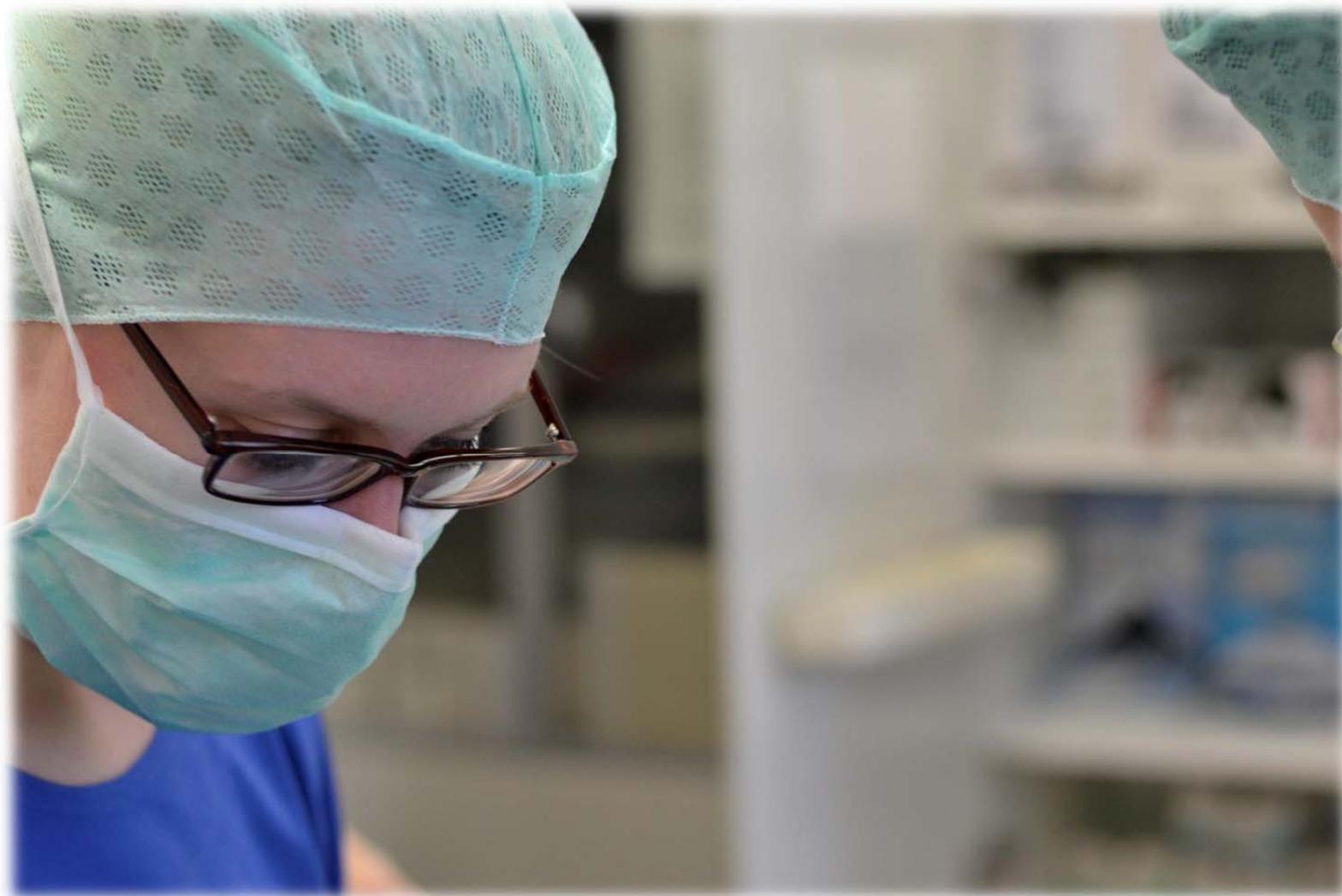


Bundeswehrkrankenhaus
HAMBURG

50 Tipps für den Truppenarzt

2014





Impressum

Herausgegeben durch:

Bundeswehrkrankenhaus Hamburg

Autor: OStArzt Dr. Andrea Scheel

Layout: StUffz Steffen Kruse

Juni 2014

Im Auftrag von:

GenArzt Dr. Joachim Hoitz

BwKrhsHamburg@Bundeswehr.org

Vervielfältigung und Weitergabe nur mit ausdrücklicher Genehmigung.



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Handhabungshinweise | 12 |
| Danksagung | 15 |
| Abkürzungsverzeichnis | 16 |
| Internistischer Formenkreis | 20 |
| Tipp 1: Transaminasenerhöhung i.R. BA 90/5 | 21 |
| Tipp 2: Die Gastroenteritis als Gruppenerkrankung | 22 |
| Tipp 3: Das Adipositas-Programm | 24 |
| Tipp 4: V.a. arterielle Hypertonie | 25 |
| Tipp 5: Vorsorgeuntersuchungen | 26 |
| Tipp 6: Koloskopie | 27 |
| Tipp 7: Kardiologische Funktionsdiagnostik | 28 |
| Tipp 8: Einsatz- und Reiserückkehrer mit Fieber | 32 |
| Chirurgischer Formenkreis | 34 |
| Tipp 9: Steißbeinfistel, Akutversorgung und Nachsorge..... | 35 |
| Tipp 10: Leistenhernie | 36 |

| | |
|---|-----------|
| Dermatologischer Formenkreis | 37 |
| Tipp 11: Wenn Füße riechen....kann es mehr als nur ein Schweißfuß sein..... | 38 |
| Tipp 12: An welchen Körperregionen sollten topische Glukokortikosteroide - wenn überhaupt - nur in Absprache mit dem Facharzt angewandt werden? | 43 |
| Tipp 13: Akuter eitriger Ausfluss beim Mann aus der Harnröhre | 44 |
| Ophthalmologischer Formenkreis | 45 |
| Tipp 14: Das rote Auge | 46 |
| Tipp 15: GZ-Vergabe Nr. 22 im Rahmen BA 90/5 | 48 |
| HNO-ärztlicher Formenkreis..... | 50 |
| Tipp 16: Akute Laryngitis/Heiserkeit | 51 |
| Tipp 17: Pollinosis/Hausstaubmilbenallergie..... | 52 |
| Tipp 18: Schwindel – Differenzierung mittels Kopf-Impuls-Test..... | 56 |
| Tipp 19: Chronische Sinusitis | 58 |
| Tipp 20: Chronische Tonsillitis | 59 |
| Tipp 21: Tonsillitis (EBV vs. Streptokokken)..... | 60 |
| Tipp 22: Peritonsillarabszess (KO einer bakt. Tonsillitis) | 61 |



| | |
|---|-----------|
| Neurologischer Formenkreis | 62 |
| Tipp 23: Bewusstseinsverlust unklarer Genese - epileptischer Anfall DD Synkope | 63 |
| Tipp 24: Plötzliche Bewusstseinsstörungen | 64 |
| Tipp 25: Kopfverletzungen | 64 |
| Tipp 26: Gefühlsstörungen im Bereich der Großzehe innen | 65 |
| Tipp 27: Kopfschmerz als Warnsymptom: „Red Flags“ | 65 |
| Orthopädisch-unfallchirurgischer Formenkreis | 66 |
| Allgemeines | 67 |
| Tipp 28: Lumbago | 68 |
| Tipp 29: Schulterluxation | 70 |
| Tipp 30: Frakturen | 73 |
| Tipp 31: Verletzungen des Kniegelenkes | 74 |
| Tipp 32: OSG-Distorsion | 76 |
| Tipp 33: Physiotherapie | 78 |
| Urologischer Formenkreis | 80 |
| Tipp 34: Vorstellung von Patienten mit erektiler Dysfunktion in der FU XI | 81 |
| Tipp 35: Vorstellung von Patienten mit unerfülltem Kinderwunsch | 81 |
| Tipp 36: Vorstellung von Patienten mit Varikozele als Zufallsbefund ohne Beschwerden | 82 |
| Tipp 37: Vorstellung von Patienten mit "Prostataverkalkung" | 82 |
| Tipp 38: Vorstellung von Patienten mit Pollakisurie, Nykturie | 82 |

| | |
|---|-----------|
| Tipp 39: Mikrohämaturie..... | 84 |
| Heilfürsorge | 86 |
| Tipp 40: Psychotherapie | 87 |
| Tipp 41: Der weibliche Soldat (Gyn.-Vorsorge)..... | 88 |
| Tipp 42: Schwangere Soldatinnen | 88 |
| Tipp 43: Ansprüche von Soldaten in der ziv.-med. Versorgung..... | 91 |
| Tipp 44: Der "0217-er" | 92 |
| Tipp 45: Der "0218-er" | 92 |
| Tipp 46: Genehmigungspflichtige HM (Rezepte, Orthopädiebest. etc.)..... | 93 |
| Tipp 47: Heilpraktiker | 93 |
| Tipp 48: Beantragungswürdige Leistungen | 93 |
| Tipp 49: Abrechnung von ziv.-med. Leistungen bei privaten Aufenthalten im Ausland | 94 |
| Tipp 50: Familien-/Haushaltshilfe..... | 94 |



Vorwort

Liebe truppenärztliche Kolleginnen und Kollegen!

Was tun, wenn der Patient vor Ihnen sitzt, seinen Militärführerschein verlängern möchte und erhöhte Leberwerte im Labor auffallen? Kontrolle der selbigen oder doch gleich Vorstellung des Patienten in der internistischen Ambulanz zur GZ-Vergabe - weil's schneller geht?

Wer hat bei einem gut gefüllten Wartezimmer schon die Zeit erstmal das eingestaubte Fachbuch aus der Truppenarztbücherei - sofern existent - zu holen und sich zu belesen oder im Internet zu recherchieren, was die Ursache sein könnte und als nächstes zu tun ist?

In diesem kleinen Büchlein finden Sie hoffentlich ein paar nützliche Tipps für das truppenärztliche Arbeiten. Gerade wer „neu im Geschäft“ ist, tut sich manchmal schwer, das hoffentlich und offensichtlich Richtige zu tun. Ich spreche aus eigener Erfahrung und habe mir mehr als einmal eine kleine Arbeitshilfe für Probleme gewünscht, die ich mit meiner bis dato erlangten klinischen Erfahrung nicht aus dem Stehgreif lösen konnte.

Diese wenigen Seiten, die Sie in Händen halten, ersetzen natürlich kein Fachbuch, auch nicht die Meinung eines Spezialisten und sie entbinden nicht vom medizinischen Denken und verantwortungsvoll-ärztlichen Handeln. Dieses Büchlein soll eine Hilfestellung sein, die man gern zur Hand nimmt, weil es übersichtlich, kompakt und vor allem informativ ist. Ich hoffe, Ihnen und uns den truppenärztlichen Alltag ein wenig erleichtern zu können.

Mit kameradschaftlichen Grüßen



Dr. Andrea Scheel
Oberstabsarzt



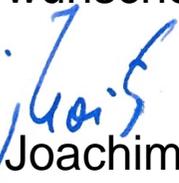
Geleitwort

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
liebe Kameradinnen und Kameraden,

die truppenärztliche Versorgung der Soldaten stellt eine wesentliche Säule im Aufgabenbereich des Zentralen Sanitätsdienstes dar. Gerade die inhaltliche Qualität kann ein hervorragendes Aushängeschild für den Sanitätsdienst sein. Während zu den Zeiten meiner insgesamt fünfjährigen truppenärztlichen Tätigkeit die Zahl von Fachärzten für Allgemeinmedizin in den Sanitätsbereichen und Sanitätsstaffeln nahezu gegen Null ging sind diese Spezialisten in der umfassenden medizinischen Versorgung vor Ort heute glücklicherweise flächendeckend verfügbar. Doch auch heute findet sich grundsätzlich jeder Sanitätsoffizier für eine gewisse Zeit in der Funktion als Truppenarzt oder Schiffsarzt wieder. Unverändert seit meiner eigenen Truppenarztzeit ist die Einschätzung vieler Sanitätsoffiziere, dass sie lieber ihre Facharztweiterbildung vorantreiben als truppenärztlich tätig sein wollen.

Aus eigener Erfahrung kann ich aber bekräftigen, dass genau diese Tätigkeiten erst geeignet sind, das Wesen der Bundeswehr konkret zu begreifen, die Sprache der Truppe zu verstehen und sozusagen „Stallgeruch“ anzunehmen. In einem Gespräch mit Sanitätsoffizieren im ersten klinischen Abschnitt wurde mir vermittelt, dass sie neben dem Wunsch, in der Klinik zu verbleiben, gerade vor der Fülle der medizinischen Anforderungen im truppenärztlichen Dienst Respekt hätten, gerne eine bessere Vorbereitung vor der Truppenarztzeit durchlaufen und eine fachlich-klinische Begleitung bei Fragen aus den klinischen Fachgebieten erwarten würden. Daraus abgeleitet wird am BwKrhs Hamburg seit 2014 eine Ausbildungsreihe „Common Trunk Sanitätsoffizier“ durchgeführt. Weiterhin werden neben einwöchigen Modulfortbildungen für Truppenärzte in den kleinen und großen Fachgebieten eintägige Seminare zu speziellen Themen wie z.B. der Umgang mit psychiatrischen Patienten in der Truppenarztsprechstunde durchgeführt. In diese Reihe der klinisch-fachlichen Unterstützung von Sanitätsoffizieren in den Regionalen Sanitätseinrichtungen gehört auch diese erste Ausgabe von „50 Tipps für den Truppenarzt“, mit der wir Kliniker die truppenärztliche Tätigkeit etwas unterstützen wollen.

Ich wünsche Ihnen für ihre truppenärztliche Tätigkeit viel Glück, Erfolg und viel Freude


Dr. Joachim Hoitz
Generalarzt



Handhabungshinweise

Medizinische Erkenntnisse unterliegen einem permanenten Wandel und dem Einfluss durch klinische Erfahrungen. Es ergehen alle Empfehlungen in fachärztlicher Rücksprache und mit dem Wissenstand zum Moment der Vollendung dieses Manuals, jedoch ohne Gewähr. Sie, als behandelnde Kollegen werden gebeten, im Falle von Unsicherheit ggf. weitere Konsultationen von Spezialisten zu veranlassen und bei der Verordnung von Medikamenten und Heilmitteln die Empfehlungen der Hersteller und Fachgesellschaften hinsichtlich Indikation, Kontraindikation, Nebenwirkungen, Dosierungen und Applikationsform zu beachten, zu prüfen und umzusetzen.

Unsere Empfehlungen erheben in ihrer Kürze keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie entbinden nicht von der eigenverantwortlichen Recherche, Diagnostik und Therapie. Akute Krankheitsbilder bedürfen einer akuten Behandlung. Diese werden in diesem Manual nur am Rande thematisiert. Dennoch können sie in der truppenärztlichen Sprechstunde auftreten und bedürfen einer schnellen und überlegten, sowie zielgerichteten Versorgung.

Wie allgemein üblich wurden für eine bessere Lesbarkeit Warenzeichen bzw. Namen (z.B. bei Medikamenten und Heilmitteln) nicht besonders gekennzeichnet. Darüber hinaus ist zu bemerken, dass genannte Medikamente und Heilmittel durch wirkungs- und nebenwirkungsgleiche Präparate ersetzt werden können.

Die erwähnten Gesundheitsziffern dienen nur der Information und der vorausschauenden Planung bei Begutachtungsverfahren, erheben im Einzelfall keinen Anspruch auf Richtigkeit und ersetzen nicht die Konsultation eines Facharztes.

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit und aufgrund des Entstehungsprozess dieses Werkes wurde weitestgehend auf die Angabe von Quellen verzichtet.

Zur Weiterentwicklung und Verbesserung dieses Manuskriptes nehmen wir Korrekturen, konstruktive Kritik und Denkanstöße gerne entgegen.



Danksagung

Unser Dank gilt den Mitautoren dieses Werkes, ohne deren Zuarbeit die Realisierung dieses Projektes nicht möglich gewesen wäre.



Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Erklärung |
|-----------|---|
| Abs. | Absatz |
| AFP | Alpha-Feto-Protein |
| AllgUmDr | Allgemeiner Umdruck |
| Amb. PT | Ambulante Psychotherapie |
| ASK | Arthroskopie |
| AT | Augentropfen |
| BA | Belegart |
| BAPersBw | Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr |
| BB | Blutbild |
| BBesG | Bundesbesoldungsgesetz |
| BMI | Body Mass Index |
| CED | Chronisch entzündliche Darmerkrankung |
| CMV | Cytomegalievirus |
| cyl | Zylinder |
| DD | Differentialdiagnose |
| Diff-BB | Differential-Blutbild |
| Dpt | Dioptrien |

| | |
|------------|---|
| DRU | Digitale rektale Untersuchung |
| EBV | Ebstein-Barr-Virus |
| EKG | Elektrokardiogramm |
| Ergo | Ergometrie |
| FA | Facharzt |
| FA InspSan | Fachdienstliche Anweisung Inspekteur des Sanitätsdienstes |
| FAP | Familiäre adenomatöse Polyposis |
| FSH | Follikelstimulierendes Hormon |
| FU | Fachuntersuchungsstelle |
| GZ | Gesundheitsziffer |
| HCG | Humanes Choriongonadotropin |
| HebGV | Hebammenhilfe-Gebührenverordnung |
| HM | Heilmittel |
| i.m. | intramuskulär |
| i.v. | intravenös |
| IGel | Individuelle Gesundheitsleistungen |
| KG | Krankengymnastik |
| KO | Komplikation |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| LH | Luteinisierendes Hormon |
| LJ | Lebensjahr |

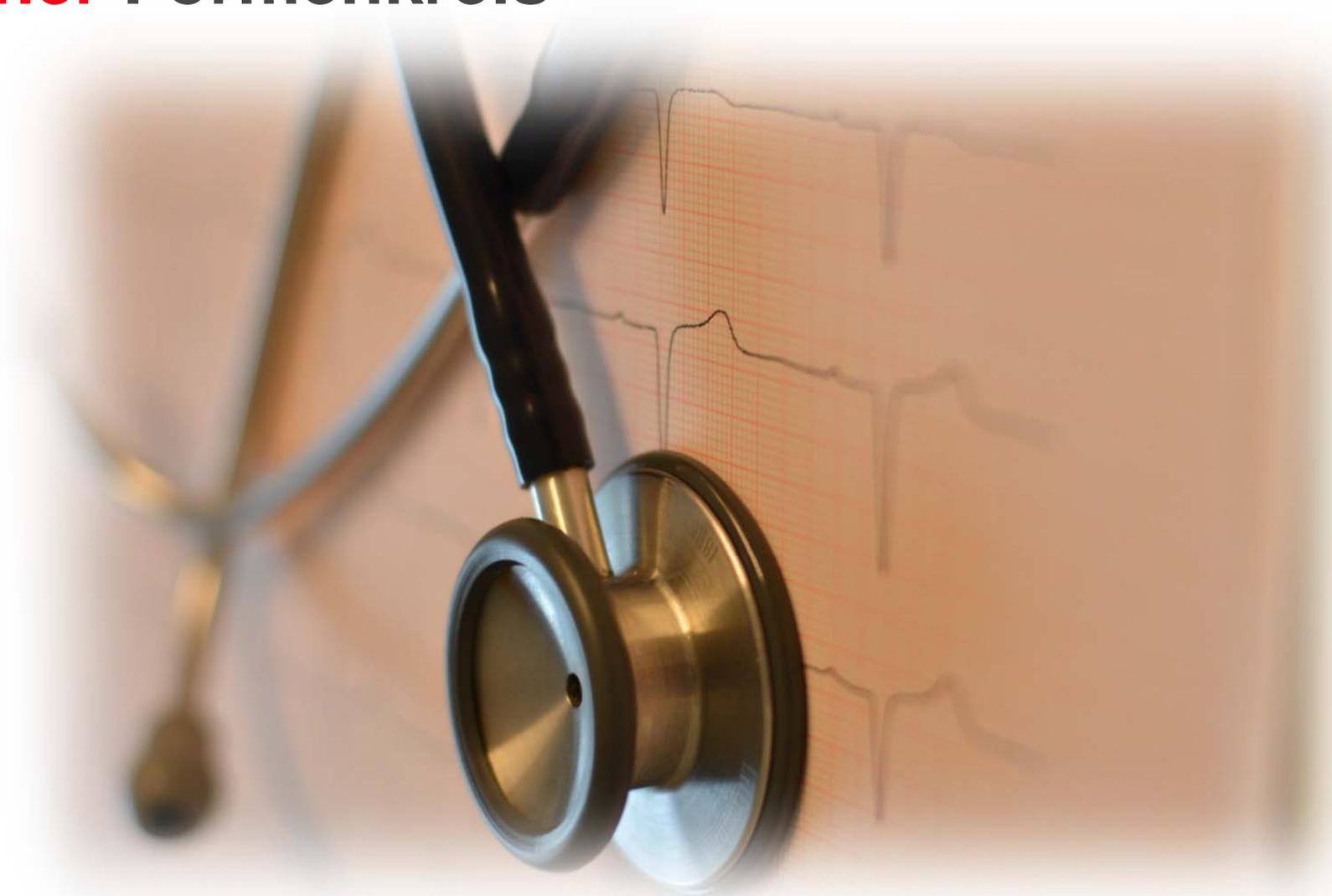


| Abkürzung | Erklärung |
|------------------|--|
| LK | Lymphknoten |
| Lufu | Lungenfunktionsuntersuchung = Spirometrie |
| LZ-EKG | Langzeit-Elektrokardiographie |
| LZ-RR | Langzeit-Blutdruck (-Messung) |
| MuSchuG | Mutterschutzgesetz |
| NSAR | Nichtsteroidale Antirheumatika |
| OSG | Oberes Sprunggelenk |
| p.o. | per os |
| PCM | Paracetamol |
| PSA | Prostataspezifisches Antigen |
| PVP | Polyvinylpyrrolidon |
| PWC | Physical Working Capacity |
| RAST | Radio-Allergo-Sorbens-Test |
| RS | Rücksprache |
| sph | Sphäre |
| SSW | Schwangerschaftswoche |
| UA | Unterarm |
| USG | Unteres Sprunggelenk |
| utV | unentgeltliche truppenärztliche Versorgung |
| V.a. | Verdacht auf |

| | |
|------------|--|
| VwV | Verwaltungsvorschrift |
| WV | Wiedervorstellung |
| z.A. | zum Ausschluss |
| ZDv | Zentrale Dienstvorschrift |
| ZInstSanBw | Zentrales Institut des Sanitätsdienstes der Bundeswehr |
| ZZR | Zehenzwischenraum |



Internistischer Formenkreis



Tipp 1: Transaminasenerhöhung i.R. BA 90/5

Empf. Procedere:

Ausschluss eines akuten Abdomens! Meistens Zufallsbefund i.R. BA 90/5, dann gilt folgendes Vorgehen als sinnvoll:

- Muster der Schädigung
(Cholestaseparameter oder Transaminasen führend?)
 - o Hepatitis-Muster: GOT/GPT > AP/GGT
 - o Cholestase-Muster: AP/GGT > GPT/GOT
 - o Tox. Muster: GGT > GOT > GPT
- Anamnese: Ausland, Ernährung, Medikamente, Noxen, arbeitsmedizinische Aspekte
- Impfstatus (Hepatitis A/B)
- Befunderöffnung mit Aufklärung über die häufigsten Ursachen (nutritiv-tox.)
- Kontrolle der Transaminasen und Cholestaseparameter nach Noxenkarenz und 12-stündiger Nüchternheit vor Blutentnahme
- bei persistierender Erhöhung \Rightarrow Vorstellung FU I zur weiterführenden Diagnostik





Tipp 2: Die Gastroenteritis als Gruppenerkrankung

Ziel ist das Verhindern der Weiterverbreitung; zunächst Abschätzung und später Feststellung der Ursache

Empf. Procedere:

Bei V.a. Gastroenteritis-Masseninfektion/Gruppenerkrankung

Erstmaßnahmen:

- keine Hysterie verbreiten!
- Ausführliche Anamnese (Tätigkeit im Lebensmittelbereich, Reiseanamnese nicht vergessen!)
- Auflistung aller Symptome mit Zeitpunkt des Beginns
- Identifikation des führenden Symptoms
- Nahrungsaufnahme mit Zeitpunkten dokumentieren (wichtig für die Abschätzung der Causa)
- Stuhlproben auf pathogene Keime, insb. PCR auf Norovirus
- je nach Anamnese an erweiterte Virusdiagnostik denken
- wenn mögl. Indexpatienten identifizieren
- Rückstellproben der letzten 3 Tage aus der Truppenküche asservieren lassen
- frühzeitig Überwachungsstelle für öffentlich-rechtliche Aufgaben des Sanitätsdienstes der Bundeswehr (ÜbwStÖffRechtlAufgSanDstBw Nord/Süd/Ost/West) Abteilung I (Hygiene) und Abteilung III (Veterinärwesen) anrufen und Beratung einholen zu:



- Maßnahmen der Isolation
- Desinfektionsmittel
- Meldepflichten
- Abwägen: krank zu Hause/Kohortenisolation (gesund/krank/krankheitsverdächtig)
- symptomatische Therapie (Rehydrierung, Elektrolytausgleich etc.)
- zügig in den betroffenen Einheiten Toilettentrennung (gesund/krank/krankheitsverdächtig) mittels Beschilderung veranlassen
- Dokumentation
- Umgang mit Lebensmittelrückstellproben etc.

Weitere Maßnahmen:

- Erfüllung der Meldepflichten gegenüber den zuständigen Behörden:
- ÜbwStÖffRecht|AufgSanDstBw Nord/Süd/Ost/West
- Gesundheitsamt (Wohnort des Soldaten)
- SanBereich der Maßgabe entsprechend desinfizieren lassen (alles was mit Gastroenteritis-Pat. in Kontakt kam: WC!, Handläufe, Türklinken, Stühle, Tische, Tresen etc.)
- Patienten/Truppe/Personal hinsichtlich der Hygienemaßnahmen schulen und geeignetes Desinfektionsmittel verteilen (i.d.R. wird in der Frühphase ein viruzides Händedesinfektionsmittel angeordnet z.B. Sterilium® virugard)

CAVE: Blutauflagerungen, massive Dehydrierung, Fieber, schwere Kreislaufdysregulation ⇒ weiterführende Diagnostik und Therapie im stationären Setting in Erwägung ziehen (vorzugsweise BwKrhs ⇒ telefonische Vorankündigung/Rücksprache)



Tipp 3: Das Adipositas-Programm

Unterstützung abnehmwilliger Patienten in medizinischer Begleitung mit:

- regelmäßiger Blutwertkontrolle, Gewichtskontrolle
- initiale Abdomen-Sonographie
- Ergometrie bei Erstvorstellung und im Verlauf zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit und der Steigerung selbiger unter der angestrebten Gewichtsreduktion
- individuelle Ernährungsberatung
- Dokumentation des Programmverlaufs/-erfolges und Gewichtsverhalten
- regelmäßige Vorstellung in unterschiedlichen zeitl. Abständen in der FU I gemäß Vorgaben des Adipositasprogramm (sind dem *patientenbezogenen Begleitheft* zu entnehmen)
- regelmäßige Vorstellung in der Ernährungsberatung und in der Adipositasgruppe

Empf. Procedere:

Bei BMI > 30, verbleibende Restdienstzeit > 24 Monate und erkennbarer Eigenmotivation des Patienten zum Wandel des Lebensstils:

- truppenärztliche Anmeldung zur Aufnahme in das Adipositasprogramm in FU I z.B. BwKrhs Hamburg (Anmeldung zur Ernährungsberatung nicht notwendig, erfolgt aus der FU I)
- grundsätzlich auch Vorstellung von Patienten außerhalb des Adipositasprogramm in der Ernährungsberatung mögl.

Tipp 4: V.a. arterielle Hypertonie

Empf. Procedere:

- im SanBereich wiederholte Messungen unter standard. Bedingungen in Ruhe
- bei wiederholten Messungen mit RR-Werten $> 140/90$ mmHg \Rightarrow Vorstellung FU I, dort:
- umfangreiche Anamnese, körperliche Untersuchung, LZ-RR, Ergometrie und Echokardiographie (Terminierung über FU I)

Nach Erhebung des kardiovaskulären Risikoprofils ergeht entweder Empfehlung:

- zum konservativen Therapieversuch mittels Lifestyle-Modifikation (Gewichtsreduktion, salzarme Ernährung etc.) oder
- zur medikamentösen Therapie
- immer Minimierung der Risikofaktoren einleiten (Nikotinkarenz, Optimierung der Blutfette, Gewichtsreduktion, Steigerung der körperlichen Betätigung etc.)
- ggf. (in Abhängigkeit von Compliance und Somatisierungsneigung des Patienten) RR-Eigenmessung durch Patienten, dazu Verordnung eines RR-Messgerätes durch TrArzt und Führen eines RR-Tagebuches
- WV in FU I nach 3-6 Monaten
- in der Einstellungsphase i.d.R. und bei entsprechender Fragestellung, erfolgt meist Vergabe GZ VI(sechs)/46

Tipp 5: Vorsorgeuntersuchungen

Empf. Procedere:

- Ab dem 50. Lebensjahr
- alle 2 Jahre
- beinhaltet grundsätzlich:
 - Internistische Vorsorge mit
 - ausführlicher Anamnese
 - körperliche Untersuchung inkl. DRU
 - Sonographie von Abdomen und Schilddrüse, ggf. Echokardiographie
 - Ergometrie/Spirometrie (Lufu)
 - Knöchel-Arm-Index
 - Blutuntersuchungen inkl. Blutfetten, nüchtern-BZ, HbA1c etc.
 - ggf. weitere Untersuchungen nach Indikation
 - Klärung Koloskopieindikation (s.u.)
 - Urologische Vorsorge
 - Dermatologische Vorsorge
 - Ophthalmologische Vorsorge



Tipp 6: Koloskopie

Vorsorgekoloskopie

Empf. Procedere:

Grundsätzlich erfolgt Bahnung und Planung der Vorsorgekoloskopie i.R. der Vorsorgeuntersuchung aus der FU I

- ab dem 50. Lebensjahr
- Ausnahmen:
 - o Verwandter ersten Grades vor dem 60 Lebensjahr an Kolon-CA erkrankt (Merksatz: erste Kolo 10 Jahre vor Erkrankung des Indexpatienten)
 - o familiäre Belastungen anderer Art (FAP etc.)
 - o positiver Hämokkult-Test

Indikationskoloskopie

Empf. Procedere:

Sofern Empfehlung dazu bereits ergangen (Ambulanzbrief o.ä.) Terminierung über internistische Endoskopie-Ambulanz (z.B. BwKrhs Hamburg: 90-7947-28600) bei

- positivem Hämokkult-Test
- chron. Diarrhoe
- CED-Abklärung oder –verlaufskontrolle

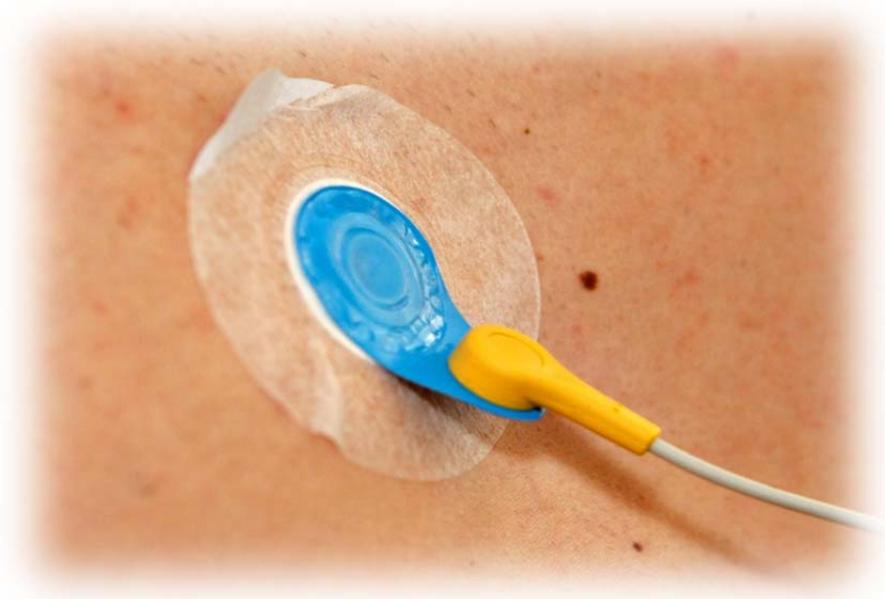
Tipp 7: Kardiologische Funktionsdiagnostik

EKG-Auswertung:

Rhythmus, Lagetyp, Frequenz, Blockbilder (Rechtsschenkelblock, Linksschenkelblock, AV-Block etc.), Zeiten, ST-Veränderungen/T-Negativierung, Herzrhythmusstörungen, Extrasystolen (VES, SVES)

Ohne Krankheitswert:

- Linkstyp, Normaltyp. Steiltyp + Rechtstyp (junger, schlanker Patient)
- inkomplette Blockbilder und Rechtsschenkelblock bei herzgesunden Patienten (nach erfolgter kardiologischer Abklärung)
- neg. T in aVR
- respiratorische Arrhythmie
- AV-Block I° bei trainierten Patienten



Pathologisch:

- kompletter Linksschenkelblock
- verlängerte QT-Zeit
- überdrehter Rechts-/Linkstyp
- ST-Streckenveränderungen
- polymorphe Extrasystolen oder vermehrt auftretende Extrasystolen (Salven)
- Rhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern, Vorhofflattern, höhergradige AV-Blockierungen)

Empf. Procedere

Bei pathologischen Veränderungen:

- Notfall ausschließen! (Klinik beachten: Brustschmerzen, Blutdruckwerte, veg. Symptomatik, Risikoanamnese, bei entsprechender Anamnese Vorstellung nächste NFA, ggf. mit NA)
- wenn Notfall ausgeschlossen, elektive Vorstellung FU I zur weiteren Diagnostik



Ergo-Auswertung

Diagnostikum bei Verdacht und zur Verlaufskontrolle i.R. von Herz-Kreislaufferkrankungen (Hypertonus, KHK) und im Rahmen der Leistungsdiagnostik für BA 90/5 (Zielwerte siehe unten)

Pathologisch:

- (horizontale oder deszendierende) ST-Streckenveränderungen insb. unter Belastung oder in der Erholungsphase
- neu aufgetretener kompletter LSB unter Belastung (kann bei jungen trainierten Patienten auftreten, LSB verschwindet jedoch nach der Belastung wieder \Rightarrow trotzdem einmalig kardiologische Diagnostik)
- aus inkomplettem wird kompletter RSB
- vermehrt auftretende VES/SVES

Definition der Belastungshypertonie: bei 100 Watt und RR_{sys}

- bis 175 mmHg (Pat. < 20 Jahre)
- bis 200 mmHg (Pat. < 30 Jahre)
- bis 210 mmHg (Pat > 50 Jahre)

Richtwerte für Leistungsdiagnostik im Rahmen BA 90/5

- Weiterverpflichtung
 - o Männlich: PWC_{170} 2,1 W/kg KG
 - o Weiblich: PWC_{170} 1,9 W/kg KG
- Spezielle Verwendungen (z.B. Einzelkämpfer) mit höheren Grenzwerten

Empf. Procedere:

Bei pathologischen Veränderungen:

- Notfall ausschließen! (siehe oben)
- wenn Notfall ausgeschlossen, elektive Vorstellung FU I zur weiteren kardiologischen Diagnostik



Tipp 8: Einsatz- und Reiserückkehrer mit Fieber

Bei der erforderlichen Diagnostik des Fiebers muss unterschieden werden zwischen:

- reisebedingten Erkrankungen
- reiseassoziierten akuten oder chronisch rezidivierenden Krankheitsbildern
- fieberhaften Erkrankungen ohne Zusammenhang mit der Reise

Eine Einteilung von fieberhaften Erkrankungen mit kurzer, mittellanger und langer Inkubationszeit gibt eine grobe Orientierungshilfe. Hilfreich ist diese insbesondere bei der Verdachtsdiagnose von Viruserkrankungen (wie z.B. der Dengue- oder Chikungunyavirusinfektion, den häufigsten durch Mücken übertragenen Erkrankungen, sowie anderen teilweise hochkontagiösen Viruserkrankungen wie Lassa- oder Gelbfieber). Die Gefahr, sich als Reisender mit einem hämorrhagischen Fieber zu infizieren ist glücklicherweise verschwindend gering. Bei Rückkehrern aus Endemiegebieten (von Ebola, Krim-Kongo oder Lassa) sollte aber auch an diese Möglichkeit gedacht werden, ebenso bei Hämorrhagien und anderen Blutungsstörungen.



Tipps:

Eine tropische Viruserkrankung (s.o.) ist nahezu ausgeschlossen bei Auftreten einer fieberhaften Erkrankung 21 Tage nach Verlassen eines Endemiegebietes und einer normalen Thrombozytenzahl (auch im Verlauf).

Aber: Die Malaria als wichtigste fieberhafte Erkrankung kann je nach Spezies und durchgeführter Prophylaxe auch noch nach deutlich mehr als 3 Wochen auftreten.

Daher muss bei jeder fieberhaften Erkrankung während und nach einem Tropenaufenthalt zuerst an eine Malaria gedacht werden und die entsprechende Diagnostik unverzüglich durchgeführt werden!

Ansprechpartner:

z.B. Fachbereich Tropenmedizin des BwKrhs HH unter 90-7947-28700 (außerhalb der Dienstzeiten unter 90-7947-28756)

MEDINTEL HOTLINE 24/7 unter 90-6227-7541 oder -7575

Tropeninstitute und die aktuellen Leitlinien unter www.dtg.org

Chirurgischer Formenkreis



Tipp 9: Steißbeinfistel, Akutversorgung und Nachsorge

Die kutane Fistelung der Steißbeinregion ist ein häufiges Problem der truppenärztlichen Sprechstunde. Das Erscheinungsbild variiert zwischen einem reizlosen Porus bis hin zu großen, abszedierten Fistelsystemen. Zur Sanierung dieser Erkrankung ist nahezu ausschließlich die chirurgische Therapie möglich. Plastisch chirurgische Eingriffe mit anschließend primärem Wundverschluss bis hin zur langwierigen offenen Wundbehandlung sind erforderlich. Insbesondere die offene Wundbehandlung stellt eine Herausforderung für die truppenärztliche Sprechstunde dar.

Tipps:

Insbesondere in der Phase der beginnenden Wundgranulation sollte von mechanischer Manipulation der Wundhöhle abgesehen werden!

Empf. Procedere:

- drucklose Spülung mit NaCl-Lösung
- anschließende Vorlage einer leicht angefeuchteten NaCl-Kompresse
- Verhinderung von Einwachsen von Analbehaarung in die Wunde (dazu ggf. regelmäßige Wundrandenthaarung)
- einmal täglich die Wunde drucklos mit klarem Wasser unter der Dusche ausduschen

Damit ist der Wundpflege in der Regel genüge getan. Durch regelmäßige Anwendung von Aseptika und das mechanische Auswischen der Wunde würde die empfindliche Granulationsfläche und die zunehmende Epithelisierung indess gestört werden.



Tipp 10: Leistenhernie

Die Leistenhernie stellt in der truppenärztlichen Sprechstunde eine Herausforderung an Diagnostik und Planung des weiteren Vorgehens dar. Bei offensichtlichen Leistenbrüchen mit Vorwölbung und gut tastbarem Befund ist die Entscheidung einfach. Eine operative Stabilisierung ist bei Soldaten auf Grund der Risiken bei manifester Leistenhernie erforderlich. Im Nebenschluss muss eine Stabilisierung zum Erhalt der Verwendungsfähigkeit angestrebt werden. In den letzten Jahren zeigte sich, dass insbesondere beim jungen, aktiven Patienten ein Leistenschmerz ohne deutliche Hernierung auftritt. Diese sog. „Sportlerleiste“ gerät immer deutlicher in den Focus der Chirurgie. Bei sportlich aktiven jungen Patienten mit chronischem Leistenschmerz kann eine solche „Sportlerleiste“ die Ursache der Problematik sein. Hier kann im Rahmen einer fachchirurgischen Vorstellung durch Sonographie eine solche funktionelle Leistenproblematik dargestellt werden. Ggf. ist dann mit Hilfe einer sog. Minimalstabilisierung (minimal repair) eine deutliche Beschwerdebesserung möglich.



Dermatologischer Formenkreis





Tipp 11: Wenn Füße riechen....kann es mehr als nur ein Schweißfuß sein

Differentialdiagnostisch kommen über die reine Hyperhidrosis u.a. vier verschiedene ursächliche Diagnosen in Betracht, die einer unterschiedlichen Behandlungsweise bedürfen:

Keratoma sulcatum

Bereits beim Ausziehen der Socken schöpfen Sie Verdacht, da ihr Sprechzimmer von einem intensiven Geruch von Buttersäure durchflutet wird. Dieses Krankheitsbild tritt vor allem in den Sommermonaten nach langem Tragen der Kampfstiefel auf wie z.B. im ISAF-Einsatz während den sog. „Long-range Patrouillen“. Es führte bereits in den Schützengräben im ersten Weltkrieg zu massiven Ausfällen („trench-foot-disease“). Es handelt sich um eine bakterielle Infektion, die durch Corynebakterien hervorgerufen wird. An der gesamten Fußsohle, aber auch am Großzehenballen und an der Ferse finden sich wie ausgestanzt wirkende, tiefe, grubchenförmige Hornschichtdefekte, die weißlich imponieren und teilweise flächenhaft konfluieren können. Ein penetrant beißender Geruch ist charakteristisch. Betroffene Patienten können nur noch schmerzhaft auftreten.

Empf. Procedere:

- Abstrich zur bakteriellen Untersuchung, dann umgehend
- Therapie:
 - o okklusives Schuhwerk meiden
 - o häufiger Wechsel von Socken und Schuhen (keine Sportschuhe, möglichst offenes Schuhwerk)
 - o Fußbäder mit synthetischen Gerbstoffen (z.B. Tannosynt[®] flüssig)
 - o mehrfach tägliches Auftragen von z.B. Tannolact[®] Lotion und Erythromicin 2% in 50% Isopropylalkohol (hier kann auch eine fertige Lösung z.B. aus dem Aknefug[®] EL angewandt werden)
 - o Anwendung für insgesamt 10 – 20 Tage





Tinea pedis

Der „klassische Fußpilz“ entwickelt sich meistens in den Zehenzwischenräumen, vor allem im relativ engen 4. ZZR. Erreger sind Fadenpilze (Dermatophyten) wie z.B. *Trichophyton rubrum* oder *T. mentagrophytes*. Klinisch zeigt sich in den ZZR Rötung und Mazeration mit Schuppenbildung und teilweise nässenden Einfurchungen (sog. Rhagaden), mäßige Geruchsbildung. Die Mykose kann aus den ZZR heraustreten und auf Fußsohle, Fußrücken und Fußnägel übergehen.

Empf. Procedere:

- die kulturelle Erregerdiagnostik (sofern notwendig) erfolgt durch den Hautarzt
- Therapie
 - o topisch aufzutragende Antimykotika (z.B. Lamisil[®] Creme, Mykospor[®] Creme, Batrafen[®] Creme, Canesten[®] Creme u.a.).
 - o für mindestens 4 Wochen täglich

Aber Pilz ist nicht Pilz! Bitte keine Präparate ausgeben, die Nystatin enthalten. Das wirkt beim Hefepilz (meist Infektion mit *Candida species*) in den intertriginösen Räumen.

Cave: Dem Fußpilz wird erfahrungsgemäß nur wenig Krankheitswert zugemessen, dabei ist er die häufigste Eintrittspforte für Streptokokken, die zum Erysipel führen. Ein Blick in die Zehenzwischenräume gerade vor einem Einsatz in den Tropen ist in der Vorbereitung eine sinnvolle diagnostische Maßnahme.

Gram-negativer Fußinfekt

Es handelt sich um eine hochexsudative Mischinfektion mit gramnegativen Erregern, die von den ZZR ausgeht. Diese sind massiv mazeriert und gerötet und nassen stark. Ein beißender Geruch – viel stärker als bei der Tinea - ist charakteristisch. Betroffene Patienten können kaum noch laufen. Ein dyshidrosiformes Fußekzem oder eine Tinea pedis können vorausgegangen sein.

Empf. Procedere:

- Abstriche zur bakteriologischen Diagnostik vor Therapiebeginn
- Therapie:
 - Trockenlegen der Infektion durch Einlage von Mullstreifen in die ZZR
 - Hochlagern und Ruhigstellen
 - regelmäßige Fußbäder mit PVP-Lösung (z.B. Betaisodona[®] Fußbäder)
 - auch Farbstoffe haben weiter ihre Berechtigung (Auftragen von 0,5% Pyoktanin oder Gentianaviolett Lösung).
 - bei ausgeprägten Befunden systemische Antibiotikagabe z.B. mit Ciprofloxacin (500 mg 2 x 1 Tbl. tgl.)
 - im Auslandseinsatz erfahrungsgemäß mit einem stationären Aufenthalt über einige Tage im Einsatzlazarett verbunden



Dyshidrosiformes Fußekzem

Diese Ekzemform geht oft mit einem Handekzem einher, kann aber auch isoliert auftreten. Nach Erkrankungen aus dem atopischen Formenkreis (Asthma bronchiale, Neurodermitis constitutionalis und Rhinokonjunktivitis allergica) sollte bei der Anamnese explizit gefragt werden. Klinisch zeigt sich eine Dyshidrosis mit initial reiskorngroßen wasserklaren Bläschen, die später als nässende Erosionen mit plaqueförmiger Schuppung imponieren. Sekundär können Pusteln, Hyperkeratosen und Rhagaden auftreten. Das dyshidrosiforme Fußekzem tritt meist beidseitig mit Juckreiz und Brennen auf. Ein einseitiger Befall kann dagegen auf eine sog. dyshidrosiforme Tinea hinweisen. Rezidivierende Verläufe über Jahre hinweg in den Sommermonaten sind typisch.

Empf. Procedere:

- dermatologische Vorstellung zum Ausschluss
 - o v. Differentialdiagnosen (Mykologie)
 - o allergisches Kontaktekzem (Typ IV)
- Therapeutisch gilt es, mit Glukokortikosteroiden eher zu „klotzen“ als zu „kleckern“, d.h.:
 - o topisch hochpotente Glukokortikosteroide der Wirkstoffklasse III oder IV, möglichst in der Darreichungsform „Creme“
 - o ggf. bei massiven Befall initial über 3 Tage Prednisolon 60 – 80 mg tgl. als „Stoßtherapie“ über 3 bis 4 Tage ohne es danach auszuschleichen
 - o adstringierende Fußbäder mit synthetischen Gerbstoffen
 - o Pflege mit z.B. harnstoffhaltigen Externa

Tipp 12: An welchen Körperregionen sollten topische Glukokortikosteroide - wenn überhaupt - nur in Absprache mit dem Facharzt angewandt werden?

Gesicht

Glukokortikosteroide sollten hier nur mit äußerster Zurückhaltung und dann auch nur in Absprache mit dem Facharzt bei schweren Ekzemformen angewandt werden. Dabei ließen sich doch kleine Hautentzündungen wie der kosmetisch störende Pickel oder die „unruhige Haut“ vor einem Event, bei dem man einfach gut aussehen muss, so schnell und wirkungsvoll mit der Kortison-Creme aus der Hausapotheke bekämpfen. Dies mag durchaus so sein, führt aber bei mehrmaligem Auftragen zum Krankheitsbild der **perioralen Dermatitis** (auch „Stewardessenkrankheit“), die dann langwierig über Wochen bis Monate verläuft und therapeutisch kaum zu beeinflussen ist. Ebenfalls kann nach anfänglicher Besserung eine sog. Steroidakne als Nebenwirkung auftreten, die von hartnäckigen Papulopusteln gekennzeichnet ist.

Skrotum

Die Haut am Skrotum ist mechanisch gesehen sehr dünn und besitzt eine 200-fach erhöhte Resorptionsfähigkeit. Die Behandlung mit potenten topischen Steroiden kann bereits nach kurzzeitiger Anwendung zur irreversiblen Hautatrophie führen.



Tipp 13: Akuter eitriger Ausfluss beim Mann aus der Harnröhre

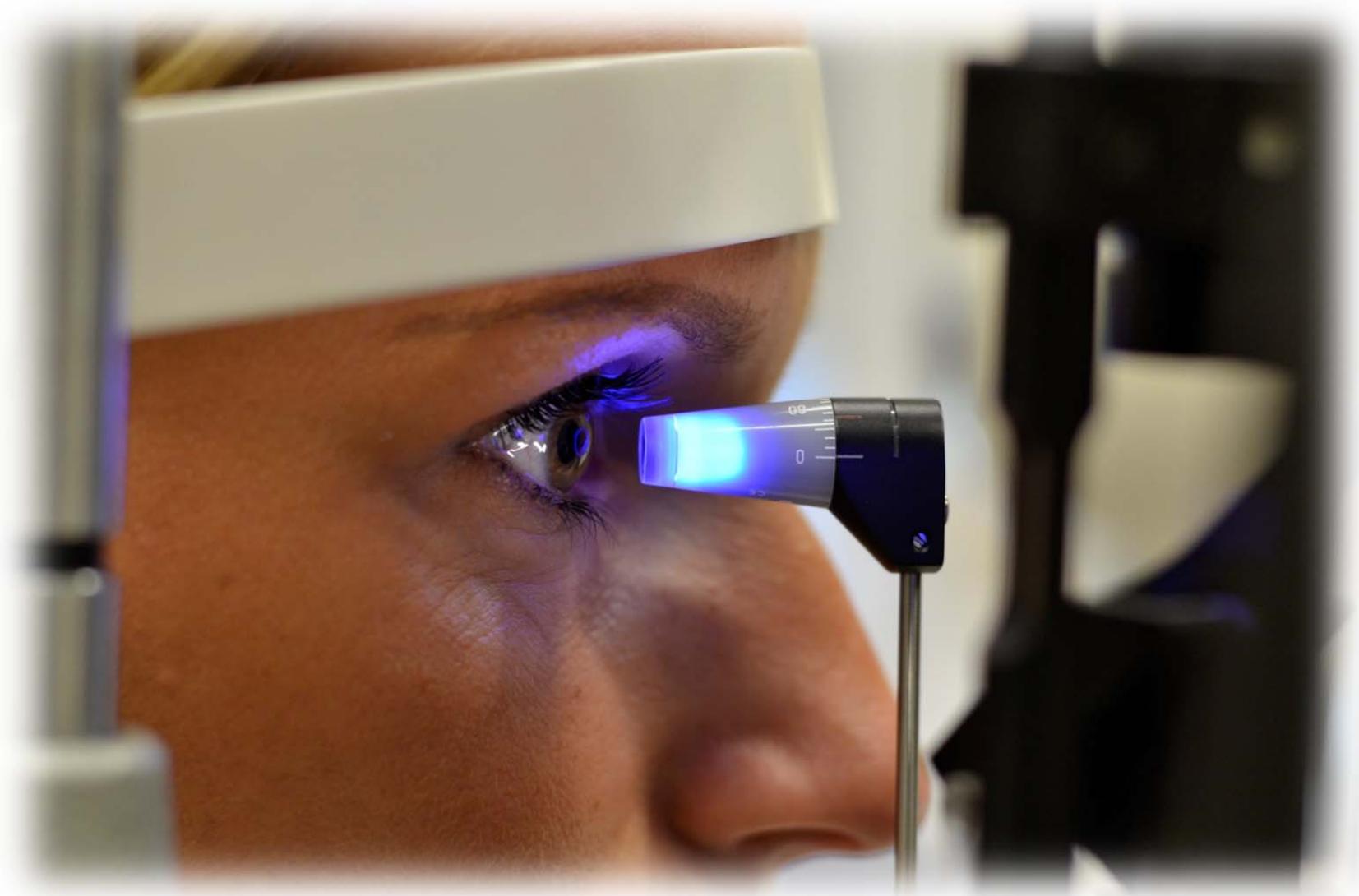
Ein eitriger Ausfluss aus der Harnröhre ist hinweisend auf eine Gonorrhoe.

Empf. Procedere:

- Abstrichnahme vor Therapiebeginn
- Warten auf das Ergebnis der mikrobiologischen Untersuchung sollte Behandlung nicht unnötig verzögern
- Therapie: Polypragmatisch empfiehlt sich symptomorientiert gemäß den **Therapieempfehlungen der Deutschen STI – Gesellschaft** (AWMF Leitlinie, 08/2013):
 - o Ceftriaxon 1 g i.m./i.v. plus Azithromycin 1,5 g p.o. jeweils als Einmaldosis
 - o bei Kontraindikationen oder wenn eine i.m.-Injektion oder i.v.-Injektion nicht möglich ist: Cefixim 800 mg p.o. plus Azithromycin 1,5 g p.o. jeweils als Einmaldosis

Die Azithromycin-Gabe wird durchgeführt, da die Gonorrhoe oft mit einer Chlamydien-Infektion einhergeht.

Ophthalmologischer Formenkreis





Tipp 14: Das rote Auge

Bakterielle Entzündung

Dabei sollte auf eine eitrige Sekretion geachtet werden, ansonsten ist nicht von einer bakteriellen Bindehautentzündung auszugehen und die antibiotische Therapie wäre dann überflüssig.

Empf. Procedere:

- antibiotische Augentropfen (z.B. Ofloxacin AT oder Gentamicin AT 4x tgl.)

Virale Entzündung

Bei der folgenden Konstellation sollte an eine epidemische *Adenovirus*konjunktivits gedacht werden:

- Symptombeginn an einem Auge und
- starkes Augentränen und Fremdkörpergefühl und
- positive Umfeldanamnese und
- präaurikuläre Lymphknotenschwellung

Empf. Procedere:

- Krankschreibung und Isolierung
- Händehygiene
- bei subjektiver Visusbeeinträchtigung ggf. Vorstellung beim Augenarzt

Andere Ursachen,

die ebenfalls die Symptomatik des roten Auges zeigen und nicht nach wenigen Tagen gebessert sind, können truppenärztlich nicht näher differenziert oder diagnostiziert werden und sind dem Augenarzt in jedem Fall vorzustellen. Hierzu gehören:

- Uveitis (Regenbogenhautentzündung mit evtl. Visusminderung)
- Skleritis/Episkleritis (diffuse oder umschriebene Augenrötung mit Augenschmerzen/Bewegungsschmerzen)
- virale Infekte der Hornhaut

Auch die konjunktivale Injektion im Rahmen einer Augeninnendruckerhöhung (Augenrötung + Augenschmerzen/Druckgefühl + Visusminderung sowie ggf. Halos) sollten zu einer augenfachärztlichen Vorstellung führen.



Tipp 15: GZ-Vergabe Nr. 22 im Rahmen BA 90/5

Empf. Procedere:

Soldaten, die im Rahmen BA 90/5 vom Bw-Augenarzt gesehen wurden, sollten mit einem eindeutigen GZ-Vorschlag zurückkommen.

Eigeninitiative vom Truppenarzt ist dann gefordert, wenn z.B. der Soldat einen aktualisierten Brillenpass vorlegt, ohne dass er beim Bw-Augenarzt war.

| | |
|--|--|
| GZ II22.1 | Myopie/Hyperopie bis 3.00 dpt Zylinder bis 2.00 dpt |
| GZ II22.2 | Myopie bis 7.00 dpt Hyperopie bis 5.00 dpt Zylinder bis 3.00 dpt |
| GZ III22 | Myopie/Hyperopie bis 8.00 dpt Zylinder bis 5.00 dpt |
| Werte, die diese Grenzen überschreiten, entsprechen demzufolge der Gradation VI22. | |



Es müssen sowohl die sphärischen als auch die astigmatischen Werte betrachtet werden. Dabei ist zu beachten, dass der jeweils stärker brechende Meridian zu betrachten ist (Sphäre und Zylinder sind miteinander zu verrechnen; z.B. bei der Kombination von Myopie und Minuszylinder kommt es zu einer Werteaddition, siehe Bsp. 2 und Bsp. 3; das gleiche gilt für Hyperopie und Pluszylinder).

Bsp. 1: +2.75 sph – 1.25 cyl A 100° → GZ II22.1

Brechkraft im ersten Hauptschnitt + 2.75, in zweiten Hauptschnitt + 1.50, also jeweils < 3.00 dpt; Zylinder < 2.00 dpt

Bsp. 2: – 2.00 sph – 1.25 cyl A 100° → GZ II22.2

Brechkraft im ersten Hauptschnitt – 2.00, im stärker brechenden Hauptschnitt – 3.25 (Addition aus -2.00 und -1.25), also einmal > 3.00 dpt; Zylinder < 2.00 dpt

Bsp. 3: – 1.00 sph – 4.25 cyl A 20° → GZ III22

Brechkraft im ersten Hauptschnitt – 1.00 dpt, im zweiten Hauptschnitt – 5.25dpt, also jeweils < 7.00 dpt; da aber der Zylinder > 3.00 dpt ist, erfolgt die Einstufung als GZ III22

Bsp. 4: – 4.25 sph – 4.50 cyl A 80° → GZ VI22

Sphäre in einem Hauptschnitt – 4,25 dpt, im anderen Hauptschnitt – 8,75 dpt, also einmal > 8.00 dpt



HNO-ärztlicher Formenkreis



Tipp 16: Akute Laryngitis/Heiserkeit

Empf. Procedere:

Bei typischen Symptomen wie seit Kurzem aufgetretener Heiserkeit, Hustenzwang und ggf. Schmerzen auf Larynxhöhe abhängig vom Beschwerdebild:

- Stimmschonung bis hin zum Redeverbot (Flüstern ist absolut zu vermeiden)
- ausreichende Trinkmenge
- Vermeidung von reizenden Noxen (wie Nikotin, heißen, scharfen oder reizenden Lebensmitteln)
- Inhalation von Sole oder Salbeitee
- Sole und Salbeitee auch als Getränk
- medikamentöse Therapie mit Fusafungin, Acetylcystein oder Umckaloabo®
- bei V.a. bakterielle Genese Antibiose mit z.B. Amoxicillin
- Befreiung von allen Diensten abhängig vom Beschwerdebild/Befund gerechtfertigt
- truppenärztliche Kontrolle alle 3-4 Tage sinnvoll

Bei Persistenz der Heiserkeit für 3 Wochen ist eine fachärztliche Abklärung in HNO-Ambulanz (z.B. BwKrhs Hamburg: 90-7947-15300) dringend empfohlen. Hier bitte ggf. Arzt-zu-Arzt-Gespräch, um eine lange Wartezeit auf einen Termin zu vermeiden.



Tipp 17: Pollinosis/Hausstaubmilbenallergie

Empf. Procedere:

Bei V.a. Pollinosis/Hausstaubmilbenallergie bei behinderter Nasenatmung/anteriorer Rhinorrhoe genaue Erfassung und Dokumentation der Beschwerden:

- saisonal oder ganzjährig (wenn saisonal \Rightarrow Dokumentation des Beschwerdezeitraums)
- ganztätig oder nachts (wenn nachts/morgens \Rightarrow Hinweis auf Hausstaubmilbenallergie)

Veranlassung Vorstellung FU V:

- Allergie-Anamnesebogen
- Endoskopie
- Prick-Test
- RAST (ggf. mit Differenzierung)
- ggf. nasale Provokationstestung (immer bei perennialen Allergenen)
- Diagnostik außerhalb der Pollensaison ab ca. Ende August bis Februar

Empf. Procedere:

Bei Vorliegen einer Hausstaubmilbenallergie (Bestätigung durch nasale Provokationstestung obligat!):

- zunächst Versuch der Allergenkenz mittels Encasing (= Umhüllen der Matratze mit speziellen Schonbezug) für mindestens 3 Monate
- bei Erfolglosigkeit und Beschwerdepersistenz ggf. spezifische Immuntherapie in Erwägung ziehen

Spezifische Immuntherapie

Bei länger als 2 Jahren bestehender Pollinosis mit entsprechenden Beschwerden:

- vorzugsweise in Form einer SCIT (= subcutane Immuntherapie), dazu:
 - o Wahl des Präparates, sowie dessen Bestellung obliegt der FU V
 - o ebenso der Beginn der spezifischen Immuntherapie
 - o Fortsetzung der Therapie kann auch am Standort durch allergologisch erfahrenen Arzt erfolgen, ggf. auch im zivilen Bereich
 - o in diesem Fall wird die Lösung dem Patienten für die weitere Therapie mitgegeben
 - o Therapie erfolgt vorzugsweise präseasonal mit Pause während der Pollensaison

Symptomatische Therapie

Sollte die spezifische Immuntherapie nicht möglich sein, muss eine konsequente symptomatische Therapie erfolgen.



- bei nur leichten Beschwerden:
 - lokale Therapie mit topischen Cromonen (zu beginnen ca. 4 Wochen vor Beschwerdebeginn!)
 - topische Antihistaminika
- Basistherapie: topisches Kortikoid (z.B. Nasonex®)
 - während des gesamten Beschwerdezeitraumes
 - zu Beginn für 14 Tage in Maximaldosis (2-0-2 Hub/Nasenseite)
 - dann in Erhaltungsdosis (1-0-1 Hub/Nasenseite)
- Zusätzlich je nach Beschwerden:
 - bedarfsweise Therapie mit einem oralen Antihistaminikum (z.B. Desloratadin 5 mg 1-0-0)
 - bei starken Augensymptomen auch mit Augentropfen (z.B. auf Ketotifenbasis 1-0-1)
- Bei sehr starken Beschwerden:
 - zusätzliche Therapie mit einem oralen Kortikoid (z.B. Prednisolon 20 mg/d für einige Tage, dann Ausschleichen)

Keinesfalls sollte ein Depotkortikoid i.m. appliziert werden, diese Therapie ist absolut obsolet und nicht lege artis!

Weitere Maßnahmen:

- Schlafen bei geschlossenen Fenstern
- abends Haare waschen zur Pollenreduktion

- körperliche Aktivität im Freien im Beschwerdezeitraum möglichst vermeiden
- im PKW Fenster geschlossen halten
- Straßenkleidung außerhalb des Schlafzimmers ablegen und aufbewahren

Bei zusätzlichen bronchialen Beschwerden \Rightarrow Vorstellung in einer FU I zur weiteren Diagnostik





Tipp 18: Schwindel – Differenzierung mittels Kopf-Impuls-Test

Schwindel gehört zu den häufig beklagten Symptomen und die Differenzierung ist aufgrund der vielfachen, möglichen Ursachen anspruchsvoll in der Diagnostik. Hilfreich ist es dann, wenn sich mit einer einfachen Methode eine wenig gefährliche Erkrankung nachweisen und eine potentiell bedrohliche Erkrankung weitestgehend ausschließen lässt.

Beim Auftreten von plötzlich einsetzendem Drehschwindel ist dies (nach Ausschluss eines akuten Notfalls) mit dem Kopf-Impuls-Test möglich:

Dazu wird der Kopf des vor dem Untersucher sitzenden Patienten zwischen beide Hände genommen. Der Patient fixiert die Nasenspitze des Untersuchers, während dieser den Kopf des Patienten ruckartig um ca. 20 - 25 ° nach links bzw. rechts rotiert. Danach wird der Kopf wieder in Ausgangsposition gebracht und nach wenigen Sekunden wird der Kopf unangekündigt in die Gegenrichtung bewegt. Dieser Ablauf kann mehrfach wiederholt werden.

Physiologisch:

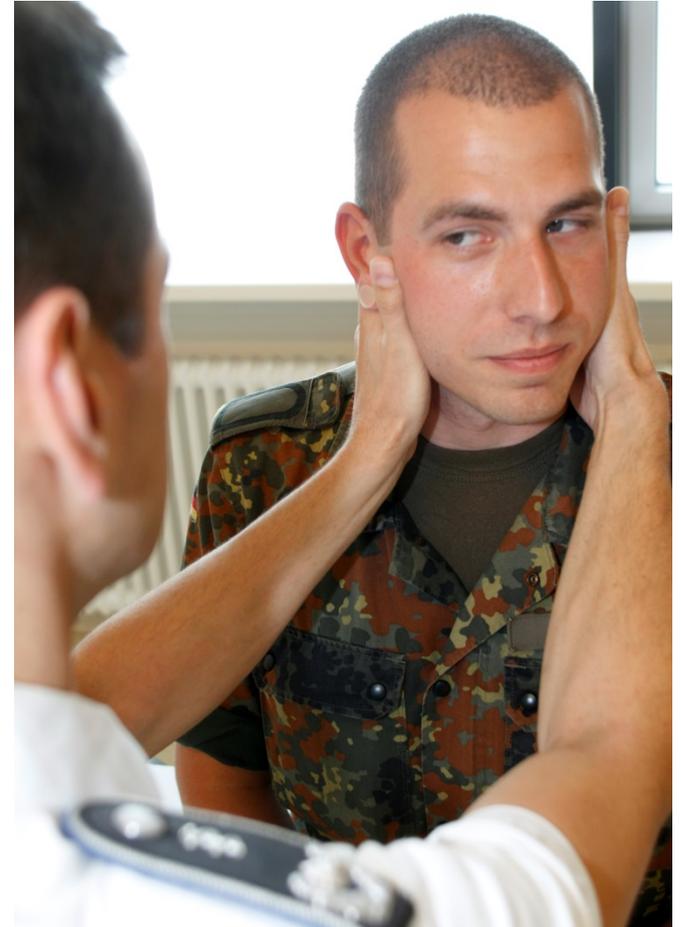
Blickrichtung des Patienten bleibt stabil, also auf die Nase des Untersuchers gerichtet.

Pathologisch:

Bewegt sich der Bulbus zunächst mit der Kopfbewegung mit und springt dann in die Ausgangsposition zurück, liegt eine sog. Nachstellsakkade vor. Ist diese eindeutig zu erkennen, liegt mit 95 %-iger Wahrscheinlichkeit eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung vor.

Der Kopf-Impuls-Test ist damit hochspezifisch im Nachweis eines peripher-vestibulären Schwindels.

Die Schwächen der Methode liegen in der geringeren Sensitivität, so dass beim normal ausfallenden Kopf-Impuls-Test die übliche Schwindel-Diagnostik unverändert durchgeführt werden muss.





Tipp 19: Chronische Sinusitis

Empf. Procedere:

- Ausschluss allergischer Beschwerden (saisonales/perenniales Auftreten)
- vier sinusitische Kardinalsymptome
 - o Nasenatmungsbehinderung
 - o frontale Cephalgien
 - o postnasale Rhinorrhoe
 - o Geruchseinschränkung

Ist eine Allergie als Ursache unwahrscheinlich und werden mindestens zwei der genannten Symptome bei einer Beschwerdedauer von länger als 3 Wochen bejaht, kann der klinische Verdacht einer chronischen Entzündung der Nasennebenhöhlen gestellt werden.

- Therapie:
 - o kortisonhaltiges Nasenspray neuerer Generation (z.B. Nasonex®)
 - zweimal tgl. Applikation in beide Nasenhaupthöhlen
 - Aufklärung, dass Symptomverbesserung erst nach Anwendung von ca. 14 Tagen zu erwarten ist
 - o außerdem tägliche Anwendung von Nasenpflegemitteln (z.B. Kochsalz-Nasendusche und Dexpanthenol-Nasensalbe)

Bessern sich die Beschwerden nach einer Anwendung von 4 Wochen nicht, sollte der Soldat der FU 5 vorgestellt werden. Hier erfolgt dann die genaue Erhebung des endoskopischen Spiegelbefundes, die Veranlassung einer weiteren radiologischen Diagnostik und ggf. die operative Behandlung.

Tipp 20: Chronische Tonsillitis

Empf. Procedere:

Diagnosestellung bei

- rezidivierende Anginen in der Anamnese (> 2 Tonsillitiden in 2 aufeinanderfolgenden Jahren)
- Foetor ex ore
- vergrößerte Hals-LK bei meist kleinen, derben und schlecht luxierbaren Mandeln

Besteht dennoch Unsicherheit über das Vorliegen einer chronischen Mandelentzündung, können folgende Untersuchungen die Indikationsstellung zur Tonsillektomie erleichtern:

- TrArzt kann durch Druck auf die Tonsille (z.B. mittels zweitem Mundspatel) überprüfen, ob sich ein flüssig-eitriges Exprimat aus den Tonsillenkrypten entleert
- ergänzende Anti-Streptolysin-Titerbestimmung frühestens 3 Wochen nach Ende einer akuten Tonsillitis (welche bei erhöhten Werten die Entscheidung für die Tonsillektomie erleichtert)



Tipp 21: Tonsillitis (EBV vs. Streptokokken)

| | EBV (Mononukleose) | Streptokokkenangina |
|--|--|--|
| Erreger | viral | bakteriell |
| Beläge | Beläge abwischbar (Pseudomembranen) | z.T. konfluierende Beläge, nicht abwischbar |
| (LK-) Mitbeteiligung | LK-Schwellung, insb. jugulär, Splenomegalie | |
| Blutentnahme | Diff-BB: Leukozyten-/Monozytenerhöhung, ggf. Transaminasenerhöhung | Leukozytose, CRP-Erhöhung |
| ggf. weitere notwendige Untersuchungen | EBV-Schnelltest, EBV-Serologie: IgM nachweisbar Sonographie Abdomen (Splenomegalie, intrabdominelle. Lymphknotenvergrößerung) | Streptokokkenschnelltest |
| Therapie | KEINE Aminopenicilline (Kunstfehler bei Gefahr eines Amoxicillin-Exanthems) symptomatische Therapie, keine risikobehafteten Tätigkeiten (Risiko einer akzidentiellen Milzruptur), körperliche Schonung, ggf. Antibiose mit z.B. Cephalosporinen als Sekundärprophylaxe | Penicillin V 1.2 Mega 1-1-1, ggf. Antipyretika Bettruhe weiche Kost, kühle, nicht-reizende Speisen und Getränke, ausreichende Flüssigkeitszufuhr |

Empf. Procedere:

Bei der Behandlung der akuten bakteriellen Tonsillitis reicht die Therapie mit einem einfachen Penicillin aus. Die Anwendung von Aminopenicillinen sollte unterbleiben, da es bei der Differentialdiagnose EBV-Infektion zu Hautausschlägen kommen kann (häufiger Grund für fragliche Penicillinallergien in der Anamnese)

Tipp 22: Peritonsillarabszess (KO einer bakt. Tonsillitis)

Empf. Procedere:

Bei einseitig hochroter und geschwollener Tonsille, Schluckbeschwerden, Kieferklemme, kloßiger Sprache:

- umgehende Vorstellung in einer HNO-Klinik
- nicht mehr rauchen, nicht mehr essen, nicht mehr trinken bis Vorstellung HNO
⇒ ggf. OP-Indikation (Abszessspaltung/Tonsillektomie)



Neurologischer Formenkreis



Tipp 23: Bewusstseinsverlust unklarer Genese - epileptischer Anfall DD Synkope

Anfallssemiologie :

- Epileptischer Anfall:
 - Augen geöffnet, Blickdeviation (eher zur Seite)
 - Gesichtsfarbe und Lippen zyanotisch
 - lateraler Zungenbiss
 - Einnässen
 - motorische Entäußerungen
 - Dauer der Bewusstlosigkeit: mehrere (bis viele) Minuten, im Anschluss noch mehrere (bis viele) Minuten verhangen
 - CK-Erhöhung am Folgetag, Muskelkater
- Synkope:
 - Augen geschlossen
 - Gesichtsfarbe blass
 - keine motorischen Entäußerungen
 - Dauer der Bewusstlosigkeit: Sekunden bis wenige Minuten (Zeit wird bei Beobachtung häufig eher überschätzt), umgehend reorientiert
- Cave: Konvulsive Synkope! (häufig beim Blutabnehmen)
 - Augen offen, Blickdeviation ↑↑
 - Gesichtsfarbe blass
 - motorische Entäußerungen
 - nur kurze Bewusstlosigkeit



Tipp 24: Plötzliche Bewusstseinsstörungen

(nicht nur die Epilepsie) führen nach erfolgter Initialdiagnostik und Notfallbehandlung im Weiteren auch zu Einschränkungen wie Fahruntauglichkeit, kein Arbeiten an Maschinen, mit Waffen, auf Leitern etc. Daher:

- daran denken!
- Aufklären!
- Dokumentieren!
- sollte es sich um ein unklares Erstereignis handeln \Rightarrow Notfall! (und entsprechende *Handhabung*)

Tipp 25: Kopfverletzungen

(wie z.B. beim Sport) ohne Gedächtnisstörung, ohne Erinnerungsstörung und ohne vegetative Symptome (wie Übelkeit, Erbrechen, Sehstörung, Schwindel) sind zunächst kein Schädel-Hirn-Trauma: Ausführliche Anamnese wichtig!

Tipp 26: Gefühlsstörungen im Bereich der Großzehe innen

Empf. Procedere:

Gefühlsstörungen zeigen sich oft z.B. bei nicht eingelaufenen Schuhen, langem Dauerlauf, Marsch:

- Klinische Untersuchung: keine weiteren neurologischen Beschwerden \Rightarrow oft harmlos
- nach wenigen Tagen Schonung (freie Schuhwahl, kein Marsch und Formalausbildung und Laufsport) ist Remission zu erwarten, sofern nicht \Rightarrow RS FU Neurologie

Tipp 27: Kopfschmerz als Warnsymptom: „Red Flags“

Vernichtungskopfschmerz/Donnerschlagkopfschmerz, „von Null auf Hundert“, „wie noch nie“, bei körperlicher Tätigkeit (Kraftsport, sexuellem Austausch)

- Begleitsymptome: Übelkeit, ggf. Erbrechen, Benommenheitsgefühl
- gefolgt von andauerndem, dumpfem KS: unbedingt SAB-Ausschluss (Warning-leak) !!

Empf. Procedere:

- Stationäre Vorstellung als Notfall, bevorzugt Neurologie BwKrhs mit kurzer Vorankündigung
- generell empfiehlt sich die Rücksprache mit dem diensthabenden Neurologen 24/7: (z.B. BwKrhs Hamburg 90-7947-25513)
- RS Neurologie in der G-Akte dokumentieren
- DD: Benigner Anstrengungskopfschmerz

Orthopädisch-unfallchirurgischer Formenkreis



Allgemeines

Wie überall kommt auch in der Orthopädie/Unfallchirurgie der Anamnese eine wesentliche Bedeutung zu. Insbesondere über die genaue Kenntnis des Unfallhergangs, der einwirkenden Kräfte etc. lässt sich eine mögliche Schädigung sehr gut einschätzen. Auch über die Zeitachse lässt sich die Dramatik des Unfalls oft relativieren („vor drei Wochen bin ich gestürzt, seither...“). Bei der körperlichen Untersuchung sollte darauf geachtet werden, dass man das betreffende Organ auch in Gänze einsehen kann. Ein knapp über das Knie hochschiebbares Hosenbein kann eine Kniegelenkuntersuchung unmöglich machen oder ein falsches Ergebnis liefern, auch die angrenzenden Gelenke sind so nicht ausreichend beurteilbar. Bei Rückenbeschwerden reicht das „Kassendreieck“ zur Begutachtung der Muskulatur, des Wirbelsäulenaufbaus etc. ebenfalls nicht aus, auch sollte der Patient sein Schuhwerk ablegen, um eine Beinlängendifferenz auch wirklich beurteilen zu können. Hier sollte nicht aus Zeitmangel oder Rücksicht auf das Schamgefühl am falschen Ende gespart werden.

Tipp 28: Lumbago

Empf. Procedere:

- Ausschluss und Dokumentation
 - Von „red flags“ (neurol. Symptome, konstanter Ruheschmerz, Nachtschmerzen (die zu nächtlichem Aufstehen zwingen) etc.)
 - Wirbelkörperstrukturschaden (Anamnese!)
 - Symptompersistenz oder -zunahme trotz Therapie nach 4 Wochen



- Therapie:

- NSAR in ausreichender Dosierung (unter Mukosaschutz)
- ergonomisches Verhalten
- Wärmeapplikation (umstritten)
- Bewegung (Gehen), „Back to normal“
- Kurzfristige Befundkontrollen durch den Truppenarzt
- Automobilisationsübungen¹

¹*Automobilisation: in Rückenlage mit angewinkelten Beinen*

- Becken langsam nach vorne und hinten kippen (unter Anspannung der Glutäalmuskulatur und ohne Pressen der Beine)
- seitliches Hochziehen des Beckens, wechselseitig (Latflex, ohne Drücken der Beine)
- Rotation des Beckens durch seitliches Ablegen der Knie, wechselseitig
- Anziehen der Beine mit Umfassen der Knie mit Händen, evtl. wechselseitig



(u.a. Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz, Stand 08/2013,
Medix „Leitlinie“ Lumbago Stand 04/2010)



Tipp 29: Schulterluxation

Nach Luxationsmechanismus und -richtung werden neben der akuten im Wesentlichen zwei Luxationsarten unterschieden, deren Unterteilung für die initiale Therapie jedoch bedeutungslos ist:

- die habituelle Schulterluxation
 - o bedingt durch eine angeborene Laxizität des Schultergelenkes
 - o die Luxation erfolgt meist multidirektional
 - o Subluxationen und Spontanrepositionen möglich
- die posttraumatische oder posttraumatisch rezidivierende Luxation
 - o adäquates Trauma (Sturz, Sport...)
 - o unidirektional
 - o Spontanreposition selten
 - o bei Erstluxation Schädigung von Kapsel- und Labrumgewebe in nahezu allen Fällen ⇒ posttraumatisch-rezidivierende Luxationen

Empf. Procedere:

Bei akuter Luxation: massive Schmerzen, Schonhaltung und Vermeidung jeglicher Bewegung in der luxierten Extremität, palpatorisch „leere Pfanne“.

- sofortige Reposition, um spätere Nervenschädigungen zu vermeiden, z.B. nach Hippokrates oder Arlt (Analgesie!!!)
- dazu:
 - Längszug des im Ellenbogen um 90 Grad gebeugten Armes nach distal über ein Hypomochlion (Fuß des Therapeuten, Stuhllehne oder ein in die Axilla eingelegtes Tuch, das von einem Assistenten gehalten wird)
 - oft ist beim Repositionsmanöver eine Lateralisierung des Humeruskopfes während des Längszuges nach distal hilfreich
- nach erfolgreicher Reposition:
 - Ruhigstellung (z.B. Gilchristverband oder Fixieren des Humerus mittels Binde am Oberkörper, wobei jedoch auch die Rotation im Humerus, insbesondere die Außenrotation eingeschränkt werden sollte)
 - unbedingt post repositionem Bildgebung (Schulter in 2 Ebenen) z.A. einer therapiepflichtigen Fraktur
 - im Verlauf MRT zur Darstellung des Kapsel-Labrum-Komplexes sowie einer Hill-Sachs-Delle und Vorstellung in der FU XIV



- arthroskopische Stabilisierung erst nach Konsolidierung der Kapselverletzung, ab ca. 4 Wochen post luxationem

Tipps:

Keine Angst vor einer Reposition „draußen“ ohne vorherige Röntgenbildgebung: sollte eine Fraktur vorbestehen, wird man diese durch einen Repositionsversuch eher ebenfalls reponieren; bei einem jungen Menschen eine Fraktur durch einen korrekt ausgeführten Repositionsversuch zu setzen, ist annähernd unmöglich. Der entstehende Schaden durch eine nicht durchgeführte Reposition kann ungleich höher sein!

ABER: Wenn die Reposition initial nicht gelingt, nicht mehr als drei Repositionsversuche unternehmen, denn es kann eine "die Luxation simulierende subcapitale Humerusfraktur" vorliegen oder selten auch Repositionshindernisse (wie eine eingeschlagene Kapsel o.ä.). Dann wird ggf. eine offene Reposition in der Klinik erforderlich. Sollte eine Reposition nicht gelingen, liegt ein echter Notfall vor, der per RTW in die Klinik gehört!

Tipp 30: Frakturen

Empf. Procedere:

Wenn man an Fraktur denkt, bis zum Beweis des Gegenteils (Röntgen) auch als frakturiert behandeln:

- bei grober Fehlstellung Reposition in Längsrichtung
- Ruhigstellung unter Zug, dazu Analgesie
- dann Transport in Klinik zur weiteren Diagnostik/Therapie

Tipps:

Keine Angst vor einem „Langziehen“ der Extremität. Jedwede Nervenschädigung entsteht entweder durch den Unfall selbst oder durch eine Druckschädigung nach der Fraktur. Eine Entlastung bringt hier NUR die zeitnahe Reposition und Ruhigstellung!

Das Gleiche gilt im Übrigen auch für luxierte Gelenke: ein luxiertes Gelenk gehört IMMER SOFORT reponiert!





Tipp 31: Verletzungen des Kniegelenkes

In der arthroskopischen Kniegelenkchirurgie geht es durch die möglichst anatomische Rekonstruktion vor allem um die Verhinderung von Spätschäden! Das bedeutet auch, dass die Versorgung fast aller Kniebinnenschäden relativ viel Zeit hat, das geschädigte Gelenk aber schnellstmöglich entlastet werden muss, um weitere Schäden zu verhindern.

Empf. Procedere:

- klinische Untersuchung (Knie unterpolstern, falls die volle Streckung nicht mögl.)
- deutliche Streckhemmung: V.a. eingeklemmter Meniskus (umgehende Vorstellung in der Klinik)
- Ergusszustand des Kniegelenkes:
 - o Spannungserguss: dringliche Indikation zur Punktion bzw. zur Arthroskopie (deutliche Kniebinnenschädigung, meist bei Kreuzbandruptur)
 - o kein oder nur ein minimaler Erguss: keine dringliche Indikation zur ASK (z.B. bei Meniskusläsion)
- genaue Schmerzlokalisierung: Hauptdruckschmerz
 - o genau über dem Gelenkspalt: Meniskusschaden wahrscheinlich
 - o Druckschmerz ober-/unterhalb des Gelenkspaltes: a.e. Distorsionstrauma mit entsprechendem Kapselschmerz
 - o es sei denn, es liegt ein Varus- oder Valgustrauma mit Seitenbandbeteiligung (Zerrung oder Ruptur) vor

- Therapie:

- schnelle, nicht übertriebene Kühlung
- Verordnung von Unterarmgehstützen unter medikamentöser Thromboseprophylaxe (BB-Kontrollen!)
- adäquate analgetische Medikation mit z.B. NSAR
- ggf. Ruhigstellung mittels Orthese oder
- Bewegungslimitation mittels ROM-Orthese (Begrenzung des „range of motion“)
- Veranlassung einer MRT-Untersuchung



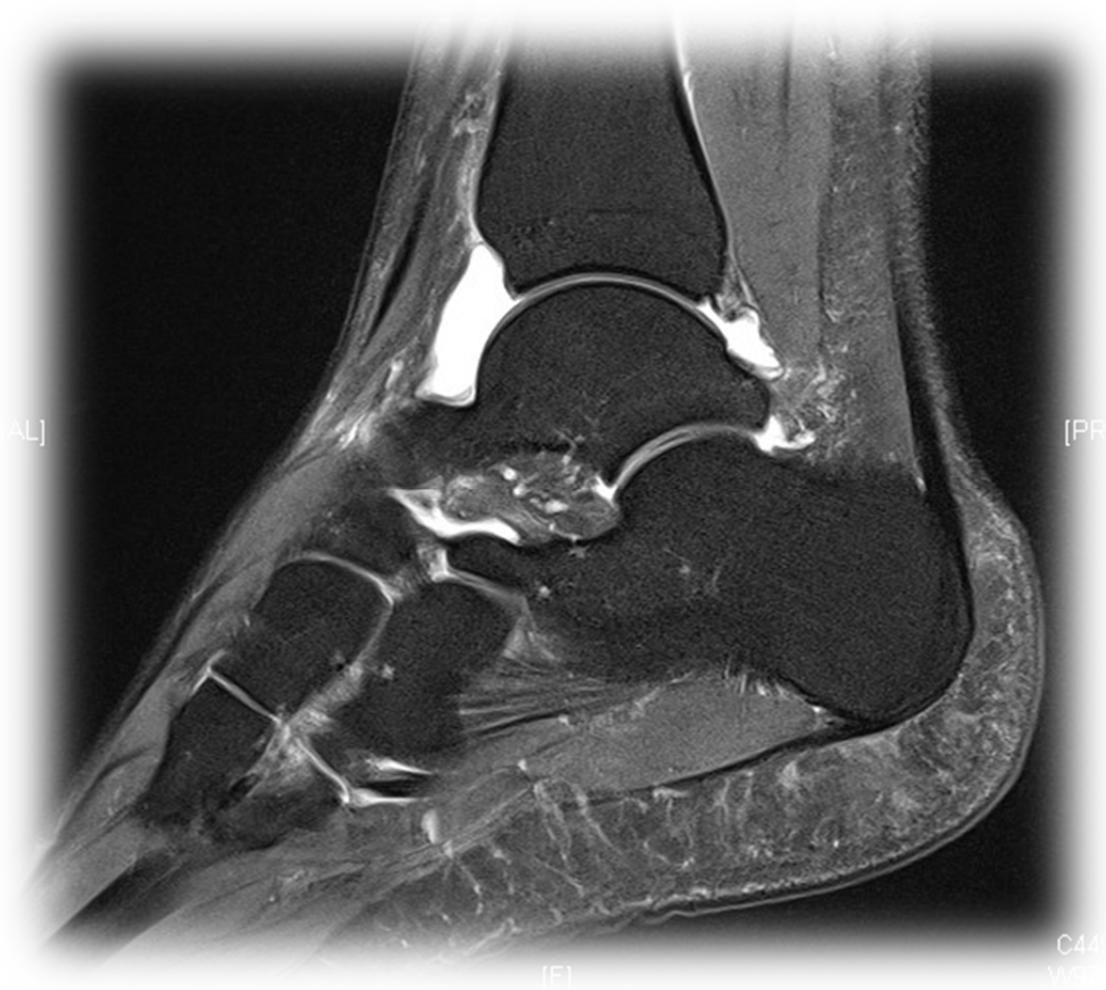


Tipp 32: OSG-Distorsion

Empf. Procedere:

- klinische Untersuchung und Dokumentation bei Schmerzen und Schwellung im Bereich der distalen Fibula
 - Hämatom als Hinweis auf Bandläsion oder Fraktur
 - Untersuchung des Fibulaköpfchens und des proximalen Tibiofibulargelenkes, da dieses funktionell zum oberen Sprunggelenk gehört
 - lokaler Druckschmerz im Verlauf der fibulotalaren Bänder
 - Begleitverletzung am Mittel- oder Rückfuß: „Jones-Fracture“ ⇒ operative Versorgung
- Therapie:
 - akut lokale Kühlung
 - temporäre Ruhigstellung von OSG und USG (mittels stabil-elastischem Verband, Zinkleimverband oder OSG-Orthese, Aircast®)
 - Entlastung an UA-Gehstützen unter medikamentöser Thromboseprophylaxe (BB-Kontrollen!)
 - Rö-OSG in 2 Ebenen (z.A. Fraktur der distalen Fibula)
 - nach zweiwöchiger Ruhigstellung ⇒ Verbesserung?
 - Verzicht auf weitere Entlastung
 - Aircast®-Schiene für weitere 4 Wochen

- nach zweiwöchiger Ruhigstellung ⇒ keine Verbesserung?
 - MRT (z.A. Syndesmosenverletzung oder Talusschädigung)
 - Vorstellung orthopäd. Ambulanz



Tipps:

Früher wurden Bänderrisse am Fuß initial genäht, daher musste schnell eine MRT-Diagnostik oder „gehaltene Aufnahmen“ her, um eine sichere OP-Indikation zu stellen. Aus dieser Zeit stammen auch der „Talusvorschub“ sowie die „vermehrte laterale Aufklappbarkeit“. Heutzutage behandelt man Bandläsionen primär konservativ und versorgt eine selten verbleibende chronische Instabilität mittels Bandplastik.



Tipp 33: Physiotherapie

Früher hatten die regionalen Sanitätseinrichtungen häufig eigene Therapeuten vor Ort, heute müssen fast alle Patienten an zivile Therapeuten überwiesen werden. In den Praxen werden aber mittlerweile vor allem aus Kostengründen viele einfache, bewährte und zielführende Behandlungen gar nicht mehr angeboten. Viele der passiven Therapieverfahren fallen heute unter dem Stichwort der „Wellnessbehandlung“ aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen. Aus Kostengründen sollte aber auch für uns der Grundsatz „so viel wie nötig, aber so wenig wie möglich“ gelten. Dem Patienten sollte klar sein, dass oftmals die Physiotherapie einen Anstoß geben soll, aber vor allem eine Anleitung zur Fortführung der zielgerichteten Behandlung in Eigenregie sein muss. Einfache aber sehr effektive Verfahren wie die „heiße Rolle“ oder Eigenmassagen z.B. mit dem Tennisball müssen nur angeleitet werden, dann kann der Patient diese Verfahren auf Dauer selbst anwenden. Hierfür sind sicherlich keine 10 Einzeltermine erforderlich.

Für das gezielte Training z.B. des Vastus medialis können aber auch 10 Einzeltermine deutlich zu wenig sein und ggf. muss so eine Therapiesequenz um die Verordnung von Strombehandlung ergänzt werden, um die Muskulatur während des Trainings gezielt anzusprechen.

Je besser und genauer die Verordnung formuliert ist, desto besser wird auch das Therapieergebnis ausfallen können; sinnvoll ist auch dem behandelnden Therapeuten eine direkte Rücksprachemöglichkeit mit dem Verordner zu eröffnen, dann wird das Behandlungsergebnis sicherlich in vielen Fällen, besonders bei chronischen Erkrankungen, noch besser ausfallen.

Tipps:

Die Abteilung Physiotherapie des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg hat eine Broschüre „Verordnungshilfe“ herausgegeben, in der die einzelnen Behandlungsformen der Physio- und Ergotherapie samt Indikationen und Kontraindikationen übersichtlich zusammengefasst sind. Abrufbar ist diese Verordnungshilfe über LoNo: BwKrhs Hamburg Physiotherapie





Urologischer Formenkreis



Tipp 34: Vorstellung von Patienten mit erektiler Dysfunktion in der FU XI

Empf. Procedere:

Es sollten bei der Vorstellung mitgebracht werden:

- ein aktueller HbA1c-Wert, ersatzweise ein Blutzuckertagesprofil
- ein RR-Tagesprofil
- eine schriftliche Liste der zur Zeit eingenommenen Medikamente

Tipp 35: Vorstellung von Patienten mit unerfülltem Kinderwunsch

Empf. Procedere:

Es sollten bei der Vorstellung mitgebracht werden:

- aktuelles Spermogramm, wenn vorhanden auch mehrere
- ein aktueller Hormonstatus inkl. Hodentumormarker (β -HCG und AFP), FSH und LH
- gynäkologischer Untersuchungsbefund der Partnerin



Tipp 36: Vorstellung von Patienten mit Varikozele als Zufallsbefund ohne Beschwerden

Empf. Procedere:

Es sollten bei der Vorstellung mitgebracht werden:

- immer ein aktuelles Spermogramm
- nach Möglichkeit auch FSH und LH im Vorfeld bestimmen

Tipp 37: Vorstellung von Patienten mit "Prostataverkalkung"

Generell handelt es sich um ein Symptom des alternden Mannes im Zuge von hormonellen Umbauprozessen der Prostata-drüse ohne "Krankheitswert".

Eine urologische Vorstellung allein deswegen ist - bei normalem PSA-Wert - nicht erforderlich

Tipp 38: Vorstellung von Patienten mit Pollakisurie, Nykturie

Empf. Procedere:

Bei der Vorstellung sind mitzubringen:

- aktuelle Urinkultur
- MTP (Miktionstagesprotokoll) mit Dokumentation von Zeit der Miktion und jeweiliger Urinmenge





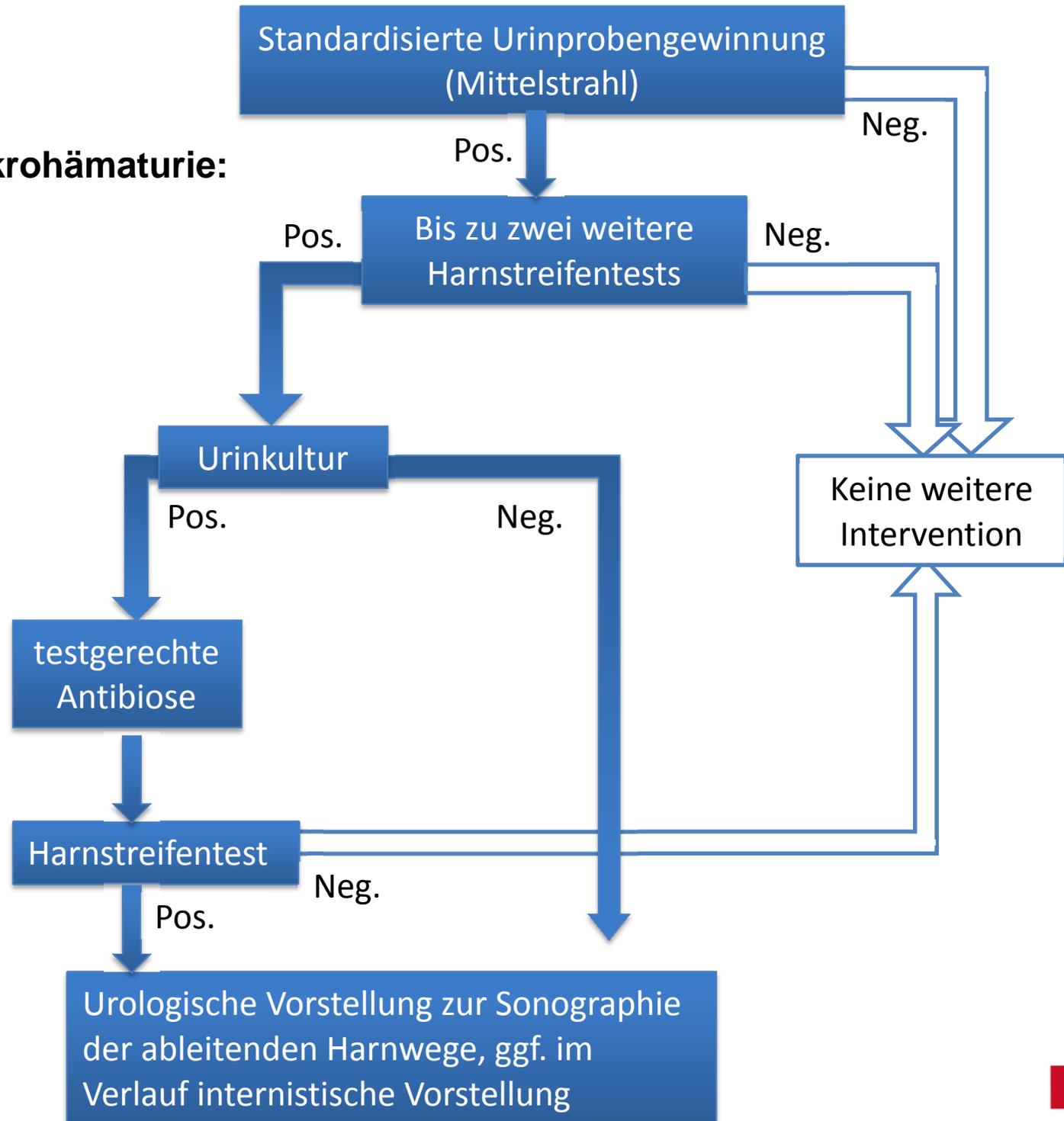
Tipp 39: Mikrohämaturie

Nicht sichtbare Hämaturien rechtfertigen (im höheren Alter und/oder bei zusätzlichen Risikofaktoren, z.B. Nikotinabusus, anamnestisch urologische Erkrankungen, Schmerzmittelabusus, Blasenentleerungsstörungen etc.) eine abgestufte Diagnostik.

Nach einer standardisierten Urinprobengewinnung (Mittelstrahl) sollten bei einem erstmalig positiven Befund bis zu zwei weitere Harnstreifentests veranlasst werden. Falls auch die nachfolgenden Harnstreifentests positiv ausfallen, sollte eine Infektion ausgeschlossen werden, dies am besten durch eine Urinkultur. Bei positivem Befund muss eine testgerechte Antibiose erfolgen.

Falls kein infektiöses Geschehen vorliegt (negative Urinkultur) oder bei weiterhin bestehender Mikrohämaturie nach testgerechter Antibiose, muss eine Nieren- und Harnblasensonographie und - dies vor allem bei Vorhandensein von Risikofaktoren - eine urologische und im Verlauf ggf. internistische Konsultation erfolgen

Empf. Procedure bei Mikrohämaturie:





Heilfürsorge



Tipp 40: Psychotherapie

Ambulante Psychotherapie

- Indikationsstellung durch FA Psychiatrie
- 5 probatorische Sitzungen, dann
 - o füllt Patient PTV1 aus
 - o füllt Psychotherapeut PTV2 und Bericht an den Gutachter aus (in diesem Fall TrArzt)
 - o alles gemeinsam an TrArzt
- damit 25 weitere Sitzungen amb. PT ohne bisheriges Beantragungsverfahren möglich
- Ausstellung 0217, quartalsweise (verbliebene Sitzungen berücksichtigen) als Folgeverordnung

Stationäre Psychotherapie

- Indikation durch FA Psychiatrie und Beantragung wie bisher gemäß AllgUmDr 80 K10.01
- Antrag an KdoRegSanUstg Diez



Tipp 41: Der weibliche Soldat (Gyn.-Vorsorge)

- grundsätzlich jährlich, es sei denn medizinische Indikation rechtfertigt mehrmalige Vorstellung
- 0217 mit Text: „gyn. Vorsorge und kontrazeptive Beratung“ (kontrazeptive Beratung nur, wenn tatsächlich erforderlich)

Tipp 42: Schwangere Soldatinnen

- Anamnese (vorangegangene Schwangerschaften, Aborte, Frühgeburten, Gerinnungsstörungen, Operationen im Unterleib, gyn. Vorerkrankungen, Allergien, Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüse, Diabetes mell. etc.), Medikamentenanamnese (Folsäure?)
- Folsäure: gemäß FAInspSan E10.01 nur bei geplanter Schwangerschaft und im ersten Trimenon
- BE: Blutgruppe und irreguläre Antikörper, Chlamydien, Hep. A/B, Toxoplasmose (nur über ZInst oder IGel), EBV, CMV, Röteln-AK, LUES-Suchreaktion (LSR), HIV, BB (Hb), Gerinnung, TSH, Eisenstoffwechsel, nüchtern-BZ, Urinuntersuchung
- Durchführung des oGTT z.A. eines Schwangerschaftsdiabetes ab der 24. SSW (25 mg zu Lasten utV, 50 mg IGeL-Leistung)
- Vorstellung beim Betriebsarzt (muss durch den DV veranlasst werden!) zur Erstellung eines Auszugs aus der Gefährdungskartei ⇒ diese wird an DV oder V.i.A. gesandt, um ggf.

Wechsel der Tätigkeit einzurichten (da den Richtlinien des MuSchuG entsprochen werden muss) – also keine truppenärztliche Aufgabe, darf aber nicht vergessen werden!

- Überweisung (0217) für den Gynäkologen (quartalsweise) „*Mutterschaftsvorsorge und Beratung*“
- Rezept für Hebamme (Text: „*Hebammenleistungen gemäß HebGV vor, während und nach der Geburt*“) bei unterschiedlichen Hebammen mehrere Rezepte nach Absprache (gelegentlich Tätigkeit im Verbund, dann nur ein Rezept notwendig), siehe auch ZDv 60/7
- Geburtsvorbereitungskurs: Rezeptierung (Text: „*Schwangerschaftsgymnastik gem. HebGV vor der Geburt*“), muss von Hebamme durchgeführt werden
- Rückbildungsgymnastik: ebenfalls Rezeptierung (Text: „*Schwangerschaftsrückbildungsgymnastik gem. HebGV nach der Geburt*“), muss von Hebamme durchgeführt werden, siehe ZDv 60/7, Kapitel 19, Anmerkung 2
- Beleghebamme: die Leistungen vor, während und nach der Geburt werden wie bei einer „normalen“ Hebamme durch die utV übernommen, die Bereitschaftspauschale wird nicht bezahlt und muss durch die Patientin selbst getragen werden
- der Schwangerschafts-90/5-er: BA 90/5 „Dienst- und Verwendungsfähigkeit“ anfordern und befüllen:
 - „voraussichtlicher Entbindungstermin“
 - „erster Tag Mutterschutz“
 - „Die Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes sind einzuhalten“

- Untersuchungen beim Frauenarzt i.R. der Schwangerschaft:
 - o 10./20./30. SSW Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung
 - o erweitertes Organscreening im zweiten Trimenon
- nicht übernommen werden i.d.R. First-Trimester-Screening (mit Nackentransparenzmessung und PAPP-A/B-HCG), Chorionzottenbiopsie oder andere „informativ, aber nicht medizinisch notwendige“ Untersuchungen
- in begründeten Einzelfällen (Risikoschwangerschaften, gehäufte Aborte, familiäre Chromosomenstörungen etc.) werden bestimmte Untersuchungen (Amnionszentese, Nackenfalte, Feindiagnostiker etc.) auf Antrag ebenfalls übernommen. Nicht in Vorkasse gehen!



Tipp 43: Ansprüche von Soldaten in der ziv.-med. Versorgung

- nach der Allgemeine Verwaltungsvorschrift zu § 69 Abs. 2 des Bundesbesoldungsgesetzes (VwV zu § 69 Abs. 2 BBesG) und §5
- Soldatin/Soldat der Besoldungsgruppe A1 bis A7 (bis einschließlich Oberfeldwebel) Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen
- Soldatin/Soldat der Besoldungsgruppen A 8 (Hauptfeldwebel) und höher: Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen und Zweibettzimmer
- „*Merkblatt für Soldatinnen und Soldaten bei Erkrankung außerhalb des Standortes*“ bei Einweisung in zivile Behandlungseinrichtung oder bereits im Vorfeld unbedingt und aktenkundig aushändigen





Tipp 44: Der „0217-er“

- immer kassenärztlich
- zur Mitbehandlung (Gyn, „chirurg. Konsil“) oder Auftragsleistung (z.B. Röntgen, Labor etc.)
- Notfall im Vorfeld
- nachträglich bei Notfall zum niedergelassenen Kollegen
- Schädigung durch Dritte oder Bw-Angehörige?
- ggf. Gültigkeit begrenzen (z.B. bei Dienstausscheidern)

Tipp 45: Der „0218-er“

- immer für Krankenhaus und für Leistungen von Ärzten, die nicht der KV angehören („Private“)
- im Einzelfall für privatärztliche Leistungen (z.B. Akkupunktur, Osteopathie, Nackenfalte, Stoßwelle bei Gelenkerkrankungen)
- ABER: immer genehmigungspflichtig
- Stationär: höchstens 2,3-facher Satz
- Ambulant: höchstens 1,7-facher Satz
- (Ausnahme: amb. PT: 2,0-facher Satz möglich gem. Vorgaben KdoRegSanUstg)
- höhere Steigerungssätze genehmigungspflichtig, i.d.R. Einzelfallentscheidung

Tipp 46: Genehmigungspflichtige HM (Rezepte, Orthopädiebest. etc.)

- Gültigkeitsdauer begrenzen
- Wertgrenze beachten:
 - o bei orthopädischen HM \Rightarrow ab 250 Euro genehmigungspflichtig (Ausnahme: Verordnungsempfehlung durch FA)
 - o bei Medikamenten, zivil \Rightarrow ab 150 Euro genehmigungspflichtig
 - o bei Medikamenten, Bw \Rightarrow ab 250 Euro genehmigungspflichtig

Tipp 47: Heilpraktiker

Wird NIE genehmigt, gem. ZDv 60/7 Kap. 2 Anm. 4 und FA InspSan, K 01.05 da keine ärztliche Leistung

Tipp 48: Beantragungswürdige Leistungen

Nicht in Vorkasse gehen, dies gilt als VERZICHT auf die utV!



Tipp 49: Abrechnung von ziv.-med. Leistungen bei privaten Aufenthalten im Ausland

- Kap. 15. ZDv 60/7
- generell können Anträge auf Kostenrückerstattung eingereicht werden, auch wenn keine Auslandskrankenversicherung besteht
- Truppenarzt: Antragsformular (siehe ZDv) und truppenärztliche Stellungnahme
- ggf. anfallende Übersetzungskosten müssen durch Pat. getragen werden
- Einreichen beim KdoRegSanUstg
- KdoRegSanUstg errechnet tatsächliche Kosten und erstattet entsprechenden Betrag, den gleiche und medizinisch notwendige Maßnahmen in Deutschland gekostet hätten, zurück

Tipp 50: Familien-/Haushaltshilfe

- unter 28 Tagen nicht genehmigungspflichtig
- ZDv 60/7, Kap. 12
- Richtlinien müssen genau beachtet werden
- geht über BAPersBw



Wir haben diese Tipps mit viel Sorgfalt erstellt. Sie sollen Ihnen in der Truppenarztsprechstunde behilflich sein. Bitte lassen Sie uns Ihr Lob und Tadel, Hinweise, Ergänzungen und Korrekturen zukommen.

Wir freuen uns über Ihre Reaktionen!

Sie erreichen uns unter folgender Adresse: *BwkrhsHamburgControlling@bundeswehr.org*



Sanitätsdienst

Wir. Dienen. Deutschland.