

Liebe Kolleg*innen,

meine letzte Online-Fortbildung ist schon fast zwei Monate her. Sie kennen selbst die Probleme mit der Versorgung von immer mehr Patient*innen bei der Ungewissheit, wie es nach dem eigenen Übergang in die Rente weitergehen wird.

Bei mir kam hinzu, dass ich mich breitschlagen lassen hatte, die DEGAM bei der S3-Leitlinie Thromboseprophylaxe zu vertreten - und dann dort gleich die Autorenschaft für ein Kapitel Thromboseprophylaxe im ambulanten Bereich erbte.

Statt mich darüber zu ärgern, wie andere Leute mir problemlos die Arbeit aufs Auge drückten, dachte ich mir: ich nutze die Gelegenheit, hausärztliche Farbtupfer in die Leitlinie hineinzubringen.

Das war zwar sehr viel Arbeit, aber Sie werden sehen: Es sind einige Empfehlungen herausgekommen, die sich teils erheblich davon unterscheiden, was wir Tag für Tag in dem Zusammenhang erleben.

Normalerweise sind Leitlinienentwürfe vertraulich zu behandeln. Aber was ich Ihnen hier vorstelle, habe ich selber geschrieben.

Bitte beachten Sie: Es handelt sich aktuell nur um das Ergebnis meiner eigenen Evidenzrecherche und entspricht (noch) **nicht** den Inhalten der aktualisierten Leitlinie!

Ich habe herausgefunden:

- Nach Hüft- oder Kniegelenkersatz-Operation sowie nach Operation hüftnaher Oberschenkel-Frakturen sollte eine medikamentöse Thromboseprophylaxe für 5-7 Wochen postoperativ angeboten werden. Die Patient*innen sollen dabei darüber aufgeklärt werden, dass ein signifikanter Nutzen hinsichtlich symptomatischer Thrombosen nicht belegt ist.
 - Es bleibt unsere hausärztliche Aufgabe, gemeinsam mit den Patient*innen zu entscheiden: wie bewerten wir die folgenden Ergebnisse eines Vergleiches von Heparin mit Placebo (Cochrane-Review von Forster et al)?
 - unter Placebo 24, unter Heparin 18 sympt. Thrombosen auf 1.000 Behandelte (Ergebnis nicht signifikant!)
 - unter Placebo 6, unter Heparin 4 sympt. Lungenembolien auf 1.000 Behandelte (Ergebnis nicht signifikant!)
- Egal, welches Antikoagulans man nach Knie- oder Hüft-TEP einsetzt (Heparin, NOAK, Vit-K-Antagonisten, ASS) - die Ergebnisse unterscheiden sich nicht signifikant
- Wenn nach Schlaganfall eine Beinlähmung auftritt, kann in einzelnen Fällen eine Thromboseprophylaxe auf bis zu 5-7 Wochen verlängert werden.
In der entsprechenden Metaanalyse (zudem aus Studien, in denen nur 12,8% einen Schlaganfall gehabt hatten!) war der Nutzen hinsichtlich symptomatischer Thromboembolien kaum größer als das Risiko größerer Blutungen.
- In folgenden Situationen ist ein Nutzen einer generellen medikamentösen Thromboseprophylaxe nicht gesichert:
 - Knie-Arthroskopien, operative Eingriffe unterhalb des Kniegelenks und Gips-Immobilisierung des Unterschenkels
 - Akut internistisch kranke Patient*innen
 - Ambulant behandelte Krebserkrankungen
 - Schwangere und Wöchnerinnen
 - Infektion mit SARS-CoV-2
 - Ambulante Varizen-Operation

=> Das bedeutet: Wir müssen NICHT bei jeder Kniespiegelung und bei jedem Unterschenkel-Gips heparinisieren!
Natürlich gibt es Situationen mit besonderer Thrombogenität, in der wir dann doch eine Anti-Thrombose-Prophylaxe durchführen werden.

Die Tabelle gibt Ihnen hilfreiche Hinweise, wann eher heparinisiert (bzw. NOAK oder ASS eingesetzt) werden sollte:

Argumente für eine Thromboseprophylaxe	Argumente gegen eine Thromboseprophylaxe
Bekannte Thrombophilie	Dauerbehandlung mit Thrombozytenaggregationshemmer
Familiäre Thromboseanamnese	Thrombozytopenie
Nikotinabusus	Vermehrte Blutungsneigung
Hormonelle Kontrazeption mit östrogen-haltiger Pille – insbesondere mit Desogestrel, Cyproteronacetat oder Drospirenon als Gestagen-Anteil	FrISChe gastroduodenale Ulcuserkrankung
Weiterhin aktuelle Krebserkrankung	Intrazerebrale Blutung
Thrombozytose und/oder Polyzythämia vera	Unkontrollierte Hypertonie
Herzinsuffizienz	Alter des Patienten/der Patientin
Adipositas permagna	Bereits für 6 Wochen Prophylaxe durchgeführt
Hormontherapie im Klimakterium	Patient/in voll mobil und ohne weitere Begleiterkrankungen
Bettlägerigkeit und/oder dauerhafte Immobilisierung des Beines	Patient*innenpräferenz
Evidenz für Nutzen im ambulanten Bereich	
Alter des Patienten/der Patientin	
Patient*innenpräferenz	

Nach Schlaganfall und nach Varizen-OP muss nicht über eine Woche hinaus eine Kompressions-Behandlung erfolgen.

Ich vermute doch sehr, dass diese durchgehend mit guter Evidenz belegten Empfehlungen sehr im Kontrast dazu stehen, was Sie aus Klinik-Empfehlungen und chirurgischen Arztbriefen Tag für Tag erleben.

XX

Immer wieder verweise ich gerne auf die Kolumnen des Frankfurter Chirurgen Bernd Hontschik - so auch auf diese zum Thema „Einsamkeit und Krankheit“
<https://chirurg.hontschik.de/fr/0308.pdf>
sowie diese zum „Minister der Herzen“ und seine Digitalisierungs-Strategie mit der Brechstange: <https://chirurg.hontschik.de/fr/0304.pdf>

Die Kinder- und Jugendärzt*innen scheinen besser organisiert zu sein als wir Hausärzt*innen.
Lesen Sie hier zu ihrer Haltung zur Pflicht, ab Ende 2024 die elektronische Patientenakte (ePA) zu befüllen:
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/148100/Kinder-und-Jugendaerzte-lehnen-beschlossene-ePA-Befuellungspflicht-ab>

Aktuell sieht es ja so aus, als könne sich der Start dieser - m.E. unseligen - Verpflichtung ein wenig nach hinten verschieben.

Wenn Sie dennoch Ihre Patient*innen aufrufen wollen, der zentralen Speicherung ihrer sämtlichen Gesundheitsdaten zu widersprechen, können Sie gerne dieses m.E. recht gut gemachte Material nutzen: https://www.dropbox.com/scl/fi/g5ugdfy2qmk3bzmXu6j4a/Kurzinfo_ePA_v6.pdf?rlkey=mrCI65ziks-jsurvw9uty97cu3&dl=0

bzw.

https://www.dropbox.com/scl/fi/pmgkbUmkuhksety093t8n/Poster_v5.pdf?rlkey=ydqub41a0df3dv5jc-4nyhupm8&dl=0

XX

In einer meiner letzten Aussendungen hatte ich mich mit den m.E. völlig irrsinnigen ministerialen Plänen für ein Lipid-Screening schon bei Kindern und Jugendlichen beschäftigt. Der vormalige Chef des Institutes für Qualität für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Jürgen Windeler hat zu seinen bereits zitierten kritischen Gedanken noch die folgenden m.E. sehr lesenswerten hinzugefügt: <https://observer-gesundheit.de/der-check-heiligt-die-mittel-ein-update/>

XX

Erneut möchte ich Sie auf den XXXIV. Internationalen Fortbildungskurs in praktisch-klinischer Diabetologie hinweisen, der am 22.03.-24.03.2024 in Jena stattfinden wird. Das spannende Programm und einen Anmelde-link finden Sie unter www.dzt-kurse.de

XX

Und erneut möchte ich trommeln zum

1. Bundesfortbildungskongress Allgemeinmedizin am 31.5./1.6.2024 in Berlin.

Das Programm und einen Anmelde-link finden Sie hier: <https://www.bam-kongress.de/>

XX

Ich verbleibe

mit herzlichen Grüßen
Ihr Günther Egid

XX

Wie immer in meinen Online-Fortbildungen verweise ich gerne auf weitere Informationen auf einer der folgenden Websites:

BREMER HAUSÄRZTEVERBAND <https://www.hausaerzteverband-bremen.de>

DEGAM <https://www.degam.de>

RKI https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html

sowie die des Institutes für hausärztliche Fortbildung (IhF) <https://www.ihf-fobi.de/fortbildungen-aerzte>

All denen, die diese noch nicht als Mitglied der DEGAM bekommen, seien die super spannenden Benefits des früheren DEGAM-Präsidenten Michael

M. Kochen ans Herz gelegt - zu beziehen über mmk-benefits-subscribe@gwdg.de

Überlegen Sie es sich, ob Sie eventuell diese Online-Fortbildung auch an Ihre MFAs weitergeben wollen. Wenn ja, bitten Sie sie, mich zu kontaktieren, damit ich die entsprechenden mail-Adresse in den mail-Verteiler aufnehme.

Wer die Online-Fortbildungen nicht mehr bekommen möchte, sage es mir bitte - ich trage ihn resp. sie unverzüglich aus dem Verteiler aus.

Günther Egidi
für die Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen