

Berufsverband Niedergelassener Chirurgen

KONGRESSTICKER

8. Bundeskongress der niedergelassenen Chirurgen vom 3. bis 5. März 2006 in Nürnberg

Verletzungen im Kindesalter: Zu jeder Fraktur gehört eine Wachstumsprognose

Kleine Patienten brauchen eine Therapie ohne großen Aufwand und wollen rasch mobil sein

Beinvenenthrombose: Sonographie hat Phlebographie als Goldstandard abgelöst

Die ambulante Therapie der Beinvenenthrombose ist möglich, setzt aber viel Erfahrung voraus

Neues Vertragsarztrecht: Wettbewerbsvorteil für Kooperationen in iV oder MVZ

Chance auf Mehreinnahmen jenseits von Budgets und auf Werterhalt der vertragsärztlichen Praxis



Prof. Dr. Lutz von Laer, Kinderchirurg aus Basel

Von Laer: Schmerzempfinden als Hauptkriterium der Therapie

Der zweite Kongresstag begann mit einer Sitzung zum Umgang mit typischen Verletzungen im Kindesalter. Prof. Dr. Lutz von Laer berichtete über die Versorgung von Frakturen der oberen Extremitäten: „Der wichtigste Unterschied zur Frakturbehandlung beim Erwachsenen liegt darin, dass Kinder noch wachsen und dass sie nicht vernünftig sind.“ Beides gelte es bei der Therapie zu berücksichtigen: „Zu jeder Fraktur gehört deshalb eine Wachstumsprognose.“ Mit einem Fehlwachstum sei bei fugennahen Frakturen oder bei Verletzung der Epiphyse zu rechnen, hier seien die oberen Extremitäten in fünf und die unteren Extremitäten in etwa 30 Prozent der Fälle betroffen. Das individuelle Schmerzempfinden des Kindes müsse oberstes Kriterium für die Therapiewahl sein, dem gegebenenfalls sogar mehr Glauben als einem Röntgenbild zu schenken sei: „Schmerzen sind der beste Indikator für eine Epiphysenlösung, auch wenn diese nicht radiologisch sichtbar ist“, erklärte von Laer.

Aus Sicht des kleinen Patienten sei es oberstes Therapieziel, nach einer Fraktur möglichst rasch Schmerzfreiheit und rasche Mobilität wiederherzustellen. Kind wie Eltern wünschten eine ambulante Therapie

mit möglichst geringer Belastung, wenig Komplikationen und ohne funktionelle oder kosmetische Deformitäten. Diese Ziele ließen sich entweder mit einer konservativen Therapie durch Integration der Spontankorrektur oder durch eine operative Therapie durch Reposition, intramedulläre Nagelung und eine bewegungsstabile Fixation erreichen. Von Laer empfahl, primär instabile Unterarmfrakturen grundsätzlich zu operieren, allerdings habe der Operateur wegen der noch offenen Fugen nur eingeschränkte Möglichkeiten zur Fixierung und müsse beispielsweise auf Kondylenplatten verzichten. Wichtig sei es daher, hierfür eine Methode gut zu beherrschen und diese dann bei entsprechender Indikation routinemäßig einzusetzen.

Referent: Prof. Lutz von Laer, Basel

Eichhorn: Stellenwert der Arthroskopie des Kniegelenks

Drei Hauptbeschwerdebilder sind es, die nach Ansicht von Dr. Jürgen Eichhorn als problematische Indikationen zur Arthrokopie gelten müssen: die Arthrose, der vordere Knieschmerz und Gelenkergüsse. Als Algorithmus zur Therapie der Arthrose empfahl Eichhorn zunächst die Tissue Resonance, gefolgt von Mosaikplastik, autologer Chondrozytentransplantation (ACT), die oft mit einer Achskorrektur verbunden werde, und erst in letzter Instanz die Endoprothetik. „Es ist wichtig, im Auge zu behalten, dass wir nicht arthroskopische oder radiologische Diagnosen therapieren, sondern die Lebensqualität des Patienten verbessern sollen“, erinnerte Eichhorn.

Insbesondere beim Knieschmerz gelte es, immer den ganzen Patienten zu sehen: So wiesen absteigende Schmerzen häufig auf Probleme im Bereich der Lendenwirbelsäule hin, während aufsteigende Knieschmerzen oft von einem veränderten Gangbild aufgrund eines Hallux valgus oder rigidus her-

rührten. In diesen Fällen helfe eine symptomatisch ausgerichtete Knie-Arthroskopie nicht weiter. Als vermeidbares Problem bezeichnete Eichhorn Kniegelenksergüsse in Folge einer Arthroskopie: „Als ambulanter Operateur sollte man sich vor dem Eingriff überlegen, ob man in der Lage ist, einen entdeckten Defekt auch zu reparieren. Es muss gelten: Wer ins Knie reinschaut, muss es auch fertig machen!“ Bei einer korrekten und zurückhaltenden Indikationsstellung sei die Arthroskopie jedoch für die Behandlung von Knieproblemen unersetzlich.

Referent: Dr. Jürgen Eichhorn, Straubing

Fortbildung: Startschuss für die CME.BNC Akademie

Als neuen und kostenlosen Service für seine Mitglieder hat der BNC ein Internetportal zur Online-Fortbildung eingerichtet, das der Kooperationspartner Dr. Alexander Euteneier von der cme web akademie München am Samstag Nachmittag präsentierte. „Gestern haben alle 1.000 BNC-Mitglieder, deren E-Mail-Adresse verfügbar war, von uns einen Usernamen und ein Passwort gemailt bekommen“, erklärte Euteneier. E-Learning wie das neue Angebot des BNC ermögliche einen raschen Wissenstransfer und sei eine zusätzliche Möglichkeit, überregional vernetzt, zeitsparend und kosteneffizient Fortbildungspunkte zu sammeln.

Aktuell sind acht Fortbildungen online geschaltet, in etwa zwei Wochen ist auch der Zertifizierungsprozess mit der Landesärztekammer Nordrhein abgeschlossen. „Lesen Sie die Kurzanleitung und probieren Sie das Portal aus, nach zwei bis drei Fortbildungseinheiten sind Sie mit der Navigation und der Katalogstruktur vertraut“, empfahl Euteneier. Auf der Site gebe es außerdem eine Hilfefunktion in Form von FAQ.

Referent: Dr. Alexander Euteneier, München

Alle Texte des Kongress-Tickers
finden Sie auch online
unter www.bncev.de



Sitzung zur Diagnostik und Therapie von tiefen Beinvenenthrombosen: Kerstin Karte, Dr. Frieder Kleinschmidt, Dr. Christine Zollmann

Tiefe Beinvenenthrombose oft erschreckend asymptomatisch

Angesichts von 40.000 Todesfällen pro Jahr durch zu spät diagnostizierte tiefe Beinvenenthrombosen (TVT) müsse jeder Thromboseverdacht genau abgeklärt werden, sagte die Dermatologin und Phlebologin Dr. Christine Zollmann in ihrem Referat über die notwendige phlebologische Diagnostik der TVT: „Wir haben gelernt, auf klinische Symptome wie den Leistenschmerz oder Druckschmerz zu achten, aber es ist erschreckend, wie viele Patienten völlig asymptomatisch sind.“ Der D-Dimertest sei trotz seiner hohen Sensitivität als alleiniges diagnostisches Instrument ungeeignet. Zur Erstdiagnostik bei hoher klinischer Wahrscheinlichkeit empfahl Zollmann daher die Kompressionssonographie, die mittlerweile auch die Phlebographie als Goldstandard abgelöst habe.

Zur Therapie der TVT sei eine Antikoagulation mit niedermolekularen Heparinen (NMH), überlappend mit oralen Antikoagulantien Mittel der Wahl, berichtete Zollmanns Kollegin Kerstin Karte. Thrombektomie oder Thrombolyse sollten hingegen nur noch in klar abgegrenzten Spezialfällen zum Einsatz kommen. Die ambulante Therapie der TVT setze eine gut funktionierende Logistik und viel Erfahrung voraus, außerdem eine gute Patientencompliance. „Diese Kriterien vorausgesetzt, könnten eigentlich etwa 90 Prozent aller Beinvenenthrombosen ambulant behandelt werden“, sagte Karte. Sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Therapie empfahl Karte eine frühe Mobilisierung unter einem Kompressionsverband oder mit Kompressionsstrümpfen der Klasse 2, die bis zur Leiste reichen.

Referentinnen: Dr. Christine Zollmann
und Kerstin Karte, Jena

Steinau: Schwere Infektionen erfordern enge Kooperation

Prof. Dr. Hans Ulrich Steinau, designierter Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, gratulierte dem BNC zu seinem zehnjährigen Bestehen und sagte im Vorfeld zu seinem Vortrag über septische Komplikationen: „Wir sollten die Friktionen der Vergangenheit zwischen stationärem und ambulantem Sektor abbauen und einen Schulterschluss wagen.“

Schwere septische Komplikationen erfordern eine engere Kooperation zwischen Chirurgen in Klinik und Praxis, so lautet daher Steinhaus Fazit. Hauptursachen für pyogene Infektionen seien verspätete Zuweisungen, Therapiefehler und unzureichendes chirurgisches Debridement. Dennoch mahnte Steinau gerade im Umgang mit septischen Komplikationen Fairness an: „Es kann immer wieder septische Verläufe geben, die trotz korrekter Therapie in eine Amputation münden.“ Für das chirurgische Vorgehen bei pyogenen Infektionen empfahl Steinau zunächst die Herdsanierung, gefolgt von geplanten Serien-Debridements, gründlicher Lavage und Gummilassen-Drainage. Im Anschluss gelte es, die Wunde zu adaptieren und für eine adäquate Schmerztherapie und Antibiose zu sorgen. Erst nach diesen Schritten dürfe ein definitiver Wundverschluss erfolgen, der von einer Weichteilrekonstruktion und Rehabilitation gefolgt wird.

Kritisch äußerte sich Steinau zu vermeintlichen „Wohlfühl Eingriffen“ wie der Liposuktion: Eine Fettabsaugung sei ein ernstzunehmender operativer Eingriff mit einem recht hohen Infektionsrisiko. Fettgewebe sei per se schlecht durchblutet und werde durch die Tumescenz noch weiter aufgebläht. Durch die 3D-Liposuktion entstehe ein Höhlensystem, das eine Keimbeseidlung begünstige. „Eine Liposuktion ist ein fachchirurgischer

Eingriff, der ein Management wie andere aseptische Eingriffe auch erfordert“, sagte Steinau.

Referent: Prof. Dr. Hans Ulrich Steinau, Bochum

Kooperationen: Chancen und Risiken des neuen Berufsrechts

Der Wettbewerb unter den Leistungserbringern wird sich durch das neue Vertragsarztrecht mit seiner Ausrichtung auf größere Gemeinschaften von Leistungserbringern weiter verschärfen. Davon geht Carsten Belle von der KV Westfalen-Lippe aus: Angesichts begrenzter GKV-Einnahmen und wachsendem Kostendruck bei den Leistungserbringern müssten Ärzte sich zwingend mit den neuen Kooperationsmöglichkeiten beschäftigen.

Neben der klassischen Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft seien nun vielfältige Vertragsoptionen möglich, in die sich auch die Kliniken zunehmend einbringen möchten, wie Dr. Jörg Bader vom Helios-Klinikonzern berichtete. Die Möglichkeiten reichten von einer gemeinsamen Nutzung von Räumlichkeiten, Geräten und Personal bis hin zu sektorenübergreifendem Leistungs- und Datenaustausch. Die effizientere Nutzung der vorhandenen Infrastruktur bezeichnete auch der stellvertretende BNC-Vorsitzende Dr. Philipp Zollmann als klaren Vorteil von Kooperationen. Allerdings seien sie auch mit viel organisatorischem Aufwand und einem hohen „Scheidungsrisiko“ verbunden.

Referenten: Carsten Bellen, KV-WL,

Dr. Jörg Bader, Helios-Kliniken,

Dr. Philipp Zollmann, Jena

Impressum

Herausgeber:
**Berufsverband der niedergelassenen
Chirurgen Deutschland e.V.**
Wulfsdorfer Weg 7
22359 Hamburg
Tel.: 040/60329110
Fax: 040/60329118
E-Mail: info@bncev.de
Internet: www.bncev.de

Redaktion:
Antje Soleimanian, Medizinjournalistin, Hamburg
E-Mail: antje.soleimanian@bncev.de
Internet: www.soleimanian.de

Layout:
Stefan Behrendt Mediendesign, Hamburg
Tel.: 040/4220550
E-Mail: stefan.behrendt@kazekami.de