Cholesterinembolie nach Linksherzkatheter

Das ist gar nicht harmlos!

In MMW Nr. 37/2006, S. 28, präsentierten wir eine Cholesterinembolie, die ohne Therapie wieder verschwand. Die Gefahr ist damit nicht gebannt, schreibt ein Leser:

— Die Inzidenz der Cholesterinembolien nach Linksherzkatheter-Untersuchung liegt vermutlich bei > 1%, mit ca. 50% Haut- und > 60% Nierenbeteiligung (1). Leider liest sich der Beitrag so, als handle es sich um eine sich selbst limitierende und damit harmlose Erscheinung. Der Kreatininanstieg von 1,5 auf 3,1 mg/dl bedeutet eine Verschlechterung der GFR des 72-jährigen Patienten von 48 auf 21 ml/min. Im Gegensatz zu einem vorübergehenden akuten Nierenversagen durch Kontrastmittel ist die

Fotos (2): NEJM 354 (2006) 12, 1294

atheroembolisch bedingte Nierenfunktionsverschlechterung meist irreversibel.

Leider wird diese Komplikation von den die Intervention durchführenden Ärzten oft nicht mehr bemerkt, da sie sich häufig erst nach Tagen oder Wochen manifestiert. Nephrologen sehen regelmäßig neue dialysepflichtige Patienten mit auf Cholesterinembolien

◀ **Blaue Zehen nach Cholesterinembolie.**

zurückzuführender Grunderkrankung und einige haben bereits tödliche Verläufe, z. B. in Folge von Darmischämien, erlebt.

Daher sollte die Indikation zur Linksherzkatheter-Untersuchung zumindest wohl abgewogen werden. Man kann auch Schaden anrichten!

Literatur beim Verfasser

- PD Dr. med. Matthias Köhler, Akademisches Lehrkrankenhaus der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Seute-Deern-Ring 30, D-24351 Damp

Juristischer Hickhack um die schwarze Arzneimittelliste

Egal ob Positiv- oder Negativliste: Ich bin dafür

Kommt die Negativliste juristisch durch, fragten wir in MMW Nr. 37/2006, S. 6. Dazu ein Leser:

— Die stete Diskussion um die Negativliste kann aus der Sicht eines Vertragsarztes nicht nachvollzogen werden. Es muss doch klar sein, dass jeder unnötig ausgegebene Euro von der Gesamtvergütung abgezogen wird. Welchen Nutzen hat es für uns Ärzte – geschweige denn für unsere Patienten –, wenn weiterhin horrenden Summen für Me-too-Präparate und Scheininnovationen ausgegeben werden? Nichts ist ärgerlicher, als dass man deswegen auch noch in Regress genommen wird. Je eher wir eine juristisch einwandfreie Negativliste haben oder eine wissenschaftlich abgesicherte Positivliste, desto besser für uns und die Versorgung unserer Patienten.

Medikamente, die nicht nur teurer, sondern auch besser sind als kostengünstige Generika, werden dies auch in

entsprechenden Untersuchungen zeigen können. Teure Alternativen ruinieren das System. Warum muss ich vor jeder Verordnung meine Praxissoftware bemühen und Medikamentenlisten prüfen

– ich bin Arzt und kein Kaufmann. Das könnte doch der Apotheker viel besser.

- Dr. med. Matthias Thöns, Facharzt für Anästhesiologie & Palliativmedizin, Wiesenstraße 14, D-58452 Witten

Erratum

Korrektur zum Interview mit Dr. Wolfgang Schaffert:

In MMW Nr. 38/2006 ist uns ein Fehler unterlaufen. Richtig muss es heißen: „Wer mit Spaß und ohne Risiko wandern will, sollte als Minimalkriterium 2,5–3 Watt pro kg Körpergewicht schaffen, das bedeutet, dass ein 75 kg schwerer Mensch am Fahrradergometer 187,5–225 Watt 2–3 Minuten lang durchhalten muss.“

2,5–3 Watt/kg Körpergewicht ist die maximale Belastbarkeit, die jeder erreichen sollte, der Bergwanderungen unternimmt. Diese Leistung erscheint hoch, dennoch ist sie als Minimalkriterium

um zu fordern. In der wandertypischen Belastungssituation kommen normalerweise 50–60% dieser maximalen Leistungsfähigkeit zum Einsatz. Diese muss der Wanderer aber über mehrere Stunden durchhalten, und er braucht Reserven, z. B. bei einem Wettersturz.

Viele Menschen erreichen heute nur eine wesentlich geringere maximale Belastbarkeit. Daraus erklärt sich die hohe Zahl an Wanderunfällen. Wenn sie mit schlechter Kondition eine Stunde lang bergauf gehen, kommen sie schnell an ihre Grenzen und haben Schwierigkeiten, den Weg wieder hinunterzugehen.