

Journal für Hypertonie

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

**Durch meine Brille: Müssen wir
alles machen, was wir können?**

Slany J

Journal für Hypertonie - Austrian

Journal of Hypertension 2014; 18

(3), 129-130

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie



Österreichische Gesellschaft für
Hypertensiologie
www.hochdruckliga.at

Indexed in EMBASE/Scopus

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Hypertonie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Hypertonie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Hypertonie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Durch meine Brille: Müssen wir alles machen, was wir können?



J. Slany

Ich war mit meinem 5-jährigen Enkelsohn an einem heißen Sommertag unterwegs, als ich ihn fragte, ob er mit mir Eis essen gehen will. Keine Antwort. Also angestregtes Nachdenken meinerseits. Nichthören war auszuschließen, er hört viel besser als ich, aber vielleicht tagträumt er gerade in fernen Feenwelten. Also Wiederholung: „Du, Maxi, wie wär’s mit einem Eis?“ Antwort: „Oopa, wie kannst du nur so was (höflich, wie der Kleine ist, entschlug er sich des *Epitheton ornans* „Saublödes“) fragen? – Natürlich will ich ein Eis“.

Ebenso müßig wie meine Frage nach dem Eis erscheint mir die im Titel gestellte: Da ist 1. zu allererst die Macht des Geldes, gefördert durch 2. die Begehrlichkeit der Patienten (als Verweigerer des Binnen-I erkläre ich hiermit, dass an allen passenden Stellen Weiblein wie Männlein gemeint sind) und 3. unsere Angst vor dem hinter jeder Ecke lauernnden Forensiker. 4. Außerdem können wir es uns weder im wörtlichen noch im übertragenen Sinn leisten, nicht auf dem letzten Stand der Diagnostik und Therapie zu brillieren.

Zu Punkt 1: Die jüngst durch einen Artikel im Lancet neu entflammte Diskussion zur Sinnhaftigkeit des routinemäßigen PSA-Screenings des Prostatakarzinoms: Richard Albin, der Entdecker des PSA 1970, hat eben ein Buch herausgebracht mit dem bezeichnenden Titel „The Great Prostate Hoax: How Big Medicine Hijacked the PSA Test and Caused a Public Health Disaster“ (Palgrave Macmillan, March 2014). Darin beklagt er, wie Pharma- und Medizinlobby PSA illegal massiv beworben und unzählige Millionen von Männern einschneidende Gesundheitsschäden als Folge unnötiger Behandlung beschert haben.

Zu 2. und 3: Umfassende Anamnese, eingehende physikalische Untersuchung, punktgenaue Laboruntersuchung und bildgebende Diagnostik oder gar Verzicht darauf waren gestern. Angeblich lassen sich 90–95 % aller Erkrankungen ohne technische/chemische Hilfsmittel diagnostizieren. Aber: Wie sicher ist dann diese Diagnose? Können wir mit einer 5-Sinnediagnostik, die nebenbei kaum dokumentierbar ist, vor dem Kadi bestehen? Na eben! Also auch noch so atypische Schmerzen im Brustraum und über 20 Jahre alt – ab zur Koro. Die Kardiologen sind zusammen mit ihrem Spitalserhalter und den Lokalpolitikern, die sich für den 50. Angiographietisch im Land stark gemacht haben, glücklich über jeden Fall, der die Auslastung ihres Arbeitsplatzes erhöht und dessen Unabdingbarkeit unterstreicht. Zumindest Koronarplaques hat nahezu jeder ab der Pubertät, wie spätestens seit dem Koreakrieg (aus Obduktionen getöteter Soldaten) bekannt ist. Findet sich keine höhergradige Stenose – na, umso besser für den Patienten. Notfalls lassen sich raue Konturen der Gefäßwand (Plaques!) mit einem Stent versiegeln, wie das ein promin-

ter Schweizer Kardiologe propagiert hat. Man kann moderner-weise als nichtinvasives Vorspiel auch eine Koronar-CT oder – noch besser, weil teurer – eine MR-Koro veranlassen. Eine substanzielle Förderung ihrer Koro-Frequenz haben eben australische Kollegen beschrieben, geleitet von hochsensitiven Troponintests bei Patienten mit fraglichem akutem Koronarsyndrom. Die Ausbeute an Patienten mit interventionwürdigen Läsionen wurde allerdings damit nicht gesteigert. Das gegenüber der Vorperiode idente Outcome hingegen ließ annehmen, dass kritische Fälle auch vor dem neuen Test nicht übersehen wurden. Hoch lebe die hochsensitive „Troponinitis!“

Kommen wir nun zu den bedauernswerten Opfern einer Krebserkrankung: Operation, Bestrahlung und Chemotherapie sind für viele dieser Patienten lebensrettend oder zumindest verlängern. Leider gibt es indessen auch Fälle, wo all diese Maßnahmen zu spät kommen oder aus anderen Gründen voraussehbar frustant sind. Welcher Arzt darf es wagen, so einem Patienten zu sagen, dass es keine wirksame Therapie gibt? Oder ihm gar von einer voraussichtlich nutzlosen Chemotherapie abzuraten? Stirbt der Betroffene dann ohne Segnungen einer Chemotherapie 4 Wochen später an seinem Leiden, kann der behandelnde Arzt von Glück sprechen, wenn er nicht von den Hinterbliebenen geklagt wird. Stirbt der Patient nach 4 Wochen wegen oder trotz Chemotherapie, so hat er eben seinen tapferen Kampf gegen den Krebs verloren. Der Kampf bestand möglicherweise vor allem aus dem Erdulden der Nebenwirkungen der Behandlung. Handelte es sich beim Verstorbenen um Prominenz, ist der behandelnde Spezialist nicht verlegen, seine Betroffenheit medial zur Schau zu stellen.

Hatte zu Zeiten meiner ärztliche Jugendtage ein Patient Rückenschmerzen, konnte man sicher sein, dass er nicht eher locker ließ, bis ein Wirbelsäulenröntgen angefertigt wurde. Er war hoch befriedigt, wenn – wie in nahezu 100 % aller Fälle – irgendeine auch nur geringfügige Haltungsanomalie oder Abweichung von der Idealform der Wirbelsäule ihm sei-

ne Schmerzen plausibel machte. Heute reicht das längst nicht mehr. MR ist unabdingbar, am besten nach einem Röntgen und einer CT, die – auch wieder in fast 100 % der Fälle – irgendetwas Verdächtiges zeigen. Konsequenz? Wir sind „up-to-date“ und haben garantiert nichts übersehen. Allenfalls das Kreuzschmerzen verursachende Aortenaneurysma. Mit etwas Geschick lässt sich an der Wirbelsäule etwas operieren. Kennen Sie auch diese medizinischen Nestbeschmutzer, die behaupten, 90 % aller Wirbelsäulenoperationen seien überflüssig, Pilates hätte es auch getan? Erfreulicherweise ist der Wirkungsgrad solcher Querulanten, selbst wenn sie Bücher schreiben, gering. Übrigens: Haben Sie unter Ihren über 70-jährigen Bekannten noch welche, die weder ein künstliches Knie noch eine Hüfte aus Titan stolz ihr Eigen nennen? Ok, ich verstehe, nicht alle haben eine Privatversicherung.

Die Liste der nahezu zwanghaften Überaktivitäten ließe sich buchfüllend verlängern. Ich will es mir aber nicht mit sämtlichen Kollegen verscherzen – wer weiß, vielleicht brauche ich auch einmal einen Urologen oder Augenarzt. Die moderne Medizin hat – völlig unbestritten – großartige Fortschritte gemacht. Genau das verursacht unser heutiges Dilemma. Auch wenn wir vermuten oder sogar fürchten, dass eine Diagnostik oder Therapie in einem speziellen Fall nichts nützen, vielleicht sogar schaden wird, dürfen wir sie vorenthalten? Wenn wir alles durchziehen, wähen wir uns jedenfalls auf der sicheren Seite. Eines ist sicher, von der Gnadenlosigkeit der modernen Medizin profitieren alle, beginnend von der Industrie, über die Ärzte- und Apothekerschaft, die marode Finanz und *last not least* immer wieder die Patienten.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Jörg Slany
A-1090 Wien
Mariannengasse 21
E-Mail: joerg@slany.org

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)