

Medizinische Klinik

2. Ausgabe

DIALOG

Aszites – einfach gut therapiert

Aszites – vom griechischen Askites für Bauchwassersucht – war bereits bei den Ureinwohnern Lateinamerikas bekannt (s. Foto). Zum Glück für die jetzigen Patienten gibt es heute differenziertere Therapie-Optionen. "Aszites lässt sich meist mit einfachen therapeutischen Maßnahmen gut beherrschen", so Privatdozent Dr. M. Bahr von der MHH kürzlich auf dem 5. Bremer Symposium "Aktuelle Gastroenterologie und Hepatologie in Klinik und Praxis".

Mayer-Pfluge von der Insel Java (18. 300 - 300 n. Chr.)

Parameter	keine	Grad 1-2	Grad 3-4
Enzephalopathie	keine	leicht	mittelgradig
Blutgerinnung	<35	35-45	>45
Albumin [g/l]	>35	28-35	<28
Coak [s]	<70	40-70	>40

Stadium: A = 5-6 Punkte, B = 7-9 Punkte, C = 10-15 Punkte

MELD =	3,78 x log ₁₀ Bilirubin (mg/dl) +
	11,20 x log ₁₀ INR +
	9,57 x log ₁₀ Kreatinin (mg/dl) + 6,4

Aszites ist oft eine Komplikation der Leberzirrhose (siehe Abbildung zur

(siehe Schaubild). Das Ziel: Eine Gewichtsabnahme von max. 500-1000 g pro Tag, um die Gefahr einer Enzephalopathie oder Nierenfunktionsstörungen bis hin zum gefürchteten hepatorenalen Syndrom zu minimieren. Eine Parazentese (von bis zu 5-10 Litern Aszites) bleibt dann

Gradierung	Definition	Therapie
unkomplizierter Aszites 1 ^o	sonographisch nachweisbar	Na-Restriktion
unkomplizierter Aszites 2 ^o	klinisch nachweisbar	Na-Restriktion + Diuretika
unkomplizierter Aszites 3 ^o	aufgetriebenes Abdomen	Parazentese
refraktärer Aszites	medikamentöse Therapie ineffizient	Parazentese TIPS

Moore KP et al. Hepatology 2003

unkomplizierter Aszites 2 ^o – Diuretikatherapie	
generell empfohlen (immer in Kombination statischer Maßnahmen)	
Ziel	- negative Natriumbilanz - komplettes Verschwinden des Aszites - Gewichtsabnahme nicht >2,5 kg/d, bei Ödemen bis 1 kg/d
Monitoring	- Körpergewicht, Elektrolyte, Nierenfunktion
Medikamente	- erste Wahl Spironolacton (50-400 mg/d) - bei unzureichender Wirkung Kombination mit Schleifenuretika (z.B. Furosemid 40-160 mg/d) - Alternativen für Spironolacton bei Synkopen: Amilorid (5-30 mg)
Dosierung	- stufenweise Dosissteigerung bei schlechter Ansprecher - Dosishöchstwert <1 kg erste Woche, <2 kg/Woche danach

Moore KP et al. Hepatology 2003

Schweregradeinteilung). Unabhängig von der Genese werden leichtere Formen mit einer natriumarmen Diät und Diuretika-Gaben mit Spironolacton als Mittel der ersten Wahl therapiert

chond streng erfolgen. So bleibt "TIPS" die Ausnahme: in 90 Prozent der Fälle reicht ohnehin eine konservative Therapie.

www.hivandhepatitis.com/hep_c/news/070203b.html



Chefarzt Prof. Dr. med. Rainer Porschen

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie halten nun die zweite Ausgabe des DIALOGS, des Newsletters der Medizinischen Klinik am Klinikum Bremen-Ost, in den Händen. Bereits in der ersten Ausgabe im vergangenen Jahr wollten wir Ihnen einen Blick hinter unsere "Kulissen" ermöglichen.

Auf Bitten von niedergelassenen Kollegen haben wir auf Seite 3 die Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung aufgeführt, da sich in letzter Zeit doch vielfältige, zum Teil verwirrende Änderungen ergeben haben.

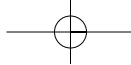
Diesmal steht neben Berichten über neue Entwicklungen in der Gastroenterologie das Thema DRG im Mittelpunkt – für die Krankenhäuser eine schwere Bürde. Lesen Sie, wie das Klinikum Bremen-Ost mit der grundlegenden Umstellung der Krankenhaus-Finanzierung umgeht.

Mit den besten Wünschen für eine weiterhin kollegiale Zusammenarbeit

Ihr R. Porschen

Medizinische Klinik
Klinikum Bremen-Ost

Ein Team. Ein Ziel. Ihr Wohlbefinden.



Stichwort DRG-Finanzierung:

Was bedeutet dies für die Krankenhäuser?

Die Kostenerstattung für die stationäre Behandlung ist zum Januar 2004 für alle deutschen Kliniken mit Ausnahme der psychiatrischen Kliniken radikal umgestellt worden. Das Klinikum Bremen-Ost hat schon in der Testphase 2003 am neuen DRG-System teilgenommen.

Bisher setzte sich die Entgeltberechnung für die stationäre Behandlung in der Regel aus einem Basispflegesatz (Kosten für Unterkunft, Verpflegung etc.) und einem je nach Abteilung und Krankenhaus differierenden Abteilungspflegesatz (Kosten der medizinischen Versorgung) zusammen. Die Kosten des stationären Aufenthalts errechneten sich aus dem Produkt (Basispflegesatz + Abteilungspflegesatz) x Verweildauer.

G-DRG – dahinter verbirgt sich ein an Diagnosen geknüpftes Fallpauschalen-System, Fachbegriff German Diagnosis-Related-Groups. Hierbei handelt es sich um eine reine Kostenkalkulation; medizinische Überlegungen werden nur noch bedingt berücksichtigt.

Was verändert sich für die Krankenhäuser?

1. Die Krankenhausrechnung richtet sich nun nach der Hauptdiagnose, die für die Veranlassung des stationären Aufenthaltes verantwortlich ist. Dafür sind mehrere hundert Diagnosegruppen mit Abstufungen des Schweregrades gebildet worden. Die Höhe der Vergütung hängt von dem Kostengewicht oder Relativgewicht der jeweiligen Diagnosegruppen – also der "ökonomischen Fallschwere" – ab. Dem Relativgewicht wird ein bestimmter Eurobetrag zugeordnet, die sogenannte base-rate (Basisrate).

Beispiel:

Basis:

Relativgewicht base-rate	1,0 3.100 €
--------------------------	----------------

Pneumonie ohne schwere Begleiterkrankung:

Relativgewicht	0,802 x 3.100 =	2.486 €
----------------	-----------------	---------

- Im Jahre 2004 sind die Budgets der Krankenhäuser gedeckelt auf der Höhe des Vorjahres. Zwischen 2005-2009 wird die Vergütung landesweit vereinheitlicht.
- Das nach ökonomischen Gesichtspunkten berechnete System zwingt die Krankenhäuser somit, sich auf die Diagnostik und Therapie der jeweiligen Hauptdiagnosen zu konzentrieren. In Australien hat dies zu einem "Drehtüreffekt" geführt – steigenden (Wieder-) Aufnahmen. Beispiel: Aufnahme wegen Fieber und eitrigem Auswurf; Hauptdiagnose – und somit Vergütungsgruppe – "Pneumonie". Stellt sich im Verlauf zusätzlich die Verdachtsdiagnose eines Non-Hodgkin Lymphoms, lassen sich kostenmäßig die erheblichen Kosten der erforderlichen Diagnostik (Lymphknotenexstirpation etc.) nicht in der Kostengruppe "Pneumonie" abbilden. Folge: das Krankenhaus wird quasi gezwungen, den Patienten zu entlassen und um Wiedereinweisung mit der neuen Hauptdiagnose "Lymphom" zu bitten.
- Die Krankenhausärzte müssen die Diagnosen ebenso wie verschiedene durchgeführte "Prozeduren" (z.B. Koloskopie) verschlüsseln. Die Folge für die Praxis: zunehmende Arbeitszeitbelastung und Verwaltungstätigkeit ohne entsprechenden Personalausgleich.

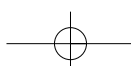
- Erwartet werden Verschlechterungen in der ärztlichen Weiterbildung: da der erfahrene Arzt bei interventionellen Eingriffen weniger Komplikationen hat, werden es wegen des Druckes, Liegezeiten zu verkürzen, junge Ärzte immer schwerer haben, nötige Erfahrung zu sammeln.
- Befürchtet wird ein zunehmender Konzentrationsprozess in der deutschen Krankenhauslandschaft mit der Konsequenz, dass Häuser geschlossen werden müssen.

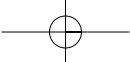
Das Klinikum Bremen-Ost hat aus verschiedenen Gründen im Jahre 2003 mit der Abrechnung nach DRG begonnen. Es ist nach unserem Wissen bisher zu keiner einzigen "englischen"



(=blutigen) Entlassung gekommen. An so einer Entlassungsart hat das Klinikum Bremen-Ost kein Interesse aus Sorge um die ihm anvertrauten Patienten. Zum anderen wird die Wiederaufnahme eines Patienten innerhalb einer bestimmten Zeit nach stationärer Behandlung wegen der gleichen Erkrankung als "Garantiefall" von Seiten der Kostenträger gesehen, so dass es für den zweiten stationären Aufenthalt kein zusätzliches Entgelt gibt.

...also wird uns dieses Thema langfristig begleiten. Fortsetzungen dieses Artikels sind somit vorprogrammiert..





Ambulante Leistungen der Medizinischen Klinik

Stationersetzende Maßnahmen und ambulante Operationen nach § 115 b	KV-Ermächtigung
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bougierung der Speiseröhre 2. Kardiasprengung 3. Einsetzen einer Oesophagusprothese 4. Partielle Koloskopie 5. Totale kurative Koloskopie 6. Polypektomie 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auftragsleistungen <ul style="list-style-type: none"> · Sonographisch geführte Feinnadelpunktion von Pankreas und Leber · Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus · Manometrie des Oesophagus · Oesophagoskopie · Endoskopische Sklerosierungsbehandlung und/oder Ligatur bei Varizen oder Ulcerationen im Bereich des oberen Gastrointestinaltraktes · ERCP · Endosonographie des Oesophagus, des Magens, des Duodenums und des biliopankreatischen Systems · Endorektale Sonographie · Laservaporisation/APC-Therapie (z. B. Blutung, Tumordestruktion, Barrett Ablation) 2. Konsiliaruntersuchungen <ul style="list-style-type: none"> · Bei Patienten mit komplizierten Gallensteinleiden · Bei Patienten mit kompliziertem Verlauf einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung oder chronischer Hepatitis · Bei Patienten mit hereditären Formen einer chronischen Lebererkrankung 2. Mitbehandlungen <ul style="list-style-type: none"> · Beratung bei Patienten mit Karzinom des Gastrointestinaltraktes, ggf. in Kombination mit palliativen endoskopischen Eingriffen
Terminvergabe Endoskopie-Leitstelle Tel. 04 21/408-12 27 Fax 04 21/408-22 25	Terminvergabe Sekretariat Med. Klinik Tel. 04 21/408-22 21 · Fax 04 21/ 408-22 35 E-mail doris.sengstacke@klinikum-bremen-ost.de
(vorzugsweise) Überweisung	Überweisung durch Internist

Klinikum Bremen-Ost feierte seine 100-jährige Geschichte



Höhepunkt 2004 am Klinikum Bremen-Ost war das 100-jährige Jubiläum. Als Klinik für psychisch Kranke gegründet sollte die reizvolle Parkanlage einst nicht an Krankenhäuser erinnern, um sich positiv auf die "Psyche" auszuwirken. 1977 kam ein zentraler Gebäudekomplex für die somatischen Fächer dazu. In einer

mehrtägigen Festveranstaltung präsentierte das Klinikum den reichen Schatz seiner langen Geschichte.

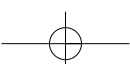
Literatur-Tipp: Gerda Engelbracht: "Von der Nervenklinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost. Bremer Psychiatriegeschichte 1945-1977", Edition Temmen.

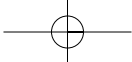
Buten-Bremer ist neuer Oberarzt



Mit Dr. med. Arndt Prahst (38) hat die Abteilung für Innere Medizin einen Buten-Bremer als neuen Oberarzt. So entpuppte sich die Bewerbung des

Hämatonkologen aus dem großen West-Pfalz-Klinikum Kaiserslautern als die eines gebürtigen Elsflethers. Prahst war nach Studium und AiP-Zeit in der Hämatonkologie der MHH Hannover 2 Jahre in der allgemein-internistischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Peine tätig, ehe er 1998 nach Kaiserslautern wechselte. Dort wurde er Facharzt für Innere Medizin und Hämatonkologe. Prahst fährt in seiner Freizeit gern Motorrad und ist Familienvater mit drei Kindern.





Kurzer Draht zu uns

... Vorwahl 0421/ ...

Chefartzsekretariat
Tel. 408 - 22 21 · Fax 408 - 22 35
doris.sengstacke@klinikum-bremen-ost.de

Privatsprechstunde:
Prof. Porschen Tel. 408 - 22 21

Klinikpflegeleiterin Birgit Alpers
Tel. 408 - 22 21

KV-/Spezialsprechstunden für
- Reflux
- chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, M. Crohn)
- chron. Lebererkrankungen
- gastrointestinale Tumore
Tel. 408 - 22 21

Tagesklinik für Gastroenterologie, Hämatologie u. Onkologie (GHOTA)
Tel. 408 - 25 32 · Fax 408 - 25 26

Studiensekretariat
Gastrointestinale Onkologie
Tel. 408 - 25 34

Endoskopie/Endosonographie/Manometrie/pH-Metrie
Tel. 408 - 12 27 · Fax 408 - 22 25

Hyperthermie-induzierte Tumor-Therapie (HiTT)
Tel. 408 - 22 21

Diabetesberatung
Tel. 408 - 25 25

Station 101 Tel. 408 - 15 30
Station 102 Tel. 408 - 15 32
Station 103 Tel. 408 - 15 34
Station 92 Tel. 408 - 15 45

Intensivstation
Tel. 408 - 12 97 · Fax 408 - 22 97

Zentrale Tel. 408 - 0

Aufnahme/Notaufnahme
Tel. 408 - 12 91
Fax 408 - 22 92

Tagesmedizin
Tel. 408 - 21 38

Bremer Workshop "Gastrointestinale Onkologie" am Klinikum Bremen-Ost brachte Überblick über aktuelle Diagnostik und Therapie

Deutschland ist Risiko-Land beim kolorektalen Karzinom

Deutschland ist ein Hoch-Risiko-Land für Kolonkarzinome im europäischen Vergleich, so die alarmierende Feststellung von Prof. Fischbach, Aschaffenburg, auf dem 5. Bremer Workshop "Gastrointestinale Onkologie".



Trotz verbesserter Therapien und der Einführung der Koloskopievorsorge versterben jährlich weiterhin 35.000 Menschen in Deutschland. Im voll besetzten Vorlesungssaal diskutierten kürzlich Kolleginnen und Kollegen mit Experten aus dem Bundesgebiet aktuelle Darmkrebstherapien.

Zu wenig Menschen nehmen die Vorsorgekoloskopie in Deutschland wahr, um das Kolon-Krebs-Risiko signifikant zu senken: nur 1,4 %. Fischbach befürchtet, dass die Vorsorgekoloskopie sogar wieder aus dem Katalog der Vorsorgeuntersuchungen gestrichen werden könnte - ein weltweit vorbildliches Präventionsverfahren sei so bedroht.

Dabei kann dem Darmkrebs immer differenzierter begegnet werden. Prof. Ivo Baca, Chefarzt

der Abdominal-Chirurgie am Klinikum Bremen-Ost, sieht in der chirurgischen Therapie die laparoskopischen Eingriffe auf dem Vormarsch: "Die Patienten vertragen die Eingriffe besser als bei den offenen Operationstechniken." In den vergangenen Jahren hat die Chemotherapie an Bedeutung gewonnen, weil so signifikant höhere 5-Jahres-Überlebensraten erreicht werden. Die adjuvante Chemotherapie wird insbesondere bei Patienten nach R0-Resektion eines Kolonkarzinoms im Stadium III eingesetzt. Wegen der zahlreichen randomisierten Studien mit eindeutigem Wirkungsnachweis ist die klare Indikation zur adjuvanten Chemotherapie Bestandteil der jüngst veröffentlichten deutschen "Leitlinie kolorektales Karzinom". Beim Rektumkarzinom wird die adjuvante Therapie zunehmend als präoperative Radiochemotherapie durchgeführt.

Prof. Porschen, der an der Erstellung der Leitlinien beteiligt war: "Auch in der palliativen Situation sind Chemotherapien prinzipiell sinnvoll". Die besten Ergebnisse in der Verbesserung der Überlebenszeiten erreichen dabei Kombinationstherapien, z.B. Oxaliplatin und 5-FU: "Die aktuellen Therapieschemata haben zu einer Verdoppelung der Überlebenszeit geführt."

Info/Quelle: www.awmf.de Leitlinie 2004 "Kolorektales Karzinom"

Empfohlene Nachsorgeuntersuchungen bei kolorektalem Karzinom

Untersuchung	Monate										
	3	6	9	12	15	18	21	24	36	48	60
Anamnese, körperliche Untersuchung, CEA		X		X		X		X	X	X	X
Koloskopie		X ¹							X ²		
Abdomensonographie		X		X		X		X	X	X	X
Sigmoidoskopie (Rektoskopie) ³		X		X		X		X			
Spiralcomputertomographie ⁴	X										

- wenn keine vollständige Koloskopie präoperativ erfolgt ist bei unauffälligem Befund (kein Adenom, kein Karzinom) nächste Koloskopie nach 5 Jahren
- nur beim Rektumkarzinom ohne neoadjuvante oder adjuvante Radiochemotherapie
- nur beim Rektumkarzinom 3 Monate nach Abschluss der tumorspezifischen Therapie (Operation bzw. adjuvante Strahlen /Chemotherapie) als Ausgangsbefund

