



„Britische Forscher plädieren dafür, die Karenzzeit vor einer OP, insbesondere bei Kindern, weiter zu verkürzen.“

Dr. Thomas Hoppen, Chefredakteur



© Curcu Remus / Getty Images / iStock

Oft wird eine Synkope vermutet

Frauen bei der Reanimation benachteiligt

— In einer aktuellen Studie aus Schweden wird darauf hingewiesen, dass es nach rein manueller Herzdruckmassage deutlich seltener zu Verletzungen kommt als nach dem Einsatz mechanischer Reanimationshilfen [Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes 2019 Jan 11]. Trotzdem bestehen bei weiblichen Patienten auch heute noch Hemmungen mit einer effektiven kardiopulmonalen Reanimation zu beginnen. In einer auf dem Kongress

der American Heart Association Ende 2018 in Chicago präsentierten Studie aus Colorado gaben potenzielle Ersthelfer an, Frauen nicht unsittlich berühren oder verletzen zu wollen und juristische Konsequenzen fürchteten. Zudem wird fälschlicherweise bei Mädchen und Frauen oft nur ein Ohnmachtsanfall anstatt eines Herzstillstands vermutet. An diesem Fehlverhalten müssen wir bei der Schulung von Laienhelfern gezielt arbeiten.

Blutplättchen-Transfusionen bei Frühgeborenen

Weniger ist mehr

— Aufgrund der hohen Rate von Thrombozytopenien und Blutungen bei Frühgeborenen wird allgemein angenommen, dass diese Patientengruppe Thrombozytentransfusionen bereits bei höheren Grenzwerten erhalten sollte als ältere Patienten. In einer Multicenterstudie wurden 660 Frühgeborene mit einem medianen Gestationsalter von 26,6 Wochen randomisiert [N Engl J Med 2019;380:242-51]. Überraschen-

derweise wiesen Frühgeborene, die bereits mit einer Thrombozytenzahl von 50.000/mm³ transfundiert worden waren, innerhalb von 28 Tagen eine signifikant höhere Todes- oder Blutungsrate auf, als Patienten, die Thrombozyten-Transfusionen erst bei einer Schwelle von 25.000/mm³ erhalten hatten. Blutplättchentransfusionen können demnach bei Frühgeborenen auch schädliche Auswirkungen haben.

Nüchternzeit vor Operation

Reicht schon eine 1-Stunden-Karenz?

— Bekanntlich schützt ein leerer Magen vor Aspirationsrisiko bei einer Narkose. Britische Forscher plädieren nun dafür, die Karenzzeit insbesondere bei Kindern weiter zu verkürzen [Anaesthesia 2019;74:83-88]. Auch die übliche 2-Stunden-Regel für klare Flüssigkeiten wie Wasser oder Saft ohne Fruchtfleisch präoperativ verhindern nicht, dass Kinder in der Praxis im Durchschnitt 6–13 Stunden lang nichts zu trinken bekommen. Die Autoren fordern deswegen eine 1-Stunden-Karenz, denn die Aspirationsrate sei laut Studienlage mit 0,3% exakt gleich niedrig – die mittlere Karenz betrage dann jedoch nur noch 3 Stunden. Das Volumen sollte 3 ml/kg KG nicht überschreiten.

— Muttermilch ist ein vergleichsweise „kostengünstiger Fast-Alleskönner“. Im Gegensatz dazu sind die Ausgaben für die Behandlung der Muskeldystrophie Duchenne mit dem Antisense-Oligonukleotid (ASO) Eteplirsen exorbitant und für das ASO Nusinersen zur Behandlung der spinalen Muskelatrophie betragen die Kosten pro Patient sogar über 500.000 € im ersten und jedem weiteren Jahr 250.000 €. Damit ist Nusinersen eines der teuersten zugelassenen Medikamente weltweit. 2018 war das Arzneimittel Ravicti des Herstellers Horizon Pharma mit einem Großhandelslistenpreis von 793.632 US-\$ angeblich das allerteuere Medikament der Welt. Es wird zur Behandlung eines selten vorkommenden Harnstoffzyklusdefekts eingesetzt. Lancet und andere Fachzeitschriften initiierten 2017 eine Diskussion zu Fairness, dem Anstieg von Arzneimittelkosten und den Modalitäten der Zulassung [Lancet Neurol 2017;16:761; JAMA Pediatr 2018;172:123-5], die auch heute unverändert geführt werden muss. Einerseits soll Betroffenen eine wirksame Behandlung unabhängig von den Kosten nicht vorenthalten werden – und auch ein Ausgleich für die hohen Entwicklungsausgaben der Pharmakonzerne ist nachvollziehbar. Andererseits ist jedoch unklar, wie der Zugang zu diesen Arzneimitteln in ärmeren Ländern mit weniger finanzkräftigem Gesundheitssystem gewährleistet werden kann. An dieser Stelle wird klar, dass Ethik und Ökonomie keine Antipoden sind. Gerechte Ressourcenverteilung erfordert eine Reflexion über das Notwendige. Diese Herausforderung richtet sich an Ärzte, Forscher, Patientenvertreter, Krankenversicherungen, Pharmakonzerne, Gesundheitspolitik und bedarf der gesamtgesellschaftlichen Diskussion.

Teure Spezial-Medikamente

Was darf eine Therapie kosten?

— Muttermilch ist ein vergleichsweise „kostengünstiger Fast-Alleskönner“. Im Gegensatz dazu sind die Ausgaben für die Behandlung der Muskeldystrophie Duchenne mit dem Antisense-Oligonukleotid (ASO) Eteplirsen exorbitant und für das ASO Nusinersen zur Behandlung der spinalen Muskelatrophie betragen die Kosten pro Patient sogar über 500.000 € im ersten und jedem weiteren Jahr 250.000 €. Damit ist Nusinersen eines der teuersten zugelassenen Medikamente weltweit. 2018 war das Arzneimittel Ravicti des Herstellers Horizon Pharma mit einem Großhandelslistenpreis von 793.632 US-\$ angeblich das allerteuere Medikament der Welt. Es wird zur Behandlung eines selten vorkommenden Harnstoffzyklusdefekts eingesetzt.

Lancet und andere Fachzeitschriften initiierten 2017 eine Diskussion zu Fairness, dem Anstieg von Arzneimittelkosten und den Modalitäten der Zulassung [Lancet Neurol 2017;16:761; JAMA Pediatr 2018;172:123-5], die auch heute unverändert geführt werden muss. Einerseits soll Betroffenen eine wirksame Behandlung unabhängig von den Kosten nicht vorenthalten werden – und auch ein Ausgleich für die hohen Entwicklungsausgaben der Pharmakonzerne ist nachvollziehbar. Andererseits ist jedoch unklar, wie der Zugang zu diesen Arzneimitteln in ärmeren Ländern mit weniger finanzkräftigem Gesundheitssystem gewährleistet werden kann.

An dieser Stelle wird klar, dass Ethik und Ökonomie keine Antipoden sind. Gerechte Ressourcenverteilung erfordert eine Reflexion über das Notwendige. Diese Herausforderung richtet sich an Ärzte, Forscher, Patientenvertreter, Krankenversicherungen, Pharmakonzerne, Gesundheitspolitik und bedarf der gesamtgesellschaftlichen Diskussion.



© mustafagull / Getty Images / iStock