

111. online-Fortbildung, Bremen 3.5.2011

Liebe KollegInnen,

zunächst möchte ich diese Online-Fortbildung dazu nutzen, noch einmal kräftig die Werbetrommel zu rühren für unser allgemeinmedizinisches Seminar am Fr./Sa. 27./28. Mai im Schloss Etelsen.

Wie in den 4 Jahren zuvor wollen wir uns treffen, um Dreierlei zugleich zu tun:

- 1. Weiter an kommunikativen und inhaltlichen Aspekten hausärztlicher Tätigkeit arbeiten zur Weiterentwicklung allgemeinmedizinischer Theorie und Praxis,
- 2. Darüber reflektieren, auf welche Art und Weise dies in die allgemeinmedizinische Weiterbildung einfließen kann, mit der wir unseren hausärztlichen Nachwuchs sichern wollen – und
- 3. Moderatoren für Qualitätszirkel schulen, damit wir nach und nach eine flächendeckende Versorgung von Bremen, Bremerhaven sowie den umliegenden niedersächsischen Regionen erreichen können.

Der geschützte Rahmen eines Wochenend-Seminars im geschlossenen Kreis ermöglicht es den Teilnehmenden, verschiedene auch bislang ungewohnte Funktionen der Vortrags-Tätigkeit, Moderation und des Feedbacks auszuprobieren.

Dabei werden Techniken der Qualitätszirkel-Arbeit eingesetzt.

Die Erkenntnis, dass die größten Defizite hausärztlicher Tätigkeit weniger im kognitiven Bereich, sondern bei den kommunikativen Kompetenzen zu suchen sind, führt uns dazu, gemeinsam Video-Sequenzen von hausärztlichen Konsultationen zu analysieren.

Wir wollen klinische Behandlungspfade zu häufigen Beratungs-Anlässe abstecken und uns gegenseitig die konkrete Umsetzung im hausärztlichen Alltag vorstellen.

Noch sind einige Plätze frei. Wir würden uns freuen, wenn der eine oder die andere LeserIn dieser Online-Fortbildung sich noch zu uns gesellen würde. Wenn ja, bitte auf den Link im anhängenden Einladungs-Schreiben klicken. [bzw. Homepage Fortbildungen Termine]

XX

So sehr häufig kommt es nicht vor, dass ein Bremer Arzt es in den Wissenschafts-Teil des Deutschen Ärzteblattes schafft: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=&id=83052>

Mein Freund Klaus Giersiepen hat sich viele Jahre erst als Arbeitsmediziner, dann als Epidemiologe darum bemüht, dass das Carpal-Tunnelsyndrom als Berufskrankheit anerkannt wurde - letztlich erfreulicherweise mit Erfolg.

Das Karpaltunnelsyndrom ist ein nicht seltener hausärztlicher Beratungs-Anlass.

Für die Betroffenen kann die Meldung einer Berufskrankheit eine Hilfe bedeuten – vorausgesetzt, die Tätigkeit gehört zu den ein Karpaltunnelsyndrom auslösenden und durch Messung auch der anderen Arm-Nerven wurden eine Polyneuropathie sowie ein ursächlicher zervikaler Bandscheiben-Schaden ausgeschlossen. Den Ärzteblatt-Artikel finden Sie hier

Wussten Sie übrigens, dass es für die Cortison-Infiltration am Nervus medianus recht gute Studien-Evidenz gibt und dass zumindest vorübergehend die Operation am Karpaltunnel vermieden werden kann?

Im Deutschland-weiten e-mail-Forum kritischer AllgemeinmedizinerInnen

<http://www.listserv.dfn.de/archives/allgmed-l.html> fand ich folgende „Gebrauchsanweisung“:

„Ich nehme 20 mg Triamcinolonlösung, steche zwischen der mittleren und distalen Handgelenksfalte ein (ulnarseitig der Palmaris longus Sehne), schräg nach distal, parallel zu den Sehnenscheiden, leicht nach ulnar, bis über die distale Handgelenksfalte. Wenn man Triam 40mg/ml nimmt, reichen 0,5 ml, Lokalanästhetika braucht man nicht zu zusetzen - erhöht nur das Injektionsvolumen und den Druck auf den Nerv. Wenn der Patient Taubheit oder Kribbeln verspürt, hat man den Nervus medianus getroffen und sollte die Lage korrigieren.

(Wenn der Palmaris longus fehlt, sollte der Patient Daumen und Kleinfinger zusammenführen. Die entstehende Falte zwischen Daumen- und Kleinfingerballen zeigt die ungefähre Lage des N. medianus an.)

Die Injektionstechnik führe ich durch nach: Kesson/ Atkins/ Davies, Injektionen in Gelenke, Sehnen und Muskel, 2. Auflage 2008, Hans Huber Verlag, dort auch mehrfach gut bebildert.

Aus der Leitlinie Carpal tunnel syndrome: (<http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/005-003.htm#110>)

"11.1 konservative Behandlung

Im Frühstadium der Erkrankung, wenn lediglich Reizsymptome wie z.B. nächtlichen Parästhesien bestehen (Kapitel 4), ist ein konservativer Behandlungsversuch gerechtfertigt. Hier stehen folgende Verfahren zur Verfügung:

1. Mit Evidenz-Level A eine nachts anzulegende palmare Handgelenksschiene (O'Connor et al 2003 [1a], Werner et al 2005 [1b]).
2. Mit Evidenz-Level B die orale Verabreichung eines Kortikoid-Präparats (O'Connor et al 2003 [1a] dessen Anwendung auf zwei Wochen begrenzt werden sollte (Chang et al 2002a [1b]). In Deutschland ist hierüber wenig Praxiserfahrung vorhanden.
3. Mit Evidenz-Level A eine lokale Infiltration von Kortikoid-Kristallsuspension in den Karpaltunnel, die gegenüber der oralen Gabe einen besseren Effekt aufweist (Marshall et al 2002 [1a]). Ihre Wirkung ist für einen Zeitraum von acht Wochen vergleichbar einer Kombination aus einer entzündungshemmenden Medikation und Schiene (Graham et al 2004 [2b], Marshall et al 2002 [1a]). Sie kann kurzfristig sogar rascher zu Besserung führen als die operative Behandlung (Ly-Pen et al 2005).

In der Langzeitwirkung sind die Schiene (Sevim et al 2004) ebenso wie die Operation (Armstrong et al 2004 [1b]) aber überlegen, sodass Mehrfachinjektionen nicht zu empfehlen sind. Diese bergen ebenso wie eine unzulängliche Injektionstechnik das Risiko einer Nerv- oder Sehnenschädigung!“

In einer systematischen Literaturübersicht (O'Connor et al 2003 [1a]) werden weitere konservative Behandlungsverfahren aufgeführt:

- o lokale Ultraschalltherapie, die allerdings nur nach mehrwöchiger Anwendung (etwa sieben Wochen) einen Effekt zu zeigen scheint.
- o und andere wie Yoga, Handwurzelmobilisation, Nervengleitübungen, Magnettherapie, die allenfalls eine zeitlich begrenzte Wirkung haben, und somit nicht empfohlen werden können (Muller et al 2004).
- o Die Gabe von entzündungshemmenden, nichtsteroidalen Medikamenten ist weit verbreitet und soll daher erwähnt werden. Die gegenwärtige Datenlage zeigt aber keinen anhaltenden signifikanten Effekt gegenüber Placebo. Dies gilt auch für Diuretika, Vitamin B6-Präparate (O'Connor et al 2003) und Laser-Behandlung (Irvine et al 2004)."

Eine bebilderte Darstellung ist zu finden unter <http://www.aafp.org/afp/20030215/745.html>
(American Family Physician: Diagnostic and Therapeutic Injection of the Wrist and Hand Region)

XX

Immer wieder habe ich in meinen Online-Fortbildungen Beiträge aus der sehr lesenswerten Schweizer Zeitschrift Infomed vorgestellt. Leider liegt sie der Zeitschrift für Allgemeinmedizin nicht mehr bei. Dafür gibt es darin jetzt einen hervorragenden EbM-Fragen-Service, zu dessen Lektüre, aber auch ggfs. Inanspruchnahme ich Sie animieren möchte. Infomed lässt sich für 42 € in Papierform oder Online abonnieren. Ältere Jahrgänge stehen mit einer gut brauchbaren Suchfunktion frei im Netz unter www.infomed.org

Der aktuellen Ausgabe habe ich – auch wenn die Erkältungs- längst von der Heuschnupfen- und Asthma-Saison abgelöst worden ist - die anhängende Vorstellung eines Cochrane-Reviews zur Verwendung von Zink gegen Erkältungs-Krankheiten entnommen. Ich bin ganz glücklich darüber, wie häufig sich unter den Cochrane-Reviews sich solche gerne in die komplementärmedizinische Ecke geschobene Therapien finden. (DEGAM-Mitglieder erhalten einen kostenlosen Zugang zu den Cochrane-Reviews – probieren Sie es einfach einmal aus).

Kurz: Zink scheint effektiv zu sein in Prophylaxe und Behandlung von Erkältungs-Krankheiten. Der Effekt ist allerdings nur mäßig. Zudem kann die Einnahme mit Übelkeit verbunden sein.

Trotzdem könnte man hieraus eine hausärztliche Empfehlung deduzieren.

Mit freundlichen Grüßen

Günther Egidi

Vorsitzender der Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen

Günther Egidi <familie-egidi@nord-com.net>