

Herausgeber und Verlag:

Dr. Reinhard Kaden Verlag GmbH
Poststraße 24-26
69115 Heidelberg
Telefon: 06221/600313
Telefax: 06221/29910

Erscheinungsweise: 11 Ausgaben (monatlich außer August)

Abonnement: Bestellung beim Verlag

Bezugspreis: Jahresabonnement DM 132,- (inklusive 7 % MwSt., zuzüglich Porto und Versand: DM 29,70/Inland, DM 33,-/Ausland). Einzelheft außerhalb des Abonnements DM 16,- (inklusive 7 % MwSt. zuzügl. Porto und Versand). Der Abonnent kann seine Bestellung innerhalb von 7 Tagen schriftlich beim Kaden Verlag GmbH widerrufen. Die Frist ist gewahrt, wenn der Widerruf rechtzeitig abgesandt wird (Datum des Poststempels).

Bezugszeit: Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn die Kündigung nicht bis zum 31. 10. im Verlag vorliegt. Kann die Zeitschrift aufgrund Streiks oder höherer Gewalt nicht geliefert werden, so besteht kein Anspruch auf Ersatz.

Anzeigenannahme: Durch den Verlag. Zur Zeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 6.

Copyright: Mit der Annahme eines Manuskriptes erwirbt der Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§ 64 UrhRG) die Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15 ff. des Urheberrechtsgesetzes. Übersetzung, Nachdruck, Vervielfältigung auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege, Vortrag, Funk- und Fernsehsendung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen - auch auszugsweise - sind nur in schriftlicher Zustimmung des Verlages gestattet.

Satz: Fotosatz pick up, Günther GmbH, Häusserstraße 25, 69115 Heidelberg, Tel. 06221/20224.

Herstellung: Druckerei Hörning, Dischingstraße 5, 69123 Heidelberg

Vertrieb: Hühig-Vertriebsservice Heidelberg (Tel. 06221/489283).

OKTOBER 1998

AKTUELL

Halbzeit im HNO-Berufsverband	
R. Kaden	247
EBM: Erneut unverständliche Honorarminderung	
H.-W. Mollenhauer	248
Hörgeräteversorgung: Durch Hörakustiker ohne den HNO-Arzt und umgekehrt	
	249
„Grünes Rezept“ für alternative Behandlung	255

THEMA

Empfehlungen der Paul-Ehrlich-Gesellschaft zur Therapie mit oralen Antibiotika	
R. D. Gerste	251
Niederlassungen: So wird finanziert	263

SERIE

WHO-Positionspapier: Spezifische Hyposensibilisierung gegen allergische Erkrankungen	
Teil 1: Voraussetzungen, Kontraindikationen, Indikationen	
C. Wetzel	257

KONGRESSE

7. Jahrestagung der Vereinigung Mitteldeutscher Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	
R. Kaden	271
HNO-Heilkunde grenzüberschreitend	269

NACHRICHTEN & NOTIZEN

ZI legt Diagnosesaurus auf CD-Rom vor	256
Kurssystem Manualmedizin	256
Praxisübergabe: Verzichtserklärung ist nicht widerrufbar	262
Patientenrechte gehen vor Ökonomie	262
Radikale Chirurgie bei Tumoren des Intratemporalraumes	264
Polyposis nasi: CT nicht ganz zuverlässig	264
Dokumentation über HNO-Kliniken in Deutschland	276

RUBRIKEN

Leserbriefe	265, 266
Buchbesprechung	270
Kongreßkalender	nach 258, nach 266
Industrienachrichten	vor 253
Impressum	vor 247, 268

Dieses Papier wurde chlorfrei hergestellt



Chronifizierte HWS-Weichteildistorsionen

In der März-Ausgabe 1998 von *HNO aktuell* erschien auf Seite 63-66 der von A. Ernst, Th. Wilhelm und R. O. Seidl verfaßte Beitrag „HNO-ärztliche Behandlung von chronifizierten HWS-Weichteildistorsionen“. Dazu erreichte die Redaktion eine „Stellungnahme aus der Praxis“ des Münchener HNO-Arztes Dr. H. Sauer.

Erfreulich in dem Beitrag der Berliner Autoren ist die neue Begriffsbestimmung der Weichteildistorsionen, die endlich um die vielen Diagnosen rund ums Schleudertrauma Klarheit schafft. Insbesondere wird hier mit impliziert, daß beim Schleudertrauma die HWS nicht als knöchernes mechanisches Stützelement im Vordergrund steht, sondern im Sinne von H. D. Wolff und E. Biesinger als neuromuskuläre Funktionseinheit.

Auch überzeugt der Beitrag durch seine Prägnanz und Übersichtlichkeit. Sehr schön herausgearbeitet sind die Bedeutung der muskulären Funktionsketten, die über Kopfgelenksblockierungen (funktionelle Kopfgelenksstörungen, f KGS nach Hülse) zu Blockierungen im Iliosakralgelenk, dann zu Blockierungen im Sprunggelenk führen können. Für den HNO-Arzt in der Praxis von Relevanz ist aber auch der umgekehrte Biomechanismus:

Es kommt immer wieder vor, daß Patienten nach Traumen der unteren Extremität im Anschluß an wochenlange konservative Versorgung und/oder Rehabilitationsmaßnahmen mit HNO-Leitsymptomen in die Praxis kommen, ohne daß dafür ein pathologischer HNO-Befund erhoben werden kann. Mit einer Latenz von mehreren Wochen hat sich die durch Fehlfunktion der unteren Extremität ausgelöste Störung über Muskelfunktionsketten über das Iliosakralgelenk bis zum Kopfgelenksbereich übertragen, mit entsprechender Pseudo-Symptomatik im HNO-Bereich.

Kopfschmerz- symptomatik in der Praxis wichtig

Was die klinischen Leitsymptome im HNO-Fachgebiet betrifft, so gehen die Autoren auf die Kopf- und Kiefergelenke als Störfaktoren nicht ein. Besonders vermißt wird die in der Praxis so wichtige Kopfschmerzsymptomatik. Erwähnung finden sollte zumindest die Pseudo-Trigeminusneuralgie (Lewitt) wie auch der Pseudo-sinugene Kopfschmerz (Sauer, 1984). Beide Begriffe haben Eingang in die HNO-Literatur gefunden, u. a. im neuen HNO-Handbuch Band 3 – Hals (Thieme, Stuttgart 1995).

Manualtherapie vorteilhaft, aber vielen Orthopäden fremd

Den Autoren des Beitrages ist es fachbezogenerweise nicht zu verdenken, daß insbesondere bei den therapeutischen Empfehlungen der Eindruck einer manualtherapeutischen Präferenz entsteht. Hiermit gibt es aber in der Praxis Probleme: Die wenigsten Orthopäden kennen sich mit der manualmedizinischen Untersuchung an der Halswirbelsäule aus. Oft wird die Halswirbelsäule dort noch mechanisch diagnostiziert und behandelt. Mit den zervikogenen Pseudo-beschwerdebildern können die Orthopäden meist nichts anfangen. Eine entsprechende Konsultation oder orthopädische Mitbehandlung liefert nur in Ausnahmefällen befriedigende Ergebnisse. Oft wird auch des Guten zu viel getan, so daß selbst Schleudertraumen im akuten Stadium einer Massagetherapie unterzogen werden. H. D. Wolff, der Altvater moderner Manualdiagnostik und -Therapie und Gründer der biokybernetischen Interpretation des HWS-Syndroms – versäumt nie, in seinen Kursen zu erwähnen: Hände weg von der schmerzhaften HWS, wie auch immer.

Beim Schleudertrauma im Anfangsstadium ist Ruhigstellung und Reflexunterbrechung erste (Bürger) Pflicht, eventuell unter Einbeziehung von

Kryo/Eistherapie, gezielter Schmerz/Neuraltherapie. Erst danach sind die vorsichtige Mobilisation mittels Krankengymnastik und vorsichtige physikalische Maßnahmen an der Reihe.

Vor initialer Massagetherapie ist zu warnen

In dem Beitrag wird folgerichtig auf Massagetherapie nicht eingegangen. Es ist aber für den niedergelassenen HNO-Arzt eminent wichtig, hier von schädlicher initialer Massagetherapie zu wissen und zu warnen, da sie immer wieder von hausärztlicher, leider auch von orthopädischer Seite verordnet wird. Selbst Massagetherapie beim chronifizierten Schleudertrauma kann wieder gewissermaßen „schlafende Hunde“ wecken. Das heißt: Es kann dann über übermäßige Reizung der Propriozeptoren zu einer Exazerbation der Pseudobeschwerdesymptomatik kommen.

Gegen eine schulmäßig gut durchgeführte Massagetherapie zum richtigen Zeitpunkt ist nichts zu sagen. Leider wird in der Praxis aber immer wieder die Erfahrung gemacht, daß diese zu intensiv durchgeführt und der Patient falsch gelagert wird. Anstelle einer Aussparung für Kopf und Kinn oder abklappbarem Kopfteil der Liege wird der Patientenkopf zur Seite gedreht und in dieser Lage massiert und indirekt re-traumatisiert. Diese Zusammenhänge hat Sauer als Postmassage-Syndrom bezeichnet. Dieser Begriff ist ebenfalls in der HNO-Literatur zu finden (Archiv ORL-Supplement 1994/2, HNO-Nachrichten 4/1994 und andere).

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel eine Modediagnose

Erstaunlich ist, daß die Autoren in ihrem Beitrag bei den Therapieempfehlungen sogar auf die Otolithenkomponente des Schwindels und auf die von dem neurologischen Ordinarius Th. Brandt (München) inaugurierte Trainingsmethode eingegangen sind. Th. Brandt wie auch der HNO-Kliniker K. F. Hamann (München), leugnen im wesentlichen jegliche zervikogene Genese des Schwindels kategorisch. Daß dies an der Praxisrealität vorbeigeht, weiß jeder niedergelassene Arzt.

Aber dennoch hat der „benigne paroxysmale Lagerungsschwindel“ als neurologische Modediagnose Konjunktur gemacht, ähnlich wie vor 20 Jahren die „vertebrobasiläre Insuffizienz“. Th. Brandt postuliert sogar, daß 70% aller Schwindelformen hierauf zurückzuführen seien. Auch dies geht nicht nur an der Praxisrealität vorbei, sondern ist auch otoneurologisch nicht haltbar, denn zum benignen Lagerungsschwindel gehört bekanntlicherweise u. a. ein reproduzierbarer horizontalrotatorischer Nyctagmus.

Pathophysiologisches Korrelat des benignen paroxysmalen Lagerungsnyctagmus ist die Otolithenabstoßung und das Therapieprinzip der Übungen eine Otolithenrekanalisation. Man kann sich nur schwerlich vorstellen, daß 70% aller Schwindelformen hier ihre Ursache hätten. Schließlich handelt es sich bei dem Otolithenorgan um das älteste Sinnesorgan aller Wirbeltiere, welches sogar in ein Fel-

sen(!)bein eingebettet ist. (Diese Zeilen entstanden während der Fußball-WM: Nach jedem Kopfballduell mußten die Spieler – otolithenbedingt – vom Rasen getragen werden.)

Andererseits wissen wir, daß die von Brandt vorgeschlagenen Übungen in vielen Fällen hilfreich und gut sind. Ich bin der festen Überzeugung, daß sich in einigen Jahren herausstellen wird, warum: Die vorgeschlagene Übungs/Kanalithrepositionstherapie ist im Endeffekt nichts anderes als eine sanfte und gute Therapie der sensiblen Rezeptoren des an Proprio- und Nozizeptoren überreichen zervikokraniellen Übergangs. Bekanntlich führen ja viele Wege nach Rom. So gesehen wäre ein idealer fachübergreifender Schulterschuß zwischen HNO-Ärzten, Orthopäden und Neurologen möglich und sehr wünschenswert.

Dr. med. H. Sauer, HNO-Arzt
Ottobrunner Straße 18
81737 München

Stellungnahme zum Leserbrief von H. Sauer

Herr Kollege Sauer ist seit vielen Jahren als HNO-Arzt auch publizistisch aktiv um Erkrankungen im HNO-Fachgebiet bemüht, die einen direkten oder indirekten Zusammenhang mit Funktionsstörungen der Halswirbelsäule aufweisen.

Sein Brief verdeutlicht insbesondere die engen Verknüpfungen des stomatognathen Systems (Stichwort: orofaziale Dysfunktion, Kiefergelenksmyarthropathie), der Kopfgelenke und

den Organsystemen, die der HNO-Arzt behandelt. So ist es z.B. post-traumatisch möglich, daß Patienten Kiefergelenksfunktionsstörungen aufweisen, die eine Kopfgelenksblockierung mitverursachen. Umgekehrt ist es möglich, daß funktionelle Störungen der Kopfgelenksbeweglichkeit zu halbseitigen Kopfschmerzen bzw. Schwindel führen, die der HNO-Arzt dann zur Diagnostik bzw. Therapie vorstellt bekommt.

Ich freue mich deshalb über seine sachkundigen Hinweise und praxisnahen Ergänzungen.

Zum Abschluß möchte ich anmerken, daß nicht nur in München, sondern auch in Berlin eine Reihe von neurologischen Kollegen die Existenz eines zervikal ausgelösten Schwindels weit von sich weisen. Nach erfolgreicher Manualtherapie überzeugt sie meist auch nicht die völlig verschwundene klinische Symptomatik von der zuvor geäußerten irrigen Annahme, daß es sich um einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel gehandelt habe.

Prof. Dr. med. A. Ernst
Direktor der HNO-Klinik
Unfallkrankenhaus Berlin
Rapsweg 55, 12683 Berlin

□

Fortsetzung von Seite 250

Auch bei der obersten gerichtlichen Instanz, dem Bundesgerichtshof, fand die hinter dem Wettbewerbsverein stehende Bundesinnung der Hörakustiker kein Verständnis: Mit Beschluß vom 3. Dezember 1992 wurde die Revision nicht angenommen. Damit kehrte allerdings keine Ruhe ein. Hinter der friedlichen offiziellen Front wurde wacker weiter gekämpft – jetzt gegen HNO-Ärzte, die mit Sanomed zusammenarbeiten. So tauchten 1997 in Zeitungen, in deren Verbreitungsgebiet ein HNO-Arzt Hörgeräte abgab, Anzeigen mit dem Text auf: „Ich habe Ärger mit meinem Hörgerät, das mir ein Ohrenarzt eingesetzt hat. Haben auch Sie ähnliche Probleme...?“. Auftraggeber war eine Interessengemeinschaft „Ärger mit Hörgeräten vom Arzt“. Geschaltet wurden die Anzeigen über eine mit der Bundesinnung der Hörakustiker verbundenen Agentur. Bezahlt hat die Fördergemeinschaft „Gutes Hören“. Alle haben auf eine einstweilige Verfügung hin erklärt, derlei zukünftig zu unterlassen. Derzeit laufen über die gesamte Republik verteilt Prozesse, die gegen Hörgeräte abgebende HNO-Ärzte gerichtet sind. Offensichtlich soll damit versucht werden, ein günstigeres Gerichtsurteil in Sachen „verkürzter Versorgungsweg“ zu erreichen. Die Aussichten scheinen gering zu sein: Erst vor kurzem sind die Augenoptiker in einem vergleichbaren Prozeß, bei dem es um die Abgabe von Kontaktlinsen durch Augenärzte ging, beim Bundesgerichtshof abgeblitzt. Die Richter hatten weder in wettbewerbsrechtlicher noch in steuerlicher und berufsrechtlicher Hinsicht Bedenken.

R. Kaden

HNO aktuell bringt's!

Neben Praxisalltag und Verwaltungsaufgaben wird es für den Arzt immer mühseliger, sich durch den Informationsdschungel zu kämpfen. Hierbei hilft HNO aktuell. Für 11 Ausgaben im Jahr wählt eine fachkompetente Redaktion die wichtigsten praxisrelevanten Themen aus. Es erscheinen keine wissenschaftlichen Originalarbeiten, dafür aber interessante Übersichtsbeiträge, aktuelle Nachrichten zu Gesundheitspolitik und Praxisführung sowie Kongreßberichte. Dies alles kurz und bündig sowie farbig in Wort und Bild.

Herausgeber und Verleger:
Dr. med. R. Kaden, Heidelberg

Redaktion:
Prof. Dr. med. W. Ey, Darmstadt
Prof. Dr. med. P. Federspil, Homburg
Prof. Dr. med. K. Hörmann, Mannheim
Dr. med. H.-W. Mollenhauer,
Bad Bergzabern
Prof. Dr. med. G. Rettinger, Ulm
Dr. med. M. Schedler, Homburg/Saar
Dr. med. H. Seidler, Neunkirchen
Prof. Dr. med. W. Stoll, Münster
Priv.-Doz. Dr. med. J. Thoma, Berlin

Verlagsredaktion:
Heide Winter-Lehming, Heidelberg

Gestaltung Titelseite:
T. Notz, Heidelberg

Die mit Namen gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des Autors wieder, die sich nicht unbedingt mit derjenigen von Redaktion und Herausgeber decken muß.

Redaktionsanschrift:
HNO aktuell
c/o Dr. Kaden Verlag
69115 Heidelberg
Poststraße 24
Telefon: 062 21/60 03 13
Telefax: 062 21/2 99 10