heit hätte die als nicht indiziert und nicht gewünscht konstruierte Beatmung fortgesetzt. Weniger als 10 % der befragten Dienste widersetzten sich dem kriminellen Ansinnen [12].

Literatur

1. Wiesing U: „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten“. Deutsches Ärzteblatt 110, Heft 38 (20.09.2013), S. A-1752 - A-1756
2. Bertelsmann Stiftung: Faktencheck regionale Unterschiede 2015. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/re-gionale-unterschiede/ergebnis-ueberblick/>
3. Deutscher Ethikrat: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus; www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf
4. DGIM: Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. DMW 07/2015 http://www.dgim.de/portals/pdf/Positionspapier_Schumm-Draeger_%C3%96konomisierung.pdf
5. Borasio GD: Faktencheck zur Sterbehilfe. Die Zeit vom 22.09.2015. www.zeit.de/2015/38/bundestag-sterbehilfe-diskussion-gesetzesentwurf
6. Cardona-Morell Met al. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. Int J Qual Health Care. 2016;28(4):456–69
7. Cheek DB (1962) Importance of recognizing that surgical patients behave as though hypnotized. Am J Clin Hypn 4:227–236
8. Thöns M. Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende. Piper Verlag 2016
9. DIGAB: Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB e.V.) zu den Ausführungen von Dr. Matthias Thöns aus Witten auf dem Bremer Palliativkongress am 20. März 2015 www.digab.de/startseite/neuigkeiten/detailansicht/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=38&cHash=039186c1ab8257b93cca90fd9064d74b
10. Bayrisches Landesamt für Statistik 31.12.2015
11. Jaschke C, Jünke O, Demmel P: Leben in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung. Ge-pflegt durchatmen 07/2016
12. Thöns M, Putz W: Intensivmedizin - Angebot schafft Nachfrage. Der Niedergelassene Arzt 09 (2015) 97

Dr. Matthias Thöns
Abteilung für Allgemein-
medizin
Ruhr-Universität Bochum
Wiesenstr. 14
58452 Witten
thoens@web.de

Leserbrief

Keine Opiode und kein Diclofenac i.m. bei Nierenkolik

Kritische Stellungnahme zur Aussage: Diclofenac i.m. ist zur Therapie einer Nierenkolik zu empfehlen. Nachzulesen in Schmerzmedizin 2016;32(4):7 im Beitrag „Nierenkolik: NSAR statt Opioid?“

Schon die Aussage in der Einleitung: Die gängige Praxis bei Nierenkoliken ein Opioid i.v. zu applizieren, stimmt nicht. Die weitere Aussage, ein Opioid ist offenbar nicht optimal zur Therapie einer Nierenkolik, ist richtig. Opiode verstärken eher die Intensität von Nierenkoliken. Bei keinem Opioid wird als Indikation Nierenkolik erwähnt und ist daher auch nicht zugelassen (off label use).

NSAR haben als Indikation entzündliche und/oder degenerative Erkrankungen im Stütz- und Bewegungssystem [1]. Eine spasmolytische Wirkung fehlt. Gerade eine Spasmyolyse ist neben der Analgesie bei Nierenkoliken dringend erforderlich. Nach langjährigen Erfahrungen einer Vielzahl von Hausärzten, Ärzten im Bereitschaftsdienst und Notärzten ist Metamizol 1–2 g langsam i.v. injiziert oder als Kurzinfusion appliziert Mittel der Wahl zur Behandlung von Nierenkoliken mit sehr guter Wirkung und Verträglichkeit.

Metamizol senkt neben der guten analgetischen Wirkung auch den erhöhten intraluminalen Druck im Harnleiter, wirkt also zusätzlich spasmolytisch und zudem auch antinozizeptiv und ist daher Mittel der ersten Wahl bei starken Nierenkoliken [2, 3].

Verschiedene Studien konnten auch die Wirksamkeit von Diclofenac 75mg i.m. bei starken Nierenkoliken belegen [2, 4]. Jedoch gilt die i.m. Applikation von Diclofenac seit geraumer Zeit als obsolet. Das hohe Risiko durch Gewebeschäden am Injektionsort mit Abszessbildungen, Nekrosen, oft tödlicher nekrotisierender Faszitis, foudroyanten Kokkensepsis, aber auch lebensbedrohlicher Anaphylaxie und einem 100-mal höheren Risiko pseudoallergischer Schockzustände kann bei weitem nicht den Vorteil eines schnelleren Wirkungseintritts gegenüber der oralen oder rektalen Anwendung aufwiegen [3, 5, 6, 7].

Nach der Fachinformation von Diclofenac wird die i.m. Injektion nur dann zugelassen, wenn eine orale oder rektale Applikation nicht möglich ist. Nach erfolgter Injektion ist eine einstündige Überwachung gefordert sowie die Vorhaltung eines funktionstüchtigen Notfall equipments [1]. Eine umfassende Aufklärung der Patienten vor einer Behandlung wird selbstverständlich gefordert. Als Nebenwirkungen werden Nierenkoliken und Harnwegsverengungen aufgeführt. Als Anwendungsbeschränkung gelten Koliken der Harnwege [1]. Überdies kann die Anwendung von Diclofenac bei vorbelasteten Patienten zum akuten Nierenversagen führen [8].

Gegen die Empfehlung im Schlusssatz im oben genannten Beitrag über die Therapie von Nierenkoliken: „NSAR i.m. sollten als Erstlinientherapie betrachtet werden (...)“ [9], kann man sich nur mit aller Entschiedenheit wehren.

Referenzen

1. Fachinformation Diclofenac u.a. Rote Liste
2. Zwergel U et al. Schmerz 1998; 12 (2): 112-117
3. S2k – Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe der Urolithiasis der AWMF (043/025). www.awmf.org/uploads/tx_sz_leitlinien/043-0251_s2k_uro
4. Marthak K V et al. Curr Med Res Opin 1991; 12 (6): 366 – 373
5. Arzneitelegamm 1997; 8: 87
6. Arzneitelegamm 1999; 9: 65
7. Arzneitelegamm Fachinformation zu Diclofenac- Injektionslösung 2000;31 (10): 85
8. Lee A et al. Cochrane Database Syst Rev 2007;(2)CD 002765
9. <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=1635>

Dr. med. Winfried Hoerster
Facharzt für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Gießen