

## Bleckwenn M, Dinkel K, Weckbecker K, Mücke M. Einsatz der Neuen oralen Antikoagulanzen in Hausarztpraxen. Z Allg Med 2016; 92: 28–32

### Leserbrief von Dr. Armin Mainz

Der Verdienst von Markus Bleckwenn besteht darin, am Beispiel der Antikoagulation die Irrationalitäten im Verordnungsverhalten offenzulegen. Diese Gelegenheit möchte ich zum Anlass nehmen, auf einen leider auch im Artikel nicht ausgeräumten Irrtum aufmerk-

sam zu machen: Intra- und interindividuelle pharmakologische Wirkungsschwankungen sind keinesfalls Phänomene, die nur bei den Vitamin-K-Antagonisten auftreten. Es ist anzunehmen, dass sie in der gleichen Art und Weise auch bei den sog. neuen oder direkten Antikoagulantien (NOAK) auftreten. Der Unterschied besteht lediglich darin, dass wir die Einstellungsqualität bei den

NOAK in der Routinesituation nicht konsequent messen (können). In den Fällen in denen gemessen wurde, waren die Effekte – wen wundert's – stark schwankend!

Daher gilt abgesehen von der seltenen Cumarinunverträglichkeit und der Patientenpräferenz: Finger weg von den NOAK und diesem riskanten Blindflug im Nebel.

## Hammersen F, Böhmer K, von der Bey J, Berger S, Steinhäuser J. MAAS-Global-D: Instrument zur Messung und Schulung kommunikativer sowie medizinischer Kompetenzen. Z Allg Med 2016; 92: 13–18

### Leserbrief von Dr. Armin Mainz

Bravo und herzlichen Dank für diesen Artikel zu einer Kernkompetenz der Allgemeinmedizin: Miteinander kommunizieren. Ich würde es sehr begrüßen, wenn sich aus dieser Initiative ein Standard bzw. eine Leitlinie entwickeln würde. Diesem „vermeintlichen Nischenthema“ ist in der Tat ein deutlich höherer Stellenwert als bisher zu wünschen.

Friederike Hammersen hat bereits beschrieben, welche Aufgaben nun zu erledigen sind. Für sinnvoll halte ich

auch eine Auseinandersetzung mit bereits bestehenden Instrumenten und Anleitungen wie z.B. den Video-Beurteilungsbogen von Szecsenyi und Bahrs nach Cox und Mulholland, den Calgary-Cambridge-Leitfaden, den von Brockmann modifizierten „Davis Observation Code“, den Leitfaden zur Gesprächsanalyse der SGAM und *last but not least* die hessische Leitlinie „Hausärztliche Gesprächsführung“.

Worin liegen die Stärken und Schwächen der verschiedenen Produkte? Noch nicht vollständig geklärt scheint mir auch die Frage zu sein, ob ausschließlich qualifizierte *peers* das *ra-*

*ting* vornehmen sollen und wie hier *peers* und deren Qualifizierung definiert werden. Zu guter Letzt sollte noch geforscht werden, wie umfassend die *performance* innerhalb der üblichen 10-Minuten-Sprechstunde zu sein hat. Viel Erfolg bei diesem wichtigen Projekt!

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Armin Mainz  
Hausarzt  
Am Berndorfer Tor 5  
34497 Korbach  
dialog@praxis-korbach.de

## Kochen M. Diabetiker mit eingeschränkter Nierenfunktion: Keine Angst vor Metformin. Z Allg Med 2016; 92: 6

### Leserbrief von Dr. Joachim Seffrin

Die Überschrift impliziert, dass Metformin möglicherweise doch keine Probleme aufwerfe. Diesem Eindruck möchte ich widersprechen. Die erfolgte Erweiterung der Indikation von Metformin bis herunter zu einer Nierenfunktion von 45 ml/min beinhaltet gleichzeitig die Empfehlung, die Gesamttagesdosis auf maximal 1000 mg/d zu begrenzen und lässt eine Verwendung bei einer schlech-

teren Nierenfunktion nicht zu. Die Tabelle im vorliegenden Artikel erwähnt, dass bei einer Nierenfunktion von 30–45 ml/min noch 1000 mg zulässig seien. Dies könnte die Leser der ZFA dazu verführen, auch bei einer schlechteren Nierenfunktion als 45 ml/min noch Metformin zu geben. Davor ist wegen der eingeschränkten Zulassung in Deutschland ausdrücklich zu warnen.

Der Arzneimittelbrief [1] berichtete in seiner Septemerausgabe 2015 über eine Studie aus Taiwan, in der gezeigt

wurde, dass Menschen unter Behandlung mit Metformin und insbesondere bei verminderter Nierenfunktion ein erhöhtes Sterberisiko haben. Nach meiner Meinung sollten wir diese Hinweise ernst nehmen und die Nierenfunktion der Patienten, die wir mit Metformin behandeln, konsequent überwachen. Insbesondere sollte den Kolleginnen und Kollegen nahegelegt werden, ihre Patienten über die besonderen Gefahren einer Behandlung unter Metformin zu instruieren und aufzuklären, wann eine

Behandlungspause mit Metformin ratsam ist: zum Beispiel bei interkurrenten fieberhaften Infekten, Exsikkose (besonders häufig im Rahmen von Diarrhoe, Erbrechen), Kontrastmittelgabe, Operationen, Beginn einer Diuretika-, Anti-hyperintensiva- oder NSAR-Therapie. Im Bulletin zur Arzneimittelsicherheit [2] vom Paul-Ehrlich-Institut wurde ausgeführt, dass der große Teil der Laktatazidosen im Zusammenhang mit einer Gastroenteritis und damit einem Flüssigkeitsverlust stand („Bei einer Analyse von 66 Metformin-assoziierten Laktatazidosefällen ging in 77 Prozent der Fälle der Laktatazidose eine Gastroenteritis

voraus“). Auch wenn die absoluten Zahlen von Laktatazidose gering sein mögen, kann es kaum schaden, diesen Tatsachen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Letztlich sollten wir immer gewahr sein, dass jede Pharmakotherapie mit mehr oder weniger großen Risiken behaftet ist.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Joachim Seffrin  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Georgenstraße 13  
 64331 Weiterstadt  
 info@dr-seffrin.de

#### Antwort von Prof. Dr. Michael M. Kochen

Vielen Dank für diese Zuschrift, die nochmals auf die bereits im betreffenden DEGAM-Benefit geschilderten Zusammenhänge zwischen Nierenfunktion und Metforminbehandlung eingeht.

Joachim Seffrin schreibt: „Die Überschrift impliziert, dass Metformin möglicherweise doch keine Probleme aufwerfe. Diesem Eindruck möchte ich widersprechen“.

Es handelt sich also um einen (notwendigerweise subjektiven) Eindruck, der sich auf die Überschrift bezieht. Im Text steht allerdings nichts anderes, als das, was die Zuschrift ausführt. Auch die Tabelle, auf die sich der Brief bezieht, warnt vor einem sorglosen Umgang mit dem Medikament bei stark eingeschränkter Nierenfunktion.

Ich vermute, dass die Leser/innen der ZFA Handlungswege für die hausärztliche Praxis nicht nur aus Überschriften herleiten, sondern auch den nachfolgenden Text oder sogar die refe-

#### Literatur

1. Der Arzneimittelbrief AMB 2015; 49, 70
2. Bulletin zur Arzneimittelsicherheit, Ausgabe 2/2015. [www.pei.de/DE/azneimittelsicherheit-vigilanz/pharmakovigilanz/bulletin-zur-arzneimittelsicherheit/bulletin-arzneimittelsicherheit-node.html](http://www.pei.de/DE/azneimittelsicherheit-vigilanz/pharmakovigilanz/bulletin-zur-arzneimittelsicherheit/bulletin-arzneimittelsicherheit-node.html). (letzter Zugriff am 17.02.2016)

rierte Originalarbeit lesen, auf die das Benefit Bezug nimmt.

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH,  
 FRCGP  
 Abt. Allgemeinmedizin (Emeritus)  
 Universitätsmedizin Göttingen  
 Lehrbereich Allgemeinmedizin  
 Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
 Ludwigstraße 37  
 79104 Freiburg  
 mkochen@gwdg.de

## Sönnichsen A. Asymptomatische Hyperurikämie: Gibt es einen Grenzwert, ab dem doch behandelt werden soll? Z Allg Med 2015; 91: 486–488

#### Leserbrief von Dr. Martin Werner Schneider

Den Ausführungen von Prof. Sönnichsen bezüglich der Therapie einer rein laborwertorientierten Hyperurikämie ist unter anderem unter Berücksichtigung der genannten, insbesondere fehlenden aktuellen (!), Studienergebnisse zu dieser Thematik und ihrem offensichtlich unklaren Krankheitswert nahezu uneingeschränkt zuzustimmen.

Neben Leitlinien hat insbesondere im Fachgebiet der Allgemeinmedizin auch der „Erfahrungswert“ der behandelnden Hausärzte eine nicht zu unterschätzende Bedeutung. Unter Berücksichtigung dieses Aspektes würde ich nach erfolgter Chemotherapie mit möglichem oder laborchemisch verifizierbarem Zellzerfall (Tumorlysesyndrom) neben einer ausreichenden Bewässe-

rung des Patienten zur Nierendurchspülung und -perfusion zur Abwendung möglicher zusätzlicher Gefährdungen/Schädigungen des Patienten eine medikamentöse Senkung des Harnsäurespiegels mittels des nierenschonenderen Präparates Febuxostat (Handelsname: Adenuric) im Vergleich zur Gabe von Allopurinol durchführen.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Martin Werner Schneider  
 Facharzt für Innere u. Allgemeinmedizin  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Akademische Lehrpraxis  
 Universitätsmedizin Göttingen (UMG)  
 Fachbereich Allgemeinmedizin  
 Paderborner Straße 35b  
 33161 Hövelhof  
 Tel.: 05257 938000  
 sennemedizinhoewelhof@gmx.de

#### Antwort von Prof. Dr. Andreas Sönnichsen

Sehr geehrter Herr Kollege Schneider, wie Sie selbst zum Ausdruck bringen hat „neben Leitlinien insbesondere im Fachgebiet der Allgemeinmedizin auch der ‚Erfahrungswert‘ der behandelnden Hausärzte eine nicht zu unterschätzende Bedeutung“. Sie sprechen hier ein generelles Problem der Realisierung evidenzbasierter Medizin im hausärztlichen Alltag an. Dort wo es eindeutige Studienevidenz gibt, fällt es schwer, mit dem „Erfahrungswert“ eine nicht evidenzbasierte, eventuell auch für den Patienten schädliche medizinische Maßnahme (sei es Diagnostik, Therapie oder Prävention) zu begründen oder zu unterlassen. Wenn keine Studien vorliegen, ist die Sache schon schwieriger.