

Placebo-Effekte in der Schmerztherapie

Obwohl schon lange bekannt und auch häufig eingesetzt, wurden in den vergangenen Jahren Placebo-Effekte (und Nocebo-Effekte) wissenschaftlich genauer untersucht (1953-2009 circa 2.000 gezielte Studien zur Placebowirkung). So erzeugen Erwartungshaltung, klassische Konditionierung und Beobachtung anderer Schmerzpatienten ähnliche Reaktionen im Gehirn wie die Gabe eines Schmerzmittels. Empfehlungen für die Praxis:

1. Systematische Nutzung der Placebo-Effekte durch Änderung der Begleitumstände, etwa durch in-

tensive ärztliche Zuwendung, Stärkung des Vertrauensverhältnisses sowie positive non-verbale Reaktionen.

2. Die alleinige Gabe eines Placebos (oder Pseudoplacebos) ohne effektive Therapie wie bei vielen alternativen Therapieempfehlungen stößt an ethische Grenzen – gegen eine zusätzliche unterstützende Placebogabe kann zum Beispiel in der GKV nur das Wirtschaftlichkeitsgebot sprechen.

3. Vermeidung eines Nocebo-Effektes durch Betonung positiver Wirkungen; so sollten die überwiegend negativen Botschaften

in den Packungsbeilagen wirksamer Arzneimittel risikoadäquat relativiert werden.

4. Eine effektive Schmerztherapie zu Beginn einer Behandlung verstärkt positive Erwartungen und erhöht den Placebo-Effekt, der grundsätzlich bei jeder Therapie vorhanden ist.

5. Das Wissen über die Wirkmechanismen von Placebos reicht noch nicht aus, um im Einzelfall konkrete Aussagen zur Verlässlichkeit der komplexen Placebowirkungen zu machen.

Quelle: Hausarzt 2011; 48(11): 40-3; AM-Therapie-Kritik 2011, Folge 3

NSAID und Säurehemmstoffe

Empfehlungen einer französischen kritischen Zeitschrift:

1. Um gastrointestinales Blutungen und Perforationen durch nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAID) vorzubeugen, sind Mittel der ersten Wahl die Gabe anderer Analgetika (zum Beispiel Paracetamol) oder eine begrenzte Einnahmedauer oder eine Dosisreduktion. Dies hat den Vorteil, dass dadurch auch andere unerwünschte Wirkungen (UAW) der NSAID (kardial, renal, hepatisch, kutan, neuropsy-

chologisch) minimiert werden können.

2. Falls eine NSAID indiziert ist, sollten Arzneistoffe mit dem günstigsten Nutzen-Risikoprofil angewandt werden (etwa Ibuprofen oder Naproxen).

3. Nur bei Patienten mit hohem Risiko ist die präventive Gabe eines säurehemmenden Arzneistoffes indiziert: Alter über 65 Jahre, Ulkusanamnese in der Vergangenheit, Hochdosis-Therapie eines NSAID, Alkohol- und Nikotinmissbrauch, gleichzeiti-

ge Gabe eines Plättchenaggregationsbremmers, eines Glukokortikoids oder eines SSRI-Antidepressivums gehören zu den bekannten Risikofaktoren.

4. Zur Therapie wird Misoprostol 400-800 µg/d (Artbrotec®, Cytotec®) an erster Stelle empfohlen, bei Unverträglichkeit (Diarrhö, GI-Schmerzen) Omeprazol 20 mg/d (Generika) oder Famotidin 40 mg/d (Generika).

5. Die Gabe eines Säurehemmstoffes darf nicht dazu führen, die Dosis des jeweiligen NSAID zu erhöhen.

Quelle: Prescrire internat. 2011; 20 (119): 216 - 9

ACE-Hemmer und Angioödem

ACE-Hemmer gehören zum Therapiestandard der Hypertonie. Die Zahl ihrer Verordnungen haben sich in den vergangenen zehn Jahren verdreifacht (2000: 1.756 Mio. DDD, 2010: 5.121 Mio. DDD), daher sollte erneut auf die Gefahr des Auftretens eines nicht-allergischen Angioödems (erstmalig auch nach

jahrelanger Therapie!) hingewiesen werden (Inzidenz 0,1 bis 0,7 Prozent). Zur Therapie dieser UAW kann nur auf einen Off-Label-Einsatz eines Ci-Esterase-Inhibitors (Berinert®), Glukokortikoids, eventuell inhalatives Adrenalin oder Icatibant (Firazyrt®) verwiesen werden, da diese Arzneistoffe nur zur Therapie des

allergisch bedingten oder hereditären Angioödems zugelassen sind. Ein Ersatz des ACE-Hemmers durch einen AT1-Antagonisten ist nur in besonders begründeten Fällen sinnvoll, da unter AT1-Blocker Angioödeme in ähnlicher Größenordnung auftreten können.

Quellen: Pharm. Ztg. 2011; 156(34): 2890-4; Schwabe/Paffrath, Arzneiverordnungsreport 2010, S. 219

Kritisch zu sehendes Schlagwort „Personalisierte Medizin“

In der Laienpresse ist seit einiger Zeit vermehrt von einer „personalisierten Medizin“ die Rede. Dieses Schlagwort scheint jedoch derzeit eher Teil einer neuen Marketingstrategie pharmazeutischer Hersteller zu sein, die ihre neuen Medikamente, vor allem zur Krebstherapie, besser verkaufen wollen. Die Markteinführung von Trastuzumab (Herceptin®) hat für Frauen mit Brustkrebs mit vielen Her2-Rezeptoren einen Vorteil erbracht, ob dadurch ihr Leben aber langfristig verlängert werden kann, bleibt noch ungewiss. Ein zusätzliches Problem sind dabei die verwendeten Biomarker, die bei weitem nicht so selektiv sind wie behauptet, abzulesen an der nur gering erhöhten Lebenszeit. Auch wenn die systematische Erforschung der Genetik von Tumoren künftig Vorteile für Krebspatienten verspricht, übertrieben dargestellte Forschungserfolge wecken derzeit nicht erfüllbare Hoffnungen.

Der Einschätzung des Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, eines bekannten und kritischen Onkologen, kann zugestimmt werden: „Bisher ist die personalisierte Medizin in erster Linie ein leeres Versprechen.“ Es gibt noch einen anderen Grund, das neue Schlagwort einer personalisierten Medizin kritisch zu sehen, impliziert es doch, dass die derzeitigen Therapiebemühungen der Ärzteschaft eher routinemäßig abließen und nicht auf den individuellen Patienten zugeschnitten seien. Diese Herabsetzung der ärztlichen Tätigkeit sollte eigentlich heftigen Protest der Kolleginnen und Kollegen hervorrufen.

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. 02 11/43 02-22 87