation stellt sie sich notfallmäßig beim Kardiologen vor, da sie Palpitationen erlitten habe. Im EKG-Speicher zeigt sich eine monomorphe ventrikuläre Tachykardie mit einer HF von 195 Schlägen/min. Im Herz-MRT stellt sich plötzlich der Verdacht auf eine arrhythmogene rechtsventrikuläre Dysplasie/Kardiomyopathie (ARVC). Eine elektrophysiologische Untersuchung lehnt die Patientin ab. Sie stimmt allerdings der Implantation eines sekundärprophylaktischen Defibrillators (ICD) zu. Eine genetische Untersuchung bestätigt die ARVC, erstgradig Verwandte werden ebenfalls untersucht. Die Tochter, die Schwester und der Neffe der Patientin sind ebenfalls erkrankt.



Uliana - stock.adobe.com

Abb. 1: Identifikation des Hochrisikopatienten [modifiziert nach Chugh S, Int J Cardiol 2017; 237:2-5]

einer RRR von > 40 % elementar und nach wie vor die effektivste medikamentöse Therapie [10, 11].

Die Meilensteinstudien der ICD-Therapie wurden hauptsächlich in den 90er-Jahren/Anfang 2000er publiziert und in den letzten Jahren wissenschaftlich diskutiert. Es gibt Hinweise darauf, dass Patienten mit primärprophylaktischer ICD-Indikation, bei denen ausschließlich eine niedrige LVEF ≤ 35 % als Implantationskriterium herangezogen wurde (auf dem Boden der zuletzt gültigen ESC-Leitlinie von 2015), selten lebensrettende ICD-Schocks erfahren haben [17]. Zudem sind diese Patient:innen potenziell letalen Komplikationen wie Materialversagen (Sondenbrüche, Batteriedefekte, Rückrufaktionen, Infektionen) ausgesetzt [18]. Daher scheint eine hochgradig eingeschränkte LVEF als alleiniges Risikostratifikationstool inadäquat zu sein.

Merke: Eine optimale Herzinsuffizienztherapie mit RAAS-Blockade, Beta-Blockade und SGLT-2-Inhibition kann das PHT-Risiko senken.

Primärprävention des plötzlichen Herztodes bei Patient:innen mit nichtischämischer Herzerkrankung

Die DANISH-Studie konnte als erste Studie bei 1.116 Patient:innen mit symptomatischer Herzinsuffizienz auf dem Boden einer nichtischämischen Kardiomyopathie (NICM) und LVEF ≤ 35 % zeigen, dass eine primärprophylaktische ICD-Implantation bei Patienten mit optimaler Herzinsuffizienztherapie (u. a. 60 % kardialer Resynchronisationstherapie, CRT) keinen Überlebensvorteil erbrachte [12]. Allerdings scheint ein altersabhängiger Unterschied zu bestehen, da jüngere Patient:innen (< 65 Jahre) durch die Defibrillatorfunktion einen signifikanten Überlebensvorteil aufwiesen [12]. Dennoch zog diese Studie in die aktuelle Leitlinienempfehlung ein und die Empfehlung zur primärprophylaktischen ICD-Implantation bei NICM-Patient:innen mit NYHA-II-III-Herzinsuffizienzsymptomatik wurde auf eine Klasse-IIa-Empfehlung herabgesetzt [4]. Vielmehr wurde betont, dass bei genau diesen Patient:innen die Grunderkrankung und das potenziell arrhythmogene Substrat genauer zu definieren seien, beispielsweise durch Herz-MRT-Untersuchungen, genetische Testung und elektrophysiologische Untersuchungen, und in der Zusammenschau der Risikofaktoren entsprechend entschieden werden sollte [4].

> Eine eingeschränkte LVEF scheint als alleiniges Risikokriterium inadäquat zu sein.

Merke: Nach neuer ESC-Leitlinie besteht für symptomatische Patient:innen mit NICM und LVEF ≤ 35 % eine Klasse-IIa-Empfehlung zur ICD-Implantation.

Wie kann der Hochrisikopatient für einen plötzlichen Herztod identifiziert werden?

Eine Vielzahl von elektrophysiologischen Arbeitsgruppen befasst sich mit dieser Fragestellung, so auch unsere Gruppe. Sicher ist, dass eine hochgradig eingeschränkte LVEF - obwohl sie allein als Risikostratifikationstool schwach ist - einen unabhängigen Risikomarker für das Erleiden eines kardial-arrhythmogenen Herztodes darstellt.

sitthiphong - stock.adobe.com

Smartwatches können dazu beitragen, Risikokonstellationen früher zu erkennen.

Daher sollte der klinische Ansatz sein, eine hochgradig eingeschränkte LVEF mit Hochrisikopatient:innen in Einklang zu bringen (vgl. Abb. 1). Als Risikomarker dient beispielsweise eine vulnerable Plaque in den Koronararterien, die mit PCI kurativ behandelt werden könnte. Weiterhin könnte vulnerables Myokard mit nichtinvasiven bildgebenden Verfahren wie der Herz-MRT-Untersuchung dargestellt werden. Die Präsenz von „late gadolinium enhancement" (LGE), der späten Kontrastmittelaufnahme, kann Hinweis für inflammatorisch verändertes Myokard sein oder für Myokardnarben, die somit lokalisiert werden können und ggf. therapeutisch auch mit Katheterablation modifiziert und „elektrisch ausgeschaltet" werden können. Zudem kann das vulnerable Interstitium mittels EKG, Ergometrie und Langzeit-EKG-Diagnostik relativ genau charakterisiert werden. Risikomarker im Langzeit-EKG wie T-Wellen-Alternans, Herzfrequenzvariabilität, QT-Intervall-Dispersion oder die Präsenz eines fragmentierten QRS-Komplexes im Ruhe-EKG zeigten sich in Untersuchungen als prognostisch relevant. Zudem sollte bei familiärer Prädisposition/positiver Familienanamnese für ein Ereignis des PHT unbedingt eine genetische Untersuchung bei entsprechend strukturell verändertem Herzen oder eindeutig auffälligen EKG-Befunden erwogen werden. In Zusammenschau dieser Risikofaktoren UND in Gegenwart einer eingeschränkten LVEF kann ein Hochrisikopatient mit ICD-Therapie, medikamentöser Therapie und/oder Katheterablation effektiv vor dem PHT geschützt werden. Allerdings kann es auch sein, dass Patient:innen mit Hochrisiko-LV-Funktion relevante Komorbiditäten wie periphere arterielle Verschlusskrankheit, terminale Nierenerkrankung mit Dialysepflicht oder Diabetes mellitus aufweisen. Bei jungen Patient:innen können dies zusätzliche Risikofaktoren für den PHT darstellen [13]; bei hochbetagten Patient:innen sollte der Nutzen einer ICD-Implantation in dieser Konstellation ggf. kritisch erwogen werden.

Nierenerkrankungen oder Diabetes können zusätzliche Risikofaktoren darstellen.

Merke: Es gibt diverse Risikomarker, die das individuelle PHT-Risiko in Zusammenschau mit einer eingeschränkten LVEF genauer definieren können.

Zukunftsmusik: Könnte ein PHT kurzfristig vorhergesagt werden?

Risikomarker, die auf lange Sicht ein Ereignis des PHT ggf. vorhersagen können, wurden nun ausführlich diskutiert. In der Oregon Unexpected Death Study zeigte sich, dass 50 % der Middle-Agers Warnsymptome vor dem letalen Ereignis hatten. Sinnigerweise wiesen jene ein sechsfach besseres Überleben auf, die aufgrund dieser Symptome einen Notruf absetzten [14]. Auch zeigten Untersuchungen aus unseren Arbeitsgruppen, dass in einer weiblichen Population von Myokardinfarktüberlebenden, geschützt mit tragbarem Defibrillator (WCD), die Aktivität - gemessen in täglicher Schrittzahl - im Schnitt 16 Tage vor Erleiden eines rettenden WCD-Schocks signifikant abnahm [15]. Zudem konnten wir feststellen, dass Patientinnen vor WCD-Schockabgabe schon eine Woche zuvor deutlich höhere nächtliche Herzfrequenzen hatten als Patientinnen, die keinen WCD-Schock erleiden [16].

So erhoffen wir uns in Zukunft mit Hilfe der sogenannten „Wearables" (Smartwatches, Smartphone-Apps, WCD etc.) und unter Benutzung von „Big Data" weitere Erkenntnisse zu gewinnen, um den PHT besser vorhersagen und verhindern zu können.

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.doctors.today

ESSENTIALS

Wichtig für die Sprechstunde

- Ein plötzlicher Herztod (PHT) entsteht in 58 % der Fälle auf dem Boden einer ventrikulären Tachyarrhythmie.
- Bei einer LVEF ≤ 35 % nach Myokardinfarkt oder Kardiomyopathie ist das Risiko erhöht.
- Als Primärprävention kommt u. a. ein ICD infrage.

Sarah Kastner Fotografie

AUTOR:INNEN

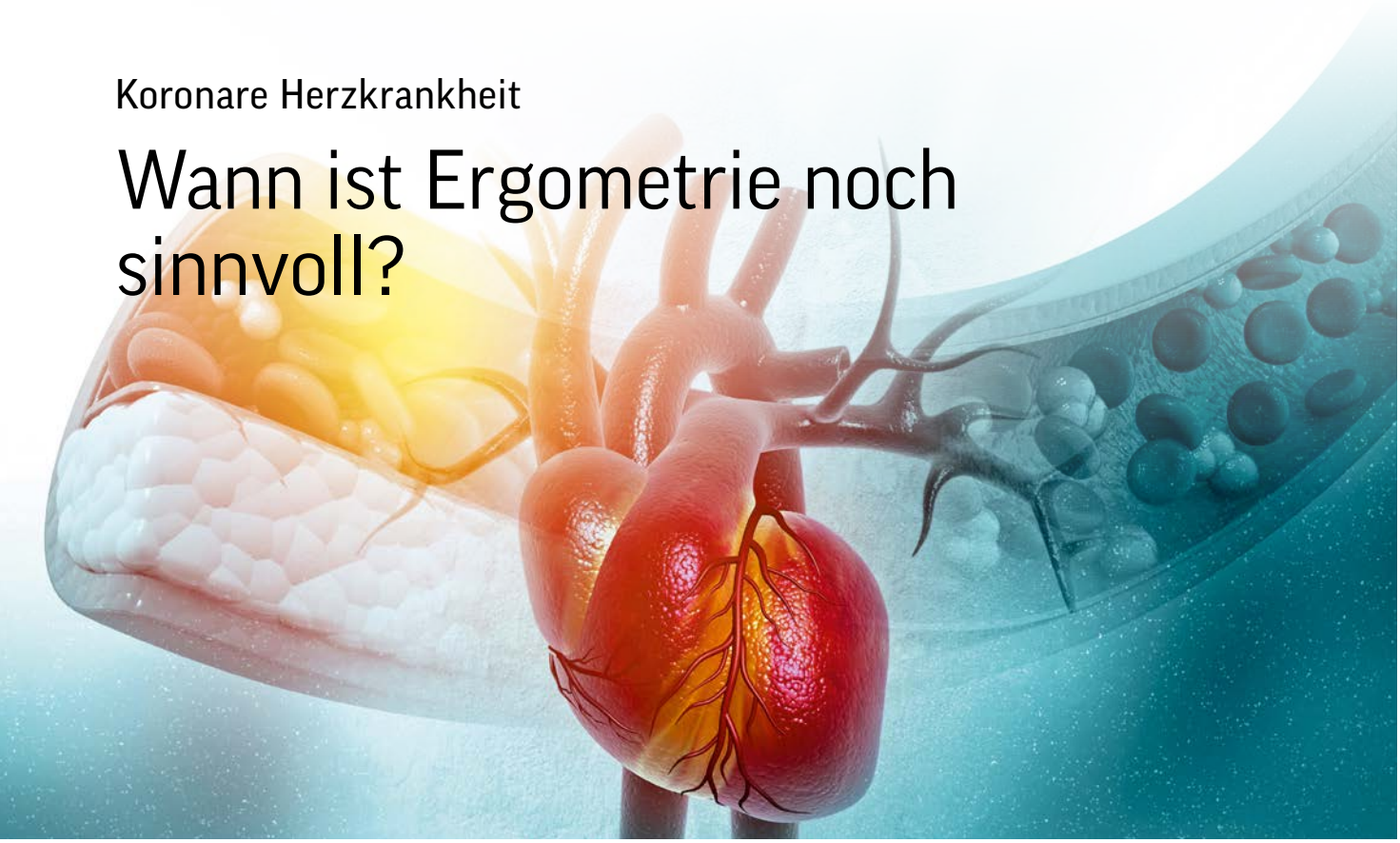
Julia W. Erath (Foto), Felix Operhalski, Florian Hecker und Reza Wakili
Universitätsklinikum Frankfurt, Zentrum d. Inneren Medizin III, Kardiologie/ Elektrophysiologie
60590 Frankfurt a. M.

INTERESSENKONFLIKTE: Julia W. Erath gibt an, Beraterhonorare von Zoll Medical zu empfangen sowie Reiseunterstützung von Abbott Medical. Sie war Fellow des Herzrhythmus Fellowships von Boston Scientific.

Alle anderen Autoren geben keinen Interessenskonflikt an.

Koronare Herzkrankheit

Wann ist Ergometrie noch sinnvoll?



Rasi - stock.adobe.com

Das „klassische" Belastungs-EKG stellte seit jeher das basisdiagnostische Verfahren in der Kardiologie dar und wird auch zukünftig nicht aus dem diagnostischen Arsenal verschwinden. Denn Belastungsuntersuchungen sind unabdingbar für Diagnosestellung, Therapiekontrolle und Prognosebeurteilung kardiovaskulärer Erkrankungen. Doch die nichtinvasive Diagnostik und Risikostratifizierung hat durch Fortschritte der kardialen Bildgebung einen deutlichen Wandel erfahren. Dies macht eine Neubewertung des klinischen Stellenwerts der Ergometrie hinsichtlich der Ischämiediagnostik notwendig.

Aktualisierte epidemiologische Daten haben dazu beigetragen, die Prognoseabschätzung der stabilen KHK zu präzisieren [1-3], was sich auch in entsprechenden Leitlinienempfehlungen niedergeschlagen hat [4-6].

KHK-Verdacht ? – Ergometrie, ist doch klar – oder ...?

Doch gerade bei ihrer „Paradeindikation", nämlich der Ischämiediagnostik, hat die Ergometrie eine deutliche Herabstufung erfahren. Dies beginnt sich bereits in der praktischen Kardiologie niederzuschlagen. Hierfür sind zwei Gründe ausschlaggebend, nämlich 1. die Bereicherung der KHK- und Ischämiediagnostik durch enorme Fortschritte in der kardialen Bildgebung und 2. die präzisere Risikostratifikation durch aktualisierte epidemiologische Daten zur stabilen KHK, welche zwischenzeit-

LINK

Artikel zum Thema unter: https://bit.ly/3I8K5CC

KASUISTIK

Thorakaler Druck unter Belastung

In der kardiologischen Sprechstunde stellte sich der damals 39 Jahre junge Patient N. I. vor mit seit 4 Monaten bestehendem thorakalem Druck unter Belastung. In den letzten Wochen hätten sich die Symptome verstärkt. Der Patient ist Nichtraucher, der Vater habe vor einiger Zeit fast 70-jährig einen Myokardinfarkt erlitten. Bis auf die genetische Disposition bei zu dem Zeitpunkt ansonsten eher unauffälligem Risikoprofil (später wurde noch eine Hyperlipoproteinämie diagnostiziert) wurde eine Ergometrie durchgeführt. Wie in den Ableitungen 1 a–c zu sehen ist, kam es bereits ab der 75-Watt-Stufe zu ausgeprägten Endstrecken-Veränderungen, und zwar im Sinne einer ST-Hebung (!) in den Vorderwand-Ableitungen (Abb. 1). Der Patient wurde daher umgehend einer Invasivdiagnostik zugeführt, bei der eine Plaqueruptur mit subtotaler Stenose der medialen LAD detektiert und unmittelbar erfolgreich interveniert werden konnte (Abb. 2 a–c).

lich - wenn auch eigentlich medizinterminologisch nicht ganz korrekt - als ‚Chronisches Koronarsyndrom' (CCS) bezeichnet wird [4,5].

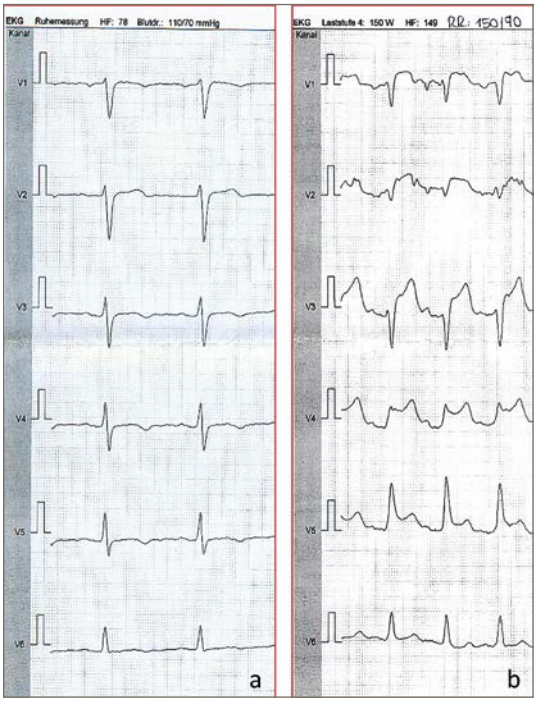
In den 2019 neu formulierten ESC-Leitlinien zum CCS wird die Ergometrie zur KHK-Diagnostik nur noch empfohlen, wenn ein anatomisches oder funktionelles bildgebendes Verfahren nicht zur Hand ist. Der Umsetzung dieser eindeutigen Leitlinienempfehlung steht allerdings in Deutschland die aktuelle Vergütungssituation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen entgegen, indem diese die Kostenübernahme sowohl für die koronare CT-Angiographie als auch die kardiale MRT-Diagnostik im ambulanten Facharztsetting weiterhin nicht gewähren.

Während für die Ischämiediagnostik alternativ die Stressechokardiographie und die SPECT-Myokardszintigraphie zur Verfügung stehen, scheint es bei der Notwendigkeit einer anatomischen Diagnostik im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung einfacher zu sein, entsprechende Patient:innen einer invasiven Katheterdiagnostik zuzuführen. Es liegt somit auf der Hand, dass hier dringlicher Handlungsbedarf angezeigt ist.

Herausforderung der ambulanten Ischämiediagnostik

Bei der Diagnostik der Myokardischämie bei Patient:innen mit thorakalen Symptomen steht natürlich zuallererst die Einordnung der Symptomatik und ihre Beurteilung im Rahmen des individuellen kardiovaskulären Risikoprofils im Vordergrund. Bereits bei der hausärztlichen Vorstellung kann anamnestisch versucht werden, eine mögliche typische Angina pectoris von eher atypischen Symptomen oder gar eindeutig nichtkardialen thorakalen Symptomen abzugrenzen. Dies ist für die weitere Risikostratifizierung auch von enormer Bedeutung, denn das spezifische symptomatische Bild im Kontext von Alter und Geschlecht definiert die Vortest-Wahrscheinlichkeit (pretest probability, PTP) (Tabelle 1) für das Vorliegen einer KHK und bestimmt die Diagnostik.

> Bereits die Hausärzt:in kann versuchen, eine Angina pectoris von eher atypischen Symptomen abzugrenzen.



Thomas Klingenheben

Abb. 1 a/b: Brustwand-Ableitungen V1–V6 in Ruhe (a) und unter Belastung (b) (Kasuistik). Es sind deutliche ST-Hebungen in den Brustwand-Ableitungen erkennbar, was zur umgehenden Invasivdiagnostik geführt hat.

TABELLE 1

Daten zur Vortest-Wahrscheinlichkeit einer KHK: Prävalenztabelle (Diamond-Forrester Classification)

	Typische AP		Atypische AP		Nicht-anginal		Dyspnoe	
Alter	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
30–39	3 %	5 %	4 %	3 %	1 %	1 %	0 %	3 %
40–49	22 %	10 %	10 %	6 %	3 %	2 %	12 %	3 %
50–59	32 %	13 %	17 %	6 %	11 %	3 %	20 %	9 %
60–69	44 %	16 %	26 %	11 %	22 %	6 %	27 %	14 %
70+	52 %	27 %	34 %	19 %	24 %	10 %	32 %	12 %

Thomas Klingenheben

Abb. 2 a–c: (Kasuistik) Invasivdiagnostik mit Dokumentation einer subtotalen LAD-Stenose durch Plaqueruptur (a), PCI u. Stent-Implantation (b) sowie angiographisches Abschlussresultat (c).

Es ist besonders zu erwähnen, dass die Dyspnoe als eigenständiges Symptom in die Bewertung der PTP aufgenommen worden ist. Unter der Berücksichtigung weiterer klinischer Faktoren und insbesondere dem Resultat der dann durchzuführenden Diagnoseverfahren ergibt sich die klinische Wahrscheinlichkeit (clinical likelihood) für das Vorliegen einer relevanten KHK. Hier hat auch die Ergometrie weiterhin einen Stellenwert, wenn sie denn je nach PTP indiziert ist bzw. durchgeführt wird. Beispiel: Bei eher atypischer Symptomatik und unauffälliger Ergometrie ist die likelihood niedrig; im Falle typischer Symptome, älterer Patient:in und mehrerer KHK-Risikofaktoren ist sie hoch und steigt noch mit dem Nachweis pathologischer Befunde (sei es in der Bildgebung oder der Ergometrie).

Eine Ergometrie für die Ischämiediagnostik sollte nur bei gut selektierten Patient:innen eingesetzt werden.

Wann kann/soll also ergometriert werden?

Prinzipiell sollte eine Ergometrie für die Ischämiediagnostik - gemäß den aktualisierten Leitlinien - nur bei gut selektierten Patient:innen eingesetzt werden. Bei sehr hoher und sehr niedriger PTP ist sie nicht hilfreich. Ist die PTP hingegen moderat, kann sie bei selektierten Patient:innen die likelihood beeinflussen und damit zur weiteren Risikostratifizierung und Diagnoseplanung beitragen. In der vorgestellten Kasuistik war die PTP niedrig, aber die sehr typische Symptomatik und Familienanamnese erhöhen die likelihood, sodass bei relativ neu/akut aufgetretenen Symptomen die Ergometrie als schnell verfügbare Diagnostik sinnvollerweise eingesetzt wurde. Was die diagnostische Ausbeute der Ergometrie angeht, hält die Leitlinie fest: „Obwohl die diagnostische Wertigkeit des Belastungs-EKGs limitiert ist, muss das Auftreten signifikanter ST-Alterationen bei eher niedriger bis mittlerer Belastungsstufe in Kombination mit belastungsinduzierten Symptomen (AP oder Dyspnoe), niedriger Belastungskapazität, komplexer ventrikulärer Extrasystolie oder Arrhythmien und abnormaler Blutdruckreaktion als Marker einer erhöhten kardialen Mortalität“ angesehen werden [4].

Häufige klinische Befunde, die gegen eine Ergometrie sprechen

In den Empfehlungen sind klare Szenarien definiert, bei denen von vornherein auf eine Ergometrie zur Ischämiediagnostik verzichtet werden soll

TABELLE 2

Evidenzbasierte Kriterien gegen eine Ergometrie zur Ischämiediagnostik bei V.a. KHK.

Patienten unter Digitalistherapie (Evidenz C)
Patienten mit Präexzitationssyndrom
Permanente ventrikuläre Schrittmacherstimulation
ST-Senkung 0,1 mV im Ruhe-EKG
Kompletter LSB (>120ms)
Akuter Myokardinfarkt
Schwere allgemeine Begleiterkrankungen (begrenzte Lebenserwartung)
Geplante Revaskularisationsmaßnahme bei Patienten mit bekannter KHK
Lokalisation der Ischämie zur Festlegung der Interventionsart
Routineuntersuchung bei Patienten nach PCI oder ACVB ohne spezifische Indikation/Risikokonstellation

Photographee.eu - stock.adobe.com

Die Ergometrie bleibt eine zentrale Untersuchungsmethode in der klinischen Kardiologie, auch wenn ihr Stellenwert hinsichtlich der myokardialen Ischämiediagnostik eindeutig neu zu bewerten ist.

ESSENTIALS

Wichtig für die Sprechstunde

- Zur Basisdiagnostik bei V. a. KHK gehören neben der Anamnese und klinischen Untersuchung auch Labor und ein Ruhe-EKG. Die erweiterte fachärztliche Diagnostik umfasst neben der Risikostratifikation – zu der der Autor durchaus auch eine Doppleruntersuchung der Carotiden als vergleichsweise einfaches Screening für eine manifeste Arteriosklerose zählt – eine Echokardiographie sowie Festlegung der geeigneten Methode zur Ischämie- bzw. morphologischen KHK-Diagnostik.
- In den neuen ESC-Leitlinien hat der Nutzen einer routinemäßigen Ergometrie zur Ischämie-Diagnostik bei Patient:innen mit Verdacht auf eine obstruktive KHK eine klare Herabstufung erfahren.
- Die kardiale Bildgebung – sei es morphologisch mittels CT oder funktionell mittels MRT/Stress-Echokardiographie/Myokardszintigraphie – wird zukünftig bei der Mehrzahl der Patient:innen die bevorzugte Methode darstellen.
- Die Kompetenzen und Strukturen zur Durchführung der kardialen Bildgebung sind mittlerweile auch im ambulanten kardiologischen Bereich durch entsprechende Kooperationen mit radiologischen Institutionen durchaus vorhanden, sodass eine ESC-Leitlinien-gerechte Diagnostik möglich ist. Da es derzeit allerdings in Deutschland keine Kostenerstattung für die ambulante Durchführung der kardialen Bildgebungsverfahren im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen gibt, bleibt die Ergometrie – entgegen Leitlinienempfehlung! – derzeit die präferierte Untersuchungsmethode für die Mehrzahl der im ambulanten kardiologischen Bereich betreuten Patient:innen, solange bis die Fachgesellschaften bei Politik und Krankenversicherern eine ambulante Vergütung unter Maßgabe der von der ESC vorgegebenen diagnostischen Standards erfolgreich durchgesetzt haben werden.

[6] (Tabelle 2): Ganz zuvorderst betrifft dies Patient:innen, deren Beweglichkeit/Belastbarkeit aus weiteren medizinischen Gründen dergestalt eingeschränkt ist, dass eine sinnvolle diagnostische Ausbeute von vornherein nicht erwartet werden kann.

Eine Digitalistherapie verursacht fast immer bereits im Ruhe-EKG sichtbare deutliche Endstreckenveränderungen und unter Belastung extrem häufig auch signifikante ST-Senkungen, die ausschließlich auf die Digitalisierung zurückzuführen sind. Daher stellt eine laufende Digitalistherapie eine absolute Kontraindikation zur Durchführung einer Ergometrie zur Ischämiediagnostik dar! Das Gleiche gilt für einen vorbestehenden kompletten Linksschenkelblock. Dem Ruhe-EKG kommt also in der Basisdiagnostik bereits eine ganz wegweisende Bedeutung für die Festlegung eines sinnvollen diagnostischen Pfades und die Beurteilung einer Sinnhaftigkeit einer Ergometrie zu.

Eine Digitalistherapie stellt eine absolute Kontraindikation für eine Ergometrie dar.

Zusammenfassung

Die Ergometrie bleibt eine zentrale Untersuchungsmethode in der klinischen Kardiologie, auch wenn ihr Stellenwert hinsichtlich der myokardialen Ischämiediagnostik eindeutig neu zu bewerten ist. Die Indikation zu ihrer Durchführung hängt maßgeblich von der Pre-Test-Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer stenosierenden KHK ab. Die Kasuistik zeigt beispielhaft eine weiterhin sinnvolle Indikation bei relativ neu aufgetretener typischer Angina und ansonsten eher mittelgradigem Risikoprofil.

Unabhängig vom veränderten Stellenwert der Ergometrie bei der Ischämiediagnostik bleibt diese Untersuchung zudem absolut wertvoll zur Bestimmung der allgemeinen kardiopulmonalen Belastbarkeit, zur Abklärung möglicher belastungsinduzierter Herzrhythmusstörungen und der Kontrolle der Blutdruckregulation bzw. -einstellung bei Hypertoniker:innen.

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.doctors.today

privat

AUTOREN

Prof. Dr. med. Thomas Klingenheben (Foto), Dr. med. Oliver Schiffmann, Dr. med. Giso Frhr. v. der Recke
Praxis für Kardiologie & Ambulante Herzkatheter-Kooperation Bonn
53127 Bonn

INTERESSENKONFLIKTE:
Die Autoren haben keine deklariert

mattjeacock - iStockphoto

Social Recruiting für die Arztpraxis

So werden Sie in den Sozialen Medien fündig

Die Veränderung des Arbeitgeber- zum Arbeitnehmermarkt verlangt auch ein neues Denken hinsichtlich der Mitarbeitergewinnung. Warum ist dafür das Recruiting über die Sozialen Medien ein guter Lösungsansatz für Hausärzt:innen?

Social Recruiting ist ein Hybrid aus „Social Media“ und „Recruiting“. Recruiting steht dabei für die Beschaffung von Personal, also den Prozess, bei dem für offene Stellen in Ihrer Hausarztpraxis gezielt qualifizierte Mitarbeiter:innen gewonnen werden sollen. Klassisches Recruiting findet mithilfe der Publikation von Stellenanzeigen in lokalen Tageszeitungen oder Online-Jobbörsen statt. Der Begriff „Social” beschreibt die Nutzung der Sozialen Medien wie beispielsweise Facebook oder Instagram und meint im Zusammenspiel mit Recruiting die gezielte Gewinnung von Mitarbeiter:innen mithilfe von Bild- und Video-Anzeigen in den Sozialen Medien. Diese sind in der heutigen Zeit von zentraler Bedeutung für die Mitarbeitergewinnung, da dort potenzielle Bewerber:innen (durch alle Altersgruppen hinweg) effizienter und gezielter erreicht werden als bei konventionellen Methoden.

„Gestalten Sie die erste Kontaktaufnahme mit der Praxis für Bewerber:innen so barrierearm wie möglich.“

Die aktive Nutzung von Sozialen Medien birgt großes Potenzial, da sich das alltägliche Leben der Menschen immer mehr in das Internet und damit in die Sozialen Medien verlagert. Wer sein Schicksal selbst in die Hand nehmen und Social Recruiting eigenständig umsetzen möchte, macht mit den folgenden Tipps einen ersten wichtigen Schritt:

Praxistipp 1: Niedrige Barriere

Die erste Kontaktaufnahme mit der Praxis sollte für Bewerber:innen so barrierearm wie möglich sein. Die knappe Ressource Arbeitnehmer:in wird überhäuft mit Jobangeboten, sodass die eigene Bereitschaft, pro Arbeitgeber:in bzw. Bewerbung viel Zeit und Mühe zu investieren, dramatisch gesunken ist. Das bedeutet konkret, dass sich Arbeitnehmer:innen heute aus einem riesigen Angebot das für sie beste heraussuchen können bzw. viel mehr Möglichkeiten haben, gemeinsame Schnittstellen für ihre Bedürfnisse zu finden.

Mussten Arbeitnehmer:innen früher das anvisierte Unternehmen von sich überzeugen, ist es heutzutage umgekehrt: Die Arbeitgeber:in respektive Praxis „bewirbt“ sich bei potenziellen Mitarbeiter:innen und nicht andersherum. Bieten Sie etwaigen Bewerber:innen keinen einfachen und schnellen Bewerbungsprozess, wartet bereits die nächste Praxis

Naphat Ittipong - iStockphoto

INFOKASTEN

Wie gut ist die Reputation Ihrer Praxis?

Praxisreview ist ein Reputationssystem für Arztpraxen. Mit wenigen Klicks kann man Online-Bewertungen sammeln, an Google-Sichtbarkeit gewinnen und wertvolles Feedback für mehr Sichtbarkeit der Praxis erhalten – gegenüber Patient:innen und Bewerber:innen. Unter dem QR-Code rechts können Leser:innen Praxisreview jetzt zwei Wochen kostenlos testen.

auf ihre Chance, die Arbeitnehmer:in zu gewinnen! Darüber hinaus senken Sie durch eine barrierearme Bewerbung die individuelle Hemmschwelle potenzieller Mitarbeiter:innen, sich aus einer sicheren, aber unzufriedenstellenden Anstellung für eine neue, vielversprechende Anstellung zu bewerben. Die meisten Bewerber:innen, die Ihre Social-Recruiting-Werbeanzeigen sehen, sind zum überwiegenden Teil gar nicht aktiv auf der Suche und dennoch interessiert an Ihrer Praxis. Insbesondere für diese Zielgruppe sollten Sie den Bewerbungsprozess so einfach wie möglich halten. Konkret bedeutet dies, dass Sie auf aufwendige und zeitintensive Bewerbungsschritte wie Lebenslauf und Anschreiben verzichten und stattdessen unkomplizierte und schnelle Kurzbewerbungen via Smartphone ermöglichen.

„Erstellen Sie Bild- und Videomaterial, das Aufmerksamkeit erzeugt und im Gedächtnis bleibt."

Praxistipp 2: Authentizität punktet

Das Motto lautet: authentisch statt perfekt. Was bedeutet das für Sie als Arzt- oder Facharztpraxis, die nach neuen Fachkräften wie zum Beispiel MFA sucht? Verzichten Sie darauf, sich als Praxis wie aus dem Werbekatalog zu präsentieren, sondern zeigen Sie, wer Sie wirklich sind. Die wenigsten wollen in einer Praxis arbeiten, in der es keine Fehler gibt und man immer darauf achten muss, ein noch so perfektes Bild abzugeben. Um diese Werte zu vermitteln, sollten Sie glaubwürdige und authentische Bilder und Videos in den Sozialen Medien nutzen, auf denen „echte" Menschen und keine idealisierten Fotomodels zu sehen sind.

Um dies zu erreichen, muss nicht zwingend in ein professionelles Videoteam investiert werden, das eine perfekte Inszenierung bietet. Auch sollten Sie keine glorifizierten Skripte verfassen, die sofort den Eindruck vermitteln, dass es nicht die eigenen Worte der jeweiligen Mitarbeiter:in sind. Es ist vollkommen ausreichend, ein gutes Smartphone in die Hand zu nehmen, um Fotos oder kurze Videosequenzen aus dem Arbeitsalltag zu erstellen, die einen authentischen Eindruck vermitteln.

Ein kleiner Versprecher oder ein spontanes Lachen während der Aufnahmen erzeugen beispielsweise viel Sympathie, weil Sie dadurch zeigen, dass in Ihrer Praxis Menschen arbeiten und keine Maschinen.

Praxistipp 3: Passive Bewerber:innen

Der unvergleichliche Vorteil des Social Recruitings liegt darin, dass Sie damit v. a. auch die sogenannten passiven Bewerber:innen ansprechen, also jene Personen, die gegenwärtig in einer anderen Praxis angestellt sind und gar nicht aktiv auf der Suche sind. Auch potenzielle Bewerber:innen, die gelernte MFA sind und aktuell nicht in dem Beruf arbeiten, können so erreicht werden. Mit konventionellen Methoden der Mitarbeitergewinnung wie z. B. Print-Zeitungsannoncen oder Online-Stellenportale erreichen Sie hingegen lediglich die Bewerber:innen, die aktiv nach einer neuen Anstellung suchen. Mit Social Recruiting können Sie eine signifikant größere Zielgruppe ansprechen sowie eine höhere Reichweite und Sichtbarkeit erlangen. Ihre Vakanzen, die Sie z. B. bei Facebook oder Instagram bewerben, sollten daher die Benefits, von denen die Arbeitnehmer:innen bei Ihnen profitieren, eindeutig kommunizieren. Erstellen Sie Bild- und Videomaterial, das Aufmerksamkeit erzeugt und im Gedächtnis bleibt. Führen Sie Ihre Praxiswerte an, um sich von Ihren Kolleg:innen abzuheben und zu verdeutlichen, warum Sie z. B. die erste Adresse für MFA in Ihrer Region sind.

Alternativlos?!

Wenn Sie zuverlässig und nachhaltig Mitarbeitende für Ihre Praxis finden möchten, ist Social Recruiting eine ideale, weil mehrfach bewährte Methode. Sollten Sie sich nicht selbst mit dem Thema auseinandersetzen wollen oder nicht die zeitlichen Kapazitäten dafür aufbringen können, dann haben Sie natürlich auch die Möglichkeit, auf externe Expert:innen zu setzen, die Sie auf dem Weg zur digitalen Transformation im Bereich Personalgewinnung und -management begleiten. |

Rankingdocs/ Sebastian Weidner

AUTOR

Sebastian Weidner
Inhaber der Rankingdocs GmbH (Fachkräftegewinnung im Gesundheitswesen)
E-Mail: sebastian.weidner@rankingdocs.de
Website: www.rankingdocs.de

LINK

Artikel zum Thema unter: https://bit.ly/3DlGibo

Proxima Studio - stock.adobe.com

Klimawandel und Gesundheit (Teil 10)

Klimagerechte Hausarztpraxis ist möglich

Brennpunkt Klima

Arztpraxen sind zwar geeignete, bislang jedoch auf breiter Ebene kaum genutzte Anlaufstellen für die Förderung des klimabedingten Gesundheitsschutzes. Doch wie können Hausärzt:innen ihrer Multiplikatorenfunktion gerecht werden und dies in praktisches Handeln überführen? In einer 12-teiligen Serie greift doctors|today diese und andere Fragen auf und liefert hierzu Fakten, Orientierung und praxisnahes Handlungswissen.

Der zunehmend instabile Zustand des Weltklimas beeinflusst maßgeblich die eigene Gesundheit und die von Patient:innen, warnt Planetary Health. Mit einem fundierten Wissen über diese Zusammenhänge und der dafür nötigen Sensibilität könnten insbesondere Hausärzt:innen vielfältige Anknüpfungspunkte an Planetary-Health-Themen finden. Doch wie sehen diese konkret aus und können diese auch gut in den Praxisalltag integriert werden?

Eine Grundvoraussetzung ist, dass Allgemeinärzt:innen erst einmal selbst in ihrer Praxis klimakonform handeln und leben. Ihr Beispiel kann für Patient:innen motivierend und leitend sein. Dann müsse zunächst geklärt werden, welche Art der klimagerechten Gesundheitsberatung im individuellen Fall tatsächlich greift: So kann es in einem Fall hilfreicher sein, das Gespräch primär auf die individuelle Gesundheit auszurichten. Bei einer anderen Patient:in kann es besser sein, zunächst globale Zusammenhänge aufzuzeigen und daraus dann die notwendige Lebensstiländerung abzuleiten. Und schließlich muss dann auch noch über die Art und Weise der „motivierenden Gesprächsführung“ entschieden werden. Fünf Interventionstechniken sind dabei für mögliche Verhaltensänderungen besonders erfolgversprechend: offene Fragen, aktives Zuhören, Nutzung von Aussagen von Patient:innen zur besseren Zielerreichung, Lob für Änderungsbereitschaft und Förderung selbstmotivierender Aussagen (siehe Kasten).

Als Themenfelder, die gut in einer Hausarztpraxis umgesetzt werden können, bieten sich die folgenden fünf Themen an.

Themenfeld 1: Energiesparen durch

- Umstellung auf reinen Ökostromanbieter
- Ersatz von „energiefressenden“ Geräten
- Ausschalten von Stand-by-Geräten oder Lüftungsanlagen am Abend und in der Nacht.
- Duplexdrucke und dabei Umstellung auf eine toner- und tintensparende Schrift (Century Gothic) sowie Nutzung von Recyclingpapier.

Aus der Summation aller Maßnahmen lassen sich in kurzer Zeit spürbare Einspareffekte erzielen.

Parradee - stock.adobe.com

Themenfeld 2: Medizinisch indizierte Schritte

- Umstellung der Verordnungen von Dosieraerosolen auf Pulveraerosole bei Inhalatoren etwa für Asthma- oder COPD-Patient:innen
- Generelle regelmäßige Überprüfung von Medikamentenplänen
- In Hitzeperioden die Verordnung von Diuretika ggf. reduzieren, die Trinkmenge erhöhen
- Entsorgung von Arzneimittelresten im Restmüll und nicht in der Toilette
- Nach Anwendung topischer Medikamente wie etwa einer Diclofenac-Salbe die Hände vor dem Waschen an einem Papiertuch abwischen

Themenfeld 3: Vorbild sein für seine Patient:innen durch

- Telefon- und Videosprechstunden ausbauen, um sich selbst und den Patient:innen unnötige Wege zu ersparen
- Hausbesuche so weit wie möglich auf ein (Elektro-)Fahrrad oder ein Elektroauto umstellen
- Kauf von ökologisch und fair produzierter Praxiskleidung
- Zusammenhänge zwischen einer ökologischeren Ernährung, dem Klimawandel und der individuellen Gesundheit herstellen

Themenfeld 4: Vorsorgen und Sensibilisieren

- Mitarbeiter:innen Anreize zur Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs bieten (Fahrtkostenzuschuss, Jobticket)
- Andockung an das Hitzewarnsystem des Deutschen Wetterdienstes (DWD), um bei Extremwettereignissen frühzeitig patientenbezogene Schutzmaßnahmen einleiten zu können
- Aufhängen von Informationsplakaten im Wartezimmerbereich einer Praxis
- Hitzeampel im Hochsommer bereits an der Anmeldung aufstellen

Themenfeld 5: Politisch Verantwortung zeigen und handeln

- Mitwirkung an einer Klimademo und dafür möglichst auch die Mitarbeiter:innen gewinnen
- Verschenken von zum Beispiel „plastikfreien Ozean-Zertifikaten“, die als Spende dann entsprechenden Organisationen zugutekommen
- Überzeugungsarbeit leisten, dass klimagerechtes Verhalten in der Arztpraxis bereits in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Mediziner:innen, aber auch von Gesundheits- und Pflegeberufen stärker verankert wird
- Aktive Mitarbeit in Organisationen wie etwa der Sektion Klimawandel und Gesundheit der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) oder der „Initiative nachhaltige Praxis“ der Health-for-future-Gruppe, die sich aus der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) gegründet hat

In kleinen Schritten vorankommen

Wichtig ist in diesem Zusammenhang vor allem die Erkenntnis, dass Verhaltensänderungen allein nicht ausreichen, um zu einer Änderung der Verhältnisse zu gelangen. Daher kann eine klimagerechte Hausarztpraxis ihrem Anspruch nur dann gerecht werden, wenn Klimaverhalten und politische Aktivitäten ineinandergreifen. Dies alles hört sich ausgesprochen ambitioniert und zeitintensiv an. Ein solch nachhaltiges Handeln muss jedoch nicht von heute auf morgen im Hauruckverfahren nebenbei im Praxisalltag miterledigt werden. Solche Aktivitäten können sich erst im Rahmen von Prozessen nach und nach entfalten. Doch die bisherige Praxis zeigt: Auch in kleinen Schritten kann man durchaus vorankommen, ohne sich selbst und alle anderen damit zu überfordern! *Raimund Schmid* |

Literatur beim Verfasser

INFOKASTEN

Klimasensible Gesundheitsberatung

1. Patient:innen identifizieren! Gibt es bezüglich ihrer Erkrankungen einen Bezug zum Thema Klima und Umwelt?
2. Veränderungsbereitschaft ausloten! Steht die Patient:in einer Lebensstilveränderung hin zu einem ökologischeren Verhalten aufgeschlossen gegenüber? Wenn nein, sollte die gesamte Thematik nicht weiterverfolgt werden.
3. Verhaltensänderungen legitimieren! Sind Patient:in oder Praxispersonal für die Thematik ansprechbar, gilt es diese einleuchtend zu begründen und damit weitere Motivationsanreize zu bieten.
4. Ziele erarbeiten! Gemeinsam ein oder mehrere Hauptziele festlegen (z. B. gesündere Ernährung) und diese in kleine Häppchen aufteilen (z. B. zweimal pro Woche vegetarisch essen).
5. Umsetzung begleiten! Immer wieder nachfragen, wie die Veränderungen gelingen oder ob von hausärztlicher Seite weitere Unterstützung nötig ist. Ganz wichtig dabei: erste Erfolge herausstellen, würdigen und so das positive Gefühl und die Motivation für die nächsten Schritte stärken.

Sashkin - stock.adobe.com

Digitalisierung

Mehr Bürokratie durch digitale Anwendungen

Den bürokratischen Aufwand in den Praxen einzudämmen, hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) schon seit Langem zum Ziel gesetzt. Bisher hielt sich der Erfolg aber in engen Grenzen, wie die Körperschaft in ihren jährlichen Bürokratieindices (BIX) selbst beklagte. Von der fortschreitenden Digitalisierung des Gesundheitswesens erhoffte man sich da Fortschritte. Aber die sind erst einmal nicht in Sicht – im Gegenteil.

Im Gegensatz zu vorangegangenen BIX-Studien stand dieses Mal nicht die Gesamtbetrachtung der Bürokratiebelastung in der vertragsärztlichen Versorgung im Fokus. Mit der Umstellung auf das elektronische Verfahren bei der Ausstellung und Übermittlung der Arbeitsunfähigkeit (AU) konzentrierte sich die Untersuchung auf einen aktuell für viele Praxen relevanten Themenbereich. Anhand eines definierten Fragebogens wurden Vertragspraxen von April bis Mai 2022 telefonisch befragt.

1,25 Millionen Stunden mehr

Und das Ergebnis des aktuellen BIX ist alles andere als zufriedenstellend. Denn es zeigt sich, dass die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) in den Praxen nicht weniger Aufwand erzeugt, sondern sogar mehr Zeit frisst. Tatsächlich verursache das digitale Verfahren der eAU 50 Sekunden mehr bürokratischen Aufwand pro Fall als die papiergebundene Bescheinigung. Was zunächst vielleicht als gar nicht so viel klingt, addiert sich dann aber bei rund 90 Millionen ausgestellten AU pro Jahr doch auf eine erkleckliche Summe: Die Zahl der zusätzlichen Stunden, die für das digitale Verfahren anfallen, belaufe sich auf insgesamt rund 1,25 Millionen im Jahr, haben die Wissenschaftler:innen berechnet. Zeit, die für die Versorgung der Patient:innen fehlt. Anstatt die Praxen zu entlasten, habe die Digitalisierungspolitik sie mit der eAU nachweislich immer noch mehr belastet, kritisierte KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel deshalb folgerichtig und mahnte zum wiederholten Male, eine Digitalisierung dürfe nicht auf Kosten der ärztlichen Behandlungszeit gehen.

> Digitalisierung darf nicht auf Kosten der ärztlichen Behandlungszeit gehen.

Zusätzliche Papierausdrucke kosten Zeit

Gründe für diesen Bürokratie-Schub gibt es mehrere. So dauere die eAU länger als die Papier-AU,

weil der elektronische Signier- und Versandvorgang sehr zeitaufwendig sei. Allein dafür gehen im Schnitt 30 Sekunden drauf. Während dieser Zeit können Ärzt:innen am Computer häufig nicht weiterarbeiten und auch keine Papierbescheinigungen ausdrucken. Und da kommt man auch zum zweiten Grund: Denn derzeit müsse immer noch eine Vielzahl an AU-Bescheinigungen im Nachhinein als Ersatzbescheinigung nochmals auf Papier ausgestellt werden, weil später entweder eine Fehlermeldung zum digitalen Versand auftaucht oder der digitale Versand erst gar nicht möglich ist, konstatierte Prof. Volker Wittberg von der Fachhochschule des Mittelstands und Leiter des Nationalen Zentrums für Bürokratiekostenabbau, das die Untersuchung zum BIX durchgeführt hatte.

Praxen sind grundsätzlich unzufrieden mit dem zusätzlichen Aufwand.

Telematikinfrastruktur muss reibungslos funktionieren

Grundsätzlich seien die Praxen unzufrieden mit dem zusätzlichen Aufwand, nicht aber mit dem elektronischen Verfahren an sich, stellte KBV-Vize Kriedel heraus. Um das digitale Signieren zu beschleunigen, müssten durch die gematik Mindestvorgaben definiert und überprüft werden, so Kriedel. Es müsse beispielsweise festgelegt werden, wie lange ein Signiervorgang maximal dauern darf und welche diesbezüglichen Funktionalitäten ein Softwaresystem seinen Anwender:innen anbieten muss. Die wichtigste Voraussetzung für den Einsatz digitaler Anwendungen in Praxen sei eine stabil funktionierende Telematikinfrastruktur (TI). In den Befragungen zum Bürokratieindex hätten viele Praxen über Probleme mit der Erreichbarkeit und Zuverlässigkeit der TI geklagt. So berichteten Vertragsärzt:innen wohl, dass der elektronische Versand von AU-Bescheinigungen häufig erst nach 18 Uhr möglich sei.

Um tatsächliche Verbesserungen für die ambulante medizinische Versorgung zu erzielen, müssten die weitere Implementierung und auch die Weiterentwicklung der TI von jetzt an nutzerorientiert vonstattengehen. „Jegliche digitale Anwendung ist vollumfänglich zu erproben, bevor sie im Praxisalltag landet“, erklärte Kriedel.

magele-picture - stock.adobe.com

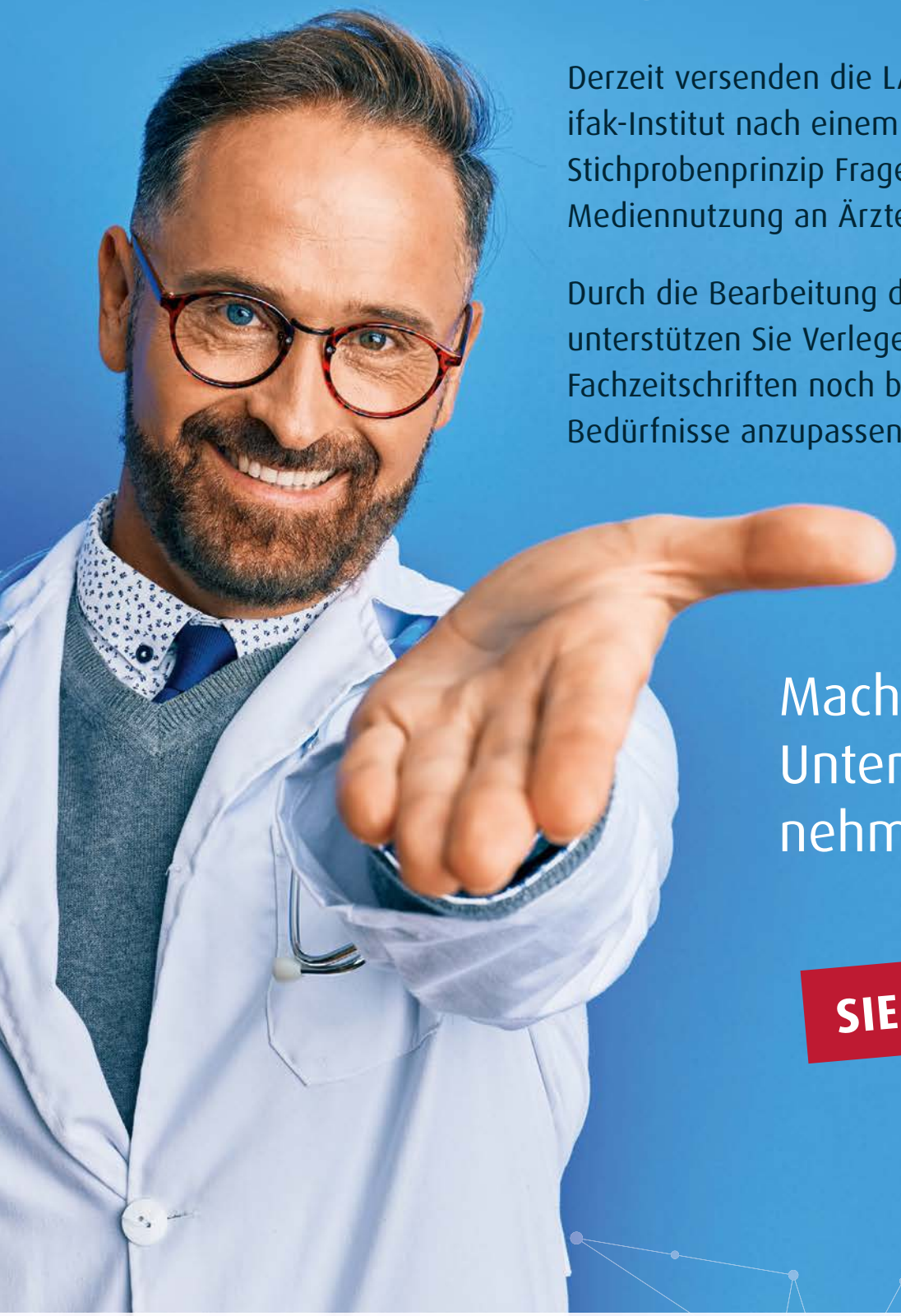
Nur so lasse sich der verbliebene Rest an Akzeptanz in den Praxen erhalten und wieder aufbauen. Dies sei wiederum unverzichtbar für die Akzeptanz bei den Patient:innen. Bezogen auf die eAU sei es für eine rechtzeitige Erprobung zwar zu spät, da sie bereits verpflichtend in den Praxen ausgerollt wurde. Umso wichtiger sei es daher nun, das Feedback der Nutzer:innen fortan zu berücksichtigen und entsprechend nachzusteuern, so der KBV-Vorstand. Die eAU sei im Versorgungsalltag zu wichtig, um hier auf einen pragmatischen Perfektionismus zu verzichten.

Die Weiterentwicklung der TI muss künftig nutzerorientiert sein.

Hoffnung auf Besserung

Vielleicht entwickelt sich das System aber doch noch zum Besseren. Nach der Einführung der eAU in den Arztpraxen soll nach den Vorgaben des Gesetzgebers ab 2023 die zweite Stufe starten. Die Arbeitgeber sind dann verpflichtet, die von den Praxen übermittelten AU-Daten digital bei der jeweiligen Krankenkasse abzurufen. Für Patient:innen heißt das, sie müssen ihre Krankschreibung nicht mehr selbst an den Arbeitgeber senden. Die Praxen müssen die Ausfertigung für den Arbeitgeber dann nicht mehr regelhaft ausdrucken. Damit könnte die AU zumindest ein Stück digitaler laufen, so die Hoffnung – wenn alles nach Plan läuft. Ob sich dadurch dann auch der jetzige hohe Aufklärungsbedarf der Patient:innen in den Praxen reduziert, bleibt abzuwarten. *ID* |

IHRE Meinung ist gefragt!



Derzeit versenden die LA-MED und das ifak-Institut nach einem repräsentativen Stichprobenprinzip Fragebögen zur Mediennutzung an Ärzte in Deutschland.

Durch die Bearbeitung des Fragebogens unterstützen Sie Verleger dabei, Ihre Fachzeitschriften noch besser an IHRE Bedürfnisse anzupassen.

Machen **SIE** den Unterschied und nehmen Sie teil!

SIE HÖREN VON UNS

ifak

LA-MED

Raimund Schmid

Forschung in der Allgemeinmedizin

Schlag unter die Gürtellinie

nazarovsergey - stock.adobe.com

Das war schon ein Frontalangriff auf die Allgemeinmedizin, den da Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz und Dr. Uwe Kurzke lanciert haben: In einem Meinungsbeitrag für die Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA) behaupten die beiden Allgemeinärzte, dass hausarztspezifische und praxisorientierte Themen zunehmend aus dem Forschungsrepertoire der 36 allgemeinmedizinischen Uni-Institutionen/Abteilungen verschwunden sind.

Nur noch Kochbuch-Medizin?

Weiterhin glauben Abholz und Kurzke, dass sich die Hausarztmedizin mehr und mehr vom „Kranksein“ als ursprünglichem Fokus weg und hin zur „Krankheit mit ihrer spezialistischen Ausrichtung“ entwickelt hat. Damit ging eine Abkehr vom „biopsycho-sozialen“ und somit vom generalistisch ausgerichteten Fach hin zu einer eindimensionalen und von Leitlinien überfrachteten „Kochbuch-Medizin“ einher. Dies habe zwar zur vermehrten Anerkennung des Faches geführt, sei aber auf Kosten der hausärztlichen Praxisrelevanz gegangen.

Diese Behauptungen sind ausgerechnet zu dem Zeitpunkt öffentlich geworden, als die Initiative Deutscher Forschungspraxennetze (DESAM-ForNet) zu ihrem Zukunftssymposium in Berlin eingeladen hatte. Sechs Forschungspraxennetze und eine Koordinierungsstelle sind im DESAM-ForNet der Stiftung der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin inzwischen zusammengeschlossen.

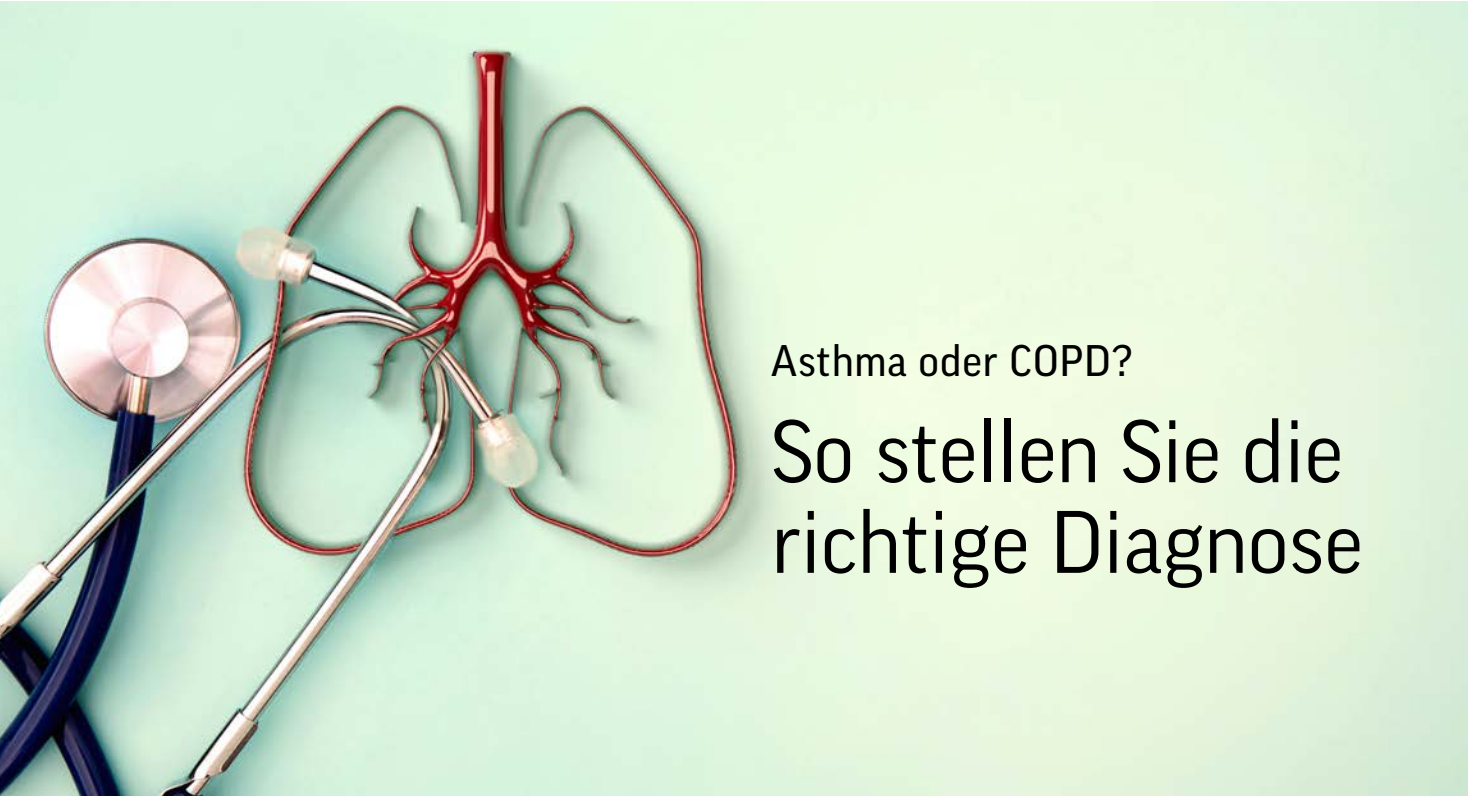
Das ist eine ganze Menge, weil Projektleiterin Dr. med. Leonor Heinz hier in jüngster Zeit viel für den Strukturaufbau und die Netzwerkarbeit geleistet hat: Mittlerweile sind 23 universitäre Institute für Allgemeinmedizin integriert, die nun in enger Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen und ihren Praxisteams Pilotstudien durchführen werden. Dabei stehen sie zwar erst am Anfang, aber doch schon unter Erfolgsdruck, denn die Zeit für konkrete praxisbezogene Projekte wird immer knapper. Das Forschungsprogramm wird erst einmal nur noch bis 2025 mit immerhin bis zu 21 Millionen € gefördert.

> Wendet sich die Allgemeinmedizin von ihrer generalistischen Ausrichtung ab und wird mehr zur Kochbuch-Medizin?

Ehrgeizige Pläne

Das ehrgeizige Ziel ist es, bis dahin deutschlandweit 1.700 Praxen zu akkreditieren, die solche praxisrelevanten Themen wie die Übertragung von mehr ärztlichen Tätigkeiten an nichtärztliche Praxismitarbeiter:innen oder die praxistaugliche Gestaltung der sektorenübergreifenden elektronischen Patientenakte konkret anpacken. Da ist schon enorm viel Praxisrelevanz drin. Doch wie passt das mit der Kritik der beiden Allgemeinmediziner zusammen? Gar nicht! Ihr Schlag gegen das Fach ist ein Schlag unter die Gürtellinie und damit ein Rückschlag für die insgesamt aufstrebende Allgemeinmedizin. Mit ihrer Kritik haben sich Abholz und Kurzke allerdings noch weiter von der Praxis entfernt, als es die forschende Allgemeinmedizin früher jemals war. Nur gut, dass die beiden Herren mit ihren Ansichten von gestern in der Allgemeinmedizin von heute und morgen kaum mehr eine Rolle spielen, meint Ihr

Autorenfoto: privat



Cozine - stock.adobe.com

Asthma oder COPD?

So stellen Sie die richtige Diagnose

Die Differenzierung zwischen Asthma und COPD ist oft gar nicht so einfach und erfordert einiges an anamnestischen Angaben und Untersuchungen. Das Symptom „Luftnot“, das die Patient:innen meist in die Praxis führt, eröffnet eine ganze Reihe möglicher Differenzialdiagnosen. Anhand einiger lehrreicher Kasuistiken erläuterte der Pneumologe Dr. Peter Rückert, Aschaffenburg, das diagnostische Vorgehen.

Die Palette möglicher Ursachen für Atemnot ist groß und umfasst außer pneumologischen Erkrankungen wie Asthma, COPD, Lungenembolie oder Bronchialkarzinom auch extrapulmonale Auslöser, z. B. Herzinsuffizienz, KHK oder Anämie. Auch ein Trainingsmangel kann dahinterstecken, erklärte Dr. Rückert in seinem Vortrag auf der Digitalen Campuswoche von MSD.

TABELLE 1
Unterscheidungskriterien zwischen Asthma und COPD

Merkmal	Asthma	COPD
Alter bei Erstdiagnose	häufig: Kindheit, Jugend	meist nicht vor der 6. Lebensdekade
Tabakrauchen	kein direkter Kausalzusammenhang; Verschlechterung durch Tabakrauchen möglich	direkter Kausalzusammenhang
Hauptbeschwerden	anfallsartig auftretende Atemnot	Atemnot bei Belastung
Verlauf	variabel, episodisch	meist progredient
Allergie	häufig	kein direkter Kausalzusammenhang
Obstruktion	variabel, reversibel, oft aktuell nicht vorhanden	immer nachweisbar
Diffusionskapazität	normal	erniedrigt
FeNO	oft erhöht	normal bis niedrig
Bluteosinophilie	häufig erhöht	meist normal
Reversibilität der Obstruktion	diagnostisches Kriterium, oft voll reversibel	nie voll reversibel
Überempfindlichkeit der Atemwege	meist vorhanden	selten
Ansprechen der Ob struktion auf Glukokortikoide	regelhaft vorhanden	selten

TABELLE
Kasuistik 1

Parameter	Einheit	Soll	Wert	% Soll	Z-Score
IVC	l	4,22	4,28	101	0,11
ERV	l	1,05	3,20	305	
IC	l	3,42	1,08	32	
FVCex	l	4,23	2,40	57	-2,73
FIV1	l	3,50	2,57	73	
FEV1	l	3,19	1,39	43	-3,14
FEV1/IVC	%	74	32	44	-3,56
FEV1/FVCex	%	76	58	76	-2,14
TGV	l	3,71	7,52	202	3,85
TLC	l	7,14	8,60	120	2,09
RV	l	2,66	4,32	162	4,04

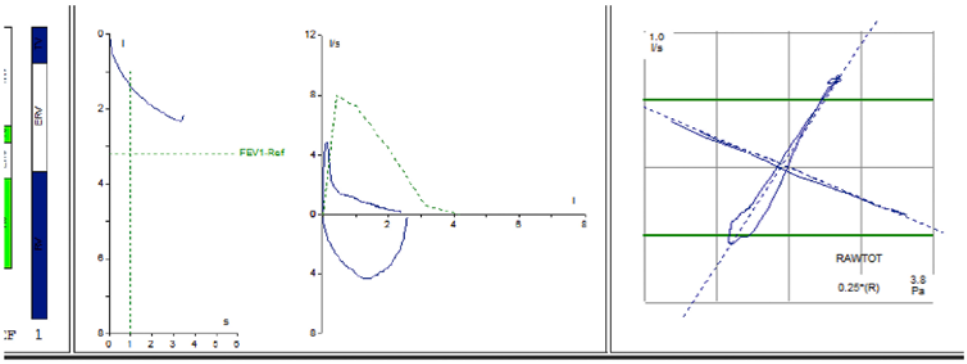


Abb. 1: Spirometrische Daten eines 72-jährigen Rauchers mit Belastungsdyspnoe und diagnostiziertem Lungenhochdruck

KASUISTIK 1
72-jähriger Raucher mit Belastungsdyspnoe

Ein ehemaliger, 72-jähriger Beamter, der 50 Packs jährlich raucht, stellt sich vor mit progredienter Belastungsdyspnoe, derzeit muss er nach acht Treppenstufen pausieren. Er hat Husten ohne Auswurf, keine gehäuften Erkältungen, im Krankenhaus war ein Lungenhochdruck diagnostiziert worden, den er mit Sildenafil behandelte. Darüber hinaus nahm er 2,5 mg Bisoprolol, 20 mg Atorvastatin und keine inhalative Therapie. Für eine COPD sprachen die lange Raucher-Historie, Atemnot und Husten. Aber auch eine pulmonale Hypertonie war denkbar.
Der Untersuchungsbefund ergab einen altersgemäß leicht reduzierten Allgemeinzustand. Der Klopfschall war leicht hypersonor, das Atemgeräusch leise, das Zwerchfell stand leicht tief, geringes Giemen war zu hören mit bei forcierter Atmung verlängertem Exspirium. Die Sauerstoffsättigung war mit 93 % gemindert. Die Befunde des Röntgenbildes passten zu einem Emphysem. Die Pulmonalarterie zeigte keine Auffälligkeiten, was gegen die Diagnose eines Lungenhochdrucks sprach, so Rückert.

„Wir können keine COPD ohne Lungenfunktionsdiagnostik klassifizieren oder diagnostizieren", erklärte der Pneumologe. Im Fall des Patienten ergaben sich dabei folgende Werte: Der FEV1 betrug 1,39 l/s und damit 43 % des Sollwerts, der Tiffeneau-Index (FEV1/Vitalkapazität) betrug mit 58 % weniger als 70 % (Abb. 1). Damit lag eine Atemwegsobstruktion vor. Die Kohlenmonoxid-Diffusionskapazität (DLCO/VA) betrug lediglich 33,1 % des Sollwerts und war damit deutlich erniedrigt. Die Werte der Ganzkörperplethysmographie waren ebenfalls vermindert, damit war die Diagnose COPD gesichert. Ein unauffälliger BNP-Wert, schlanke Pulmonalarterien im Röntgen und fehlende Ödeme machten eine pulmonale Hypertonie unwahrscheinlich, so dass Sildenafil abgesetzt wurde.
Rückert diagnostizierte wegen des FEV1 unter 50 % eine GOLD3-COPD. Der Patient zählte zu der Gruppe mit Dyspnoe und Emphysem und erhielt eine bronchodilatatorische Therapie mit lang wirkendem Betamimetikum, lang wirksamem Anticholinergikum und kurz wirksamem Betamimetikum als Bedarfsspray. Er wurde geschult und erhielt den dringenden Rat, das Rauchen aufzugeben und regelmäßig zu trainieren.

Leitsymptome für COPD sind schleichender Beginn und über Jahre fortschreitende Belastungsdyspnoe, chronischer Husten und häufige Atemwegsinfekte. „Die Dyspnoe wird uns der Patient nicht direkt schildern, denn er gewöhnt sich über Jahre oder Jahrzehnte daran", so Rückert. Deshalb muss er gezielt danach gefragt werden, ob es ihm z. B. schwerer fällt als Gleichaltrigen, Treppen zu steigen. An COPD denken solle man immer bei Rauchern oder ehemaligen Rauchern, bei Symptomen ab 40 Jahren und bei den klassischen AHA-Symptomen.

KASUISTIK 2

48-jähriger Nichtraucher mit Bronchitis

Ein 48-jähriger Nichtraucher litt seit einigen Jahren an Bronchitis, Luftnot bei Belastung, gelegentlich an akuter Atemnot und Husten mit klarem Auswurf. Ein gastroösophagealer Reflux war bekannt, Asthma oder allergische Beschwerden bestanden nicht. Zudem hatte er trotz mehrfach operierter Nasenpolypen chronische Nasennebenhöhlenbeschwerden. Drei- bis viermal wöchentlich nahm er ein Betamimetikum, das die Symptome linderte.
Der Patient war leicht adipös. Bei der körperlichen Untersuchung fiel eine leicht nasale Sprache auf, die Nasenatmung war eingeschränkt, der Klopfschall war sonor, das Atemgeräusch vesikulär, die Exspiration dabei leicht verlängert, beidseitiges Giemen war zu hören. Das FEV1 war mit 73 % leicht vermindert, der Tiffeneau-Index ebenso (Abb. 2). Der Methacholin-Test ergab eine bronchiale Hyperreagibilität. Die in der Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma aufgeführten Symptome Atemnot, häufig anfallsartig, Giemen, Brustenge und Husten waren in allen Punkten erfüllt, das Blutbild zeigte eine Eosinophilie von 13 %, die Diagnose eosinophiles Asthma wurde gestellt.

Asthma ist eine sehr dynamische Erkrankung, erklärte Rückert. Bei einem Patienten ohne Beschwerden kann ein Lungenfunktionstest komplett unauffällig sein. Hat er jedoch beispielsweise eine Pferdehaarallergie und kommt es nach entsprechender Exposition zu einem akuten Asthmaanfall, können schon kurze Zeit später die Atemwege massiv entzündet, geschwollen und verkrampft sein. Man sollte also immer daran denken, dass eine normale Lungenfunktion ein Asthma nicht ausschließt.

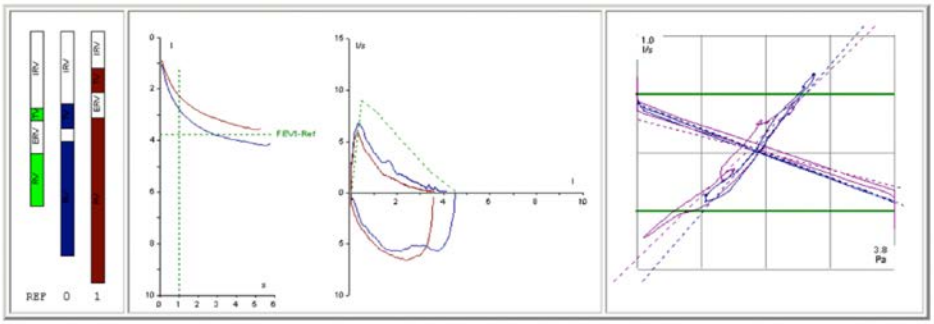


Abb. 2: Befunde eines 48-jährigen Patienten mit Bronchitis, Atemnot bei Belastung und Husten

TABELLE
Kasuistik 2

Zeit Medikament			08:16		09:41 Carbachol 0.24 mg		
Parameter	**Einheit**	**Soll**	**Pre**	**% Soll**	**Post**	**% Soll**	**Post % Pre**
FEV1	l	3,77	2,74	73	2,25	60	-18
FVCex	l	4,66	4,25	91	3,62	78	-15
PEF	l/s	9,02	6,77	75	5,94	66	-12
MEF75	l/s	7,86	3,87	49	3,35	43	-13
MEF50	l/s	4,91	1,89	39	1,47	30	-22
MEF25	l/s	2,06	0,69	34	0,57	28	-18
VC	l		4,50		4,58		2
IVC	l	4,86	4,50	93	3,57	73	-21
FEV1/FVCex	%	79	65	82	62	79	-4

koldunova_anna - stock.adobe.com

Das Wichtigste ist die Anamnese

Das Wichtigste bei Patient:innen mit Atemnot ist die Anamnese (vgl. Tabelle 1): Tritt die Atemnot in Ruhe auf, anfallsartig oder bei Belastung, seit wann bestehen die Beschwerden, gibt es Vorerkrankungen, welchen Beruf übt der Patient aus, gibt es Fälle in der Familie, wie hat er auf mögliche Vortherapien angesprochen und welche Medikamente nimmt er? Allerdings gibt es immer auch Ausnahmen. Das Alter bei Erstdiagnose ist zwar ein wichtiger Hinweis, denn Asthma tritt oft schon im Kindesalter auf. Immer häufiger trifft man aber auf Patient:innen, die erst mit 40 oder 50 Jahren an schwerem Asthma erkranken. Umgekehrt gibt es auch Patienten, die schon mit 40 eine schwere COPD entwickeln.

Ungefähr ein Drittel der COPD-Patient:innen hat nie geraucht, also kann auch ein Nichtraucher an COPD leiden. Dr. Rückert legt neben der Anamnese viel Wert auf die körperliche Untersuchung. Er untersucht den Patienten bei entkleidetem Oberkörper, betrachtet das Atemmuster, d. h. die Rhythmik, sowie eine mögliche forcierte Atmung und die Thoraxform. Er beurteilt dann den Klopfschall bei der Perkussion und den Zwerchfellstand. Außerdem prüft er die Atemgeräusche bei der Auskultation. Mit einem Blick auf die Beine lassen sich Ödeme erkennen. Weil es COPD-Patient:innen ohne spirometrische Einschränkungen, aber mit schweren Diffusionseinschränkungen gibt, führt Rückert immer auch einen Diffusionstest durch. Die Ergebnisse ergänzt er mit einem Röntgenbild des Thorax und Blutwerten.

Bei Patient:innen mit Atemnot ist eine ausführliche Anamnese sehr wichtig.

ESSENTIALS

Wichtig für die Sprechstunde

- Das Alter bei Erstdiagnose ist ein wichtiger Hinweis, Asthma tritt oft schon früh auf, COPD erst im Alter.
- Die körperliche Untersuchung beinhaltet vor allem Inspektion, Perkussion und Auskultation.
- Antikörper können bei schwerem Asthma helfen.

Wann an Antikörper denken?

Schweres Asthma liegt bei einem Erwachsenen vor, wenn unter Höchstdosis von inhalativen Kortikosteroiden und einem langwirksamen Bronchodilatator oder Montelukast oder einem oralen Kortikosteroid > 6 Monate Folgendes zutrifft:

1. Atemwegsobstruktion (FEV1 < 80 %)
2. Mindestens zwei kortikosteroidpflichtige schwere Exazerbationen in 12 Monaten oder mindestens eine Exazerbation, die stationär behandelt werden musste
3. Das Asthma ist nur teilweise kontrolliert oder unkontrolliert.

Der in der Kasuistik 2 beschriebene Patient erfüllte daher die Bedingungen für schweres Asthma. Da er mehr als zweimal wöchentlich tagsüber Symptome hat, zählt er zu der teilweise kontrollierten Gruppe der Nationalen Versorgungsleitlinie. Bei dieser Patientengruppe muss festgestellt werden, ob das Medikament richtig inhaliert wird und ob Allergien eine Rolle spielen. Ggf. müsse die Therapie angepasst werden, so Rückert. Da der Patient schon eine Stufe-3-Therapie erhielt, wurde die Therapie auf Stufe 4 intensiviert und die Budesonid-Dosis erhöht. Zunächst stabilisierte sich sein Zustand, später traten wieder Atembeschwerden auf, die mehrfach mit oralen Glukokortikosteroiden behandelt wurden, und Nasenpolypen, die entfernt wurden. Sein FEV1 hatte sich auf 41% verschlechtert. Die Therapie wurde daraufhin auf 4x2 Hübe Budesonid/Formoterol, Tiotropium und orale Steroidstoßtherapie umgestellt.

Da sich die Lungenfunktion des Patienten auch unter dieser Maximaltherapie nicht normalisierte, wurde er in eine Studie mit einem monoklonalen Antikörper gegen Interleukin 5 eingeschlossen. Nach der ersten Gabe des Präparats besserte sich sein Zustand innerhalb weniger Tage, es gab keine weiteren Asthmaanfälle, die Lungenfunktion normalisierte sich, die Überblähung ging stark zurück, die Beschwerden in den Nasennebenhöhlen ebenfalls. *Roland Müller-Waldeck* |

LINK

Artikel zum Thema unter: https://bit.ly/3Zo4vra

Quelle: Virtueller Vortrag auf der Digitalen Campuswoche von MSD am 19.11. 2022: Erläuterung der Astma- und COPD-Leitlinien anhand spannender Fälle aus der täglichen Praxis.

Atlas - stock.adobe.com

Proktologische Beschwerden

Es gibt viel mehr als Hämorrhoiden

Perianale Beschwerden wie Blutungen, Schmerzen, Schwellungen oder Juckreiz sind häufig und meist sehr schambehaftet. Patienten wenden sich mit solchen Symptomen lieber an ihren vertrauten Hauarzt als an einen unbekannten Spezialisten. Mit einfachen Mitteln und etwas „Fingerspitzengefühl" gelingt eine suffiziente und weichenstellende Untersuchung in diesem intimen Bereich.

Jeder Untersuchung geht eine gründliche Anamnese voraus. Dabei ist die häufigste Aussage von Patient:innen mit einem proktologischen Problem: „Ich habe Hämorrhoiden." Dies geschieht in der Laien-Annahme, alle analen Beschwerden seien auf Hämorrhoiden zurückzuführen. Dann muss konkretisiert werden: Bestehen Blutungen, Schmerzen, Schwellungen oder Juckreiz?

Wichtige Fragen, die nicht fehlen dürfen:

- **Blutungen ab ano?**
- **Verstopfung? Durchfall?**
- **Schmerzen, immer oder nur bei der Defäkation?**
- **Tastbare Schwellung?**
- **Juckreiz?**
- **Wann war die letzte Koloskopie?**
- **Einnahme von Antikoagulanzien?**
- **Kolorektale Karzinome in der Familie?**
- **Sexualanamnese: rezeptiver Analverkehr?**

LINK

Artikel zum Thema unter: https://bit.ly/3GHncP5

KASUISTIK

Selbstdiagnose: Hämorrhoiden

Ein 40-jähriger Mann wendet sich an seinen Hausarzt mit der Aussage: „Ich leide an Hämorrhoiden." Es wird eine Untersuchung in Linksseitenlage vorgenommen. Dabei sieht man in der hinteren Kommissur eine kleine Falte (Vorpostenfalte). Druck auf diese Stelle löst einen massiven Schmerz aus. Eine tiefere Palpation ist nicht möglich. Behutsames Spreizen offenbart eine Analfissur hinter der Vorpostenfalte (Abb. 1).

Sterzing

Abb. 1: Fissur mit Vorpostenfalte

alle Abb. Sterzing

Abb. 2: Analvenenthrombose

Abb. 3: Thrombosierte Hämorrhoide

Ein Klassiker ist der sogenannte Postdefäkationsschmerz, der Stunden anhalten kann. Löst der Stuhlgang dieses Symptom aus, ist die Diagnose Analfissur (Abb. 1) fast schon sicher (90 % der Fissuren befinden sich an der 6-Uhr-SSL-Position). Die Therapie ist konservativ: Sphinkterrelaxierende Salben (Nifedipin, Diltiazem, Nitrat) lösen den Spasmus und verbessern die Durchblutung.

Ein Karzinom darf nie übersehen werden!

Hellrotes Blut am Toilettenpapier ist als Symptom oft, aber niemals sicher die Folge eines Hämorrhoidalleidens. Andere Blutungsquellen, insbesondere ein tiefsitzendes blutendes Karzinom, müssen immer sicher ausgeschlossen werden.

Hinter einem Defäkationsschmerz steckt fast immer eine Analfissur.

Innere Hämorrhoiden hat jeder Mensch. Dieser innere arteriovenöse Schwellkörper ist ein wichtiger Bestandteil des anorektalen Kontinenzmechanismus. Hämorrhoiden kann man nicht tasten. Der eingeführte Finger presst die Gefäßpolster aus, wenn sie nicht thrombosiert sind.

Die Untersuchung in der Hausarztpraxis

Nach der Anamnese folgt die Untersuchung. Sie sollte immer im Beisein einer Assistenzperson erfolgen. Die Seitenlage ist am praktikabelsten. Wichtig ist eine gute Beleuchtung. Lokalisationsangaben folgen in der Proktologie üblicherweise der „Anal Clock“, bei der die 12-Uhr-Position in Steinschnittlage (SSL) oben ist. In Linksseitenlage liegt die 9-Uhr-SSL-Position oben.

Die Inspektion ermöglicht bereits viele Blickdiagnosen, z. B. Analvenenthrombosen, Kondylome, Ekzeme, Abszesse, Analfistelostien, aber auch Analkarzinome.

Eines der häufigsten Krankheitsbilder in der Analregion ist die plötzlich auftretende und schmerzhafte Analvenenthrombose (Abb. 2). Die Auslöser sind vielfältig (Pressen, Heben, Radfahren u. v. m.). Die Ausprägung reicht von klein (5 mm) bis groß (6 cm). Die Thrombosen befinden sich am Analrand außen, manchmal im Analkanal und sind nicht verschieblich. Forcierte Repositionsversuche können erneute Blutungen auslösen und die Thrombose vergrößern. Kleine Analvenenthrombosen bilden sich innerhalb von zwei bis drei Wochen spontan zurück. Größere und schmerzhafte Analvenenthrombosen können chirurgisch entfernt werden. Thrombosierte Hämorrhoiden (Abb. 3) prolabieren und können inkarzerieren. Eine sanfte Reposition kann gelingen und bringt eine deutliche Schmerzlinderung.

Marisken werden auch oft mit Hämorrhoiden verwechselt. Bei Marisken (Abb. 4) handelt es sich um harmlose perianale Hautfalten. Wenn sie die Analhygiene behindern, können sie entfernt werden.

Ein Analprolaps (Abb. 5) ist die Maximalvariante des prolabierenden Hämorrhoidalleidens (radiäre Fältelung). Im Akutstadium gelingt eine Reposition meist nicht. Das Abschwellen muss unterstützt werden (Ruhe, Liegen, Kühlen, Stuhlregulation, NSAR). Ein Rektumprolaps (Abb. 6) sieht völlig anders aus (zirkuläre Schleimhautfalten). In Seitenlage kann der Darm innenliegen, ein Prolaps kann manchmal nur im Sitzen evoziert werden. Bei innenliegendem

Abb. 4: Mariske

Abb. 5: Analprolaps

Abb. 6: Rektumprolaps

Abb. 7: Kleines Analkarzinom

alle Abb. Sterzing

TABELLE 1
Digital rectal examination scoring system (DRESS)

DRESS	Ruhe- und Kneiftonus
0	keiner
1	stark vermindert
2	vermindert
3	normal
4	erhöht
5	stark erhöht

Prolaps findet man meist einen schwachen und klaffenden Sphinkter. Ein kleines Analkarzinom darf nicht übersehen werden (Abb. 7). Die Inspektion muss auch die Umgebung mit einbeziehen: äußeres Genitale, Gesäß, Rima ani (Pilonidalsinus) und Leistenregion.

Palpation
Verwenden Sie zur digitalen Austastung am besten ein Lidocain-haltiges Gel. Kündigen Sie die Untersuchung an und passieren Sie vorsichtig und langsam den Analkanal. Achten Sie als Erstes auf eine raue Stelle bei 6 (seltener 12) Uhr SSL, wenn diese vorliegt und schmerzhaft ist, so ist hier eine Fissur. Setzen Sie die Untersuchung nur fort, wenn keine starken Schmerzen bestehen.

Dann tasten Sie das untere Rektum aus. Stuhlballen können einen Tumor vortäuschen, sie sind aber verschieblich. Ein Karzinom in dieser Region ist unverschieblich und hat bei tiefem Sitz oft den Schließmuskel infiltriert. Auch die Prostata sollte untersucht werden. Abschließend sollte man versuchen, mit der Fingerspitze so tief wie möglich zu tasten, um ein Rektumkarzinom bei 8 cm auch noch zu erreichen.

Eine einfache, aber sehr valide Funktionsprüfung des Sphinkters gelingt durch die Ermittlung des DRESS(Digital rectal examination scoring system)-Score (vgl. Tabelle 1). Normal ist DRESS 3.

Nach dem Entfernen des tastenden Fingers achtet man auf Blut und Schleim am Fingerling.

ESSENTIALS

Wichtig für die Sprechstunde

- Bei Blut im Analbereich muss die Blutungsquelle immer lokalisiert werden.
- Die rektale Palpation sollte angekündigt werden und immer vorsichtig und langsam erfolgen.
- Es sind nicht immer Hämorrhoiden!

Abb. 8: Analekzem

Abb. 9: Kondylome

Abb. 10: Analabszess

Abb. 11: Analfistel

alle Abb. Sterzing

Proktoskopie und Rektoskopie sind in der hausärztlichen Praxis nicht obligat. Es ist aber von Vorteil, Abstriche aus eitrigem oder glasigem Rektalsekret gewinnen zu können, wenn der Verdacht auf eine infektiöse Proktitis besteht (Gonokokken, Chlamydien).

Berichtet die Patient:in von Blut am Toilettenpapier oder Blut im oder auf dem Stuhlgang oder von Blutspritzern in der Toilette, so muss die Blutungsquelle lokalisiert werden. Blutende Hämorrhoiden können proktoskopisch gesehen und behandelt werden. Höhergelegene Blutungsquellen müssen gegebenenfalls endoskopisch ausgeschlossen werden („In dubio pro Colo"). Stuhltestungen auf okkultes Blut sind bei anamnestisch sichtbarem Blut absolut nicht hilfreich.

Es sind nicht immer Hämorrhoiden
Analekzeme (Abb. 8) sind häufig. Bei allergischen Ekzemen muss die Noxe ermittelt werden. Atopische Ekzeme bedürfen einer adäquaten Hautpflege und eventuell einer kurzfristigen topischen Steroidbehandlung. Das häufigste Ekzem ist das sogenannte irritativ-toxische Analekzem. Auslöser, wie z. B. nässende Hämorrhoiden, sezernierende Fisteln, sekundär heilende Wunden oder Stuhlinkontinenz, müssen therapiert werden. Kurze Behandlungen mit Steroid-Salben nehmen den häufig unerträglichen Juckreiz.

Weitere häufige Blickdiagnosen, die eine chirurgische Sanierung notwendig machen, sind perianale Condylomata acuminata (Abb. 9), Analabszesse (Abb. 10) und Analfisteln (Abb. 11).

privat

AUTOR
Dr. med. Daniel Sterzing
Facharzt für Allgemeinchirurgie u. Proktologie
Proktologisches Zentrum
10719 Berlin

INTERESSENKONFLIKTE:
Der Autor hat keine deklariert

Einfach lecker und gesund kochen!

Auch als E-Book

Mit einer dialysegerechten Ernährung können Sie Fehlleistungen Ihrer erkrankten Niere korrigieren. Autorin Huberta Eder zeigt Ihnen, wie Sie eine Mangelernährung vermeiden und sich Ihr Durstgefühl verringert.

4. Auflage 2022, 170 Seiten, gebunden, ISBN 978-3-87409-745-1, **19,90 €**
E-Book: ISBN 978-3-87409-746-8, **17,99 €**

www.kirchheim-shop.de

Oder per Telefon, Fax oder E-Mail bei:
Stuttgarter Verlagskontor SVK GmbH

Tel. 07 11 / 66 72-14 83
Fax 07 11 / 66 72-19 74
E-Mail: kirchheim@svk-service.de

... und überall im Buchhandel

KIRCHHEIM

129.0003

Krebspatienten in der Hausarztpraxis

Mit Sport und Bewegung Lebensqualität steigern

Robert Kneschke - stock.adobe.com

Die Diagnose einer Krebserkrankung ist oft verbunden mit Angst, Depression und sozialem Rückzug. Auch sportliche Aktivitäten bleiben dann häufig auf der Strecke. Doch gerade in dieser Situation ist Bewegung wichtig. Welchen Einfluss eine gezielte Sporttherapie auf die jeweiligen Nebenwirkungen einer Krebstherapie besitzt und welche Rolle Hausarztpraxen bei der Bewegungsförderung von onkologischen Patient:innen spielen können, soll dieser Artikel in den Fokus nehmen.

Mindestens 150 Minuten moderate körperliche Aktivität pro Woche - diese Empfehlung gilt laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht nur für Gesunde [1], sondern insbesondere auch für Patienten mit Krebserkrankungen. Inzwischen zeigen über 700 randomisierte, kontrollierte Studien, dass Bewegung und Sport eine Vielzahl an positiven Wirkungen auf verschiedene krebs- und krebstherapiebedingte Nebenwirkungen haben. Konkrete Empfehlungen wurden 2019 in den aktuellen Richtlinien des American College of Sports Medicine (ACSM) festgehalten [2].

Philip Benjamin

TABELLE 1

Sporttherapeutische Empfehlungen für ein kombiniertes Kraft- und Ausdauerprogramm für Patienten mit Fatigue und/oder körperlichen Funktionseinschränkungen

Trainingsmodalität	Intensität	Umfang	Häufigkeit	Periodisierung
Ausdauertraining	Moderat	30 Minuten	3x / Woche	12 Wochen
+				
Krafttraining	Moderat bis intensiv	6 – 8 Übungen 2 Sätze mit 12 – 15 Wdh.	2x / Woche	12 Wochen

Angst und depressive Symptomatik

Eine Krebsdiagnose ist bei vielen Patienten mit Ängsten und depressiven Symptomen verbunden. Häufig ziehen sich Patient:innen aus ihrem alltäglichen Umfeld zurück, geben ihren Job vielleicht sogar auf und reduzieren soziale Kontakte. Umso wichtiger erscheint es, dass Patienten während und nach ihrer Therapie an Bewegungsprogrammen partizipieren und selbst aktiv werden können. Das ACSM empfiehlt daher sowohl für die Indikation der Ängstlichkeit als auch der depressiven Symptomatik Ausdauersport von über 30 Minuten an drei Tagen pro Woche oder eine Kombination aus Ausdauer- und Krafttraining, am besten unter therapeutischer Betreuung [3]. Darüber hinaus können Bewegungsangebote in der Gruppe die soziale Reintegration und das Gefühl der Gruppenzugehörigkeit von Patient:innen fördern.

Krebsassoziierte Fatigue

Die krebsbezogene Fatigue zählt mit einer Prävalenz von über 90 % zu den häufigsten Nebenwirkungen einer Krebstherapie. Mit mehr als 200 RCTs ist die Bewegungstherapie die evidenzstärkste Therapieoption für krebsassoziierte Fatigue. Besonders Patient:innen mit initial hohem Fatiguelevel profitieren von Bewegungsinterventionen (Tabelle 1). Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen professionell betreuten oder selbstständigen (home-based) Bewegungsangeboten, was die Wichtigkeit von niederschwelligen, selbstbestimmten Bewegungsformen wie Walking, Radfahren oder Kräftigungsübungen mit dem eigenen Körpergewicht unterstreicht [4 - 6].

Körperliche Funktionseinschränkungen

Die meist monatelangen Therapiephasen einer Krebsbehandlung können zu einer Reduktion des körperlichen Aktivitätslevels der Patienten von bis zu 50 % führen. Eine über einen längeren Zeitraum bestehende Inaktivität kann innerhalb von wenigen Wochen bis Monaten bereits zu einer Reduktion der Ausdauerfähigkeit und Kraftleistung führen. Ein gezieltes Bewegungsprogramm, welches aus einem kombinierten Ausdauer- und Krafttraining mit einem Umfang von zwei- bis dreimal/Woche besteht, erhält bzw. verbessert die kardiorespiratorische Leistungsfähigkeit und Muskelkraft während der Therapiephase bzw. in der Nachsorge [7 - 9]. Zudem unterstützt Bewegung zwischen 30 und 150 Minuten/Tag den Wiedereinstieg in den Berufsalltag [10].

> Fatigue zählt zu den häufigsten Nebenwirkungen einer Krebstherapie.

Lymphödeme

Nach einer axillären Lymphknotenentfernung oder auch der intensiven Bestrahlung des Brustbereiches besteht das Risiko für die Entwicklung eines entsprechend lokal begrenzten Lymphödems. Mehrere RCTs konnten zeigen, dass ein spezifisches Krafttraining, das die Muskulatur des betroffenen Arm-Brust-Bereiches involviert, sicher und machbar ist. Ein muskuläres Training kann ein Lymphödem im milden bis moderaten Akutstadium bessern oder sogar präventiv verhindern [11 - 13]. Die Empfehlungen definieren ein Training von zwei- bis dreimal/Woche mit jeweils ein bis drei Sätzen und acht bis zwölf Wiederholungen

LINK

Artikel zum Thema unter: https://bit.ly/3RtE3bQ

Philip Benjamin

von über zwölf Wochen, am besten im supervidierten Setting, um beste Ergebnisse zu erzielen [2].

Chemotherapie-bedingte Polyneuropathien

Chemotherapien sind ein zentraler Bestandteil vieler Krebstherapien, welche allerdings eine Vielzahl an Nebenwirkungen mitführen. Unter anderem gehören dazu Chemotherapie-induzierte Polyneuropathien (CIPN), welche durch z. B. Taxan- oder Platinderivat-haltige Substanzen induziert werden. Die Datenlage ist im Bereich der CIPN noch sehr heterogen, allerdings gibt es sehr starke Hinweise dafür, dass ein sensomotorisches oder Vibrationstraining (am besten kombiniert mit einem Kraft-/Ausdauertraining) die CIPN-Symptomatik reduzieren und sogar präventiv abwenden kann [14 - 17].

Bewegung als „Superpille"?

Onkologische Bewegungsprogramme zeigen, neben den genannten Bereichen, noch eine Vielzahl weiterer positiver Wirkungen auf Krebstherapiebezogene Nebenwirkungen und Indikationen. Moderate Evidenz liegt z. B. bei dem Einfluss körperlichen Trainings auf Kardiotoxizität [18], Knochengesundheit [19], Schlafstörungen [20] und kognitive Funktionen (Merkfähigkeit, Konzentration) vor [21, 22]. Zusammenfassend leistet Bewegung einen wichtigen Baustein in der Steigerung der globalen Lebensqualität für Krebspatienten vor, während und nach der Krebstherapie [23 - 25].

Eine individuelle Bewegungsempfehlung durch Ärzte kann Patienten motivieren.

Bewegung unter besonderen Umständen

Grundsätzlich ist körperliche Aktivität zu allen Zeiten der Therapiephase und über alle Krebsentitäten hinweg sicher und machbar. In einigen Fällen, wie etwa bei operativen Narben, vorhandenen Stomata oder Knochenmetastasierung, ist eine Abklärung der Sporttauglichkeit obligatorisch, so dass ein sicheres Training gewährleistet ist.

Bewegungsempfehlungen in Hausarztpraxen

Allein eine individuelle Bewegungsempfehlung durch Ärzte kann das körperliche Aktivitätslevel von Patienten erhöhen und damit einen wichtigen Beitrag in der (Tertiär-)Prävention und Nachsorge von Krebserkrankungen leisten [26]. Individuelle Bedenken, dass Bewegung und Sport zu Überforderung oder Überanstrengung der Patient:innen führen könnte, sind bisher wissenschaftlich nicht belegt, sofern das Bewegungsprogramm an das jeweilige Leistungsniveau angepasst wird [27]. Insbesondere Hausärzt können den folgenden kurzen Leitfaden nutzen, um eine Bewegungsberatung in ihren Praxisalltag zu implementieren [28]:

KASTEN 1: FALLBEISPIEL

Eine 69-jährige Patientin mit linksseitigem, nicht metastasiertem Mammakarzinom, diagnostiziert vor 1,5 Jahren, leidet nach Behandlung (Chemotherapie und brusterhaltende Mastektomie) und abgeschlossener Rehabilitation unter Fatigue, reduzierter körperlicher Leistungsfähigkeit, Angst vor Wiedererkrankung und anhaltenden polyneuropathischen Beschwerden in den Füßen (CIPN)

Weitere Diagnosen: Osteopenie (T-Score < -1) des Femurs, Hypertonie, Diskusprolaps L3/L4 ohne Beschwerden
Körperliches Aktivitätslevel:
vor der Therapie: regelmäßiges Walking in einer Kleingruppe und Wassergymnastik (1 x/Woche)
nach der Therapie: starke Reduktion der körperlichen Aktivität unter 150 Minuten pro Woche (Erledigung von Alltagsaufgaben)
Individuelle Wünsche
Fragen Sie in der Beratung nach individuellen Wünschen und Vorstellungen: Die Patientin möchte gerne an einem Gruppenangebot teilnehmen. Sie mag kein Training an Geräten.
Hausärztliche Empfehlung zu körperlicher Aktivität:
Allgemeine Empfehlung zu mehr körperlicher Aktivität von mindestens 150 Minuten mindestens moderater körperlicher Aktivität pro Woche. Die Patientin soll das Walking (zwei- bis dreimal/Woche für mindestens 30 Minuten) zur Reduktion der Fatigue und Verbesserung der Leistungsfähigkeit wiederaufnehmen.
Dazu Verschreibung des Musters 56 zum allgemeinen Rehabilitationssport in der Gruppe zur Reduktion der Ängstlichkeit und Durchführung von Kräftigungsübungen. Dies könnte auch wieder in Form von Wassergymnastik realisiert werden, allerdings sollte im Hinblick auf die indizierte Osteopenie ein Kraft- bzw. High-Impact-Training zur Stärkung der Knochenstruktur durchgeführt werden. Zudem kann ein Koordinations-/Balancetraining oder Vibrationstraining zur Verbesserung der CIPN beitragen. Für den Trainingsbeginn empfiehlt sich zunächst ein geringerer Trainingsumfang von z. B. zwei Einheiten pro Woche. Die Patientin sollte eine progressive Trainingsanpassung anstreben.
Überweisung und Untersuchungsempfehlung
Sportmedizinische Eingangsuntersuchung aufgrund von Osteopenie und Alter empfohlen. Überweisung an sporttherapeutisches Fachpersonal über das Netzwerk OnkoAktiv möglich.

Screening und Empfehlung

Erheben Sie zunächst mögliche Kontraindikationen (z. B. Knochenmetastasierung, kardiologische oder pulmonale Besonderheiten). Fragen Sie anschließend Ihre Patient:in nach dem aktuellen Bewegungsumfang. Liegt dieser unter der allgemeinen Bewegungsempfehlung (150 Minuten intendierte moderate bis intensive Bewegung pro Woche), empfehlen Sie mindestens diese 150 Minuten pro Woche (z. B. dreimal/Woche für 40-60 Minuten) zu erreichen (oder auch zunächst weniger als 150 Minuten, wenn der Patient bspw. derzeit inaktiv ist). Werden 150 Minuten geschafft, dann loben Sie den Patienten und bestärken ihn, dieses Level aufrechtzuerhalten oder gar zu erhöhen (bis 300 Minuten pro Woche gilt: je mehr, desto besser). Die Bewegungsform kann frei gewählt werden (z. B. Walking, Radfahren, Schwimmen, Kräftigungsübungen). Verknüpfen Sie die Bewegungsempfehlung mit möglichen krebs- und krebstherapiebezogenen Nebenwirkungen und erläutern Sie das Potenzial, diese durch eine gezielte Bewegungstherapie zu reduzieren. Erklären Sie bei Bedarf den Zusammenhang zwischen Mortalität nach Krebsdiagnose/-behandlung und körperlicher Aktivität und stellen Sie noch einmal die Wichtigkeit von Bewegung heraus.

„Sport auf Rezept“ können Sie als Reha-Sport (Muster 56) oder als Krankengymnastik verordnen.

Verschreibung und Überweisung

Verschreiben Sie „Bewegung auf Rezept“. Je nach Bedarf haben Sie die Möglichkeit, Ihren Patient:innen Rehabilitationssport über das Muster 56 oder Krankengymnastik am Gerät (KGG) als physiotherapeutische Maßnahmen zu verschreiben. Zudem bestehen private Abrechnungsmöglichkeiten wie die Onkologische Trainingstherapie (OTT). Verweisen Sie Ihren Patienten auf das Netzwerk OnkoAktiv für eine tiefergehende persönliche Beratung und/oder individuelle Vermittlung an ein wohnortnahes Bewegungsangebot. Bei Kontraindikationen überweisen Sie Ihren Patienten an den jeweiligen Facharzt (z. B. Radiologe, Kardiologe) oder einen Facharzt zur Prüfung der Sportfähigkeit (beispielsweise Sportmedizin).

Ein konkretes Fallbeispiel zur Empfehlung körperlicher Aktivität und zur sporttherapeutischen Überweisung aus hausärztlicher Sicht befindet sich in Kasten 1.

Versorgungsstrukturen in Deutschland – das Netzwerk OnkoAktiv

Trotz tragender Evidenz ist die Versorgungslage onkologischer Bewegungsangebote in Deutschland noch nicht flächendeckend vorhanden. Insbesondere fehlt es an ausgebildetem, sporttherapeutischem Personal, zielgruppenspezifischen Sportgruppen und kassenärztlichen Abrechnungsmöglichkeiten. Oft zahlen Patient:innen die Kosten für Bewegungsangebote noch aus eigener Tasche. Auf der anderen Seite berichten onkologisch tätige Sportzentren von zu wenig „Patientenzulauf“ und mangelnder Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzt:innen.

Das Netzwerk OnkoAktiv

Zur Lösung der Schnittstellenproblematik zwischen Klinik, Ärzten und onkologischen Bewegungsangeboten arbeitet das Netzwerk OnkoAktiv mit 15 koordinierenden Standorten in ganz Deutschland zusammen und schließt inzwischen weit über 100 Trainings- und Therapiepartner ein. Das Netzwerk bietet Patienten eine individuelle Beratung zu Bewegung und Sport und vermittelt nach Bedarf an wohnortnahe, zertifizierte Trainings- und Therapieinstitutionen. Mehr Informationen zum Netzwerk finden Sie unter: www.netzwerk-onkoaktiv.de |

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.doctors.today

ESSENTIALS

Wichtig für die Sprechstunde

- Nach einer Krebsdiagnose sinkt das Bewegungsniveau betroffener Patient:innen oft ab.
- Gezielte Bewegungstherapie kann sich günstig auf Nebenwirkungen einer Krebstherapie auswirken.
- Bewegung kann „auf Rezept“ verordnet werden.

Philip Benjamin

AUTOR:INNEN

Annelie Voland (Foto), Beate Biazeck, Maximilian Köppel, Joachim Wiskemann
Abteilung Medizinische Onkologie, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) und Universitätsklinikum 69120 Heidelberg

INTERESSENKONFLIKTE: Die Autor:innen haben keine deklariert

Krebs bei Kindern durch CT?

Mehrere frühere Studien deuteten bereits darauf hin, dass computertomographische Untersuchungen (CT) des Kopfes bei Kindern mit einem erhöhten Hirntumorrisiko verbunden sind. Eine neue Studie gibt nun mehr Aufschluss und fand eine statistisch signifikante lineare Dosis-Wirkungs-Beziehung für Hirntumoren. Die Forschenden analysierten Daten von insgesamt 658.752 Kindern, die eine oder mehrere CT-Untersuchungen erhalten hatten. Dabei fanden sie einen statistischen Zusammenhang zwischen der Strahlendosis und dem Hirntumorrisiko und schätzen, dass pro 10.000 Kinder, die ein Kopf-CT erhielten, ein strahleninduzierter Hirntumor innerhalb von 5-15 Jahren nach der CT zu erwarten ist. Das Exzess Relative Risiko pro 100 Milligray Strahlendosis für das Gehirn betrug 1,27. Dies bedeutet, dass das Hirntumorrisiko nach einer Belastung von 100 Milligray, was etwa 2-3 Kopf-CTs entspricht, um 127 % höher ist als ohne Kopf-CTs. Trotz dieser starken Erhöhung sei das absolute Risiko, an einem Hirntumor zu erkranken, für einzelne Patient:innen auch dann immer noch sehr gering.

pressmaster - stock.adobe.com

Quelle: Hauptmann M et al. (2022) The Lancet. DOI: 10.1016/S1470-2045(22)00655-6

Erkältung: Besser die Nase warm halten

Warum treten Erkältungen vor allem im Winter gehäuft auf? Liegt es tatsächlich an den kalten Außentemperaturen? Wissenschaftler:innen glauben, dafür nun eine biologische Erklärung gefunden zu haben. Schon vor einigen Jahren hatten sie entdeckt, dass die Nasenschleimhaut auf Bakterien reagiert, indem sie große Mengen winziger, membranumhüllter Sekretkügelchen freisetzt, die mit antibakteriellen Proteinen beladen sind. Jetzt konnten die Forschenden zeigen, dass auch Erkältungsviren die Freisetzung solcher Vesikeln auslösen. Diese tragen auf ihrer Oberfläche genau die Rezeptoren, die die Erkältungsviren normalerweise zum Andocken an die Schleimhautzellen nutzen. Erkältungsviren binden an diese Vesikel und werden so von der Nasenschleimhaut ferngehalten und eliminiert. Der Körper versucht also, sich durch ein Ablenkungsmanöver zu schützen. Sinken allerdings die Außentemperaturen auf 4 bis 5 Grad Celsius, verringerte sich die Zahl der Abwehr-Vesikel um 42 %, wie die Forschenden beobachteten, und es wurden auch weniger antivirale Proteine produziert. Die kältebedingte Schwächung dieser Abwehrstrategie könnte also die Ursache sein, weshalb Erkältungen vornehmlich im Winter vorkommen. Man sollte also die Nase möglichst warm halten.

Климов Максим - stock.adobe.com

Quelle: Di Huang et al. (2022) J Allergy Clin Immunol. DOI: 10.1016/j.jaci.2022.09.037)

Krank durch Geschirrspüler?

Bei einem für gewerbliche Geschirrspüler typischen Waschgang zirkuliert heißes Wasser und Spülmittel für etwa 60 Sekunden bei hohem Druck in der Maschine. Danach erfolgt für weitere 60 Sekunden ein Spül- und Trockengang unter Zugabe von Wasser und Klarspüler. Besonders bedenklich fanden Schweizer Forschende, dass bei vielen Geräten dabei keine zusätzlichen Spülgänge zur Entfernung der Reste des Klarspülers durchgeführt werden. Dadurch würden potenziell giftige Substanzen auf dem Geschirr zurückbleiben und könnten so bei der nächsten Verwendung des Geschirrs leicht in den Magen-Darm-Trakt gelangen. Um ihren Verdacht zu bestätigen, untersuchten sie anhand von menschlichen Darm-Organoiden und Darmzellen, welche Auswirkungen die Inhaltsstoffe von gewerblichen Spülmitteln und Klarspülern auf das Darmepithel haben. Das Resultat: In einer hohen Dosis führte der Klarspüler zum Tod der Darmepithelzellen, bei niedrigeren Dosen wurde die Epithelbarriere durchlässiger. Zudem beobachteten sie die Aktivierung mehrerer Gene und die Produktion von Signalstoffen, die Entzündungsreaktionen auslösen können. Eine genauere Analyse zeigte, dass vor allem einer der Inhaltsstoffe des Klarspülers, nämlich Alkoholethoxylat, für diese Reaktion verantwortlich war. Die Wissenschaftler:innen fordern, dass die Öffentlichkeit auf diese Gefahr hingewiesen werden müsse, da Alkoholethoxylate häufig in gewerblichen Geschirrspülern verwendet werden.

Surasak - stock.adobe.com

Quelle: Ogulur I et al. (2022) J Allergy and Clin Immunol. DOI: 10.1016/j.jaci.2022.10.020

Chinnapong - stock.adobe.com

Mehr Schäden im Gehirn bei älteren Frauen

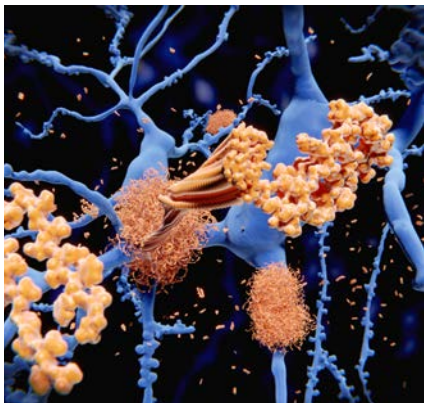
Nach der Menopause ist bei Frauen das Ausmaß bestimmter Hirnschäden größer als bei gleichaltrigen Männern. Zu diesem Schluss kommen Forschende des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) aufgrund der Untersuchung von mehr als 3.400 Erwachsenen. Insbesondere bei älteren Erwachsenen waren auf Aufnahmen des Gehirns, die per Magnetresonanztomografie erstellt wurden, helle Flecken zu erkennen. Diese Flecken weisen auf Auffälligkeiten in der sog. weißen Hirnsubstanz hin und sind Anzeichen von Gewebeschäden, die mit Durchblutungsstörungen, erhöhtem Blutdruck, Schlaganfall und kognitiven Beeinträchtigungen in Verbindung gebracht werden. Während bei Frauen vor der Menopause keine signifikanten Unterschiede zu gleichaltrigen Männern gefunden wurden, änderte sich dies nach der Menopause. Dann waren die Schäden an der weißen Hirnsubstanz ausgedehnter als bei Männern im gleichen Alter. Die Ursachen für diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind unklar. Schon länger wird darüber spekuliert, dass das Hormon Östrogen eine schützende Wirkung haben könnte, die im Alter verloren geht. Die Wissenschaftler:innen konnten in ihren Daten allerdings keinen Einfluss einer Therapie feststellen, die den Hormonmangel ausgleicht: Frauen nach der Menopause, die regelmäßig Hormonpräparate einnahmen, waren im Durchschnitt ähnlich stark von Anomalien der weißen Hirnsubstanz betroffen wie Frauen nach der Menopause, die keine Hormone zu sich nahmen.

Quelle: Lohner V et al. (2022) Neurology. DOI: 10.1212/WNL.0000000000200782

Doch Hoffnung bei Alzheimer?

Viele Versuche, eine Alzheimer-Demenz zu stoppen oder zumindest zu verlangsamen, sind in den letzten Jahren schon kläglich gescheitert. Jetzt glauben Forschende aus den USA erneut an einen Durchbruch bei der Alzheimertherapie. Grund für die Euphorie ist der Antikörper Lecanemab, der sich gegen sog. Protofibrillen richtet. Es handelt sich dabei um toxische Zwischenprodukte von Amyloid-Fibrillen, winzigen Bestandteilen der Amyloid-Zellen, die zu den Alzheimer-typischen Amyloid-Plaques im Gehirn führen. In einer Studie wurden 1.795 Teilnehmende mit einer Alzheimer-Erkrankung in den Frühstadien randomisiert, 898 erhielten Lecanemab, 897 ein Placebo. Nach 18 Monaten wurde der Effekt auf den sog. CDR-SB-Score (Clinical Dementia Rating) erhoben. Es handelt sich um einen etablierten Score zur Einschätzung der Schwere der Demenz.

Bei Studieneinschluss lag der mittlere CDR-SB-Score bei etwa 3,2 in beiden Gruppen. Der Unterschied zwischen den Gruppen war nach 1,5 Jahren beträchtlich: Der Score hatte sich um 1,21 in der Verumgruppe und um 1,66 in der Placebogruppe verändert. Gemessen mit der CDR-SB wurde die Erkrankungsprogression um 27 % verlangsamt, bei den Aktivitäten des täglichen Lebens machte der Unterschied 37 % aus.



Juan Gärtner - stock.adobe.com

Die Unterschiede zwischen den mit Lecanemab und Placebo behandelten Patient:innen waren bereits nach 6 Monaten signifikant und nahmen mit weiterer Behandlungsdauer zu. Die PET-Amyloid-Last wurde sehr deutlich und signifikant reduziert, so die Autor:innen.

Wie bei der Therapie mit gegen Amyloid gerichteten Antikörpern traten auch unter Behandlung mit Lecanemab Nebenwirkungen auf, darunter Ödeme und Mikrohämorrhagien. Diese blieben jedoch meist klinisch stumm. Allerdings gibt es Berichte über 2 Todesfälle, bei denen ein Zusammenhang mit der Therapie noch geprüft werden muss. Beachten müsse man aber in jedem Fall, dass der Antikörper nur in den Frühphasen der Alzheimer-Erkrankung mit nur milden kognitiven Einschränkungen erfolgreich sei, so die Forscher:innen. Lecanemab verlangsame das Fortschreiten der Erkrankung, mache sie aber nicht rückgängig, Patient:innen mit ausgeprägtem Krankheitsbild und schwerer Demenz profitierten also nicht von der Therapie.

Quelle: van Dyck CH et al. (2022). NEJM. DOI: 10.1056/NEJMoa2212948

RomoloTavani - iStockphoto

Wunschpatienten in der Hausarztpraxis (Teil 1)

Wünsch dir was?!

Haben Sie Einfluss auf Ihren Patientenstamm? Wenn Sie mit Ihrer Arbeit und Ihrem Praxisalltag rundum zufrieden sind, ist alles in bester Ordnung. Doch wenn Sie sich mehr Umsatz und Zeit oder mehr Freude bei Ihrer Arbeit wünschen, sollten Sie sich auch einmal Gedanken über Wunschpatient:innen machen.

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit? Tatsache ist, dass viele Ärzt:innen unter einer hohen Arbeitsbelastung stehen, zu viel arbeiten und im Verhältnis zu ihrer Qualifikation und dem Stress, dem sie tagtäglich ausgesetzt sind, zu wenig verdienen. Wunschpatient:innen können maßgeblich zu einem höheren Umsatz, weniger Stress und somit mehr Zufriedenheit bei der Arbeit beitragen. Doch wie kann eine Wunschpatient:in aussehen? Im Allgemeinen gibt es drei Kategorien, die unterschiedliche Zwecke erfüllen.

Mehr Selbstzahler:innen

Wenn Ihr Fokus auf mehr Umsatz und Gewinn liegt, sind Selbstzahler:innen ideal. Dazu gehören Privatpatient:innen sowie gesetzlich Versicherte, die zusätzliche IGeL-Leistungen in Anspruch nehmen.

Selbstzahler:innen erhöhen nicht nur den Umsatz der Arztpraxis, sie können zudem den alltäglichen Stress reduzieren. Denn mehr Umsatz bedeutet, dass Sie eventuell in eine zusätzliche Mitarbeiter:in investieren können, am besten in eine Praxismanager:in oder eine Assistenz für Sie als Praxisinhaber:in. Diese Person ist verantwortlich für alle Aufgaben, die Sie als Verantwortliche viel Zeit kosten, doch für den Erfolg Ihrer Arztpraxis unverzichtbar sind. Das umfasst beispielsweise die Buchhaltung und Vorbereitung der Steuer, das Erstellen von Dienstplänen, das Marketing und die Kommunikation Ihrer Praxis. Zudem kann eine solche Fachkraft Sie bei der Auswahl und Einarbeitung neuer Mitarbeiter:innen unterstützen und ist im Alltag erste Ansprechperson für das Praxisteam.

> Selbstzahler:innen können den Umsatz erhöhen, den Sie zur Entlastung in eine neue Fachkraft investieren könnten.

Wenn diese nichtmedizinischen Aufgaben übernommen werden, können Sie Ihren Fokus als Ärzt:in wieder mehr auf die Patient:innen legen. Mit den durchschnittlichen Umsätzen in einer Hausarztpraxis ist eine solche Entlastung jedoch nicht finanzierbar. Genau hier leisten Selbstzahler:innen einen signifikanten Beitrag zur Optimierung Ihrer

LINK

Artikel zum Thema unter: https://bit.ly/3iNLvSi

SURFTIPP

Podcast „Unternehmen Arztpraxis“

In seinem Podcast gibt unser Autor Wolfgang Apel praxisnahe Tipps für besseres persönliches Zeit- und Zielmanagement und weniger Stress in der Praxis: **medikom.org/podcast**

Arbeitssituation: Mit ihnen generieren Sie den Umsatz, den Sie für eine solche zusätzliche Fachkraft benötigen.

Interessantere Patient:innen

In der zweiten Gruppe der Wunschpatient:innen finden sich Menschen, die für Sie medizinisch spannend sind. Ein Beispiel: Eine Orthopädin, die ich berate, wurde – verständlicherweise – oft von Patient:innen mit Rückenschmerzen aufgesucht. Aus medizinischer Sicht sind diese für sie jedoch uninteressant, da ihre Spezialisierung auf minimal-invasiven Operationstechniken von Händen und Ellenbogen liegt. Das sind die Behandlungen, die sie wirklich interessieren und die sie gerne durchführt. Lösungsansatz „unserer Orthopädin“: Um sich klar zu positionieren und ihre Wunschpatient:innen anzusprechen, erscheint auf der Startseite ihrer Website nun direkt ein Bild von ihr im OP. Allein dadurch konnte sie die Anzahl der klassischen Rückenschmerzpatient:innen deutlich reduzieren. Diese wenden sich schlichtweg nicht so gerne an eine Ärztin, bei der sie die Befürchtung haben, unter Umständen direkt im OP-Saal zu landen. Stattdessen werden immer mehr Wunschpatient:innen auf der Suche nach minimal-invasiven Operationen in ihre Praxis kommen.

Sie haben ein medizinisches „Steckenpferd“? Setzen Sie es bewusst in Szene, um entsprechende Patient:innen anzulocken.

Bestimmt fallen auch Ihnen als Hausärzt:in ebenfalls Krankheitsbilder oder Spezialisierungen ein, die Sie besonders spannend finden und von denen Sie sich mehr Patient:innen in Ihrer Praxis wünschen würden. Möglicherweise haben Sie auch eine oder mehrere Zusatzqualifikationen. Setzen Sie diese Themen auch auf Ihrer Website entsprechend in Szene. Im besten Falle ergänzt durch Content/Text, der inhaltlich zu diesem Thema informiert. Das verbessert dann auch Ihre Chancen, bei der Google-Suche zu diesem Thema gefunden zu werden.

Angenehmere Termine

Die dritte Gruppe der Wunschpatient:innen umfasst Menschen, die Ihnen einfach sympathisch sind, z. B. weil sie ähnliche Interessen haben. Durch sie haben Sie mehr Freude an den Terminen und empfinden sie im Vergleich zu Terminen mit Patient:innen, mit denen Sie weniger Gemeinsamkeiten haben, als leichter - unabhängig vom medizinischen Aufwand.

Hier noch ein Beispiel aus der Beratungspraxis: Ein reiseaffiner Hausarzt kommt z.B. während seiner langjährigen Berufszeit zu der Erkenntnis, dass er besonders gerne mit Patient:innen arbeitet, die ebenfalls durch die Welt gereist sind. Er hat nämlich ein besonderes Interesse an fremden Ländern und Kulturen und tauscht sich gerne mit anderen Menschen über seine Erfahrungen aus. So wird aus einer gewohnten Arbeitsroutine ein abwechslungsreicher Alltag mit interessanten Gesprächen. Auch Ihre Patient:innen empfinden den Arztbesuch bei einem Gleichgesinnten mit ähnlichem Lebensstil als deutlich angenehmer, weil persönlicher. Oder begeistern Sie sich mehr für Kultur, Literatur oder internationale Küche? Auch das können solche gemeinsamen Themen werden. Mit der Zeit wird die Anzahl solcher Patient:innen in Ihrer Praxis über Weiterempfehlungen immer weiter steigen.

Fazit

Ob Sie Wunschpatient:innen brauchen und wenn ja, welche Gruppe die richtige für Sie ist, müssen Sie natürlich selbst entscheiden. Vielleicht wünschen Sie sich mehr Unterstützung im Praxismanagement und benötigen dafür mehr Umsatz? Oder es gibt einen medizinischen Schwerpunkt, der Sie stärker interessiert als andere, oder Patient:innen, die Sie besonders gerne behandeln? Dann überlegen Sie doch einmal, welche Maßnahmen für mehr dieser Wunschpatient:innen in Ihrer Praxis sorgen können. Sich darüber Gedanken zu machen, das lohnt sich auf jeden Fall.

In der nächsten Ausgabe erfahren Sie, wie Sie proaktiv dafür sorgen können, dass Ihre Wunschpatient:innen in Ihre Praxis kommen.

MediKom Consulting GmbH

AUTOR

Wolfgang Apel
Praxisberater sowie Gründer und MdGL der MediKom Consulting GmbH
w.apel@medikom.org
www.medikom.org

Naphat_Jorjee - iStockphoto

Gestaltung einer Hausarztpraxis

Optimale Raumplanung – wo, wie, was?

Ob Neubau, Umbau oder Renovierung: Bei der Planung einer Hausarztpraxis ist der Grundriss entscheidend, damit das Praxiskonzept auch langfristig funktionieren kann: Denn eine nachhaltige Hausarztpraxis verlangt nach möglichst funktionell und ergonomisch geplanten Räumlichkeiten.

LINK

Artikel zum Thema unter: https://bit.ly/3wLXcw9

Das Ziel einer optimalen Raumplanung sollte sein, unnötige Zeit- und Reibungsverluste während des Praxisalltags zu verhindern. Gut strukturierte Wegführung für Mitarbeiter:innen und Patient:innen hat die höchste Priorität.

Eine unpraktische Raumplanung, die im Praxisalltag einengt, fördert weder die Zusammenarbeit im Team noch die Kreativität beim Arbeiten und ebenso wenig die Wohlfühlatmosphäre bei den Patient:innen. Der wesentliche Grund für eine zeitintensive Planung der neuen Räume liegt aber in der Ökonomie begründet - in den Personal- und Raumkosten. Denn ineffiziente Raumverkettung führt schnell zu höheren Kosten im Praxisalltag. Eine Tatsache, die angesichts der immer komplizierter werdenden Spezialisierung stärker zum Tragen kommt. Jeder Behandlungsfokus bedarf eigener Arbeitswelten, das ist insbesondere in der Hausarztpraxis wichtig, in der

> Ineffiziente Raumverkettung führt schnell zu höheren Kosten im Praxisalltag.

Geilert GmbH

Abb. 1: Dieser Personalraum erfüllt alle Kriterien: Er beherbergt Küchenzeile, Stauraum, Garderobe, Fenster und Sitzmöglichkeiten (hier nicht sichtbar).

INFOKASTEN 1

Beispiel aus der Hausarztpraxis

- Der Sterilisationsraum: Einerseits sollte dieser Funktionsraum möglichst zentral an den Behandlungszimmern liegen, um gebrauchte Utensilien sterilisieren zu können. Andererseits sollte er möglichst weit von Warteraum & Co. entfernt sein, damit der Praxisalltag reibungslos funktioniert.
- Das Labor: Für viele Fachrichtungen ist eine Durchreiche zu den Patiententoiletten empfehlenswert. Urinbecher durch die Praxis ins Labor zu tragen ist weder hygienisch noch zeitgemäß!
- Der Personalraum mit Küchenzeile muss allen Mitarbeiter:innen einen Stuhl mit Lehne zur Verfügung stellen (nach Arbeitsstättenrichtlinie), ein Fenster haben und keinen direkten Zugang zum Personal-WC.
- Da Ärzt:innen immer häufiger zwei getrennte Wartebereiche favorisieren, um infektiösen Patient:innen einen separierten Raum zu bieten, wird der Platzbedarf größer bzw. es wird nach raffinierten Raumlösungen verlangt. Je größer und umfangreicher eine Arztpraxis ist, umso komplexer gestaltet sich die Raumplanung.

mehrere Patienteninteressen berücksichtigt werden müssen. Diese verschiedenen Arbeitswelten gilt es transparent geplant und detailliert umzusetzen. Und genau dafür ist eine umfangreiche Raumplanung wichtig.

Kein Wunschkonzert

Wenn Planer:innen Grundrisse entwickeln, ohne zu wissen, wie eine Arztpraxis funktioniert, kann sich das negativ auf die Arbeitsabläufe und die Kostenstruktur auswirken. Prinzipiell gilt: Die Laufwege kurz halten, einen möglichst routinierten Arbeitsflow generieren und eine klar ersichtliche Orientierung zu den wesentlichen Räumen schaffen. Neben den individuellen Wünschen der Praxisinhaber:in und ihres Teams sowie den funktionellen Eckpunkten bei der Planung ist auch die Landesbauordnung im jeweiligen Bundesland zu berücksichtigen, ebenso wie ergänzende Gesetze, Richtlinien und Normen wie beispielsweise die geltenden RKI-Richtlinien oder die Arbeitsstättenverordnung. So kann eine vermeintliche „Kleinigkeit" wie die Frage, ob ein oder zwei Waschbecken im Labor vorgeschrieben sind, bei einer Praxiskontrolle schnell zum großen Problem werden.

Bloß keine Standardlösungen

Eine perfekte Planung ist so vielfältig, wie es Möglichkeiten an Mieträumen gibt. So existieren z. B. keine Basisdaten zu Größe oder Raumaufteilung. Auf die Frage, wie viele Quadratmeter für eine Hausarztpraxis erforderlich sind, gibt es ebenfalls keine allgemeingültige Antwort. Jede Praxis muss individuell betrachtet werden. Der Fokus liegt dabei immer auf dem gewünschten Praxiskonzept und dem medizinischen Angebot. Denn erst daraus ergibt sich der wirkliche Platzbedarf.

> Der Platzbedarf ergibt sich aus dem gewünschten Praxiskonzept und dem medizinischen Angebot.

Angesichts der Vielzahl von Tätigkeitsbereichen bzw. Funktionalitäten ist es unumgänglich, Zeit und Energie in die grundlegende Planung und Aufteilung zu investieren. Diese Entscheidungen sind von Dauer und haben eine nachhaltige Auswirkung auf den künftigen Arbeitsalltag. Es gilt, nicht nur die Gegenwart

Geilert GmbH

Abb. 2: Der Empfang ist das Herzstück einer Praxis. Bei der Konzeption sollten frühzeitig die Mitarbeiter:innen mit ins Boot geholt werden.

Geilert GmbH

Abb. 3: Beispiel eines detaillierten funktionalen Grundrisses einer Hausarztpraxis.

zu bedenken, sondern sich auch die Frage zu stellen, wie man in fünf oder zehn Jahren arbeiten will. Das Ziel jeder Planung sollte es sein, bestenfalls Jahrzehnte in der neu gestalteten Praxis reibungslos arbeiten zu können.

INFOKASTEN 2

Raumaufteilung für eine Hausarztpraxis

Am Beispiel einer Praxis für Allgemeinmedizin können folgende 18 Bereiche definiert werden, die bei der Praxis-Raumplanung auf jeden Fall berücksichtigt werden sollten:

- Empfang
- Back Office
- Wartezimmer, ggf. gesonderter „Quarantäne-Wartebereich“
- Spielbereich für Kinder
- Kurzwartebereich für Labor
- Behandlung
- Labor
- Sonografie
- Funktionsraum mit EKG/Sehtest
- Barrierefreies WC
- Chefbüro
- Personalumkleide
- Personal-WC
- Personalküche
- Raum für z. B. Diabetes-Beratung
- Putzmittelraum
- Lager
- Schulungsraum

Von Grundriss bis Gesamtkonzept

Die Basis jeder Raumplanung bildet der Bestandsgrundriss. Für diesen entwickeln Planer:innen einen funktionalen Grundriss, an dem im zweiten Schritt die Details festgelegt werden (s. Abb. 3). Herausforderungen gibt es erfahrungsgemäß viele. So wird bei einem Umbau häufig die Wassersituation zum Problem, da in allen Behandlungsräumen, im Labor und sämtlichen Funktionsräumen zwingend ein Anschluss vorgeschrieben ist. Ebenfalls zur Herausforderung bei einer Renovierung kann der Wunsch nach möglichst kurzen Arbeitswegen sein. Oft sind Türdurchbrüche erforderlich, die aufgrund der Gebäudestatik nicht problemlos realisiert werden können. Vor allem eine Praxisplanung für Berufsausübungsgemeinschaften erfordert einen speziellen Grundriss, um Patient:innen die Orientierung innerhalb der Räumlichkeiten möglichst transparent und klar darzustellen.

Das Ziel jeder Planung sollte sein, bestenfalls Jahrzehnte in der neu gestalteten Praxis arbeiten zu können.

Wenn die Raumaufteilung zufriedenstellend gelöst wurde, werden die Praxismöbel im Idealfall auf Maß angefertigt. So ergibt sich ein harmonisches Gesamtkonzept. Das Herz jeder Praxis ist ein gut sortierter Empfang, hier laufen täglich Hunderte von Informationen zusammen. Diese Planung bedarf eines besonderen Fokus, um optimale Arbeitsbedingungen zu schaffen. Im besten Fall werden schon hier die Mitarbeiter:innen in die Planung einbezogen. Zum einen gilt es, möglichst den optimalen Stauraum und dringend erforderliche Ablagen unterzubringen. Zum anderen sollte das Thema Technik zukunftsfähig bedacht werden. Hier geht es um mehr als um das Telefon und PCs. Versteckte Kabelführung, induktive Ladelösungen, Kartenlesegeräte, ausreichend Steckdosen, Druckerlösungen, auch für später – alles muss vorgesehen und mit ausreichend Leitungen bedacht werden. Hier ist das Motto, mehr ist besser!

Letztendlich gilt, wer die eigene Wohlfühlpraxis realisieren will, braucht Vorlaufzeit – mindestens ein Jahr ist empfehlenswert – sowie eine Fachplaner:in mit Geduld und Augenmaß, die für die individuellen Herausforderungen einer Hausarztpraxis alle wichtigen Details im Blick behält.

RENE JUNGNICKEL

AUTORIN

Kathrin Geilert
Fachberaterin bei der Geilert GmbH
www.geilert-gmbh.de

INTERESSENKONFLIKTE: Diese Autorin hat keine deklariert

GESUNDHEIT IN DER KRISE

Wenn es nicht „nur“ in den Wohnstuben kälter wird

monkeybusinessimages - iStockphoto

Gesellschaftliche Teilhabe bedeutet auch, sich Prävention und Gesundheitsförderung leisten zu können. Und das können immer weniger Menschen hierzulande: Eine Entwicklung, die sich durch Inflation und steigende Preise weiter verschärfen dürfte. Das ist nicht nur schlecht für das Klima in den kalten Stuben. Auch der allgemeine Umgang miteinander könnte frostig werden — und das werden auch die Praxisteams zu spüren bekommen.

Die Armut in Deutschland ist deutlich angestiegen - eine denkbar schlechte Ausgangsposition für die sozialen Stresstests durch Pandemie, Ukraine-Krieg und Rekordinflation: Der finanzielle Rückstand von Haushalten unterhalb der Armutsgrenze ist gegenüber dem Einkommensmedian schon vor Corona um ein Drittel gegenüber dem Jahr 2010 gewachsen. Auch die Ungleichheit der Einkommen insgesamt hat einen neuen Höchststand erreicht. Zu diesen Ergebnissen kommt der WSI-Verteilungsbericht 2022. Er zeigt auch, wie stark dauerhafte Armut die gesellschaftliche Teilhabe schon in wirtschaftlich stabilen Zeiten verschlechtert. Arme Menschen müssen deutlich häufiger auf Güter des alltäglichen Lebens wie eine Grundausstattung mit Kleidung oder Schuhen verzichten, sie können seltener angemessen heizen, leben auf kleinerem Wohnraum. Armut geht einher mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Herzerkrankungen, Diabetes oder chronische Bronchitis, aber auch mit einem höheren Risiko für Krebs und psychische Störungen. Oft wird der Gang in die Hausarztpraxis aus Angst vor Kosten möglichst lange hinausgeschoben, was sie Situation weiter verschäft. Erwerbsarme Frauen sterben so im Schnitt vier Jahre früher, bei den Männern sind es sogar acht Jahre. Der Bericht zeigt gleichzeitig auch: Mangelnde Teilnahme führt auch zu einer erhöhten Distanz gegenüber dem System. Lediglich 68 % der Menschen unter der Armutsgrenze halten Demokratie für die beste Staatsform, nur 59 % finden, die Demokratie in Deutschland funktioniere gut. Das gilt umso mehr, da in Zeiten hoher Inflation sozialer Abstieg auch denen droht, die sich während des vergangenen Jahrzehnts wenig Sorgen um den eigenen Sozialstatus machen mussten. Wer also bei zunehmender wirtschaftlicher Härte nur an ein höheres Infektionsrisiko in kühleren Wohnräumen denkt, der verkennt die Lage. Mit einem schlechter werdenden Zusammenhalt in der Gesellschaft kann auch eine Verrohung des allgemeinen Umgangs einhergehen, unter der gerade die Personen leiden, die an vorderster Patientenfront für die Gesundheit anderer kämpfen – und das sind in besonderem Maße die engagierten Teams in den Hausarztpraxen. *sm* |

Weniger Gesundheitspotenziale, höhere Mortalität und weniger Vertrauen in die Demokratie.

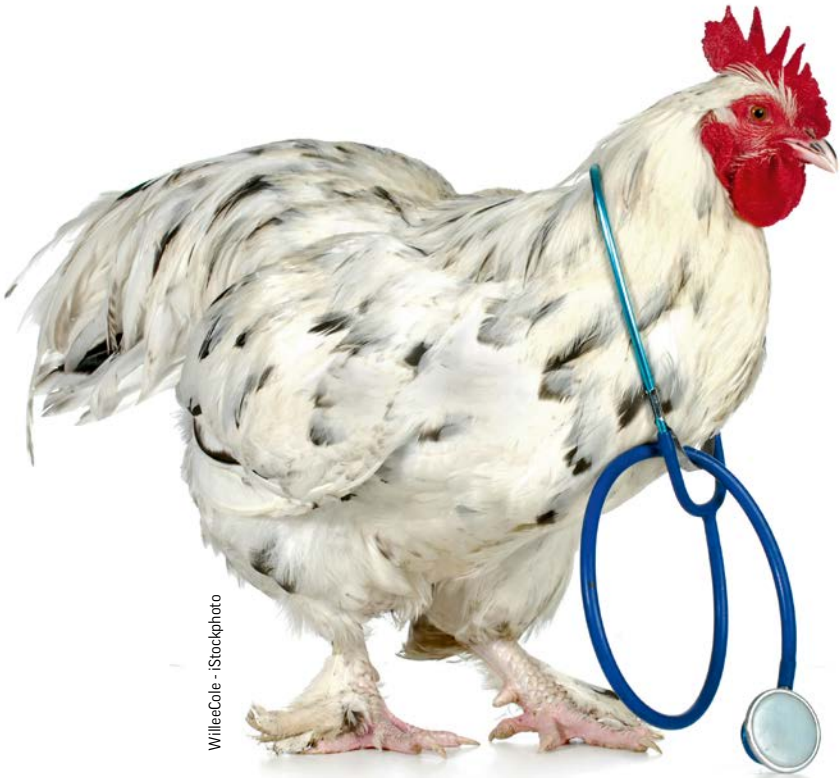
LINK

Artikel zum Thema unter: https://bit.ly/3HWiL3q

INFOKASTEN

WSI-Verteilungsbericht

Informationen zum Bericht findet man hier: www.wsi.de/de/faust-detail.htm?produkt=HBS-008464



WilleeCole - iStockphoto

New Work in der Medizin

Raus aus der Legebatterie!

Hausärzt:innen benötigen funktionierende Strukturen, damit sie sich auf ihre Patient:innen konzentrieren können. New Work hat hier das Potenzial, uns entscheidende Schritte voranzubringen: beim großen Ganzen, aber auch in der einzelnen Praxis.

New Work beschreibt ursprünglich die Abkehr von der Vorstellung, dass Arbeit im reinen Abarbeiten von Aufgaben besteht, wie in den Zeiten der Industrialisierung üblich. Heute steht New Work insbesondere für mehr Mitsprache des Einzelnen, mehr Zuversicht und Selbstständigkeit im eigenen Arbeitsalltag.

Über die aktuellen Chancen durch New Work im Gesundheitswesen sprachen wir mit der Organisationsexpertin Vera Starker, die u. a. ein Klinikum bei umfassenden Veränderungen betreut und gerade ein Buch zu „New Work in der Medizin“ veröffentlicht hat. Für sie findet mehr Beteiligung im Sinne von New Work im Großen statt, durch aktive Mitbestimmung im gesundheitspolitischen System, aber auch im Kleinen: in jedem einzelnen „Unternehmen Arztpraxis“.

doctors|today: Wo stehen wir aktuell im Arbeitsalltag im Gesundheitswesen?

Vera Starker (VS): „Eines habe ich bei meiner Arbeit mit dem Universitätsklinikum immer wieder festgestellt: Das Gesundheitspersonal vor Ort bekommt fortlaufend neue organisatorische Aufgaben aufgelastet, für die es schlichtweg nicht ausgebildet ist. Dazu gehört neben immer umfangreicheren Verwaltungsaufgaben auch das Thema Veränderungsmanagement. Dafür haben die Mediziner:innen im Praxisalltag weder Zeit noch das detaillierte Know-how. Ein Chirurg z. B. hat gelernt, Menschen „aufzuschneiden und zu reparieren“. In der Veränderungsorganisation lernen wir, soziale Systeme in Veränderung zu bringen. Dabei sind die Chancen, die mehr Beteiligung der Ärzteschaft und ihrer Teams bieten, enorm - und das wird hier auch erkannt. Unterhält man sich mit Expert:innen aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheit, ist oft in Sekundenschnelle klar, was alles schiefläuft. Aber dann ist bereits ein Großteil der Energie dahin - und es endet mit dem enttäuschten Hinweis „Das geht ja bei uns nicht, weil …“. Und man scheitert dann an den Gegebenheiten der Branche. Das frustriert jeden, der sich aktiv beteiligen möchte! Auf der anderen Seite gibt es aber auch positive Resonanz auf die Ermutigung, selbst aktiv zu werden und Veränderungen voranzubringen.“

> Es ist kein Wunder, dass viele Ärzt:innen vom Gesundheitssystem hierzulande frustriert sind.

doctors|today: Warum ist das gerade jetzt wichtig?

VS: „Beim Thema Mitgestaltung sprechen wir über Systemveränderungen, die die hier arbeitenden Menschen schon lange fordern. Gleichzeitig strecken aber auch immer mehr Investoren die Hand nach dem ambulanten Bereich aus. Amazon ist dabei, sich der hausärztlichen Strukturen in den

Cecilie_Arcurs - iStockphoto

PRAXISBEISPIEL 1

SprechZimmer+ (CH)

Eine normale Hausarztpraxis stößt heute medizinisch und organisatorisch immer wieder an ihre Grenzen, da Patient:innen oft Bedürfnisse über den allgemeinmedizinischen Fokus hinaus äußern. In Bern setzt SprechZimmer+ genau hier an: Hier wird ein Expertennetzwerk (Mediziner:innen und Gesundheitsexpert:innen aus allen Bereichen) aufgebaut, und damit eine ganzheitliche Plattform für Patient:innen. Medical Co-Working ermöglicht zudem Mediziner:innen unabhängig und selbstbestimmt mit minimalem finanziellem Risiko zu praktizieren und fördert den interdisziplinären Austausch: sprechzimmerplus.ch

Vereinigten Staaten zu bemächtigen – dann wird man versuchen, das weltweit auszurollen. Für Patient:innen scheint das erst einmal vorteilhaft: Es geht um individualisierte Prozesse, niedrigschwellig und digital. Für die Tech-Giganten sind Patient:innen aber v. a. Kundschaft. Den mit der Digitalisierung verbundenen Herausforderungen stellt man sich schon aus eigenem Interesse. Wenn wir hier noch eingreifen wollen, dann ist jetzt der Zeitpunkt, über alternative Modelle nachzudenken! New Work heißt dann aber auch, dass Politik das nicht in der geheimen Kammer durchführt, sondern das unter Einbindung der Menschen erfolgt, die es angeht: den Ärzt:innen und ihren Teams."

doctors|today: Ist Fremdbestimmung auch ein Teil des Problems?

VS: „Ärzt:innen haben nicht Medizin studiert, um 40 % ihrer Arbeitszeit mit administrativen Aufgaben zu verbringen. Wenn Mediziner:innen heute gezwungen werden, so viele Patient:innen wie möglich durchzuschleusen, dann ist das nichts anderes als am Band zu sitzen oder in der Legebatterie. Beim „SprechZimmer+"-Modell in der Schweiz z. B. wird den Ärzt:innen der Großteil der Bürokratie abgenommen. Aber mit anderen Hintergedanken als bei einem Investorenmodell. Ein Investor macht das nicht aus altruistischen Motiven, sondern um Geld zu verdienen. Dadurch sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Taktung für die einzelne Ärzt:in ändert. Auch „SprechZimmer+" ist natürlich ein Geschäftsmodell, aber darauf ausgerichtet, dass patientenorientiert gearbeitet werden kann. Das bieten die gängigen Investorenmodelle nicht, die auf Gewinnmaximierung abzielen. Es gibt großartige Beteiligungsmethoden. Aber immer noch schlagen sich die Kolleg:innen in der niedergelassenen Praxis mit den gleichen Problemen herum. Ein Ansatz wäre, dass man die verschiedenen „Orte" identifiziert, an denen im Gesundheitssystem hierzulande gearbeitet wird. Dann skizziert man mit den Expert:innen dort, wie die Arbeit optimalerweise aussehen könnte. Und prüft, wie das umgesetzt werden kann. Leider schaut man im Gesundheitssystem immer noch primär aus der Mangelperspektive auf das Problem – i. d. R. aus einem kostenorientierten Mangel heraus."

doctors|today: Was bedeutet das für die „Hausarztpraxis 2023"?

VS: „Wir reden heute viel über Telemedizin, aber bleiben auf der obersten Ebene stecken. Auf die Praxis heruntergebrochen stellen sich Ärzt:innen heute immer neuen sozio-ökonomischen Herausforderungen. Mit unserem Buch haben wir uns in einem ersten Schritt der klinischen Ebene zugewendet. Folgerichtig muss man diese Fragen auch für die Hausarztpraxis stellen, ohne die eine Versorgung vor Ort nicht denkbar ist. Was heißt denn in diesem Kontext Ambulantisierung? Wie fühlt sich das für die Praxisteams und für die Patient:innen an? Ich bin mir sicher, wenn wir die Expert:innen aktiv beteiligen, gibt es echte Bereitschaft zur Mitarbeit. In unserem Gesundheitswesen zeigt sich eine fragmentierte Struktur mit vielen Partikularinteressen. Das ist einer der Hauptgründe dafür, warum man in der Vergangenheit immer nur Reförmchen bewältigt hat. Wenn wir das verändern wollen, brauchen wir ein höheres gemeinsames Ziel, bei dem jeder bereit ist, von seinen Interessen etwas abzugeben. Das bin ich nur, wenn ich teilhaben kann an etwas Größe-

LINK

Artikel zum Thema unter: https://bit.ly/3CEVZKs

INFOKASTEN

Lesetipp

New Work in der Medizin,
Rossberg Verlag
https://rossberg-verlag.de/products/new-work-in-der-medizin

Foto: privat

Die Expertin
Vera Starker, Wirtschaftspsychologin
www.nextworkinnovation.com
vera@nextworkinnovation.com

rem. Genau das muss man aber den Ärzt:innen und ihren Teams ermöglichen. Mit ihrer Fachexpertise und nicht als Lückenbüßer. Es gibt viele Akteure, die schon lange kämpfen - es ist höchste Zeit, dass diese Praktiker:innen Rückendeckung bekommen."

doctors|today: Warum ist jammern eher hinderlich?
VS: „Dieses ganze Alleinkämpfertum macht es doppelt hart für die Ärzt:innen. Davon müssen wir wegkommen. Deswegen ist es gut, dass Mediziner:innen endlich anfangen, sich zu beschweren. Wenn z. B. eine Klinikärzt:in erzählt, dass sie zu ihrer Assistenzzeit mit zwei weiteren Kolleg:innen in einem Zimmerchen ohne Fenster saß. Der berufliche „Aufstieg" führte sie dann in ein Vier-Mann-Zimmer - mit Fenster! Versuchen Sie in der Wirtschaft, drei Führungskräfte in ein Zimmerchen zu pferchen ohne Fenster. Da weiß man gar nicht, wer als Erstes eingreift: Arbeitsmedizin oder Betriebsrat? Im med. Bereich wird man hingegen dazu erzogen, sich an schlechte Bedingungen zu gewöhnen. Und: Wer jammert, ist noch steuerbar. Vor diesem Hintergrund sind Studien, die belegen, wie schlecht es aussieht, auch positiv. Menschen sagen: „Nicht mit mir. Ich stütze dieses System nicht weiter." Das ist erst einmal der richtige Weg. Bei Veränderungen gilt es aber auch, alle mitzunehmen. Gerade beobachtet man in der Wirtschaft den Drang, den Jüngeren Belastungsfähigkeit und Eigenmotivation abzusprechen. Dabei können wir alle etwas voneinander lernen, auch wir Praktiker:innen über 50 von ganz Jungen. Wenn wir nur die fragen, die 30 Jahre im System „erzogen" wurden, ist es wenig wahrscheinlich, dass wir zu Visionen für die Zukunft kommen."

> Wir brauchen das Engagement aller und sollten so viele Gestalter wie möglich mit an Bord holen.

doctors|today: Was muss jetzt passieren?
VS: „Für die Ambulantisierung bedeutet das, sich von politischer Seite mit den Praktiker:innen zusammenzusetzen und nachzufragen: Wo ist auf dem Weg die ganze Kraft verloren gegangen? Dabei gibt es viel zu lernen. Und wir müssen eine ausreichende Menge an Gestaltern gewinnen. Veränderungen haben auch mit Leichtigkeit zu tun, das betrifft auch die einzelne Arztpraxis. Wenn wir etwas Attraktives vor Augen haben, an dem wir alle teilhaben können, wo wir Kompetenz erleben und Empowerment, dann sind an Bord auch die einzelnen Mitarbeiter:innen. Würde man Hausärzt:innen aktuell heute nach ihren größten Problemen fragen, wird zielsicher auch der Begriff Digitalisierung fallen. Hier gilt es mit der Förderung der zuständigen Stellen vor Ort und in einer überschaubaren Gruppe von z. B. 40 Praxen eine pragmatische Lösung zu entwickeln und zu erproben. Das kann man dann auf das größere System hin weiterentwickeln. Aus der Praxis zur Strategie, nicht von der Therapie in die (einzelne) Praxis." |

Das Interview führte Sabine Mack

momius - stock.adobe.com

PRAXISBEISPIEL 2

Waldkliniken Eisenberg

David-Ruben Thies ist Geschäftsführer der Waldkliniken Eisenberg (www.waldkliniken-eisenberg.de) und Mitautor des Buchs. Er bringt es wie folgt auf den Punkt: „Digitalisierung im Gesundheitswesen muss den Mitarbeitenden wieder ihre Berufung zurückgeben – für Menschen da zu sein und nicht für die Datenpflege, Geräte oder Abläufe. Unter diesem Aspekt prüfen und realisieren wir alle Digitalisierungsinitiativen in unserem Haus. Das gilt auch für unsere digitale Patientenakte: Diese haben wir bereits vor drei Jahren eingeführt. Unsere IT erarbeitete für die Klinik innerhalb von neun Monaten ein Patientenportal, holte den zuständigen Datenschutzbeauftragten inklusive Freigabe mit an Bord und schöpfte einen siebenstelligen Förderbetrag des Landes aus. Das Ergebnis ist ein cloudbasiertes Patientenportal. Unsere eigenen MVZ docken sich gerade an, auch in der Region niedergelassene Arztpraxen wollen dabei sein. Während der Bund seit 20 Jahren quasi ergebnislos an dem Projekt arbeitet und bisher 16 Milliarden Euro ausgegeben hat, haben wir es „einfach gemacht".

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.doctors.today

Entspannter punkten

Online-Fortbildung überall und jederzeit

Foto: Kaspars Grinvalds - stock.adobe.com

Diabetes Stoffwechsel und Herz

CONGRESS-REPORT
DAS WICHTIGSTE VON DEN AKTUELLEN KONGRESSEN

Kinderärztliche Praxis
Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin

doctors today
Praxis-Impulse für Hausärztinnen

NIERENARZT

Zertifizierte Online-Fortbildung beim Kirchheim-Verlag

+ schneller Zugang mit DocCheck®-Passwort
+ alle Fortbildungseinheiten entsprechen den gesetzlichen Anforderungen
= Ihr Fortbildungszertifikat direkt per E-Mail

www.kirchheim-forum-cme.de

Bis zu
3 CME-Punkte
pro Fortbildungs-einheit

92_0026

News und Veranstaltungen

Produkte für die Praxis

Auf den Toolbox-Seiten stellen wir Ihnen Produkte, Neuigkeiten und Events abseits des Pharma-Marktes vor, die für Ihre Praxis interessant sein könnten. Schwerpunkte sind z. B. Praxisorganisation und -ausstattung sowie Digitalisierung.

Lesetipp: Ketogene Ernährung bei Diabetes

Wie funktioniert eine kohlenhydratarme Ernährung für Menschen mit Diabetes, insbesondere wenn sie Insulin spritzen? Was sind die Vorteile einer kohlenhydratarmen Ernährung bei Diabetes? Was ist bei der Ernährungsumstellung zu beachten? Wie muss ich mein Insulin anpassen? Und vor allem: Was kann ich denn dann noch essen?! Das neue Koch- und Ratgeber-Buch „Keto dich glücklich!“ greift diese Fragen auf. In ihrem Buch fasst die Autorin Dr. Mirjam Eiswirth wichtige Hintergrundinformationen zusammen und teilt über 70 alltagstaugliche, schnelle, einfache und leckere Rezepte. Abgerundet wird das Buch von drei Wochenplänen für alle, die eine kohlenhydratarme und vielleicht sogar ketogene Ernährungsweise ganz unkompliziert ausprobieren möchten. Übrigens: Keto bedeutet auch glutenfrei, wenn man auf die Auswahl sicher glutenfreier Zutaten achtet. Damit sind die Rezepte auch für Menschen mit Zöliakie eine willkommene Abwechslung. „Keto dich glücklich!“ ist im Kirchheim-Verlag erschienen und im Kirchheim-Shop (www.kirchheim-shop.de) sowie im Buchhandel erhältlich.

Kirchheim-Verlag

Quelle: Kirchheim-Verlag.de

Online-Praxisbewertungen

Probleme mit schlechten Google- oder Jameda-Bewertungen? Praxisreview bietet eine kompakte Lösung für Ärzt:innen und Arztpraxen: Mit einer automatisierten Reputationsmanagement-Software, die speziell für Arzt- und Zahnarztpraxen entwickelt wurde, können Praxen positive Bewertungen in Rekordzeit sammeln. Mit Praxisreview erhält die Praxis laufend positive Rezensionen und kann schlechte Rezensionen abfangen, bevor sie auf dem Google-Unternehmensprofil erscheinen. So kann man aktiv am Google-Ranking arbeiten und an der Reputation der Praxis. Gleichzeitig erhält man ein verlässliches Feedback-Tool, um die Praxis datenbasiert für die eigenen Patient:innen zu optimieren. Aktuell besteht die Möglichkeit, das Tool 14 Tage kostenfrei zu testen: praxisreview.de

Rankingdoc

Quelle: Rankingdoc

Digitale Anamnese

Idana ist eine von Ärzt:innen entwickelte Software für Arztpraxen, die es ermöglicht, Formulare und Fragebögen digital zu erheben, automatisch auszuwerten und direkt in die Praxissoftware zu übertragen. Mit über 200 medizinischen Fragebögen bietet Idana ein differenziertes Angebot für die digitale Patientenaufnahme. Die krankheitsspezifischen Fragebögen und Formulare werden den Patient:innen vor dem Termin per Link oder QR-Code zur Verfügung gestellt – sie können diese so in Ruhe ausfüllen und digital an die Arztpraxis senden. Zudem werden mit Idana administrative Prozesse wie Einverständniserklärungen und DSGVO-Formulare papierlos und rechtssicher gestaltet. Dadurch haben Hausärzt:innen und ihr Team mehr Zeit für die Behandlung.

Idana

Quelle: Idana

Alpha Cooling

Mit Kälte gegen Schmerzen

Alpha Cooling Professional (ACP) ist die neue und einfache Art der Kältebehandlung. Das vom Allgäuer Produktdesigner Markus Deussl entwickelte Verfahren möchte helfen, innerhalb weniger Minuten Schmerzen zu lindern. Neben Ärzt:innen und Physiotherapeut:innen nutzen auch Profifußballer wie Nico Schlotterbeck (Borussia Dortmund) sowie Stars & Sternchen wie Heino das Konzept. Die Anwender:in legt ihre Hände auf die Kühlflächen in die Unterdruckkammer des ACP-Gerätes, wobei ACP laut Herstellerangaben auf den gesamten Körper wirkt und so eine Ganzkörper-Kältebehandlung erzielt. Mittlerweile wird die ACP-Behandlung u. a. bei Rückenschmerzen, Rheuma, Arthritis, Nervenschmerzen wie zum Beispiel bei Karpaltunnelsyndrom, bei Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Migräne sowie zahlreichen Sportverletzungen sowie Nackenverspannungen eingesetzt - wie auch zur Leistungssteigerung und Regeneration im Sport. Infos zum Konzept findet man unter: www.alphacooling.de

Quelle: Alpha Industries AG

App-basierter Schlafkurs

Der 12-wöchige App-basierte Schlafkurs „Dein Schlaf. Dein Tag. powered by SleepScore“ von ResMed soll gesundes Schlafverhalten fördern. Er ist als erste rein digitale Lösung von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifiziert worden. Die App ist unkompliziert anwendbar: Die patentierte Messtechnologie basiert auf einem nicht wahrnehmbaren Sonarsignal, das die Bewegungen und Atmung kontaktlos misst. Mit individuellen Schlafdaten (Schlafmessung, Fragebogen und Aktivitäten-Tagebuch) entsteht ein persönliches Schlafprofil mit personalisierten, evidenzbasierten Verbesserungsratschlägen für das Schlafverhalten. Nach Abschluss des Onlinekurses kann die App insgesamt ein Jahr weitergenutzt werden. Die App kostet 84,99 Euro pro Jahr, mit der Möglichkeit einer anteiligen bis vollständigen Rückerstattung durch die jeweilige gesetzliche Krankenkasse: www.deinschlaf-deintag.de

ResMed

Quelle: ResMed

Patiententipp: Broschüre zu Krebs & Fatigue

Viele Krebserkrankte leiden am chronischen Erschöpfungssyndrom Fatigue. Fatigue ist ein häufiges und oft sehr belastendes Symptom während einer Krebserkrankung oder -behandlung, das manchmal noch Jahre nach Abschluss der Therapie anhält. Es bezeichnet eine extreme körperliche, emotionale oder geistige Erschöpfung, die nicht durch vorherige Anstrengungen ausgelöst wird. Das Erschöpfungssyndrom kann in Schwere und zeitlichem Verlauf sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Eine neu erschienene Broschüre des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg will die Fatigue allgemeinverständlich erläutern, Betroffene unterstützen und wichtige Ratschläge und Servicekontakte liefern. Erarbeitet wurde das Heft von einer am NCT angesiedelten Abteilung des Deutschen Krebsforschungszentrums, die das weitverbreitete Erschöpfungssyndrom erforscht. Ziel der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ist es, Fatigue besser zu verstehen und die Versorgung von Betroffenen zu verbessern. Sinnvoll sind beispielsweise regelmäßige Bewegung, psychosoziale Interventionen und eine an die Erschöpfung angepasste Tagesstruktur. Download der Broschüre unter: www.nct-heidelberg.de/informationsmaterial

Choreograph - iStockphoto

Quelle: NCT

Arzneimittelallergien

Penicillin-Allergie – ja oder nein?

Zerbor - iStockphoto

Betalaktam-Antibiotika wie Penicilline gehören zu den häufigsten Auslösern von Arzneimittelallergien.

Als antibakterielle Wirkstoffe werden Betalaktam-Antibiotika (BLA) oftmals als Therapie erster Wahl bei der Behandlung bakterieller Infektionskrankheiten eingesetzt. Gleichzeitig zählen Penicillin-Allergien zu den häufigsten Arzneimittelunverträglichkeiten. Die Diagnose einer BLA-Allergie ist somit eine fundamentale medizinische Notwendigkeit. Bei der sehr großen Anzahl der als Penicillin-Allergiker:innen geltenden Patient:innen liegt jedoch gar keine solche Allergie vor. Dies belegt eine Studie mit 1.203 Patient:innen, bei der 90 % derer, die vormals als allergisch eingestuft waren, nach Testung keine BLA-Überempfindlichkeit zeigten. Betalaktam-Allergien seien ein ernstzunehmendes Problem, eine vorschnell diagnostizierte Überempfindlichkeit jedoch ebenso, erklärte Prof. Dr. Ludger Klimek, Wiesbaden. Viele der vermeintlichen Allergiker:innen wiesen bei Testung keine Überempfindlichkeit auf, tragen dieses Label jedoch bereits seit Kindertagen. Eine fälschlich diagnostizierte BLA-Überempfindlichkeit resultiere jedoch in einem unnötigen Verzicht auf eine wichtige Wirkstoffklasse. Besteht der Anfangsverdacht, würden oft bereits zu Beginn der Therapie alternative Behandlungen eingesetzt, einschließlich Breitbandantibiotika. Diese seien häufiger mit unerwünschten Nebenwirkungen, bakteriellen Resistenzen und erhöhten Kosten für das Gesundheitswesen assoziiert, so der Allergologe. Mit dem DAP® Penicillin Test Kit gibt es nun den ersten BLA-Test-Kit in Europa. Er ist durch das Paul-Ehrlich-Institut zur Nutzung in Deutschland zugelassen. Der Test-Kit enthält Penicillinderivate und dient der Durchführung von Hautpricktests und Intrakutantests. So kann festgestellt werden, ob eine Typ-1-Allergie gegen Major- oder Minordeterminanten besteht. Diese diagnostische Überprüfung des Verdachts auf eine Typ-1-Überempfindlichkeit gegen Penicilline ermögliche eine Optimierung der med. Versorgung und könne dem unnötigen Verzicht auf eine gesamte Substanzgruppe effektiv entgegenwirken. *id*

Webinar „Penicillin-Allergie, was ist wichtig?", Dezember 2022, Ärzteverband Deutscher Allergologen e.V.

Colitis ulcerosa

Zielgerichtet behandeln

supersizer - iStockphoto

Die Patienten leiden sehr unter den Folgen ihrer Erkrankung. Ein S1P-Rezeptormodulator wirkt schnell, dauerhaft und hat ein gutes Nebenwirkungsprofil.

Das kumulative Risiko für Rezidive beträgt ca. 80 %, für Hospitalisierung 60 %, für eine Kolektomie 15 %. Konventionelle Medikamente seien nur bei den wenigen leichten Fällen wirksam, moderne Therapien wirken auch bei mittelschwerer bis schwerer Erkrankung, so Prof. Stefan Schreiber, Kiel. Zielgerichtete Wirkstoffe hemmen entweder die Zytokinkaskade oder wie Ozanimod (Zeposia®) die Lymphozytenmigration in den Darm. Prof. Schreiber stellte den Fall eines Patienten vor, bei dem seit einem Jahr Colitis ulcerosa diagnostiziert war und der unter Prednisontherapie noch immer drei- bis sechsmal täglich Stuhlgang hatte, auch imperativer Stuhlgang und Schlaflosigkeit als Nebenwirkung machten ihm Probleme. Die neue Therapie sollte schnell wirken, möglichst kein Prednison enthalten und nebenwirkungsfrei sein. Ozanimod erfülle diese Bedingungen: In der Zulassungsstudie verringerte es die Symptome nach 2 Wochen signifikant gegenüber Placebo, nach 4 bis 5 Wochen war die max. Wirkung erreicht. Bei TNF-Inhibitor-naiven Teilnehmer:innen reduzierten sich die Symptome etwas stärker als bei Probanden, die schon einen TNF-Inhibitor erhalten hatten. Klinische Remission, Response und endoskopische Besserung hält der Wirkstoff in der Erhaltungstherapie aufrecht. Der Wirkmechanismus bringe zwangsläufig vermehrte Infektionen mit sich, doch die bei den frühen Wirkstoffen dieser Klasse auftretenden Nebenwirkungen wie Bradykardie oder Makulaödem seien selten. Für den Therapiebeginn ist ein EKG notwendig, eine aktuelle augenärztliche Untersuchung, Impfungen mit attenuierten Lebendimpfstoffen, Schwangerschaft müsse ausgeschlossen und ein großes Blutbild erstellt werden. Während der Erhaltungstherapie seien Blut und Leberwerte regelm. zu kontrollieren. *Roland Müller-Waldeck*

Presseveranstaltung: „Zielgerichtete immunologische Therapien für eine bessere Patient:innenversorgung", Dezember 2022, Bristol Myers Squibb

COPD

Rechtzeitig handeln!

Jeden Tag versterben hierzulande ca. 100 Menschen an COPD. Besonders gefährdet sind Patient:innen mit Exazerbationen, da diese das Fortschreiten begünstigen. Bei der Versorgung der Betroffenen hapert es aber noch.

Die Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) ist weltweit die dritthäufigste Todesursache. Der Bedarf einer verbesserten Versorgung ist also hoch. Daher hat die Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) aktualisierte Leitlinien publiziert, die eine optimierte Therapie im Blick haben. Aktuell stütze sich die Diagnose zu sehr auf die Spirometrie, so Prof. Daiana Stolz, Freiburg. Damit bestehe die Gefahr, die frühen Ausprägungen zu übersehen. Eine progrediente Erkrankung könne aber bereits dann zu bleibenden Schäden führen. Unterstützung bei einer früheren Diagnose böten z. B. CT-Scans und weitere Lungenfunktionstests sowie eine stärkere Berücksichtigung der persönlichen Risikofaktoren. Im Praxisalltag werde die Therapie oft erst angepasst, wenn bereits eine Exazerbation aufgetreten ist – mit fatalen Folgen. Man müsse COPD mit der gleichen Denkweise behandeln, wie man es bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen tut, forderte Prof. Frederik Trinkmann, Heidelberg. In der Kardiologie werde auch nicht gewartet, bis die Patient:in einen Herzinfarkt erleidet. Eines der vorrangigen Ziele sei daher die Prävention von Exazerbationen. Beispielsweise sollte bei Patient:innen, bei denen trotz einer dualen Therapie weiterhin Exazerbationen auftreten, eine Eskalation mit Triple-Therapie erfolgen. Auch hinsichtlich der Reduktion des Gesamtmortalitätsrisikos konnten Triple-Therapien vorteilhafte Ergebnisse zeigen. Zudem weisen aktuelle Post-hoc-Daten der ETHOS-Studie darauf hin, dass z. B. eine Budesonid-haltige Triple-Therapie den Zeitraum bis zu einer klinisch bedeutsamen Verschlechterung bei COPD signifikant verlängern kann. Eine rechtzeitige Eskalation auf eine Triple-Therapie könnte somit einen positiven Effekt in Bezug auf die Risikominimierung haben und sich positiv auf den weiteren Krankheitsverlauf auswirken. *id* |

AntonioGuillem - iStockphoto

Roundtable: „COPD – mit Plan und Struktur für eine verbesserte Versorgung", November 2022, AstraZeneca

Allgemeine Schlafstörungen

Was können die Betroffenen selbst tun?

Bei Einschlafproblemen gibt es einige Möglichkeiten für die Patient:innen, selbst aktiv zu werden, um die therapeutischen Maßnahmen zu unterstützen.

Viele Erwerbstätige haben heutzutage Probleme, abends einzuschlafen. Chronischer Schlafmangel erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Erkrankungen, begünstigt außerdem psychische Störungen und steigert das Unfallrisiko. „Guter Schlaf ist das wichtigste Regenerations- und Reparaturprogramm des Menschen", erklärte Günter Weeß, Leiter des Interdisziplinären Schlafzentrums am Pfalzklinikum Klingenmünster und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, bei einem Online-Praxisworkshop. Körperliche, mentale und emotionale Entspannung sind Grundvoraussetzungen für einen guten Schlaf und ausreichende Erholung. Das richtige Umfeld ist dafür essenziell, so der Schlafexperte. Hilfreich ist z. B. ein möglichst abgedunkelter Raum und der spätabendliche Verzicht auf helle Displays zur Unterstützung der Melatonin-Produktion. Eine Raumtemperatur von 20 Grad fördert das natürliche Absenken der Körpertemperatur beim Schlafen. Oft noch unbekannt: To-do-Listen und Tagebücher helfen, kreisende Gedanken zu strukturieren und „abzulegen". Auch feste Rituale sind wichtig, um eine klare Trennung zwischen Alltag und Ruhephase zu schaffen: Atemtechniken und Meditation, ein Buch oder Podcasts, das bewusste Zubereiten und Trinken einer Tasse Tee. Schlaf- und Beruhigungstees wie der Kräutertee Naturruhe z. B. setzen auf natürliche, entspannungsfördernde Inhaltsstoffe. Der Bio-Tee enthält Himbeerblätter, Hopfen und Kamille und kann sich positiv auf die Nachtruhe auswirken: Methylbutenol verleiht dem Hopfen beruhigende Wirkung. Himbeerblätter gelten als reich an Vitamin B und C sowie Mineralstoffen wie Kalium, Magnesium, Phosphor, Eisen und Zink. Polyphenolen wird dabei eine antioxidative Wirkung nachgesagt. Himbeerblätter gelten zudem als natürliches Entspannungsmittel, da sie einen beruhigenden Effekt auf die Muskulatur zeigen sollen. *Verena Schweitzer* |

Rike_ - iStockPhoto

Workshop: „Schlaflose Nächte ade!", November 2021, TeeGschwendner

Muskuloskeletale Verletzungen

Die Rolle von Entzündungsprozessen

nikkytok - iStockphoto

Mit der Rolle von Entzündungsprozessen bei der Regeneration beschäftigten sich Expert:innen im Rahmen eines Symposiums.

„Jede versäumte Minute bei der Erstversorgung kann bei der Regeneration einen zusätzlichen Ausfalltag bedeuten", erklärte Prof. Anja Hirschmüller, u. a. leitende Ärztin des Teams Deutschland Paralympics. Hat sich trotzdem ein Hämatom gebildet, solle man zeitnah unter Ultraschallkontrolle punktieren, so Hirschmüller. Um den Regenerationsprozess zu unterstützen, setzt die Sportmedizinerin auf natürliche Arzneimittel wie Traumeel® S. „Muskel- und Sehnenverletzungen laufen in Phasen ab, die sich gegenseitig beeinflussen." Nach der Degenerationsphase folge die Entzündungs- und Regenerationsphase, die einzelnen Prozesse überlappen dabei. „Entzündungsprozesse prägen sowohl die Akutphase als auch die Heilung", so Hirschmüller. Ging man früher davon aus, die Auflösung einer Entzündung sei ein passiver Prozess, werde sie mittlerweile als aktiv gesteuerter Vorgang verstanden, erklärte Prof. Oliver Werz, Jena. In diesem Kontext rät er davon ab, Entzündungsprozesse durch die längerfristige Gabe von NSAR komplett zu unterdrücken: „Man kann sich eine Entzündung wie einen Wasserrohrbruch vorstellen. Mit NSAR begrenzt man zwar den Schaden – man dreht sozusagen den Hahn ab –, doch steht das Zimmer immer noch unter Wasser. Um den Normalzustand wiederherzustellen, muss man den Raum danach trockenlegen und aufräumen." Ebenso verhalte es sich mit der Wiederherstellung des Gewebegleichgewichts durch die „Inflammation Resolution" (Entzündungsauflösung), die im Anschluss an die Akutphase durch eine Umstellung von proinflammatorischen zu auflösungsfördernden Botenstoffen (SPMs) angestoßen wird. Genau das sei mit NSAR nicht möglich, denn diese können die Bildung von SPMs hemmen, die auch für das Aufräumen verantwortlich sind. Traumeel® wiederum greife an mehreren Stellen des Entzündungsprozesses ein und fördert so auch die Entzündungsauflösung. *sm*

Symposium: „Muskuloskeletale Verletzungen im Breiten- und Leistungssport – Welche Rolle spielt die Entzündung?", Oktober 2022, Heel

Diabetesmanagement

„Grün, gelb, rot" für intuitive Lernprozesse

wWeiss Lichtspiele - iStockphoto

Die Nutzeffekte einer kontinuierlichen Glukosemessung in Echtzeit (rtCGM) gehen über die reine Glukoseüberwachung hinaus. So lassen sich z. B. mithilfe moderner rtCGM-Systeme intuitive Lernprozesse anstoßen.

Kleine Kinder begreifen Zusammenhänge oft erstaunlich schnell. „Woher wissen die das?", fragen sich Erwachsene nicht selten. „Das haben wir ihnen doch gar nicht erklärt." Das ist genau der Punkt: Es gibt Lernprozesse, die sich jenseits logischer Erklärungen vollziehen.

Intuitives Lernen basiert auf Erfahrungen und assoziativem Begreifen im Kontext; es stellt eine sehr effektive, ökonomische Art des Lernens dar. Auch Erwachsene verfügen über diese Fähigkeit. Allerdings wird intuitives Lernen in unserer Gesellschaft, die stark auf rationales Denken ausgerichtet ist, kaum gefördert. Dabei bietet intuitives Lernen viel unausgeschöpftes Potenzial. So hängt z. B. der Erfolg einer Diabetestherapie bekanntlich auch maßgeblich vom Verhalten der Patient:innen ab. Die Nutzung von rtCGM-Systemen kann Menschen mit Diabetes den Einfluss ihres eigenen Verhaltens auf den Stoffwechsel sichtbar machen: Die Nutzer:in sieht, wie sich die Glukosespiegel nach dem Verzehr unterschiedlicher Nahrungsmittel verändern, und kann die Auswirkungen körperlicher Aktivität verfolgen. Ernährung und Bewegung sind mit Blick auf das Selbstmanagement zwei zentrale Themen, denen im Rahmen von Patientenschulungen häufig viel Zeit gewidmet wird. Allerdings können theoretische Erläuterungen allenfalls der Hintergrund sein, vor dem sich Betroffenen die Zusammenhänge erschließen. Letztlich begreifen könnten sie diese erst anhand selbst gemachter Erfahrungen. Intuitives Lernen, wie es durch den neuen Sensor beim Dexcom G7 rtCGM-System ermöglicht wird, kann vor diesem Hintergrund eine ideale Ergänzung zur klassischen Patientenschulung darstellen, so Prof. Dr. Norbert Hermanns, Bad Mergentheim. *sm*

Symposium: „Das neue Dexcom G7 Sensorsystem kann intuitives Lernen fördern", anl. der Diabetes Herbsttagung der DDG, November 2022, DEXCOM

„Neurodermitis? Wen juckt's?"

Stigmatisierende Hautläsionen, quälender Juckreiz und schlaflose Nächte: Atopische Dermatitis (AD) ist mehr als eine Hauterkrankung, die die Lebensqualität der Patient:innen in vielerlei Hinsicht mindern kann. Heute gibt es durch die Zulassung innovativer Systemtherapien mehr Therapieoptionen. So stehen Behandlungsansätze mit unterschiedlichen Wirkmechanismen zur Behandlung der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis zur Verfügung. Allerdings kommt die passende Behandlung bei den Betroffenen oft noch nicht an. Ursache dafür ist u. a., dass Patient:innen mit atopischer Dermatitis in der

Brothers91 - iStockphoto

Vergangenheit „gelernt" haben, ihre Beschwerden aufgrund mangelnder Therapiealternativen hinzunehmen. Die Internetplattform www.neurodermitis-wen-juckts.de setzt genau hier an und möchte Hilfestellung bieten. Mit einem eigenen Neurodermitis-Alltags-Check können betroffene Patient:innen z. B. durch die Beantwortung weniger Fragen identifizieren und visualisieren, in welchen Bereichen des Alltags sie wie stark durch die Beschwerden der AD belastet sind. In einem nächsten Schritt können mit der behandelnden Ärzt:in die individuellen Behandlungsziele und der innere Antrieb zum Erreichen dieser Ziele herausgearbeitet werden. Das kann u. a. ein besserer Schlaf sein, um tagsüber konzentrierter sein zu können. In einem dritten Schritt geht es dann darum, das vorher Ermittelte zusammenzufassen, die durch die AD hervorgerufenen Beschwerden zu dokumentieren und auf diese Weise den nächsten Arztbesuch vorzubereiten.
Betroffene, die diese drei Schritte durchlaufen haben, bekommen zum Schluss die Möglichkeit, die Zusammenfassung als persönlichen Arztbesuch-Planer herunterzuladen und auszudrucken. Damit haben nicht nur die Betroffenen eine valide Gesprächsgrundlage zur Hand, sondern auch die jeweils behandelnden Ärzt:innen einen guten Überblick über die sichtbaren und unsichtbaren Symptome der Erkrankung. Ideale Voraussetzung, um im Arztgespräch über das weitere Vorgehen bei der Therapie der atopischen Dermatitis zu sprechen.

Quelle: AbbVie |

doctors|today Impressum

3. Jahrgang, ISSN 2702-0460

Leserservice: Tel. (0 89) 8 58 53-8 01

Anschrift der Redaktion:
Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 14,
55130 Mainz, Tel. (0 61 31) 960 70 47,
Fax (0 61 31) 960 70 40,
E-Mail: info@kirchheim-verlag.de
Internet: www.doctors.today

Hausärztlicher Beirat: Dr. Marcus Berg, Nieder-Olm; Julia Butz, Mainz; Dr. Jennifer Demmerle, Winnweiler; Dr. Verena Gall, Mommenheim; Dr. Stefanie Lutz, Mainz; Dr. med. Fritz Meyer, Oettingen; Dr. Markus Reinhardt, Koblenz; Dr. Marcel Schorrlepp, Mainz; Dr. Christian Schulze, Winterburg; Dr. Susanne Springborn, Wiesbaden,

Wissenschaftlicher Beirat: Dr. med. Thomas Hausen, Essen; Dr. med. Carsten Isenberg, Straubing; Prof. Dr. med. Ludger Klimek, Wiesbaden; Prof. Dr. med. habil. Martin Konitzer, Schwarmstedt; Dr. med. Andreas Leischker, M.A., Krefeld

Verlag: Verlag Kirchheim + Co GmbH,
Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 14
55130 Mainz, Tel. 0 61 31 / 960 70-0
Fax 0 61 31 / 960 70 70
E-Mail: info@kirchheim-verlag.de
www.kirchheim-verlag.de
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß § 27 a UStG: DE 149055353, Registergericht: HRB 0120
Geschäftsführung: Stephan Maasen
Tel. (0 61 31) 9 60 70 10
Verkaufsleitung: Jens Walther
Tel. (0 61 31) 960 70 21, walther@kirchheim-verlag.de
Anzeigenpreise: Preisliste Nr. 3 vom 09.09.2022
Sonderdrucke: Sandy Hüter
Tel. (0 61 31) 9 60 70 91, hueter@kirchheim-verlag.de
Verantwortlich für den Inhalt: Stephan Maasen

Wirtschaftliche Beteiligungen im Sinne des § 9 Abs. 4 LMG: E. und K. Schlüter.

Externer Datenschutzbeauftragter:
Stefan Jost
E-Mail: Datenschutz@Kirchheim-Verlag.de

Bezugspreis: Jährlich 67,20 €, Einzelpreis 6,50 €; Studentenabonnement 33,60 €, Erscheinungsweise monatlich

Bezug: Cover Service GmbH & Co. KG, Leser-Service Kirchheim-Verlag, Frau Steffi Krawiec, Postfach 1363, 82034 Deisenhofen, Tel: (0 89) 8 58 53-8 01, Fax: (0 89) 8 58 53-8 88, E-Mail: kirchheim@cover-services.de, oder über jede Buchhandlung; Die Kündigung des Abonnements ist jederzeit zur nächsten erreichbaren Ausgabe möglich. Wenn Sie die Zeitschrift „doctors|today" im (rollierenden) Freiversand erhalten, können Sie der Belieferung widersprechen unter: kirchheim@cover-services.de. Die Belieferung endet mit der nächsten erreichbaren Ausgabe. Wir haben Ihre Adressdaten ausschließlich zum Zwecke der Freibelieferung von folgendem Dienstleister bezogen: direkt + online GmbH, München.

Verlagsauslieferung Schweiz:
Hans Huber AG, Länggass-Straße 76,
CH-3000 Bern 9, Fax (0041) 31 300 4500.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Für unverlangt eingesandtes Material keine Haftung. Die in diesem Heft verwendeten Agenturfotos sind mit Models gestellt. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen erfolgen außerhalb der Verantwortung von Redaktion und Verlag. Derartige Angaben sind vom jew. Anwender im Einzelfall auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Redaktionsschluss sechs Wochen vor Erscheinen einer Ausgabe.

Mitgliedschaft in der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern - IVW

WISSEN, WAS ZÄHLT
Geprüfte Auflage
Klare Basis für den Werbemarkt

Druck: westermann DRUCK | pva,
Georg-Westermann-Allee 66,
38104 Braunschweig

Titelbild: Comofoto - stock.adobe.com

Ihre direkten Ansprechpartner:

Dr. med. Vera Seifert
Chefredakteurin
Tel. (0 61 31) 960 70 44
seifert@kirchheim-verlag.de

Dr. Ingolf Dürr
Redakteur
Tel. (0 61 31) 960 70 45
duerr@kirchheim-verlag.de

Sabine Mack
Redakteurin
Tel. (0 61 31) 960 70 48
mack@kirchheim-verlag.de

Yvonne Emard
Redakteurin
Tel. (0 61 31) 960 70 38
emard@kirchheim-verlag.de

Therese Schmude
Redaktionsassistenz
Tel. (0 61 31) 960 70 26
schmude@kirchheim-verlag.de

Michael Krotwaart
Mediaberatung / Objektbetreuung
Tel. (0 61 33) 708 99 70
Mobil (0 178) 214 05 56
krotwaart@kirchheim-verlag.de

Mareike Horch
Layout
Tel. (0 61 31) 960 70 33
horch@kirchheim-verlag.de

Ulrika Henninger
Layout
Tel. (0 61 31) 960 70 15
henninger@kirchheim-verlag.de

Update aus der Schlaftherapie

„Es gibt viele chronische Schlafpatienten, die einer medikamentösen Behandlung bedürfen“, betonte Prof. Ingo Fietze, Vorsitzender der Deutschen Stiftung Schlaf beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin 2022. Für Eszopiclon liegen in diesem Kontext Studiendaten über sechs Monate vor, die deutliche Effekte auf die Verbesserung der Schlafqualität bei einem sehr guten Sicherheitsprofil belegen. In einer Studie verbesserten sich unter dem Wirkstoff die wichtigsten Schlafparameter wie Schlaflatenz (Einschlafzeit), Wachzeit nach Schlafbeginn (Schlafunterbrechungen) und Gesamtschlafzeit signifikant. Auch Tagesparameter wie Aufmerksamkeit, Funktionsfähigkeit und das körperliche Wohlbefinden konnten signifikant

nambitomo - iStockphoto

gesteigert werden. Bei Eszopiclon handelt es sich um das S-Enantiomer und den pharmakologisch aktiven Teil von Zopiclon. „Viele Arzneimittel, so auch das Zopiclon, liegen als sogenannte Racemate vor. Das heißt, sie bestehen zu gleichen Teilen aus einem R- und einem S-Enantiomer“, so Dr. Wolfgang Baumann von Herstellerseite. In den meisten Fällen ist nur eines der beiden Enantiomere für die Wirkung bedeutend. Die andere Form zeichnet eher für die Nebenwirkungen verantwortlich. Heutzutage gelinge es dank moderner enantioselektiver Synthesemethoden, reines Eszopiclon direkt herzustellen, wodurch sich die Therapiequalität verbessert. Eszopiclon ist unter dem Handelsnamen Lunivia® verfügbar. Die Therapie ist bei chron. Schlafstörungen bis zu sechs Monate zugelassen.

Quelle: HENNIG ARZNEIMITTEL

Neu im Asthma-Portfolio

ALIOUI Mohammed Elamine - iStockphoto

Eines der entscheidenden Ziele der Asthmatherapie laut Leitlinie ist die Kontrolle des Asthmas. Nicht nur Symptome, auch künftige Risiken wie u. a. akute und chronische Krankheitserscheinungen, Nebenwirkungen der Medikation oder persistierende Atemwegseinschränkungen sollen dabei minimiert werden. Mit RELVAR® erweitern sich nun die Behandlungsoptionen in der Langzeittherapie des Asthma bronchiale. Die Wirkstoffe Fluticasonfuroat und Vilanterol (FF/VI) stehen im patientenfreundlichen ELLIPTA®-Device in zwei Wirkstärken zur Verfügung (92/22 µg und 184/22 µg FF/VI). Dank der 24-h-Wirkung reicht eine einmal tägliche Gabe - entsprechend dem Ziel einer medizinischen Asthmatherapie -, den Status eines kontrollierten Asthmas nach dem Prinzip „so viel wie nötig, jedoch so wenig wie möglich“ zu erreichen.

Der ELLIPTA® Inhalator zeichnet sich durch Anwenderfreundlichkeit und daraus resultierende Patientenpräferenz aus. Eine Real-Life-Studie dokumentiert: 25 % mehr Patient:innen konnten mit dem Device ihre Asthmakontrolle verbessern gegenüber Standardtherapien aus ICS/LABA (bestehend aus u. a. Beclometason-Dipropionat/Formoterol, Budesonid/Formoterol, Fluticason-Propionat/Salmeterol). RELVAR® ELLIPTA® ist angezeigt für die regelmäßige Behandlung von Asthma bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren, bei denen ein Kombinationspräparat (langwirksamer Beta2-Agonist und inhalatives Kortikosteroid) angezeigt ist.

Quelle: Berlin-Chemie

Fehlversorgung bei Schmerzen vermeiden

Bis zu 27 % der Menschen in Deutschland leiden an chronischen Schmerzen. Nach Daten der BARMER Krankenkasse hat fast die Hälfte aller Versicherten (46,2 %) zumindest eine Diagnose mit direktem Schmerzbezug. Am häufigsten klagen die Betroffenen über Rückenschmerzen, Bauch- und Beckenschmerzen, Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen und Migräne. „Das persönliche Leiden bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen steigt vor allem mit zunehmendem Alter erheblich, häufig kommen psychische Beeinträchtigungen hinzu“, erklärte Professor Dr. med. Winfried Meißner, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., auf dem Deutschen Schmerzkongress 2023. Diese Entwicklung sei mit großen Herausforderungen und explodierenden Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Schmerzgesellschaft mit der BARMER und 28 Partnerkliniken das Projekt PAIN 2020 entwickelt - eine gezielte Verbesserung der Schmerzversorgung, gerade für noch nicht chronifizierte Patient:innen. Diese neue Versorgungsform besteht im Kern in einer frühzeitigen, umfassenden interdisziplinären Untersuchung durch ein Team aus erfahrenen ärztlichen, psychologischen und physiotherapeutischen Mitarbeitenden. Diese drei Berufsgruppen stellen nach einem ausführlichen persönlichen Kontakt mit dem Betroffenen gemeinsam eine Diagnose und erarbeiten individuell angepasste Therapiestrategien. Der Beitritt weiterer Kassen ist geplant, fortlaufend kommen neue Zentren hinzu.

Cecilie_Arcurs - iStockphoto

Quelle: Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Nachsorge bei aktinischen Keratosen

alvarez - iStockphoto

Ursächlich für die Entstehung aktinischer Keratosen - einer Vorstufe des Plattenepithelkarzinoms - ist die Exposition gegenüber UV-Licht. „Die Zunahme an Hautkrebserkrankungen in Deutschland um fast 10 % pro Jahr steht auch im Zusammenhang mit einer durch den Klimawandel vermehrten Intensität der UV-Strahlung“, brachte es Prof. Dr. med. Malte John, stellvertretender Klinikdirektor der Klinik für Dermatologie und Allergologie in Aachen, bei einer Pressekonferenz im Rahmen des Kongresses Spektrum Dermatologie auf den Punkt. Zur Therapie von aktinischen Keratosen kommen häufig ablative Laser - z. B. CO2- oder Er:YAG-Laser (Erbium:Yttrium-Aluminium-Granat-Laser) - zum Einsatz. Um die Abheilung der durch den Laser entstandenen Wunden zu optimieren und Komplikationen zu vermeiden, sei eine adäquate Nachsorge wichtig, so Prof. Dr. John. Zu den in der S2K-Leitlinie zur Lasertherapie wichtigen Nachsorgeoptionen bei aktinischen Keratosen gehöre die Anwendung eines Dexpanthenol-haltigen Externums. In einer klinischen Studie konnte für die Dexpanthenol-haltige Bepanthen® Wund- und Heilsalbe gezeigt werden, dass sie zu einem signifikant schnelleren Wundverschluss führt als Vaseline, insbesondere in der ersten Phase der Wundheilung (Tag 1-5). Auch auf das kosmetische Ergebnis hatte die Wund- und Heilsalbe in der postoperativen Wundversorgung einen positiven Einfluss.

Quelle: Bayer

Falsche Wahrnehmung über die Sozialen Medien

In den Sozialen Medien sind in letzter Zeit Berichte über Prominente erschienen, die Wegovy® nutzen, um schlank zu werden. Diese Veröffentlichungen können zu der falschen Wahrnehmung führen, dass Wegovy® ein Lifestyle-Präparat sei. Richtig ist jedoch, dass es sich dabei um ein verschreibungspflichtiges Medikament zur Behandlung der chronischen Erkrankung Adipositas handelt. Zugelassen ist der GLP-1-Rezeptoragonist Wegovy® (Semaglutid 2,4 mg) seit Januar 2022 von der EU-Kommission für die Gewichtsregulierung, einschließlich Gewichtsabnahme und -erhaltung, als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Ernährung und erhöhter körperlicher Aktivität bei Erwachsenen mit Übergewicht (BMI ≥ 27 kg/qm) und mindestens einer gewichtsbezogenen Komorbidität bzw. mit Adipositas (BMI ≥ 30 kg/qm). Wegovy® enthält 2,4 mg des Wirkstoffs Semaglutid pro Dosis als Erhaltungsdosis. Im Unterschied dazu ist Ozempic®, das denselben Wirkstoff beinhaltet, zur Therapie des unzureichend kontrollierten Typ-2-Diabetes bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität zugelassen, als Monotherapie bei Metformin-Kontraindikation oder Unverträglichkeit sowie zusätzlich zu anderen Arzneimitteln bei der Behandlung des Diabetes mellitus.

Die Zulassung von Wegovy® basiert auf Ergebnissen des klinischen Phase-IIIa-Studienprogramms STEP (Semaglutide Treatment Effect in People with Obesity), an dem weltweit 4.500 Menschen mit Adipositas bzw. Übergewicht teilgenommen haben.

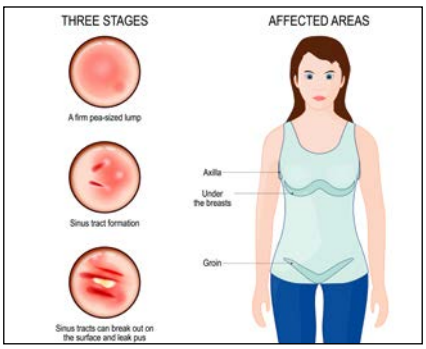
puhimec - iStockphoto

Quelle: Dr. Schär

Acne inversa: Symptome erkennen & Diagnose sichern

Hidradenitis suppurativa (HS), auch Acne inversa genannt, ist eine chronisch-entzündliche Systemerkrankung, die sich zunächst auf der Haut zeigt, aber den ganzen Körper betrifft. Obwohl die Erkrankung oft schon in der Pubertät auftritt, kann die Diagnose bis zu zehn Jahre dauern, wobei eine späte Diagnose mit einem fortgeschrittenen Erkrankungsgrad assoziiert ist. Hausärzt:innen spielen eine entscheidende Rolle dabei, die Symptome frühzeitig zu erkennen und Patient:innen entsprechend zu überweisen. Somit kann die korrekte Diagnose zeitnah gesichert werden.

Die Diagnose basiert auf drei wesentlichen Aspekten: Art der Läsionen, deren Lokalisation und ob sie rezidivierend sind. HS manifestiert sich durch schmerzhafte entzündliche Knoten, die mit Fortschritt der Erkrankung zu Abszessen und Fistelbildung führen können. Durch die Schädigung des Hautgewebes kann langfristig eine starke Narbenbildung entstehen. Die Läsionen treten meist im Bereich der Achseln, der Leiste, im Anogenitalbereich sowie dem Unterbrustbereich bei Frauen auf.



ttsz - iStockphoto

Für die Feststellung des Schweregrades werden zunächst die betroffenen Körperstellen mit einer Blickdiagnose untersucht. Darüber hinaus kann eine familiäre Prädisposition ermittelt werden. Um eine ganzheitliche Diagnose zu ermöglichen, sind eine Blutuntersuchung sowie ein Abstrich sinnvoll für den Ausschluss einer bakteriellen Superinfektion. Zur Absicherung der Diagnose sollten Differenzialdiagnosen wie Acne vulgaris, Follikulitis und Furunkulose ausgeschlossen werden.

Quelle: Novartis

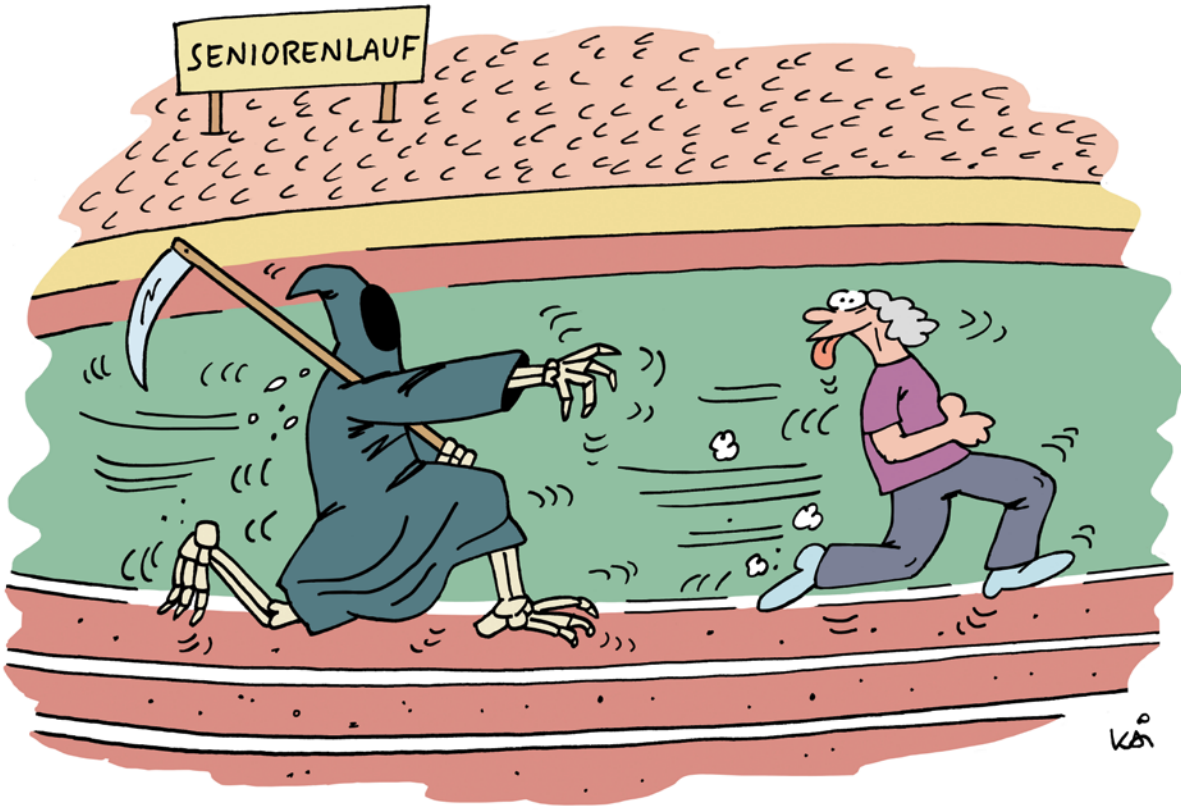


Illustration: Kai Felmy

JE OLLER, DESTO DOLLER

Als sich mein 90-jähriger Lieblingsonkel vor wenigen Monaten abrupt in die Ewigkeit verabschiedete, war das angesichts seines Alters für mich nicht unerwartet, aber dennoch überraschend. Schließlich hatte er noch vierzehn Tage zuvor sein jahrzehntelang betriebenes Schwimmtraining im Hallenbad absolviert, und das bei offensichtlichem Wohlbefinden. Und Onkelchen war da keine Ausnahme. Eine unserer ältesten Patientinnen der Praxis war bis vor einem Jahr täglich mit dem Fahrrad unterwegs, bis sie plötzlich wegen einer kardialen Synkope bei großer Sommerhitze ohnmächtig vom Drahtesel fiel. Jetzt wird ihr Herz elektronisch gestützt und seitdem sehe ich sie mit ihren 94 Jahren Tag für Tag unterwegs in Oettingen, quietschfidel wie immer. Eine andere, fast gleichaltrige Seniorin war lebenslang bei jedem Wetter als Zeitungszustellerin schon frühmorgens mindestens zwei Stunden zu Fuß unterwegs. Niemals habe ich erlebt, dass sie mit dem Auto in die Praxis gebracht worden wäre. Bis zu ihrem versorgungsbedingten Einzug in ein Seniorenheim ist sie auch als Neunzigjährige immer noch mit dem Fahrrad sechs Kilometer von ihrem Dorf in die Stadt gekommen, mitunter mehrfach täglich, auch mit vollen Einkaufstüten und natürlich hin und zurück. Neunzig scheint das neue siebzig zu sein, auch bei Normalverbrauchern. Wettbewerbsorientierte Sportsenioren legen da gerne noch mal eine Scheibe auf.

Ein Blick in die letzten Ergebnislisten der Deutschen Leichtathletik-Seniorenmeisterschaften lässt auch Jüngere alt erscheinen. Beim 100-Meter-Finalsprint der 80-Jährigen lieferte der Gewinner eine Zeit ab, die ich als Abiturient nur knapp überboten hätte. Und der olympische Gedanke des „citius, altius, fortius“ treibt noch tollere Blüten. Die nach 70 Jahren Ehe verwitwete, pensionierte Lehrerin Julia Hawkins, genannt „Hurricane“, durchbrauste die 100 Meter Distanz im November 2021 bei den US-amerikanischen Senior Games zwar „nur“ in 1:02:95 min, war damals aber schon über 105 Jahre alt. Natürlich darf man diese Zeit nicht an dem noch gültigen Frauenweltrekord von 1988 messen. Ihn hatte seinerzeit Florence Griffith-Joyner aufgestellt, die mit ihrem atemberaubenden Laufstil, ewig langen Fingernägeln und knallenggrellen Outfits die Blicke auf sich zog. Die 10,49 Sekunden der damals 29-Jährigen scheinen zwar für die Ewigkeit gemacht, aber „Hurricane“ war bei ihrem Rekord immerhin fast dreieinhalbmal so alt. Einer Pressemeldung zufolge ist Julia Hawkins noch nicht am Ende: „I wanted to do it in less than a minute ... The older you get, the more passions you ought to have.” Leidenschaft heißt also ihr Doping. Na denn: je oller, desto doller!

Das meint Ihr

michelangeloop - stock.adobe.com

Intuitives Bogenschießen für die Hausarztpraxis

Mein Bogen, mein Pfeil und ich

Lebensumstände und Arbeitswelt können in der modernen Industriegesellschaft krank machen und zu Symptomen führen wie Unruhe, Rastlosigkeit oder Schlafstörungen. Diese müssen von Hausärzt:innen als ernsthafte Gesundheitsgefährdungen wahrgenommen und patientengerechte Behandlungsoptionen entwickelt werden. Das intuitive Bogenschießen könnte hier als wirksame Maßnahme in der psychosomatischen hausärztlichen Grundversorgung etabliert werden, wie die Autor:innen des nachfolgenden Beitrags nun wissenschaftlich belegen können.

Es war ein Indianerbogen aus der Jugendzeit, der für den Erstautor vor Jahren der Anlass war, sich näher mit Pfeil und Bogen zu beschäftigen und bei einem professionellen Bogenlehrer das intuitive Bogenschießen zu erlernen. Schon während der ersten Übungseinheiten entstand der Eindruck, dass dieses ursprüngliche Bogenschießen aus dem „Bauchgefühl“ heraus und mit Bögen ohne Hilfseinrichtungen ungeteiltes ganzheitliches Erleben bei gleichzeitiger aktiver Entspannung ermöglicht und deshalb im medizinisch-psychologisch-pädagogischen Bereich zum Einsatz kommen könnte [1, 2].

Erfolgreicher Feldversuch

Vor einer Weitergabe dieser positiven Selbsterfahrung an Interessierte und Patient:innen waren verschiedene Vorbereitungen erforderlich. Einerseits musste für die Vermittlung des intuitiven Bogenschießens eine deutlich strukturierte, gut lehrbare und leicht erlernbare, ideologiefreie und problemlos wiederholbare Form entwickelt werden. Andererseits waren geeignete Rahmenbedingungen (Organisation von Raum und Equipment, didaktisch passende Gruppengrößen, Patientenrekrutierung) zu evaluieren und herzustellen. Im Jahr 2017 wurde dann mit

der Durchführung von Gruppenkursen in eigener Regie begonnen. doctors today berichtete [3] über diesen innovativen Feldversuch im Rahmen einer hausärztlichen Praxis bereits 2021. Im Verlauf zeigte sich, dass Kurszuspruch und Patientenzufriedenheit außerordentlich groß waren. So entstand der Anspruch, diese subjektiv gefühlten positiven Aspekte des intuitiven Bogenschießens nach Möglichkeit qualitativ und quantitativ korrekt zu erfassen und zu dokumentieren. Letztlich stand auch die Überlegung dahinter, dieses Verfahren bei Eignung als additives Verfahren im hausärztlich-psychosomatischen Therapieinventar zu etablieren.

dem selbstbewussten Aufrichten des Körpers und Orientierung durch Augenkontakt mit dem Ziel wird der Bogen angehoben, bis der Bogenarm intuitiv die richtige Stellung im Verhältnis zum Ziel erreicht hat. Jetzt zieht die Schützin bzw. der Schütze die angespannte Sehne mit dem Pfeil kraftvoll zum „Anker", einem stabilen Ruhepunkt im Gesicht. Nach einem Moment des Innehaltens wird der Pfeil dann gelöst, wenn der Körper signalisiert, „jetzt trifft der Pfeil". Mit dem Einschlag auf der Scheibe kommt es zu einer Entspannung des gesamten Körpers bei gleichzeitiger Verinnerlichung der beim Schießvorgang wahrgenommenen Erfahrungen (Details siehe [3].

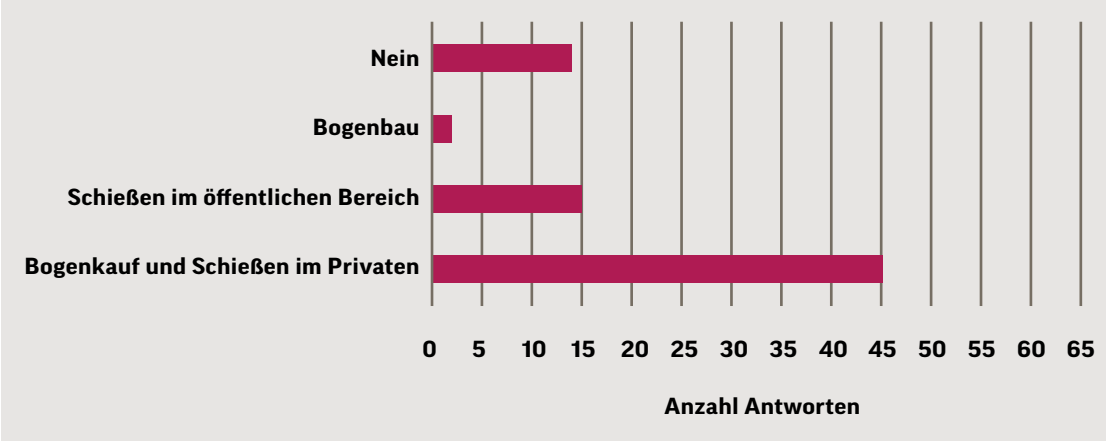


Abb. 1: Bachelorarbeit L. Eipel: Haben Sie das Bogenschießen nach den 4 Übungseinheiten noch weiterverfolgt? Wenn ja, in welcher Weise? [4]

Körperliche Bewegung und psychisches Befinden im Auge behalten

Vor dem Hintergrund verschiedenster Bogenschulen musste zunächst ein leicht erlernbarer, strukturierter, sportlich korrekter Bewegungsablauf erarbeitet werden, der in wenigen Übungseinheiten von Patient:innen jeder Altersklasse und in jedem Trainingszustand erlernt werden kann. Außerdem sollten das Zusammenwirken von Seele, Geist und Körper sowie die beim intuitiven Bogenschießen entstehenden Metaphern und Assoziationen leicht verständlich und ideologiefrei darstellbar sein. Diese Anforderungen sind erfüllbar, wenn man bei der Vermittlung des Schussablaufes nicht nur die körperlichen Bewegungsmuster, sondern gleichzeitig auch die dem Umgang mit Pfeil und Bogen anhaftenden psychischen Befindlichkeiten im Auge hat.

So belegt der in Einzelschritte zerlegte Schussablauf eindrücklich die Ganzheitlichkeit des intuitiven Bogenschießens: Nach der Einnahme eines stabilen, selbstsicheren Standes in Ausrichtung zum Ziel folgt das achtsame Einlegen des Pfeils in den Bogen. In Verbindung mit einem tiefen Atemzug entsteht bereits jetzt eine während des ganzen Schießvorganges anhaltende Ruhetönung mit Konzentration auf das Hier und Jetzt. Nach

Zur Evaluierung des Verfahrens wurden die von Oktober 2017 bis November 2021 durchgeführten siebzehn Kurse mit insgesamt 132 Teilnehmer:innen und Patient:innen analysiert. Jeder Kurs bestand aus vier neunzigminütigen Übungseinheiten in wöchentlichem Abstand, organisatorisch erfolgte die Anbindung an ein kommerzielles Bogensportfachgeschäft mit einer Bogenhalle und einer Scheibendistanz von 10 - 12 Metern. Anfängergerechte einfache Recurvebögen ohne Hilfsmittel (Zuggewicht 12 - 20 engl. lbs) standen leihweise durch das Bogensportgeschäft zur Verfügung, die Kosten hierfür waren in der Kursgebühr inkludiert.

> Der Schießvorgang ermöglicht die Konzentration auf das Hier und Jetzt.

Die Ausschreibung der Kurse erfolgte unter Hinweis auf die Schwerpunkte des ganzheitlichen Erlebens und der aktiven Entspannung einerseits über die regionalen Volkshochschulen. Andererseits wurden etliche Patient:innen im Rahmen der Sprechstunde und bei gegebenem Anlass direkt durch die Ärzte (Th. Meyer, F. Meyer) rekrutiert, einzelne Teilnehmer:innen kontaktierten auch von sich aus das Bogenfachgeschäft.

LINK

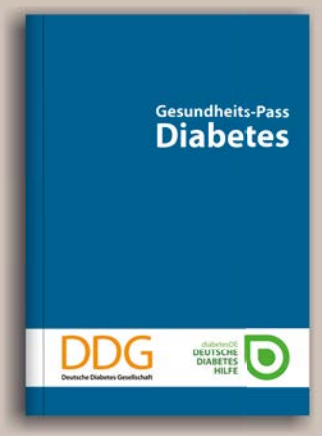
Artikel zum Thema unter: https://bit.ly/3ja2M8w

Selbstsicherheit, Achtsamkeit und innere Ruhe werden gefördert

Die Erfahrungen der Kursteilnehmer:innen wurden strukturiert als überwiegend retrospektive Querschnittuntersuchung nach dem Mixed-Methods-Design mit Durchführung einer qualitativen sowie quantitativen Datenanalyse im Rahmen zweier Bachelorarbeiten (L. Eipel, D. Jakobi) erhoben, betreut durch H. Streicher vom Institut für Gesundheitssport und Public Health der Sportwissenschaftlichen Fakultät der Universität Leipzig. Die Analyse stützte sich dabei auf wissenschaftlich fundierte Fragebögen, die von Th. Meyer, E. Meyer, L. Eipel, D. Jakobi und H. Streicher entworfen worden waren. Die Fragebögen enthielten sowohl teilstandardisierte wie vollstandardisierte Items. Der ausgedruckte Fragebogen musste von den Teilnehmer:innen handschriftlich ausgefüllt werden. Nach persönlicher oder telefonischer Vorankündigung wurden dann die Fragebögen mit einem frankierten Rückkuvert an alle Kursteilnehmer:innen ausgegeben oder postalisch versandt. Nach Auswertung der Fragebögen wurde in beiden Arbeiten [4, 5] als Kernaussage und nahezu übereinstimmend festgestellt, dass intuitives Bogenschießen Patient:innen und Teilnehmer:innen aktive Entspannung und individuelles ganzheitliches Erleben mit der entwickelten Methodik und Durchführung ermöglicht. Aufgeschlüsselt nach einzelnen Aspekten finden sich beispielsweise im Fragebogen Teil B von Eipel [4] in der so wesentlichen Verknüpfung von Bewegungsabläufen mit der Wahrnehmung von Gefühlen und Zuständen sehr hohe Zustimmungswerte in den Bereichen Selbstsicherheit (85 %), innere Ruhe (92 % bzw. 89 %), Achtsamkeit (92 %), Entspannung (88 %) und Distanzierung von der Hektik des Alltags (92 %). Als weiteres Indiz der guten Response (Abb. 1) kann auch gewertet werden, dass 78 % aller Kursteilnehmer:innen diesen Sport auch nach dem eigentlichen Kurs weiterverfolgen [4]. Von diesen haben sich 88 % einen eigenen Bogen zugelegt und/oder sich in ihrem privaten Bereich eine Schießmöglichkeit eingerichtet (Abb. 2). 29 % gehen zum Bogen-

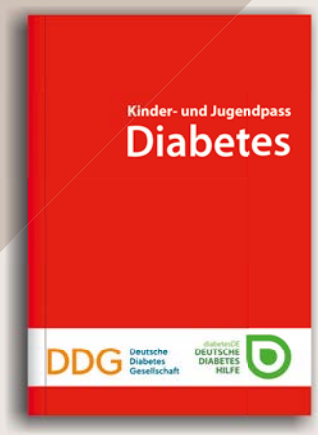
Die Analyse erfolgte mit wissenschaftlich fundierten Fragebögen.

Lemonsoup14 - stock.adobe.com



Gesundheits-Pass Diabetes
3,00 €, KI 43974
(Staffelpreise ab 50 Expl. 2,50 €, ab 100 Expl. 1,90 €, ab 200 Expl. 1,70 €)

Gesundheits-Pass Diabetes
(türkisch (KI 43978), arabisch (KI 43989), russisch (KI 43990) und englisch (KI 43991) – jeweils mit deutscher Übersetzung)
3,80 €, KI 43978, (Staffelpreise ab 50 Expl. 3,60 €, ab 100 Expl. 3,30 €)



Kinder- und Jugendpass Diabetes
3,00 €, KI 43975
(Staffelpreise ab 50 Expl. 2,60 €, ab 100 Expl. 2,20 €)

PASS(T) FÜR ALLE.

www.kirchheim-shop.de
Oder per Telefon, Fax oder E-Mail bei:
Stuttgarter Verlagskontor SVK GmbH
... und überall im Buchhandel

Tel. 07 11 / 66 72-14 83
Fax 07 11 / 66 72-19 74
E-Mail: kirchheim@svk-service.de

KIRCHHEIM

22_0050

Dr. Thomas Meyer

Abb. 2: Privat organisierter Schießplatz eines Teilnehmers mit Linkshänderbogen im Außenbereich seines Hauses. Um das bei Sportbogenschützen übliche „Ringe zählen" zu vermeiden und den Bewegungsablauf in den Vordergrund zu stellen, wurde idealerweise in den bisherigen Kursen eine „Feldbogenscheibe" verwendet. Sie weist vor schwarzem Hintergrund nur eine einzige zentrale Markierung auf und erleichtert bei weniger Ablenkungsmöglichkeiten die Fokussierung auf das Ziel.

schießen in öffentliche Anlagen, besuchten 3D-Parcours oder sind einem Verein beigetreten. Zwei Personen gaben sogar an, einen Kurs zum Bauen von Bögen und Pfeilen besucht zu haben.

Während erfahrungsgemäß in Kursen für Autogenes Training oder Yoga Frauen schwerpunktmäßig anzutreffen sind [6, 7], zeigte sich als bisher noch nicht bewerteter Nebeneffekt, dass im Unterschied zu bekannten üblichen Entspannungsverfahren etwa die Hälfte aller Kursteilnehmer:innen männlich sind und dabei wenigstens genauso engagiert und interessiert waren wie ihre Bogenkameradinnen. Dieser Gesichtspunkt sollte vor allem unter dem Aspekt einer möglichen psychosomatischen Hilfestellung für Männer in der hausärztlichen Praxis Beachtung verdienen.

Ganzheitliches Erleben und aktive Entspannung

Die Befragungsergebnisse beider Arbeiten [4, 5] unterstreichen die individuelle Möglichkeit ganzheitlichen Erlebens und aktiver Entspannung beim intuitiven Bogenschießen. Fundamental wichtig ist es, die Schütz:innen von Anfang an auf das Einüben eines immer gleichen Bewegungsablaufes hinzuweisen. Nur so können die mit den Bewegungsmustern verknüpfbaren Gefühle, Assoziationen und Bilder für sich individuell empfunden und bewertet werden. Während beispielsweise für den einen Teilnehmer der feste und aufrechte Stand in Verbindung mit sich entwickelndem Selbstvertrauen und Selbstsicherheit wichtig ist, sieht eine andere Teilnehmerin für sich den größten Nutzen in der bewussten Wahrnehmung von innerer Ruhe und Entspannung etwa beim tiefen Ein- und wieder Ausatmen. Das Einlegen des Pfeils in den Bogen weist die Schütz:innen bei jeder Schussabgabe nicht nur auf die Achtsamkeit im Umgang mit Pfeil und Bogen, sondern auch auf Fürsorge mit sich selbst hin. Festhalten und rechtzeitiges Loslassen eines Pfeils müssen nicht nur beim Bogenschießen im richtigen Verhältnis zueinander stehen, sondern können auch als Metapher für das „wahre Leben" verstanden werden. Der Bewegungsablauf allein bietet zahlreiche weitere Interpretationsmöglichkeiten, wobei die vier Übungseinheiten und die dabei erlebte Gruppendynamik erfahrungsgemäß schon bald bei den meisten Teilnehmer:innen zumindest während der Kurszusammenkünfte zu einer spürbaren Distanzierung von der Hektik des Alltags führen.

Ausblick

Im intuitiven Umgang mit Pfeil und Bogen erleben Interessierte, dass auch der moderne Mensch seinen körperlichen, seelischen und geistigen Fähigkeiten vertrauen kann. Das im intuitiven Bogenschießen breit angelegte bio-psycho-soziale Angebot kann nach Meinung der Autor:innen mit relativ geringem Aufwand in strukturierter Form vermittelt und in die psychosomatische Grundversorgung hausärztlicher Patient:innen eingebaut werden. Für die nähere Zukunft ist geplant, das intuitive Bogenschießen als therapeutische Option für Hausärzt:innen als Kursangebot bei hausärztlichen Kongressen oder Fortbildungen (etwa der practica in Bad Orb) vorzustellen und so zu einer weiteren therapeutischen Option für psychosomatisch interessierte Hausärzt:innen beizutragen. |

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.doctors.today

privat

AUTOR:INNEN

Dr. med. Thomas Meyer
FA für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Sportmedizin
E-Mail dr.med.thomas-meyer@gmx.de
86732 Oettingen

Dr. med. Elisabeth Meyer
M. Sc. (Psychologie),
Laura Eipel, B. A. &
Dominik Jakobi, B.A. (Sportwissenschaften),
Dr. phil. Heike Streicher
Dr. med. Fritz Meyer

INTERESSENKONFLIKTE:
Die Autor:innen haben keine deklariert

Jetzt bestellen

DIGITAL – FLEXIBEL – AKTUELL

Die Diabetes Schulungs-Lounge

Bundle Typ-1-Diabetes*

Bundle Typ-2-Diabetes*

Sie finden auf einen Blick alles, was Sie für Ihre erfolgreiche Diabetesschulung benötigen: Vom schnellen Download der aktuellen Schulungsmaterialien bis hin zu umfangreichen Informationen und Praxistipps für Ihren Schulungsalltag.

Zum Preis von 149,- Euro** erhalten Sie Zugriff auf Ihr digitales Programmpaket inklusive vorteilhafter Bonusangebote.

Wir beraten Sie gerne unter:
info@diabetes-schulungs-lounge.de
Tel.: 06131 – 960 70 - 0

** je Bundle pro Jahr, Mindestlaufzeit 3 Jahre

www.diabetes-schulungs-lounge.de

KIRCHHEIM

In Kooperation mit:
FIDAM
FORSCHUNGSINSTITUT DIABETES

DIABETES
SCHULUNGS-LOUNGE

* Alle anderen gedruckten Materialien sind weiterhin erhältlich und Grundlage für die Schulungen

127.0008 Jacek Kita - adobe.stock.com

Ganzheitliche Kommunikation
für Fachpublikum und Patienten

BLOOD SUGAR LOUNGE · diabetologie-online · doctors today · DiabetesNews · barcamp · diabetes-online · DIABETES SCHULUNGS-LOUNGE · Diabetes Journal · Diabetes Stoffwechsel und Herz · Diabetes Forum · CME

Foto: strixcode - stock.adobe.com

Das gesamte Kirchheim-Portfolio finden Sie hier:

www.kirchheim-verlag.de KIRCHHEIM **www.kirchheim-shop.de**

20.0040