

„UNKONVENTIONELLE ANTIDIABETIKA“

Empfehlung durch Ärzte?

Unkonventionelle Therapien sind derzeit Mode, nicht zuletzt bedingt durch unkritische Aussagen in der Laienpresse und insbesondere im Internet. Eine zurückhaltende Bewertung einiger für Zuckerkrankte beworbenen Produkte:

Zimt: Grundsätzlich günstige Beeinflussung, jedoch in viel höheren Dosen als bei der Anwendung als Gewürz, für eine Zulassung als antidiabetisches Arznei-

mittel nicht genügend Daten. Cave: Cumarin-Gehalt!

Bittermelone: Grundsätzlich günstige Beeinflussung, randomisierte Studien stehen aus.

Gurmar aus der ayurvedischen Medizin: experimentell günstige Beobachtungen auf die Blutglukose, keine Studien.

Vanadium: experimentell blutzuckersenkend, jedoch erhebliche gastrointestinale Nebenwirkungen, derzeit

keine toxisch unbedenkliche Darreichungsform vorhanden.

Chrom: kein Effekt nachgewiesen.

Kaffee: Dosis-Wirkungsbeziehung einer Reduktion des Diabetesrisikos (Verminderung des Blutglukoseanstieges) nachweisbar, jedoch kardiovaskuläre Risiken.

Ethylalkohol: mäßiger Alkoholkonsum (maximal ein halbes Glas Wein pro Tag) vermindert Diabetesinzi-

denz, bei höheren Dosen gegensätzliche Wirkung, Totalabstinenz hat keinen Effekt.

Grundsätzlich gilt:

- aktive Empfehlungen für diese Substanzen sollten nicht abgegeben werden,
- keine Einnahme ohne Wissen des behandelnden Arztes (Nachfrage beim Patienten),
- bei therapiepflichtigem Diabetes kein Ersatz für orale Antidiabetika.

Quelle: Dtsch. Apo. Ztg, 2006; 70: 120

„ME-TOO“-PROBLEMATIK

Strategien der Industrie

In einer unabhängigen medizinischen Zeitschrift werden die Strategien der Industrie kommentiert, sobald der Ablauf des Patentschutzes eines ihrer Präparate droht:

- Änderung der Darreichungsform (z. B. schneller lösliche Pellettabletten wie bei Omeprazol-Präparaten oder Retardierung der Darreichungsform eines kurz wirksamen Arzneistoffes wie Doxazosin)
- Kombination mit einem anderen Arzneistoff, z. B. Zusatz von Vitamin D zu einem Bisphosphonat
- Razemat ersetzt durch ein Enantiomer z. B. Levocetirizin, Esomeprazol, Escitalopram

- Einsatz eines wirksamen Metaboliten oder eines Analogon z. B. Desloratadin, Pregabalin

Die Autoren bemängeln das Fehlen direkter Vergleichsstudien zwischen den alten Präparaten und den „Neuentwicklungen“ und – wenn diese Studien vorhanden sind – das Fehlen klinisch relevanter Vorteile des neuen Präparates.

Aufgrund des in der Regel höheren Preises der „Innovationen“ würden bestenfalls unnötige Kosten und schlimmsten Falles unnötige Therapieänderungen mit Präparaten mit eingeschränkten Sicherheitsdaten verursacht.

Quellen: Drug Ther. Bull. 2006; 44: 73, Arzneimittelbrief 2006, 40:79

Anmerkung

In einer anderen unabhängigen Zeitschrift wird von einem noch fraglicheren Fall berichtet: Angebote von Millionenzahlungen der beiden Hersteller des Originals an einen Generikahersteller, um ihn von der Markteinführung eines Clopidogrel-Generikums abzubringen.

DIGITOXIN

Intoxikation

Kardiale (Arrhythmien) und gastrointestinale (Übelkeit, Erbrechen mit Exsiccose, Appetitlosigkeit) Symptome können Zeichen einer in jedem Lehrbuch erwähnten chronischen Digitalisintoxikation sein.

Dennoch kommt es in der Praxis immer wieder zu Digitalisüberdosierungen. Eine 96-jährige Frau mit einem Körpergewicht von circa 40 kg und einer Therapie mit 0,07 mg Di-

gitoxin/d musste nach fünf Monaten mit obigen Symptomen in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Dort wurde eine Digitoxinblutspiegel von 46µg/l festgestellt (ab 30 µg/l toxisch). Wegen ihres schlechten Gesundheitszustandes verstarb die Patientin nach drei Tagen. Der Hausarzt wurde zu einer hohen Geldstrafe wegen fahrlässiger Tötung rechtskräftig verurteilt.

Quelle: Fallbericht der Ärztekammer

Anmerkung

Risikokommunikation ist auch (oder besonders?) in der Medizin sinnvoll. Was lehrt dieser Fall?

1. Dosierungsempfehlungen der Hersteller können nicht als allgemein gültig angesehen werden (hier: sehr hohes Lebensalter und unterdurchschnittliches Körpergewicht sprechen für eine sog. „Digitalispause“ einmal oder auch mehrmals pro Woche)
2. Bei chronisch kranken Patienten mit einer medikamentösen Dauertherapie muss in differenzialdiagnostische Erwägungen immer auch die Möglichkeit einer unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) einbezogen werden. Dies gilt insbesondere bei Risikogruppen wie hohes Alter, bei Änderungen der Lebensumstände und bei konkurrierenden, akut auftretenden Erkrankungen.