

„Wer immer tut, was er schon kann, bleibt immer das, was er schon ist“ (Henry Ford)

„Zwischen den Sesseln sitzen wir alle einmal !“



Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege!

„Die Reise nach Jerusalem“ – dieses Spiel kennen wir alle aus unserer Kindheit. Jedes Kind versucht nach Unterbrechung der Begleitmusik einen freien Sessel zu ergattern – eines bleibt als Verlierer übrig und scheidet aus. Traurig, aber schlussendlich akzeptiert – neues Spiel, neue Gewinner und Verlierer !

Zwischen den Sesseln zu sitzen ist hingegen ein weit unangenehmerer Zustand, aber ein nahezu ständiger Begleiter der ärztlichen Tätigkeit, meist verursacht durch den Harmoniezwang, es allen recht zu machen - oder ist es der Weg des geringeren Widerstandes? Ich meine damit die oft schwierigen Entscheidungssituationen, in denen verschiedene Wege nicht falsch, aber auch nicht richtig sein mögen. Erfahrungsmedizin steht evidenzbasiertem Wissen, ökonomisches, ressourcenschonendes Denken vermeintlich innovativster Medikation, Patientenwunsch der verinnerlichteten medizinisch-ärztlichen Expertise gegenüber. Wir sind hin- und hergerissen

zwischen einem nicht selten von außen aufgezwungenen polypragmatischem Behandeln und dem Wissen über die Mediationsadhärenz unserer Patienten, zwischen zu viel und zu wenig, zwischen juristischen Überlegungen bis zu Fahrlässigkeitsgedanken und übersteigertem Sicherheitsbedürfnis. In unserem vermeintlich so tradierten und abgeklärten medizinischen Wissen und Handeln werden wir von neuen Erkenntnissen und Leitlinien manchmal förmlich überrascht – was gestern noch gute klinische Praxis, der „Goldstandard“ war, ist heute und morgen mitleidig belächelte Medizingeschichte der Irrungen.

Sich permanent Neuem stellen zu müssen – und das trifft beileibe nicht nur auf unsere „Heilkünste“ mit ihren Erfahrungen, Leitlinien und Empfehlungen, sondern auch auf das gesamte technische und informationstechnologische Umfeld einer Praxis zu – lässt dem Gefühl von Unsicherheit, dem vermeintlichen „Agieren zwischen den Sesseln“, dem Aufkeimen von Orientierungslosigkeit zunehmend Raum. Und trotzdem ist es ärztliche Aufgabe, unseren Patienten das Ja zum Nein und viceversa verständlich zu machen. Dabei geht es, um mit Peter Turrini zu sprechen, um das Nein, das man endlich sagen wollte, hundertmal gedacht und still formuliert, aber nie ausgesprochen wurde und leider unter Zähneknirschen, Atembeschwerden und Magenschmerz unseren Mund nicht allzu selten als freundliches Ja verlässt.

Zwischen den Sesseln zu sitzen ist nicht nur eine Turnübung zwischen Leitlinien, Patienten- und Versicherungsinteressen,

dieser Zustand kann sich auch durch politische Pläne einstellen. Es käme nahezu einem unverhofften Weihnachtsgeschenk gleich, wenn es gelänge, bei unseren Patienten durch wohlüberlegte Reformen die Versorgungsgüte zu verbessern, ohne gleichzeitig andere Partner im Gesundheitswesen nach dem „Schwarzen Peter-Prinzip“ zwischen den Sesseln sitzen zu lassen.

Verbunden mit dem Dank für Ihr Engagement, Ihre Gesprächs- und Diskussionsbereitschaft auch im vergangenen Jahr wünschen wir Ihnen und Ihren Familien einige Tage weihnachtlicher Entspannung, Glück und Zufriedenheit in einem vermutlich bewegten Neuen Jahr

Ihr



Dr. Norbert Muß, Chefarzt der Salzburger Gebietskrankenkasse

Inhaltsverzeichnis

- Seite 1: Dr. N. Muß „Zwischen den Sesseln ... sitzen wir alle einmal !“
- Seite 2/3: Quo vadis PSA-„Screening“?
- Seite 3: AKTUELLE INFORMATION - Änderungen der Suchtgift- und Psychotropenverordnung
- Seite 4: Orthopädische Einlagen - Richtlinien für Verschreibungen Impressum
- Beilagen Orthopädische Fußversorgung Symposium St. Virgil

Quo vadis PSA-„Screening“?



Die Diskussion über den Nutzen eines individuellen PSA-Screenings oder gar Sicherung des Nutzens für ein populationsbezogenes generelles Screening ist ein Dauerthema seit Jahren. Diese Diskussion bleibt selbst durch die Publikation zweier großer Studien mit insgesamt über 230.000 Patienten in den USA und Europa (U.S. PLCO-Cancer Screening Trial, ERSPC-Studie) weiterhin kontrovers, wobei das Spannungsfeld vor allem zwischen Epidemiologen und Klinikern verläuft. Dabei geht es vor allem um die überzeugende Evidenz, dass bei einem substantiellen Prozentsatz von Männern mit durch PSA-Screening erkannten asymptomatischen Prostatakarzinomerkrankungen diese entweder nicht progredient sind oder so langsam wachsen, dass sie lebenslang asymptomatisch bleiben.

Die amerikanische Studie konnte keinerlei Einfluss eines PSA-Screenings auf die Prostatakarzinom mortalität erkennen, während die europäische Studie eine Reduktion der Prostatakarzinom-Todesfälle von einem Todesfall pro 1000 gescreenten Männern in einer Subgruppe im Alter zwischen 55 und 69 Jahren über die gesamte Laufzeit des Screenings dokumentiert. Diese sehr geringe Reduktion der Sterblichkeit und damit ein sehr kritisch zu bewertender Patientennutzen war vor allem durch die positiven Ergebnisse in zwei der sieben EU-Teilnehmerstaaten (Schweden, Niederlande) bedingt, während in den übrigen fünf Teilnehmerländern keine signifikante Sterblichkeitsreduktion erzielt werden konnte. Die Gesamtsterblichkeit (all cause mortality) war in der

europäischen Studie sowohl für die gescreente, wie auch die ungescreente Population ident.

Nach einer monatelangen öffentlichen Diskussion eines Empfehlungsentwurfs (Draft Recommendation Statement) zum PSA Screening zwischen dem 55. und 69. Lebensjahr hat nunmehr die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) in der nunmehr vorliegenden Endpublikation eine Empfehlung gegen das PSA-basierte Prostata Screening abgegeben¹:

„The U.S. Preventive Task Force (USPSTF) recommends against prostate - specific antigen (PSA)- based screening for prostate cancer (grade D recommendation: There is moderate or high certainty that the service has no benefit or that the harms outweigh the benefits)“

Die Empfehlung bezieht sich nicht auf die Verwendung des PSA-Tests in der Überwachung nach Diagnosestellung oder im Rahmen der Therapie des Prostatakarzinoms. Es handelt sich somit um eine Grad D-Empfehlung gegen das PSA-Screening in der definierten Altersgruppe, da moderate bis hohe Sicherheit besteht, dass durch das PSA-Screening kein Nettonutzen anzunehmen ist oder der potentielle Schaden den Vorteil übersteigt. Für einen Zeitraum von 10 bis 14 Jahren nach Beginn eines PSA- basierten Screenings ist die Reduktion der Prostatakarzinomsterb-

lichkeit höchstens sehr gering. Das Schädigungspotential durch unangemessenes Screening umfasst, abgesehen von den Folgen eventuell dadurch veranlasster (Über)Therapie (weil nicht zwischen günstigem und aggressivem Tumorverlauf differenziert werden kann), biopsieassoziierte Schmerzen, Fieber, Blutung, Infektion, passagere Miktionsstörung, aber auch psychische Alteration durch falsch positive Testergebnisse und Überdiagnose.

Man kann die aktuellen Empfehlungen der U.S.-PSTF als Einzelmeinung abtun und auch argumentieren, dass sich die Möglichkeiten einer Abschätzung des Progressionsrisikos inklusive schonender Operationstechniken ständig verbessern – uns Ärzte/Innen sollte es aber zumindest klar sein, dass in jedem Fall eines empfohlenen oder eingeforderten PSA-Screening-Testes vorab das mögliche Schädigungspotential durch Überdiagnostik und Übertherapie mit dem Patienten kritisch zu beleuchten und zu besprechen ist.

„Zwischen den Stühlen...“

Das PSA-basierte Prostatakarzinomscreening ist aufgrund der international sehr unterschiedlichen Leitlinien eine Arzt-Patientensituation, in der zumindest derzeit sowohl Patient wie auch betreuende Ärzte eine „zwischen den Sesseln sitzende“ Situation vorfinden.

Für Patienten der SGKK haben in unseren Salzburger Vertragslaboren zwischen 2002 und 2011 die jährlichen PSA-Untersuchungszahlen von 28.017 auf 38.456 zugenommen.

Mit Spannung ist abzuwarten, ob sich durch die negative Empfehlung einer doch sehr bedeutenden Organisation mit hoher Expertise in der Nutzenbewertung von Screeningmaßnahmen auch in Österreich eine Änderung der derzeitigen opportunistisch orientierten PSA-Screeningpraxis ergeben wird.

Einen objektiven Überblick finden Sie in der folgenden Tabelle, in der verschiedene internationale PSA-Screening Empfehlungen zusammengefasst sind.

¹ Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement (Annals of Internal Medicine 2012, Vol. 157, 120-134)

Zusammenfassung internationaler Leitlinien zum PSA-basierten Prostatakarzinom- Screening

	PSA Screening empfohlen		Screening	
	Nein	Ja / ab welchem Alter Anfang/Ende Jahre	populationsbezogen Intervall	Individuell/Intervall
U.S. Preventive Services Task Force, 2012	Nein			
NCCN, 2012 National comprehensive Cancer Network		Ab 50	Kaukasier ab 50	PSA + DRE (digital-rektale Untersuchung) mit 40 → PSA ≥1,0 ng/ml: jährlich in Folge PSA < 1,0 ng/ml: Wiederholung mit 45 Afroamerikaner + Männer mit familiärem Risiko (ProstataCa bei Verwandten ersten Grades): PSA ab 40, öfter testen. Bei Einnahme von 5-alpha-Reduktasehemmer: jährlich Ältere Männer: seltener PSA-Test, abhängig von Gesund- heitszustand und familiärer Disposition
Deutsche Gesellschaft für Urologie 2011 (S3-Leitlinien)	Nein			
Canadien Guidelines Prostate cancer screening 2011		Ab 50	Jährlich ab 50 bei Männern mit einer Lebenserwartung von mindestens 10 Jahren	Ab 40 sollte Screening bei familiärem Risiko oder afrikan. Abstammung angeboten werden. Baseline-PSA (PSA, PSA free/total ratio) + DRE f. Männer zwischen 40-49.
European Association of Urology, 2010	Nein			Baseline PSA mit 40: wenn PSA < 1ng/ml: Intervall 8 Jahre Kein PSA-Test bei Männern > 75 Jahren und einem Baseline PSA < 3 ng/ml

AKTUELLE INFORMATION Änderungen der Suchtgift- und Psychotropenverordnung

- **Ab 15.12.2012** dürfen Flunitrazepam-hältige Arzneien (Rohypnol, Somnubene) ausschließlich **auf Suchtgiftrezepten** verordnet werden, weshalb die strengen Bestimmungen der Suchtgiftverordnung auch hier Anwendung finden (siehe § 10 Abs. 3 Psychotropenverordnung).
- Eine **wiederholte Abgabe** von Arzneimitteln, die psychotrope Stoffe aus der Gruppe der Benzodiazepine enthalten, darf nicht angeordnet werden (§ 10 Abs. 4 Psychotropenverordnung).
- **Einzelverschreibungen von Suchtgiften** der Anhänge I, II und IV der Verordnung, **verlieren ihre Gültigkeit, wenn die Abgabe nicht spätestens einen Monat, bei Substitutions-Einzelverschreibungen spätestens 14 Tage nach dem auf ihnen angegebenen Ausstellungsdatum erfolgt** (§ 20 Abs. 1 Suchtgiftverordnung).
- Das Bundesministerium für Gesundheit geht davon aus, dass sich noch Suchtgiftvignetten im Umlauf befinden, die entsprechend der bisherigen Rechtslage mit einem Hinweis auf die 14-tägige Gültigkeit versehen sind. Dieser Altbestand an Suchtgiftvignetten verliert seine Gültigkeit nicht! Diese Vignetten sollen im Interesse der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit weiter verwendet werden.

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!

Orthopädische Einlagen - Richtlinien für Verschreibung

Die Salzburger Gebietskrankenkasse hat gemeinsam mit den zuständigen Berufsgruppen Richtlinien für die orthopädische Fuß-Versorgung erstellt.

Kurz gefasst:

1. Stufe

Lose Schuheinlagen – können durch alle Vertragsärzte und –ärztinnen bewilligungsfrei verschrieben werden.

2. Stufe

Orthopädische Schuhzurichtungen. Nur wenn lose Schuheinlagen nicht ausreichen (oder die Besserung mit ihnen nicht erreicht wurde), sollen orthopädische Schuhzurichtungen verordnet werden. Diese müssen von der SGKK verwaltungsmäßig bewilligt werden.

3. Stufe

Orthopädische Maßschuhe – deren Anfertigung ist nur indiziert, wenn mit losen Schuheinlagen oder Schuhzurichtungen keine Besserung zu erwarten wäre. Auch sie sind durch die SGKK verwaltungsmäßig bewilligungspflichtig.

ACHTUNG:

Auch die Eigenverantwortung des Patienten / der Patientin ist gefragt! Es sind nicht immer gleich Einlagen nötig – das Tragen passender Schuhe mit ordentlichem Fußbett oder regelmäßige Fußgymnastik wirken oft nachhaltig.

Sämtliche Detailinformationen zur orthopädischen Fußversorgung finden Sie unter www.sgkk.at/fußversorgung

Impressum

Eigentümer und Herausgeber:
Salzburger Gebietskrankenkasse, Engelbert-Weiß-Weg 10,
5020 Salzburg, www.sgkk.at/impressum;
Inhaltliche Redaktion: Dr. Norbert Muß, Dr. Hubert Schnattinger,
Dr. Renato Kasseroller, Mag. Wilfried Helminger, Günther Laimer,
Mag. Karin Hofer;

Redaktionsleitung und Kontakt:
Mag. Karin Hofer, karin.hofer@sgkk.at, Tel. 0662 8889 1003;

Bilder: SGKK, Bilderbox; Gestaltung: Desk Top Media;
Druck: Druckerei Huttegger;
Auflage: 1.800 – 12/2012