

## Ohne funktionierendes Vorzimmer kein geregelter Ablauf



Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege!

„Je unterschiedlicher das Team - desto besser die Arbeit“ ist das Motto und das Erfolgsrezept des weltweit agierenden Unternehmensberaters McKinsey.

Gibt es hier Parallelen zu einer Arztordination? Ist eine Arztordination nicht auch beratend tätig? Ärztinnen und Ärzte sind in der Regel Einzelkämpfer, können aber ohne die Unterstützung ihres Teams, das unterschiedlich zusammengesetzt und ausgebildet ist, und variable Funktionen und Rollen einnimmt, eine Ordination nicht alleine führen.

Diese Tatsache hat uns im letzten Sommer dazu bewogen, eine Veranstaltungsreihe für Assistentinnen der Allgemein- und Facharztordinationen, ins Leben zu rufen. Das Interesse war groß; über 250 Assistentinnen haben daran teilgenommen. Grund genug, diese frühabendlichen Herbstgespräche heuer fortzusetzen.

Das Team im Vorzimmer einer Ordination ist nicht nur der Empfang für Ihre Patientinnen und Patienten, sondern auch ein

wichtiges Bindeglied zwischen Arzt und Patienten. Es ist Drehpunkt zwischen Arzt, Patienten und Sozialversicherung und allen anderen Anbietern im Gesundheitssystem. Die Assistentinnen müssen oftmals Prellbock und Vermittler, Organisator und Exekutor in einer Arztordination sein.

Zusätzlich filtern sie bereits am Empfang die Ansprüche der Hilfesuchenden und Fordernden gegenüber dem Gesundheitssystem. Sie sind immer der erste Kontaktpunkt für die Patienten, weshalb es durchaus vorkommt, dass sie über mehr Informationen seitens der Betroffenen verfügen als Arzt oder Ärztin. Im Vorzimmer passiert also ein wesentlicher Teil der Patientencompliance.

Nachdem die Verantwortung für jede Entscheidung im Rahmen des Ordinationsbetriebes alleine dem Arzt bzw. der Ärztin zukommt, ist ein Delegieren verschiedener Tätigkeiten in manchen Bereichen nur teilweise legitim und umsetzbar. Dies bedingt einen hohen Wissensstand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und eine gezielte Strukturierung der inneren Organisation.

Die Lösung technischer Probleme beim e-card-Betrieb, die Hilfestellung bei ABS-Prozessen oder die Vorarbeit bei Patientenwünschen gehören genauso zur täglichen Vorzimmeroutine wie die Vermittlung von Botschaften der Versicherungen und der Industrie. Gar nicht zu reden von den rein internen Assistenzdiensten bei Diagnostik und Therapie. Kommunikationsfähigkeit, administrative Bürotätigkeit, Grundzüge von Hygiene, Labor, Infektions- und Verbandslehre, Kenntnisse auf technischem Gebiet und in der Ersten Hilfe ergeben ein breites Wissensspektrum, über das diese Mitarbeiter verfügen müssen. Wie überall im heutigen Berufsleben ist

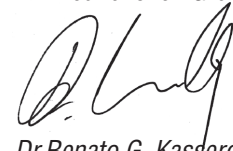
auch hier eine gezielte, qualitativ hoch stehende Weiterbildung ein wesentliches Element des Gesamterfolges. Die Arbeit im Vorzimmer ist eine der wichtigsten Nahtstellen, damit ein reibungsloser Ablauf durch entsprechendes Teamwork erreicht werden kann.

Der Berufsverband der Arztassistentinnen ist der Garant einer fachspezifischen Weiterbildung. Ein hoher Wissensstand aller Beteiligten ist die Basis für die optimale Versorgung unserer Patienten – ein hehrer Anspruch.

Hier sind wir eingestiegen, um den Kontakt zwischen Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und der Sozialversicherung effizienter zu gestalten und Problempunkte zu bereinigen. Wir möchten vor allem auch die Fehlerquellen am anderen Ende der Leitung kennen lernen, um Missstände auszuräumen. Der beiderseitige Lernprozess ist die Basis des Erfolges. Deshalb laden wir auch heuer wieder zu Herbstgesprächen (Termine siehe Seite 4) ein.

Wir freuen uns auf das Kommen Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um auch weiterhin die gute Zusammenarbeit zu intensivieren.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Renato G. Kasseroller,  
Leiter der Ökonomiegruppe  
des ärztlichen Dienstes

### Inhaltsverzeichnis

- Seite 1: Vorwort Dr. Renato G. Kasseroller
- Seite 2/3: Therapie und Management der COPD
- Seite 4: Thromboseprophylaxestrümpfe;  
Einladung zu Herbstgesprächen;  
Impressum
- Beilage zum Aushang

# Therapie und Management von COPD

Im letzten Teil der Serie COPD werden die Behandlungsziele besprochen. Diese inkludieren eine Verbesserung der Lungenfunktion, Abnahme der Dyspnoe mit entsprechender Verbesserung der Lebensqualität, gesteigerte Leistungsfähigkeit und eine Senkung der krankheitsspezifischen Morbidität und Mortalität.

Schließlich sollen akute Exazerbationen früh erkannt und entsprechend behandelt werden, da sie die Progression der Erkrankung und Lebensqualität des Patienten negativ beeinflussen.

## Medikamentöse Therapie

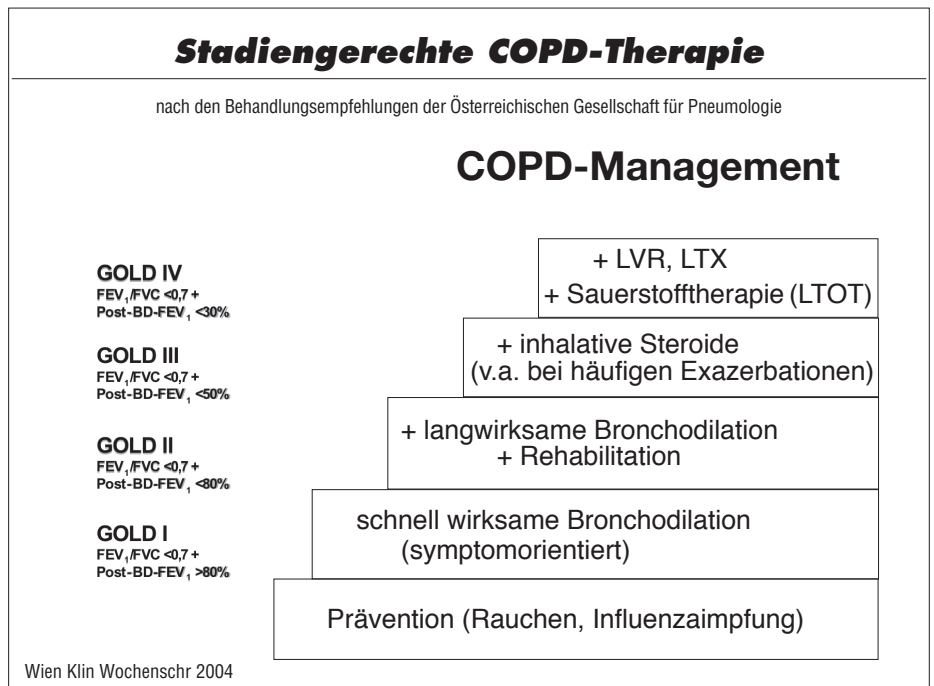
Bronchienerweiternde Medikamente stellen die Basis jeder COPD-Therapie dar, wobei die inhalative Therapie der oralen oder intravenösen Applikationsform vorzuziehen ist.

Zur Auswahl stehen kurz und lang wirksame Anticholinergika sowie kurz und langwirksame Beta-2-Sympathomimetika. In einem häufig asymptomatischen Frühstadium der Erkrankung (COPD Stadium I) empfiehlt sich zunächst eine bedarfsorientierte bronchodilatatorische Therapie (z.B.: Berodual 2 Hübe, max. 6 mal tgl.). Ab dem Zeitpunkt einer manifesten Atemflussobstruktion (FEV1/FVC Ratio < 70 Prozent) verbunden mit einer Einschränkung des FEV1-Sollwertes < 80 Prozent ist eine langwirksame inhalative bronchodilatatorische Therapie als Dauermedikation erforderlich.

Hier zeigt das langwirksame Anticholinergikum Tiotropium (Bronchodilatation über 24 Stunden, 1 mal tgl.) den größten Benefit im Hinblick auf Lungenfunktion, Leistungsfähigkeit, Exazerbationsrate, und klinisches Symptomprofil. Langzeitstudien bestätigen darüber hinaus ein gutes Sicherheitsprofil für die regelmäßige Anwendung.

Darüber hinaus bestehen erste Hinweise für eine mögliche Linderung des progredienten Lungenfunktionsverlustes beim Einsatz dieser Medikation in einem Frühstadium der Erkrankung, allerdings ist die klinische Signifikanz dieser Beobachtung zu hinterfragen.

Auch langwirksame Beta-2-Agonisten



(Salmeterol, Formoterol: Bronchodilatation über 12 Std., 2 mal tgl.) führen zu einer Abnahme der Atemnot, zu einer Verbesserung der Lebensqualität und zu einer Reduktion der Exazerbationsfrequenz.

In der klinischen Praxis soll bei persistierender Dyspnoe trotz inhalativer bronchodilatatorischer Monotherapie eine Kombination aus zwei bronchodilatatorisch wirksamen Substanzgruppen (Tiotropium + Formoterol oder Salmeterol) angestrebt werden.

Die Kombination bronchodilatatorisch wirksamer Substanzen hat in vielen Fällen einen additiven bronchospasmolytischen Effekt.

Ab einer FEV1-Einschränkung kleiner 60 Prozent des Sollwertes – und v.a. bei gehäuftem Exazerbationen – soll die bronchodilatatorische Inhalationstherapie mit einer inhalativen Kortikosteroidtherapie kombiniert werden.

Die dafür am Markt befindlichen Kombinationspräparate (z.B.: Formoterol/Budesonid, Salmeterol/Fluticason) zeigen einerseits synergistische Effekte im Hinblick auf die Einzelsubstanzen, und führen andererseits zu einer Verbesserung der Therapietreue.

Der Einsatz dieser Medikation konnte bei Patienten mit moderat bis schwerer COPD nachgewiesenermaßen zu einer Verminderung der Exazerbationsrate und zu einer

Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes beitragen.

Bei Erweiterung der Therapie mit einem der o.a. Kombinationspräparate ist darauf zu achten, dass die Dauertherapie mit dem langwirksamen Anticholinergikum sowie die bedarfsorientierte Medikation fortgeführt wird.

Der Einsatz von Methylxanthinpräparaten in der Behandlung der COPD ist umstritten. Theophyllinpräparate verfügen über eine schwache bronchodilatatorische Kapazität und sind in begrenztem Maße auch antiinflammatorisch/immunmodulatorisch wirksam.

Theophyllinderivate eignen sich daher lediglich zur adjuvanten Behandlung (bronchodilatatorische Medikation der 3. Wahl!). Hier sind auf Interaktionen, Nebenwirkungen und korrekte Dosierung zu achten.

Vor allem ältere Patienten sowie Patienten mit kardialer Komorbidität sind einem höherem Risiko für medikamentenassoziierte Komplikationen (z.B.: Rhythmusstörungen) ausgesetzt.

Für die Langzeittherapie sind Präparate mit verzögerter Wirkstofffreisetzung zu empfehlen.

Mukolytika verstärken den Abbau von Mukoproteinen, während Mukoregulatoren durch Änderung der Sialomucin-Synthese die Viskosität des Schleims vermindern. Die Wertigkeit dieser Substanzen in der Therapie der COPD ist bis heute ungeklärt.

## Nicht medikamentöse Therapie

- Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT)

Die Indikation zur Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT > 16 Stunden/Tag) ist gegeben, wenn nach adäquater Therapie und Vermeidung aller inhalativen Noxen eine chronische Hypoxämie nachweisbar ist. Eine asymptomatische Hyperkapnie vor Einleitung oder während einer Langzeit-Sauerstofftherapie stellt keine Kontraindikation dar. Eine behandlungsbedürftige chronische Hypoxämie liegt vor, wenn der arterielle Sauerstoffpartialdruck (PaO<sub>2</sub>) unter Ruhebedingungen während einer stabilen Krankheitsphase von ca. 4 Wochen nachweislich mehrfach  $\leq 55$  mm Hg war.

- Lungenvolumenreduktion (LVR)

Für Patienten mit ausgedehnter Zerstörung des Lungenparenchyms (Lungenemphysem) auf Basis einer fortgeschrittenen COPD (COPD III° und IV°) mit ausgeprägter Lungenüberblähung steht die Möglichkeit einer chirurgischen Lungen-Volumen-Reduktion zur Verfügung. Die operative Lungen-Volumen-Reduktion hat sich in den letzten Jahren vor allem zur Behandlung des „heterogenen Oberlappen betonten Lungenemphysems“ bewährt. Ziel ist es, dabei Anteile des am meisten erkrankten Lungenlappens zu entfernen, um die Überblähung zu reduzieren und die mechanischen Eigenschaften der Zwerchfellmuskulatur (Muskel-Längen-Beziehung) zu verbessern.

- Lungentransplantation (LTX)

Weltweit gehört COPD zur häufigsten Indikation für eine Lungentransplantation. Patienten unter 65 Jahre mit einem FEV<sub>1</sub> < 25 Prozent Soll, und einem PaCO<sub>2</sub> > 55mm Hg und/oder pulmonalarterieller Hypertension sind potenzielle Kandidaten für eine Lungentransplantation, wobei das Potenzial einer Rehabilitation gegeben sein muss.

## Akute Exazerbation der COPD (AECOPD)

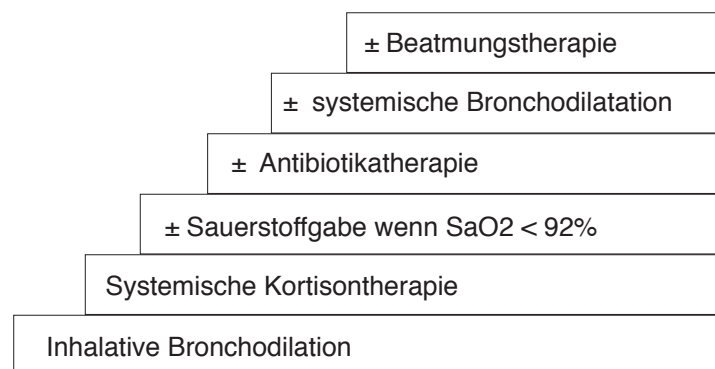
Der häufigste Anlass zur Differentialdiagnostik akuter Erkrankungen im Verlauf von COPD ist die akute Exazerbation. Die

häufigsten Ursachen einer AECOPD sind virale und/oder bakterielle Infektionen der unteren Atemwege. Dies führt zu einer Zunahme von Dyspnoe, Sputummenge und Sputumpurulenz. Die exakte Diagnose der Exazerbation ist schwierig. Die am meisten verwendete Definition einer akuten Exazerbation ist eine Verschlechterung der COPD-Symptomatik, die über die normalen Tagesschwankungen hinausgeht, länger als 24 Stunden andauert und eine Steigerung der üblichen Medikation erfordert.

In wechselnder Ausprägung sind weitere Begleitsymptome hinweisend auf eine Exazerbation: Infekte der oberen Luftwege, Fieber, Husten, pathologische Atemgeräusche, Tachypnoe, Tachykardie, periphere Ödeme, Inappetenz, Exsikkose und/oder veränderte Bewusstseinslage.

Der Ausschluss anderer akuter pneumologischer bzw. kardialer Erkrankungen durch Klinik, EKG, Radiologie und Labor Diagnostik ist gegebenenfalls erforderlich.

### Behandlung von AECOPD



Die Basis zur Behandlung stellt die Dosissteigerung der rasch wirksamen inhalativen Bronchodilatation (z.B.: Berodual oder Atrovent DA 4 mal tgl. 2 Hübe) dar. Als Alternative zu einer Inhalationstherapie mittels Dosieraerosole (v.a. bei schlechter Inhalationstechnik trotz Anwendung von Inhalationshilfen) kann eine Inhalation bronchodilatatorisch wirksamer Substanzen mit einem Feuchtverneblungsgerät (z.B. Combivent Ampullen 4-6 mal tgl) durchgeführt werden.

In der Behandlung der AECOPD ist zusätzlich zu der erweiterten bronchospasmolytischen Therapie eine Medikation mit systemisch verabreichten Glukokortikoiden erforderlich. Bei milder AECOPD wird eine orale Medikation mit Prednisolon oder eine äquivalente Steroidmedikation empfohlen (z.B.: Prednisolon 25mg 2-0-0 für 5 Tage, anschl. 1-0-0 für 5 Tage). Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Gabe systemischer Steroide die Gesamtdauer von 14 Tagen nicht überschreiten sollte. Patienten mit moderater oder schwerer AECOPD benötigen in der Regel eine

intravenöse systemische Steroidtherapie. Antibiotika sollten bei bakteriell vermittelter akuter Exazerbation von COPD eingesetzt werden, vor allem wenn auch über eine Verfärbung der Sputumproduktion berichtet wird. Indikation zur Antibiotikatherapie sowie die Auswahl der geeigneten Substanzgruppe hängen unter anderem vom Schweregrad der zugrunde liegenden lungenfunktionellen Einschränkung und vom Schweregrad der COPD-Exazerbation ab.

Zu erwähnen ist, dass in etwa 25-30 Prozent der Fälle einer AECOPD kein Keim als Substrat für die Exazerbation verantwortlich zeichnet. In allen anderen Fällen ist bei akuter Exazerbation einer milden COPD häufig mit Hämophilus, Streptokokken, und Moraxella zu rechnen. Mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung ist eine Infektion mit Gram-negativen Keimen zu erwarten. Die Auswahl der Antibiotikatherapie sollte daher differenziert und unter Berücksichtigung der zu erwartenden Mikroorganismen ausgewählt werden.

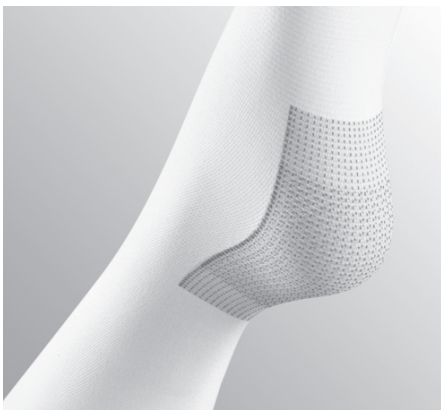
#### Literatur

1 Austrian Society for Pulmonary Diseases and Tuberculosis. Consensus concerning the management of chronic obstructive pulmonary diseases (COPD). Revised draft 2004 / Block LH, Burghuber OC, Hartl S, Zwick H; Österreichische Gesellschaft für Lungenerkrankungen und Tuberkulose. Wien Klin Wochenschr. 2004 Apr 30;116(7-8):268-78

Wir ersuchen den **Empfänger oder den Briefträger**, im Falle der **Adressänderung oder der Unzustellbarkeit**, die richtige Anschrift oder den Grund der Unzustellbarkeit anzugeben.

**Besten Dank für Ihre Bemühungen!**

## **Bewertung medizinischer Thromboseprophylaxestrümpfe (MTPS)**



MTPS, deren Kompressionsdruck von 15-18 mm Hg deutlich unter dem Druck von Kompressionsstrümpfen der Klasse I (22,6 mm Hg) liegt, wurden neu bewertet, auch unter dem Blickwinkel, dass praktisch alle Studien 20 Jahre alt oder älter sind und die diesbezügliche medikamentöse Therapie damals uneinheitlich war.

Das jüngste Cochrane Review (viele ältere Studien, nur vier Studien auf Grundlage einer Heparinprophylaxe) kommt zu dem Schluss, dass nach abdominalen Eingriffen eine Wirksamkeit der MTPS

besteht; nach elektiver Hüftchirurgie besteht keine Wirksamkeit. Eine große Studie bei akutem Schlaganfall (CLOTS) ergab keinerlei Effektivität für MTPS, dafür messbare schädigende Effekte. Dies kann auf die gesamte nicht-operative Medizin ausgeweitet werden, da Schlaganfall-Patienten von allen konservativen Patienten das höchste Thromboserisiko haben.

Die S3-Leitlinie zur Thromboseprophylaxe der deutschen Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) empfehlen MTPS nur nach abdominalen Operationen mit hohem Thromboserisiko. In allen anderen Bereichen gibt es eine Kann-Empfehlung oder gar keine.

Die Evidenz und die AWMF-Leitlinie ist als Ermutigung zu verstehen sich vom Ballast der MTPS bis auf wenige Rest-Indikationen (Abdominal-OP, Kontraindikationen für medikamentöse Thromboseprophylaxe) zu befreien. Vor allem im Umfeld der Krankenhausmedizin gibt es keine Evidenz für einen über die medikamentöse Thromboseprophylaxe hinausgehenden Nutzen.

### **Beilage**

Dieser Ausgabe liegt ein Plakat zu unserer jährlichen Influenza-Impfaktion bei. Wir bitten um Aushang. Bei einer eventuellen Beteiligung im Rahmen des Pandemieimpfplans werden wir Sie gesondert informieren.

### Impressum

Eigentümer und Herausgeber:  
Salzburger Gebietskrankenkasse,  
Engelbert-Weiß-Weg 10, 5020 Salzburg;  
Inhalt: Dr. Renato G. Kasseroller;  
Redaktion: Hertha M. Petertill,  
Öffentlichkeitsarbeit, redaktion@sgkk.at;  
Bilder: SGKK, bilderbox;  
Gestaltung: Desk Top Media;  
Druck: Druckerei Huttegger;  
Auflage: 1.800 – 9/2011



### **Einladung zu Herbstgesprächen**

**Der beiderseitige Lernprozess ist die Basis des Erfolgs. Wir laden daher heuer auch wieder das Team Ihres Vorzimmers zu Herbstgesprächen über Ökonomie herzlich ein.**

#### **28. September - Salzburg**

ServiceZentrum Gesundheit,  
Engelbert-Weiß-Weg 10,  
Raum A/B – 5. Stock

#### **29. September - Goldegg**

RegenerationsZentrum Goldegg

#### **4. Oktober - Radstadt**

Hotel Post  
Stadtplatz 8

#### **12. Oktober - Tamsweg**

Gasthaus Gambswirt  
Marktplatz 7

#### **18. Oktober - Mittersill**

Gasthaus Bräurup  
Kirchgasse 9

#### **jeweils 18:00 Uhr**

Wir bitten auf Grund der begrenzten Teilnehmerzahl um baldige Anmeldung bei Frau Reiter 0662/88 89 - 50 54 oder johanna.reiter@sgkk.at.