

Jendyk RM, Abholz H-H. Akuter Schwindel in der Hausarztpraxis – die neue hausärztliche S3-Leitlinie. Z Allg Med 2017; 93: 12–16

Leserbrief von Dr. med. Joachim Seffrin

Zunächst Dank für die wichtige Leitlinie. Ich möchte aber auf einige Dinge hinweisen: Nachdem Homöopathie für einen rational denkenden Arzt eigentlich „durch“ sein sollte, bekommt diese, wohl ungewollt ein falsches Prädikat. Vertigoheel, nach meiner Meinung in Deutschland ein Protagonist für nutzlose Therapien und Medikalisierung, wird auf Seite 15 mit dem ebenfalls nutzlosen Betahistin verglichen. Im Februar 2016 wurde die sogenannte BEMED-Studie [1] veröffentlicht, die die Nutzlosigkeit des gleichzeitig schlecht verträglichen Betahistin zeigte. Damit ist die gleich „gute“ Wirkung von Vertigoheel im Vergleich mit Betahistin nachvollziehbar.

Fernerhin möchte ich darauf hinweisen, dass Betahistin in Deutschland lediglich für die Behandlung des M. Meniere zugelassen ist. Andere Formen des Schwindels dürfen bei uns gar nicht mit dem Stoff behandelt werden, was damit Off-label-use wäre und nicht empfohlen werden sollte.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Joachim Seffrin
Georgenstraße 13
64331 Weiterstadt
j.seffrin@gmx.de

Literatur

1. Adrion C, Fischer CS, Wagner J, et al. Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Meniere's disease: primary results of a long term, multicentre, double blind, randomised, placebo controlled, dose defining trial (BEMED trial). *BMJ* 2016; 352: h6816

Antwort von Dr. Ralf Michael Jendyk und Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz

Haben Sie vielen Dank für Ihr Lob der Leitlinie. In Bezug auf die Darstellung zu Betahistin als auch „Vertigoheel“ müssen wir auf folgendes hinweisen: Wir haben mit dem Maßstab eines Cochrane Reviews die vorliegenden placebokontrollierten Studien zum Thema „pharmakologische Therapie des Schwindels“ nach sowohl methodischer Güte als auch dem Erfolg und den Messinstrumenten des Erfolgs beurteilt. Und in den vorliegenden Studien wies Betahistin als auch Dimenhydrinat (und in Kombination mit Cinnarizin) im Placebovergleich einen statistisch gesicherten Nutzen auf.

Beim sicherlich methodisch schwächeren Vergleich von Substanzen untereinander, hier Betahistin zu Vertigoheel, erwies sich letzteres ebenfalls als mit Nutzen ausgestattet, im Vergleich zu Betahistin.

Dies muss man als die Studienlage akzeptieren – ansonsten würde man den EbM-Ansatz aufgeben und wieder unser eigenes Urteil höher bewerten. Dies gilt, selbst wenn die Studienlage mittels RCTs aus Gründen, die in der Leitlinie dargestellt sind, nicht wirklich gut ist. Denn warum sollten wir es subjektiv besser beurteilen können, wenn alle Substanzen keinen großen Effekt haben, die Variabilität der Symptomatologie groß ist etc. – und damit der von uns „erlebte Nutzen“ schwierig zu beurteilen ist.

Die von Ihnen zitierte BEMED-Studie bezieht sich – völlig anders als die von uns im Review eingeschlossenen Studien – nur a) auf Patienten mit M. Meniere und b) wurde hier nur untersucht, ob eine *Dauermedikation* die An-

fallshäufigkeit und *Anfallsschwere* beeinflusst. Das tut sie nach der Studie beim M. Meniere nicht, wie sie richtig sagen. Und entsprechend sagen die Autoren am Schluss: Ob die Substanz bei anderen Schwindelformen wirksam ist, lässt sich nicht mit unserer Studie sagen.

Insofern handelt es sich nicht um einen Widerspruch in der Studienlage, sondern es handelt sich um unterschiedliche Studienkollektive und unterschiedliche Behandlungsziele in den Studien.

Ihr Hinweis zur Zulassung des Betahistins nur bei M. Meniere ist richtig und in der Leitlinie selbst auf S. 34 und auf S. 36 auch so benannt. Im Artikel aber haben wir dies zu übernehmen versäumt. Dies ist in diesem Heft der ZFA als Korrektur erfolgt. Und in der Leitlinie selbst werden wir es aufgrund Ihres Hinweises nun auch nochmals bei der entsprechenden Empfehlung vermerken, damit es auch dort nicht übersehen wird.

Korrespondenzadresse

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

Leserbriefe an die ZFA reichen Sie bitte online über den Editorial Manager ein (www.editorialmanager.com/zfa). Wenn „alle Stricke reißen“, können Sie auch einen der Herausgeber (Adressen im Impressum) anschreiben.