

Varizen: Laser und Op liegen gleichauf

Die Laser-Behandlung von Krampfadern ist der Operation weder überlegen noch unterlegen. Zu dieser Einschätzung kommen die Wissenschaftler des IGeL-Monitors. Sie bewerten die Laser-Behandlung als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) damit als „unklar“. 2012 hatte der IGeL-Monitor die Leistung noch als „tendenziell positiv“ eingestuft.

Für ihre neue Bewertung haben die Wissenschaftler sieben Übersichtsarbeiten und vier neuere Studien analysiert, die insgesamt neun Nutzen- und acht Schadensaspekte von Lasertherapie und Operation untersuchten. „Dabei zeigte sich, dass die Laser-Behandlung insgesamt nicht besser, aber auch nicht schlechter als die Operation abschneidet“, heißt es in der Mitteilung des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS), bei dem der IGeL-Monitor angesiedelt ist. So hätten beide Verfahren etwa auch bei Schmerzen und Wundinfektionen gleich viele Nebenwirkungen.

„Verjüngen Sie Ihre Klientel!“

Betreff: „Checkliste zur Sterbegleitung“, HA 18/17, S. 50ff



„Es ist die vornehmste Pflicht des Arztes, die Kardinal-Symptome menschlichen Leidens: Schmerz, Angst, Atemnot, Unruhe und Durst prompt, wirksam und dauerhaft zu lindern, dem Sterbenden Trost, Erleichterung und Erhebung des Gemüths zu verleihen.“ (Christoph-W. Hufeland) Nur an dieser eigentlich-ärztlichen Leistung muss der Arzt sich messen lassen. Rudolf Virchow schreibt 1849 (...) über die Armut und Seuchenlage in (...) Oberschlesien (...): „Die Medizin muß nothwendigerweise eine sociale sein – oder sie wird nicht sein.“ Wie wird das heute noch gesehen?

Zur Palliativmedizin und dem Fallbericht: Noch kurative oder doch palliative Behandlung? Das verlangt eine klare Entscheidung, Verzicht auf kurative Maßnahmen und eine gekonnte Lindern, die (...), so scheint es mir, hin und wieder nicht geleistet wird, weil sie (...) schwieriger, zeitraubender ist als gut gemeinte aber effektlose kurative Maßnahmen. Bedenklich ist es, wenn (...) ein Chirurg wider besseren Wissens bei einem Moribunden eine PEG-Sonde auf Drängen des Heims (eine

Schreiben Sie uns! Anregungen, Lob oder Kritik:
info@medizinundmedien.eu
Postadresse siehe Impressum

verbreitete Unsitte) legt und der Patient am nächsten Tag tot ist. Im (...) Fall hat zwar die Klinik die hoffnungslose Lage akzeptiert, aber (...) einen üppigen Behandlungsvorschlag gemacht, der (...) sinnlos ist, weil die (...) Patienten schluckunfähig sind und alles (...) s.c. oder i.v. gegeben werden müsste. In der Liste sind alle Medikamente überflüssig, sie haben keinen Benefit für den Kranken; nur Morphium ist zwingend nötig, sei es für die Analgesie, (...) Sedierung.

Bei den Infusionen (...) streiten sich die Geister: Angesichts der quälenden extremen Austrocknung plädiere ich in dem Fall für gezielte Aufwässerung, dabei kann Morphium der Infusion s.c. oder i.v. zugesetzt werden. Von der „natürlichen Anästhesie durch Austrocknung“ halte ich nicht viel. Auch die Angehörigen wissen eine maßvolle Aktivität zu schätzen. (...) 1992 (habe ich) in der Geriatrie-Praxis dazu Stellung genommen: Da die meisten Kranken dieser Kategorie nicht mehr schlucken können, ließ ich mir vom Apotheker folgende Morphinpräparation herstellen (Rezept Tumorklinik Essen): Morphin-Viskose-Lösung NRF 2,4

- 100 ml Viskose-Lösung NRF 2,4
- 200 mg Morphini hydrochlorici
- 0,2% Lösung 1 Teelöffel = 5 ml = 10 mg Morphin

■ SD 6 Mal/Tag 1 Teelöffel. Bei höherem Bedarf kann man eine 0,4% oder höher Lösung machen lassen (...). Medikamente nur kurzfristig bei aktuellem Anlass, Schleimlösen, Bronchitis. Die Obstipation ist vom ersten Tag energisch zu behandeln. In vielen Fällen muss man präfinal/final Morphin-Infusionen machen: z.B. 20 mg Morphin in 1 Liter Sterofundin alle 12 Stunden s.c./i.v. Die häufigen präfinalen Lungenstauungen/-ödeme reagieren am besten auf 5-10 mg Morphin in 10 ml i.v. Das Zusammenspiel Arzt, Pflegeteam, Angehörige, (...) Patient muss man pflegen. Immer muss man sich fragen, „was mußt du, darfst du oder darfst du nicht sagen?“ Die häusliche Pflege Schwerkranker bedeutet für die Familie eine große Belastung, sie erfordert, dass ständig eine Bezugsperson im Haus ist. Das ist heute problematisch, weil (...) vielfach beide Ehegatten arbeiten. Zu den Gesprächen (...) nahm ich immer den Famulus mit. (...) In den zwei Monaten (...) wurden sie alle mit sechs bis zehn Sterbefällen konfrontiert. Außerdem lernten sie, mit Morphin umzugehen (...). Hausbesuche zu jeder Tages- und Nachtzeit sind unumgänglich, weder delegier- noch ersetzbar (...) zur Kontrolle der Analgesie und (...) zum Erhalt des Vertrauens. Und zur Stützung des Pflengewillens der Angehörigen

gen. (...) Im Notfall kann und muss man einen kompetenten Kollegen informieren (...). Die Überalterung (...) führt zu mehr aufwendigen Betreuungsg- und Todesfällen. Das zeigt die Übersicht über 30 Jahre: Pro Jahr starben 30 Prozent daheim, 65 Prozent im Heim, fünf Prozent im Klinikum (eingewiesen mit kurativen Chancen). Das Heim mit vielen Sterbenden pro Jahr betreuten wir vier Ärzte komplett. Das Ziel: eine betreuende, soziale Medizin (Hufeland und Virchow). Nun das Betrübliche, Unverständliche: Es ist natürlich, dass ein Arzt, der seine Klientel gewissenhaft und kompetent betreut, mit seinen Verordnungen und vor allem Haus-Nachtbesuchen weit über dem miesen Durchschnitt liegt. Das führt ständig zum Argwohn (...) der KVen (...), zu Kürzungen und Regressen. Der Arzt ist gezwungen, sein Handeln nicht zu begründen, sondern wie ein Angeklagter zu verteidigen. Dazu hören wir von den KVen markige Sprüche wie „Laden Sie sich nicht so viele Schwerkranken auf den Hals“ und „Sie haben zu viele alte Patienten, verjüngen Sie Ihre Klientel“ (...). Damit gewinnt man keinen jungen Arzt ins Dorf. Und so werden sich immer mehr Kollegen aus der Verantwortung stehlen. Damit wird man die verantwortungsvolle, schöne (...) Aufgabe der (...) Palliativmedizin (...) den Spezialisten überlas-

sen müssen. Denen ich viele, neue Kenntnisse verdanke, aber: Sie kommen nicht ins Haus.

*Dr. med. Harald Herrmann,
Lemgo*

Internisten benachteiligt

Betreff: „Uns auszuspülen, funktioniert nicht“, HA 19, S. 1



Dass Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten zusammenstehen, trifft in der Weiterbildung in Hessen nicht zu: Ich bin als (...) Internist nicht ausreichend qualifiziert, um in Allgemeinmedizin weiterzubilden, obwohl ich seit Jahren hausärztlich praktiziere. Ich bekomme keine Chance, mich für Allgemeinmedizin zu qualifizieren: Das ist Schikane!

Die Landesärztekammer Westfalen-Lippe hat den Schuss gehört und zeigt, dass es anders geht. In Hessen ist das ein klarer Fall von systematischer Benachteiligung. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Im Interesse der Pfründesicherung und Selbstverwirklichung wird die Entwicklung abseits der Metropolen ignoriert. Die Politik weiß überhaupt nicht, wo es hängt und verbrennt Steuergelder. Die KV beißt auf Granit und Fördergelder können nicht genutzt werden.

Stephan Eisfeld, Frankenberg

BfArM warnt vor Überdosierung von Colchicin



Derzeit prüft das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Produktinformationen und risikominimierende Maßnahmen für in Deutschland zugelassene Arzneimittel mit Colchicin. Denn besonders Patienten unterschätzten die Folgen einer Überdosierung von Colchicin, zeigten Meldungen an Arzneimittelbehörden weltweit. Im „Bulletin für Arzneimittelsicherheit“ (4/2017) macht das Institut daher darauf aufmerksam, dass Ärzte ihre Patienten sorgfältig über die Einnahme und die Gefahren einer Überdosierung und Wechselwirkungen aufklären sollten, auch wenn schwere Vergiftungen eher selten seien. Bisher erhalten vor allem Patienten mit Gicht Colchicin, bei denen nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) kontraindiziert sind oder diese nicht vertragen werden.

„Eine eindeutige Grenze zwischen nicht toxischen, toxischen und letalen Dosen ist schwer zu ziehen“, schreiben die Autoren. Bei akuter Aufnahme von mehr als 5 mg/kg Körpergewicht sei aber über eine hohe Mortalitätsrate berichtet worden. Zudem spielten Komorbiditäten und Interaktionen mit Arznei- oder Lebensmitteln eine Rolle, darunter besonders Mittel, die das Enzym CYP3A4 oder das Transportprotein P-Glykoprotein (P-gp) hemmen. Einige Beispiele haben die Autoren in der Tabelle zusammengestellt. Bei einer Vergiftung solle so schnell wie möglich die Therapie beginnen, selbst „wenn noch keine Symptome aufgetreten sind“. Akut könne eine Magenspülung und die Gabe von Aktivkohle entscheidend sein.

Tab. 1: Beispiele für CYP3A4- und/oder P-gp-Hemmer

ARZNEIGRUPPEN, SONSTIGE SUBSTANZEN	BEISPIELE
Makrolidantibiotika	Clarithromycin**, Erythromycin**, Telithromycin**
Antimykotika	Fluconazol*, Itraconazol**, Ketoconazol**, Voriconazol**
HIV-Protease-Inhibitoren	Ritonavir**, Atazanavir*, Indinavir**, Nelfinavir*, Saquinavir*
Calciumkanalblocker	Verapamil**, Diltiazem*
diverse	Aprepitant* (Antiemetikum), Ciclosporin (Immunsuppressivum)*, Chinidin*
Nahrungsmittel	Grapefruitsaft**

*Colchicin Tiofarma®, *Colchicum Dispert®

Quelle: BfArM, Bulletin zur Arzneimittelsicherheit 4/2017