

Abholz H-H. Mit Studienevidenz zum Profit. Editorial. Z Allg Med 2014; 90: 481

Leserbrief von Dr. Martin Brändle

Kollege Abholz sah Novaminsulfon als „fast drei Jahrzehnte vom Markt genommen“ – ich nicht. Mein Chefchirurg setzte es in den 80er und 90er Jahren ein; die Agranulozytosewahrscheinlichkeit liegt um 1 : 1 Million und wir erwischen die seltenen Patienten meist. Ich zumindest hatte das eine Mal Glück.

Und natürlich ist Paracetamol auch nicht toller für Senioren mit chronischen Schmerzen aufgrund seiner hepatischen Nebenwirkungen.

Aber NSAR, Benzodiazepine als Muskelrelaxanzien und fixe Schummel-Kombis wie Paracetamol/Codein waren niemals verantwortlich im Einsatz bei multimorbiden alten Menschen mit

chronischen nichttumorbedingten Schmerzen: Hier gilt das WHO-Stufenschema und berechtigt den Einsatz von Opioiden.

Die Tatsachen, dass Kliniken hier gerne gleich auf Stufe 3 agieren und Oxycodon geben, die Leitlinie zurückhaltender ist, sehe ich auch so. Die „beträchtlichen UAWs der Opioiden“ aber sind m.E. bei achtsamer Dosissteuerung, Beachtung von Nierenfunktion und Wechselwirkungen, viel geringer als etwa die frühere Einstellung auf Ibuprofen plus Tetrazepam über Jahre.

Und es ist auf jeden Fall falsch, hier mit Drogentoten als Nebenwirkung zu argumentieren: 2,6 Promille der Drogentoten 2013 mögen ja durch Auskochen von gebrauchten Fentanylplaster verursacht worden sein, aber Me-

thadon und insbesondere Buprenorphin als (mit)verantwortliche Todesursache spielen keineswegs als Analgetika eine Rolle bei tödlichen Intoxikationen.

Wir müssen immer noch aufholen im palliativen Einsatz unserer besten Schmerzmittel, diese nicht Klinikambulanzen/Anästhesisten überlassen, die noch nie einen Hausbesuch gemacht haben. Palliation und mutig-adäquate Schmerztherapie muss unser Feld bleiben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Martin Brändle
Allgemeinarzt, Palliativ- u. Suchtmedizin
Hauptstraße 51
72525 Münsingen
matbraendle@gmail.com

Antwort von Prof. Heinz-Harald Abholz

Mir ging es im Editorial mehr um die Darstellung, dass Sichtweisen auf Substanzen sich sehr wandeln können – und dies interessengeleitet sein kann.

So sollte gerade dies meine Aussage zu Novaminsulfon illustrieren, das ich über Jahre als junger Arzt eingesetzt habe und das später wegen der seltenen Agranulozytose vorübergehend vom Markt genommen wurde. Danach kam es erneut auf den Markt, als man es – wie ich meine – wieder brauchte; die Studienlage dazu war nicht verändert.

Und ich wollte mit gleichem Hintergrund zu bedenken geben, dass Ähnliches bald auch bei Paracetamol geschehen könnte – Gründe haben Sie hier nachgereicht.

Nur müssen wir uns fragen, warum Sie, Herr Brändle, heute schreiben können „NSAR, Benzodiazepine als Muskelrelaxanzien und fixe Schummel-Kombis wie Paracetamol/Codein waren niemals verantwortlich im Einsatz bei multimor-

biden alten Menschen“ – dies waren ja die überall empfohlenen Substanzen, auch in Stufe 2 des alten WHO-Schemas. Eine Änderung der Studienlage kann ich nicht erkennen, der Sichtweise allerdings sehr wohl. Und diese ist oft interessengeleitet (auch bei der WHO).

Bei der Beurteilung eines breiten Opioid-Einsatzes bin ich völlig anderer Ansicht als Sie. Im Editorial konnte es nur ein kurzer Hinweis auf die US-amerikanische Diskussion zum bedrohlich schnellen Anstieg der Mortalitätsrate sein. Heute liegt diese bei 1 bis 1,5 / 10.000, zu 75 % bedingt durch Todesfälle bei legalem medizinischen Einsatz, nicht bei Drogenabhängigen [z.B. 1–3].

In den USA werden Mortalitätsstatistiken weitaus detaillierter als bei uns geführt, was u.a. eine solche Aufschlüsselung erlaubt. Diese Detaillierung ist erforderlich, denn selbst 1 von 10.000 „erleben“ wir als einzelne Ärzte nicht mehr. Auf Bevölkerungsebene ist dies aber erheblich – in den USA entspricht der Tod durch legal verordnete Opioiden gut der Hälfte der Todesfälle bei Auto-Unfällen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Abt. Allgemeinmedizin (Emeritus)
Heinrich-Heine-Universität
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
abholz@med.uni-duesseldorf.de

Literatur

1. Jones CM, Mack KA, Paulozzi LJ. Pharmaceutical overdose deaths, United States, 2010. *JAMA* 2013; 309: 657–9
2. Rudd RA, Paulozzi LJ, Bauer MJ, et al. Increases in heroin overdose deaths — 28 States, 2010 to 2012. *CDC. Morb Mortal Wkly Rep* 2014; 63 (No. 39. October 3, 2014)
3. Baublatt JA, Wiedeman C, Dunn J, Schaffner W, Paulozzi L, Jones T. High-risk use by patients prescribed opioids for pain and its role in overdose deaths. *JAMA Int Med* 2014;174: 796–801