

# DEGAM-Benefits

## DEGAM Benefits

Ausgewählt und verfasst von Prof. Dr. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP, Freiburg

### Ärztliche Tätigkeit in Großbritannien – für Ausländer nicht ungefährlich!

#### *Medical Work in the UK – Not Hazard-Free for Foreign Doctors*

*UK General Medical Council issues verdict because of medical negligence against a German doctor working in the UK on weekends*

Bekanntlicherweise bessern einige Kolleg/innen ihr Salär durch kurz- oder längerfristige ärztliche Tätigkeiten in Großbritannien auf. Falls es zu Problemen kommt (z.B. Behandlungsfehler) und der zuständige General Medical Council (GMC) darüber eine endgültige Entscheidung fällt, werden die Details und der volle Namen des oder der Betroffenen schon mal im British Medical Journal publiziert. Das sollte man als Interessierte/r wissen ...

In einem kürzlich veröffentlichten Fall ging es um einen Arzt aus Deutschland, der z.T. bis zu 24 Tage ohne Unterbrechung je 13 Stunden arbeitete. Er soll



Foto: fotolia/Bo Valentino

als notdiensthabender Arzt am Telefon u.a. eine Präeklampsie mit typischer Symptomatik nicht erkannt und einen sechs Monate alten Säugling mit zweitägigem Erbrechen und fehlenden Darmgeräuschen weder untersucht noch eingewiesen haben.

Im Urteil des GMC steht, der Kollege habe Patienten durch Defizite bei Beratung und medizinischen Kenntnissen

einem unvermeidbaren Risiko eines schweren Schadens ausgesetzt.

Er muss künftig alle Arbeitgeber im UK über die Entscheidung informieren, dem GMC einen persönlichen Entwicklungsplan zur Korrektur der benannten Defizite einreichen und darf nur unter Aufsicht arbeiten. Der Medical Practitioners Tribunal Service informiert zudem alle Stellen der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland über das Dekret.

Zum Schluss zitiert das BMJ die (letzte) elektronische Mitteilung des Kollegen an den GMC: „Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie meine Akten schließen können, da ich nicht mehr im UK arbeiten werde. In meinen Augen war das Verfahren von Anfang an unfair und hat nur Kosten verursacht. Bitte stellen sie Ihre Sendungen von Papierkram ein. Ich habe besseres zu tun“.

## Perioperative Betablockade: Fatale Leitlinienempfehlung

### *Perioperative Betablockers – Fatal Guideline Recommendation*

*Guideline bodies should retract their recommendations on perioperative administration of beta-Blockers based on fictitious data without further delay. This should not be blocked by dispute over allocation of blame. The well-conducted trials indicate a statistically significant 27% increase in mortality from the initiation of perioperative  $\alpha$ -blockade that guidelines currently recommend. Any remaining enthusiasts might best channel their energy into a further randomised trial which should be designed carefully and conducted honestly.*

Wollen Sie wissen, für welche Patienten eine Betablockade während einer nicht-kardialen Operation empfohlen wird? Dann besorgen Sie sich einfach die bis vor kurzem gültigen (2009 publizierten), frei verfügbaren europäischen und amerikanischen Leitlinien.

Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) hat noch im Sommer 2013 zu einer perioperativen Betablockade bei folgenden Patientengruppen geraten:

- Personen, die eine bekannte KHK haben oder bei denen ein präoperativer

Stresstest eine Myokardischämie zeigt.

- Personen, bei denen eine sog. Hochrisiko-Operation oder ein operativer Eingriff mit mittlerem Risiko geplant ist.

Der Nutzen der Betablockade, so die Leitlinien, sei eine Verminderung der Sterblichkeit. Diese Schlussfolgerung beruht im Wesentlichen auf den Studien der DECREASE-Arbeitsgruppe (DECREASE = Dutch Echocardiographic Cardiac Risk Evaluation Applying Stress Echo-

cardiography). Leiter und Erstautor: Don Poldermans, Professor für kardiovaskuläre Forschung an der Erasmus-Universität Rotterdam.

Das Besondere daran ist, dass der Vorsitzende der Leitliniengruppe der selbe ist wie der DECREASE-Chef: Don Poldermans.

Noch pikanter wird diese Geschichte aber durch die Tatsache, dass Poldermans am 17. November 2011 wegen wissenschaftlichen Fehlverhaltens (zu deutsch: Betrug) gefeuert wurde ([www.erasmusmc.nl/corp\\_home/corp\\_news-center/2011/2011-11/ontslag.hoogleraar/](http://www.erasmusmc.nl/corp_home/corp_news-center/2011/2011-11/ontslag.hoogleraar/)). Er hatte Teile der DECREASE-Ergebnisse erfunden oder gefälscht.

Wenn Sie nun glauben, dass die entsprechenden Leitlinien der ESC oder der

American Heart Association nach dieser „Klärung“ zurückgezogen worden wären ... liegen Sie falsch. Sie waren noch 19 Monate, nachdem die Erasmus-Universität ihre internen Untersuchungsergebnisse veröffentlichte, unverändert gültig.

Am 6. August 2013 wurde dann von Autoren des Londoner Imperial College eine neue Metaanalyse (unter Ausschluss der DECREASE-Arbeiten) publiziert. Das Ergebnis ist erschütternd: Die präoperativ begonnene Betablockade führt nicht etwa zu einer Verminderung, sondern zu einer Erhöhung der 30-Tages-Mortalität um 27 % (162 Todesfälle bei 5264 Patienten unter Betablockern versus 129 Todesfälle bei 5265 Patienten unter Placebo)! Das Resultat kam da-

durch zustande, dass Myokardinfarkte zwar vermindert, aber die Rate an Schlaganfällen und Hypotension deutlich erhöht war.

Es wird inzwischen spekuliert, dass allein in Großbritannien bis zu 10.000 Patienten pro Jahr aufgrund der Leitlinienempfehlungen ums Leben gekommen sein könnten.

Bouri S, Shun-Shin MJ, Cole GD, Mayet J, Francis DP. Meta-analysis of secure randomised controlled trials of  $\beta$ -blockade to prevent perioperative death in non-cardiac surgery. *Heart* 2014; 100: 456-64  
Die Arbeit ist frei herunterladbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3932762/>

## „Lieber das Risiko eines plötzlichen Herztodes als das Risiko eines tödlichen Elektroschocks“

*„I Prefer the Risk of Sudden Cardiac Death Over the Risk of a Fatal Electric Shock“*

*A renowned 82-year old TV journalist struggles against the producer of a risky implantable cardioverter/defibrillator*

Viele von Ihnen kennen noch den renommierten Fernsehjournalisten Dagobert Lindlau. Der 82-Jährige trägt seit einem Herzinfarkt vor sechs Jahren einen implantierbaren Kardioverter/Defibrillator (ICD) der Firma Medtronic.

Auf deren Webseite [www.medtronic.de/therapien/defibrillatoren-implantierbare/index.htm](http://www.medtronic.de/therapien/defibrillatoren-implantierbare/index.htm) heißt es wörtlich: „Ein implantierbarer Defibrillator, auch ICD (von implantierbarer Cardioverter Defibrillator) oder umgangssprachlich kurz Defi genannt, behandelt schnelle Herzrhythmusstörungen, die sogenannte Tachykardie. Ein implantierbarer Defibrillator überwacht Ihr Herz Schlag für Schlag, um im Notfall effektiv vor dem plötzlichen Herztod zu schützen, der die Folge einer Tachykardie sein kann“. Ein wohlklingender Spruch, der mit der Realität der Modellreihe „Fidelis“ offenbar wenig zu tun hat.

Wie Ekkehard Müller-Jentsch, Redakteur der Süddeutschen Zeitung berichtet, hat Lindlau einen Prozess gegen den Hersteller angestrengt, weil es durch Schäden an der Isolierung der betreffen-

Foto: fotolia/Carolina K Smith MD



den Serie zu einer – tödlichen – Fehlfunktion kommen kann. In den USA, in denen Medtronic das Gerät bereits 2007 vom Markt genommen hat, erhielten betroffene Patienten 268 Millionen

USD. Hierzulande müssen Patienten gerichtlich um ihr Recht streiten.

Eine Explantation des Gerätes, laut Medtronic „schlicht möglich“, halten sowohl die behandelnden Ärzte als auch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie für zu gefährlich. Lindlau hat im Oktober 2011 entschieden, den ICD abzuschalten. Zitat: „Lieber das Risiko eines plötzlichen Herztodes als das Risiko eines tödlichen Elektroschocks“.

In Deutschland werden Medizinprodukte (dazu gehören u.a. auch Hüftendoprothesen, Silikonpolster zur Brustimplantation ...) lediglich technisch geprüft, aber die Verwendung nicht kontrolliert. Die Hersteller müssen nur eine freiwillige Selbsterklärung abgeben, um ihre Produkte in den Verkehr zu bringen. Das zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) kann lediglich Kontakt mit dem Hersteller aufnehmen und Empfehlungen aussprechen – ein andauernder Skandal auf Kosten der Patientengesundheit.