

Mit Studienevidenz zum Profit



Seit einiger Zeit fühle ich mich immer mehr eingeschränkt bei der Verordnung von Medikamenten. Ich rede hier von den Einschränkungen, die von der Europäischen oder auch Deutschen Arzneimittelbehörde erwirkt sind und die dabei alle auf Studien basieren sollen.

Danach sind Patienten in Bezug auf ganze Behandlungsfelder nicht mehr zu versorgen – es sei denn, man weicht auf neue, deutlich teurere Präparate aus, bei denen ich mich zusätzlich frage, ob das Nutzen-Schaden-Verhältnis wirklich besser ist.

Wie will man bei Patienten mit nicht tumorbedingten chronischen Schmerzen – der Alltag in der Hausarztpraxis – überhaupt noch behandeln? Es bleiben *Acetylsalicylsäure* und *Paracetamol* (letzteres wahrscheinlich wegen der extrem selten auftretenden Leberschäden auch nicht mehr lange oder wie in England nur sehr eingeschränkt auf dem Markt). Beide Substanzen werden in Deutschland von den Patienten erfahrungsgemäß auch nicht sehr ernst genommen – also etwas, was bei der Schmerzbehandlung wichtig wäre.

Paracetamol in Kombination mit Codein ist jetzt schon nur noch in einer Packung zu Lasten der Krankenkasse zu verschreiben, die bei chronischen Schmerzen eine knappe Woche ausreicht. Man kann in diesem Falle die Substanzen nur noch getrennt rezeptieren, aber den Patienten wegen der Verschreibung eines Hustenmedikamentes damit zugleich auch irritieren, oder man verschreibt eine Hunderter-Packung, die nur privat rezeptiert werden kann. Alles nicht unbedingt vertrauensförderlich und damit keine gute Basis für die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen.

NSAR dürfen auch nicht mehr länger als wenige Wochen wegen ihrer kardiotoxischen Schädigungspotenz (die am Magen kannten wir schon) verordnet werden.

Und in den Fällen, in denen man sich etwas von einem Muskelrelaxans verspricht, steht man vor identischer Situation: Das preiswerte *Tetrazepam* ist vom Markt genommen. *Flupirtin* – so werde ich von meiner AOK mittels persönlichem Brief aufmerksam gemacht – dürfe ich auch nicht länger als zwei Wochen verordnen (was ich ja schon in den Zeitschriften gelesen hatte, dennoch anders tue).

So bleibt neben *ASS*, *Paracetamol* und der so verunsichernden Verordnungsweise von *Paracetamol* mit *Codein* nur noch *Novaminsulfon*. Das kenne ich aus meiner medizinischen Laufbahn als potenziell Agranulozytose-auslösende Substanz, die daher über fast drei Jahrzehnte vom Markt genommen war. Dann hieß es vor einigen Jahren nun, man habe sich bei dieser UAW verrechnet. Ja, so frage ich mich, in welcher Relation aber zu den UAWs obig aufgeführter Substanzen.

Bei den Muskelrelaxanzien bleiben jetzt nur noch teure Substanzen, die ich noch nie in meinem Leben verordnet habe.

Was kann man tun? In allen Leitlinien wird man auf die Gabe von Antidepressiva verwiesen. Nach zumindest meiner Erfahrung ist die Mehrzahl der Patienten jedoch nicht bereit, diese zu nehmen bzw. bricht die Einnahme sehr schnell ab; obwohl ich ausführlich zu Sinn und zu anfänglich auftretenden harmlosen UAWs aufgeklärt habe.

In dieser Situation bleibt nur, entweder die Einschränkungen zu ignorieren oder auf die in Deutschland immer noch bei nicht tumorbedingtem Schmerz empfohlenen Opioide auszuweichen (selbst wenn die kürzlich dazu erschienene Leitlinie hier einschränkend argumentiert; dies ist aber in den Krankenhäusern und den Schmerzambulanzen noch nicht angekommen). Und die UAWs der Opioide sind beträchtlich, wie man aus der wissenschaftlichen Diskussion der Daten aus den USA lernen kann: Betrachtet man alle Drogentote mittels dieser Substanzen, so sind dies zu zwei Drittel Personen, die diese legal – meist bei nicht tumorbedingten Schmerzen – verschrieben bekommen haben.

Ähnlich eng ist es in Bezug auf die Behandlung der vielen Patienten geworden, die wegen chronischer Magen-Darm-Beschwerden, die nicht einer anderen als einer funktionellen Diagnose zuzuordnen sind: *MCP*, was wir alle seit 50 Jahren eingesetzt haben (ich habe in 40 Jahren einmal einen Patienten mit Schlundkrämpfen erlebt), gibt es nicht mehr als Tropfen und die Tablette sollte nicht länger als zwei Wochen gegeben werden. Das teurere *Domperidon* darf auch nicht längerfristig mehr gegeben werden.

Da die genannten Behandlungsbereiche nur Beispiele für noch weitere darstellen, beschleicht mich inzwischen die Idee, dass es doch für die Pharmaindustrie ideal ist, wenn Verantwortliche, die dem Null-Risiko-Denken verhaftet sind (und wer ist dies von denen nicht), alle Präparate mit auch nur seltenen UAWs vom Markt nehmen lassen. Die UAWs, um die es in den genannten Beispielen oben geht, sind alle so selten, dass sie nur bei den Substanzen in Registern auffallen können, die schon sehr lange auf dem Markt sind (und auch keinen Generika-Schutz mehr haben). Neue Substanzen, die Generika-Schutz haben und somit unverhältnismäßig teuer sind, haben anfangs sichtbar nie problematische UAWs – sonst wären sie gar nicht auf den Markt gekommen. Wenn sie dann aber – so wage ich vorauszusagen – länger auf dem Markt sind, dann wird man auch für diese UAWs in den Registern finden.

Um meine „Idee“ mit Empirie zu stützen oder zu verwerfen, warte ich auf jemanden, der einmal bearbeitet, mit welcher methodischen Seriosität und welcher Solidität der Daten der verwendeten Register solche Aussagen zu den UAWs der genannten Substanzen gemacht wurden. Und ich würde einmal gern diese Raten zu den UAWs breit publiziert sehen, damit man Nutzen zu Schaden überhaupt abwägen kann. Dies ist ein Prinzip, was in der Medizin immer galt und zur Feststellung führte, dass alle wirksamen Substanzen auch Schaden haben. Damit aber wären Entscheidungen auf Basis eines Null-Risiko-Denkens, die immer zu unsinnigsten Empfehlungen für die Versorgung von Kranken führen müssen, wieder vom Tisch. Nur sehe ich: Diese Denkungsart ist in allen gesellschaftlichen Bereichen immer gut für das Geschäft.

Ihr

Heinz-Harald Abholz