

Schmerzexperten fordern:

Weg mit der Austauschpflicht für starke Opioide!

Die Koalition gegen den Schmerz, eine Allianz aus sechs Fachverbänden und Patientenorganisationen, kritisiert, dass die Austauschpflicht von Arzneimitteln auch für starke Opioide gilt, und fordert von der Politik, diese Auflage zurückzunehmen.

Nach Angaben von Prof. Dr. Hans-Raimund Casser, Mainz, sind etwa 10–15% der Patienten mit chronischen Schmerzen auf Opioide angewiesen. Zudem benötigen die meisten der ca. 1,5 Millionen Krebspatienten Opioide der WHO-Stufe III. Laut Dr. Gerhard Müller-Schwefe, Göppingen, ist die individuelle Einstellung der Therapie bei diesen Patienten oft langwierig. Für sie hat die Austauschpflicht gravierende Konsequenzen, da die Präparate – vor allem die häufig eingesetzten retardierten – mitunter erhebliche Unterschiede in der Pharmakokinetik aufweisen.

Diese Probleme bestätigt eine Befragung von 424 Patienten, bei denen eine Therapie mit einem stark wirksamen Opioide aus wirtschaftlichen Gründen umgestellt wurde. Laut Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für



Einsparpotenzial ist fraglich

Die Wirtschaftlichkeit der Umstellung auf ein rabattiertes Produkt sei ohnehin sehr fraglich, da ein schlecht eingestellter chronischer Schmerzpatient viel Geld koste, unterstrich Casser, Vizepräsident der Interdisziplinären Gesellschaft für orthopädische und unfallchirurgische Schmerztherapie e.V. So ließen sich im Schmerz-Zentrum Mainz rund 30% der Einweisungen auf eine ungünstige medikamentöse Therapie zurückführen. Zudem ist die rechtliche Situation für den Arzt schwierig, weil er für die Verordnung haftet.

Daher fordert die Koalition gegen den Schmerz, dass Opioide der WHO-Stufe III aus der Austauschpflicht nach § 129 SGB V herausgenommen werden und nicht vom Apotheker ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt ausgetauscht werden dürfen – auch dann nicht, wenn kein Aut-idem-Kreuz gesetzt wurde.

■ Petra Eiden

Quelle: Pressegespräch, Berlin, 20. Mai 2010
(Veranstalter: Koalition gegen den Schmerz)

Schwaches Herz nach Myokardinfarkt

Zur Standardtherapie gehören fünf

Etwa jeder dritte Infarktpatient zeigt bei der Notaufnahme klinische Zeichen der Herzschwäche – mit einem besonders hohen Risiko, in den nächsten Wochen oder Monaten zu sterben oder erneut stationär behandelt werden zu müssen. Die Therapie mit Eplerenon (Inspra®) zusätzlich zu einer Standardtherapie mit ACE-Hemmer, Betablocker, ASS und Statin kann die Überlebenschancen dieser Patienten erheblich verbessern, wie die EPHESUS-Studie ergeben hat [1].

Bessere Überlebenschancen

An der randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie hatten insgesamt 6632 Patienten mit klinischen Zeichen der Herzinsuffizienz und LVEF ≤ 40%

in den ersten Tagen nach Myokardinfarkt teilgenommen. In der Eplerenongruppe war innerhalb der ersten 30 Tage die Gesamtmortalität um 31% reduziert, die kardiovaskuläre Sterblichkeit um 32 % und die Sterberate am plötzlichen Herztod sogar um 37% [1]. Nach 16 Monaten lag die Gesamtmortalität in der Eplerenongruppe um 15% niedriger als in der Kontrollgruppe. Die Rate des plötzlichen Herztods war um 21% und die Rate erneuter stationärer Behandlungen wegen Herzinsuffizienz um 23% reduziert [2].

Weniger Krankenhaustage

Eine Subgruppen-Analyse zeigte zudem, dass Eplerenon die wegen einer Verschlechterung der kardialen Pumpfunk-

tion notwendigen erneuten stationären Aufenthalte im Mittel um 1,6 Tage pro Krankenhausaufenthalt verkürzen kann (9,2 Tage vs. 10,8 Tage mit Placebo zusätzlich zur Standardtherapie, $p = 0,019$). Insgesamt verbrachten die zusätzlich mit Eplerenon behandelten Patienten während des Follow-up-Zeitraums von 16 Monaten 3,6 Tage weniger zur Behandlung von Herzinsuffizienzsymptomen im Krankenhaus (13,3 Tage vs. 16,9 Tage mit Placebo; $p = 0,0006$). Dieser Vorteil der Eplerenontherapie war weltweit in allen untersuchten Regionen vergleichbar [2].

■ Volker Schuck

Quellen: [1] Pitt B et al., J Am Coll Cardiol 2005;
[2] Gheorghiade M et al., Am Heart J 2009;
Pressemitteilung Pfizer