

Warenzeichen in Österreich und Schweiz (Beispiele)

Vareniclin: CHAMPIX (A, CH)

■ **Auf jeden Fall müsste NORMAST, wenn es als Schmerzmittel vermarktet und eingenommen werden soll, den Zulassungsprozess eines Arzneimittels inklusive Durchführung zulassungsrelevanter präklinischer und klinischer Studien durchlaufen, bevor überhaupt eine Empfehlung für eine gezielte therapeutische Anwendung infrage käme.**

(R = randomisierte Studie)

- 1 KEPPEL HESSELINK, J.M.: The Open Pain Journal 2012, 5: 12-23
- 2 Instituut voor Neuropathische Pijn: <http://www.neuropathie.nu/deutsch/palmitoylethanolamin-normast-was-es-ist-und-wie-man-es-anwe.html>
- 3 KEPPEL HESSELINK, J.M.: [http://www.youtube.com/watch?v=\\_ivosYlp4jc](http://www.youtube.com/watch?v=_ivosYlp4jc) und <http://www.youtube.com/user/Neuropathyinfo4u/videos?sort=dd&view=0&page=33>
- 4 SCHMITZ, M.: Westd. Allg. Ztg. vom 16. März 2012; <http://www.derwesten.de/region/westfalen/wissenschaft-auf-neuen-wegen-id6465659.html>
- 5 <http://www.painkillernormast.com/references/>
- R 6 GUIDA, G. et al.: Dolor 2010; 25: 35-42
- 7 KEPPEL HESSELINK, J. M.: <http://www.youtube.com/watch?v=3wgdcwciCt0>

## Kurz und bündig

**Akute Rhinosinusitis – Antibiotika erneut auf dem Prüfstand:** Die meisten akuten Nasennebenhöhlenentzündungen werden durch Viren hervorgerufen und verlaufen in der Regel innerhalb von durchschnittlich zweieinhalb Wochen selbstlimitierend. Dennoch ist die Rhinosinusitis einer der häufigsten Gründe für die Verschreibung von Antibiotika in der Allgemeinpraxis. In kritischen Leitlinien wie die der DEGAM\* werden Antibiotika nur bei schwerem Verlauf oder erhöhtem Komplikationsrisiko empfohlen. Eine aktuelle Cochrane-Metaanalyse bekräftigt die negative Nutzen-Schaden-Bilanz von Antibiotika bei unkomplizierter Rhinosinusitis Erwachsener. Ausgewertet werden zehn doppelblinde placebo-kontrollierte randomisierte Studien mit insgesamt 2.450 Teilnehmern, bei denen keine Immunsuppression vorliegt. Unabhängig von der Behandlungsgruppe sind etwa die Hälfte der Patienten nach einer Woche wieder gesund, gut zwei Drittel nach 14 Tagen. Antibiotika führen zu einer geringfügigen Verkürzung der Krankheitsdauer: Dabei müssen 18 Patienten antibiotisch behandelt werden, um die Dauer bei einem zu verkürzen. Dagegen verursacht die Antibiotikatherapie aber bei einem von acht Patienten zusätzliche unerwünschte Effekte, darunter vor allem Übelkeit und Erbrechen, Bauchschmerzen oder Durchfall. Die einzige schwerwiegende Komplikation, ein Hirnabszess, tritt unter Antibiotikatherapie auf (LEMIENGRE, M.B. et al.: Antibiotics for clinically diagnosed acute rhinosinusitis in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, Stand März 2012; Zugriff Nov. 2012/ati d).

**Gesundheitscheck und Diabetes-Screening ohne belegten Nutzen:** Seit über 20 Jahren bezahlen die gesetzlichen Krankenversicherungen den Gesundheitscheck-up 35+, bei dem alle zwei Jahre mittels Anamnese, körperlicher Untersuchung und einiger Labortests bei gesunden Menschen über 35 Jahren nach Herzkreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes gefahndet wird. Anders als man intuitiv meinen könnte, ist ein Nutzen dieses Screenings aber nicht belegt. Aktuell werden zwei Studien mit ernüchternden Ergebnissen publiziert: Eine systematische Cochrane-Übersicht betrachtet die vorliegenden randomisierten kontrollierten Studien zum klinischen Nutzen von Health-Checks, also Screening-Programmen, bei denen in mehreren Organsystemen nach mehreren Erkrankungen oder Risikofaktoren gesucht wird. Von 14 ausgewerteten Studien mit Angaben zu relevanten Endpunkten bieten 9 mit zusammen knapp 156.000 Teilnehmern Daten zur Gesamtsterblichkeit. Nach medianem Follow-up von neun Jahren ergibt sich durch das Screening ein relatives Risiko (RR) von 0,99 (95% Konfidenzintervall [CI] 0,95-

1,03). Auch die kardiovaskuläre Mortalität (RR 1,03; 95% CI 0,91-1,17) und die Krebssterblichkeit (RR 1,01; 95% CI 0,92-1,12) werden durch das Screening nicht gemindert. Auf nichttödliche Komplikationen wie Krankenhauseinweisungen findet sich ebenfalls kein Effekt. Die Mehrzahl der Studien ist alt, was die Möglichkeit offen lässt, dass die Früherkennung durch verbesserte Therapieoptionen heute mehr bringt. Belegt ist dies nicht. Abzuwarten sind die Ergebnisse einer großen dänischen Studie mit mehr als 60.000 Teilnehmern, die 1999 gestartet wurde (KROGSBØLL, L.T. et al.: General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, Stand Juli 2012; Zugriff Nov. 2012). Nach der ebenfalls aktuell publizierten ADDITION\*-Cambridge-Studie hat zumindest das Screening auf Typ-2-Diabetes auch im zeitgenössischen Rahmen keinen lebensverlängernden Nutzen. In der zwischen 2001 und 2011 durchgeführten Studie werden 33 ostenglische Hausarztpraxen randomisiert. Einmaliges Screening, zu dem mehr als 16.000 zwischen 40 und 69 Jahre alte Patienten mit hohem Diabetesrisiko eingeladen werden (Teilnahme 73%), wirkt sich bei medianer Nachbeobachtung von 9,6 Jahren weder auf die Gesamtsterblichkeit (Hazard Ratio [HR] 1,06; 95% CI 0,90-1,25) noch auf die kardiovaskuläre (HR 1,02; 95% CI 0,75-1,38), die diabetesbezogene (HR 1,26; 95% CI 0,75-2,10) oder die Krebssterblichkeit (HR 1,08; 95% CI 0,90-1,30) günstiger aus als Routineversorgung (4.100 Patienten; SIMMONS, R.K. et al.: Lancet 2012; online publ. am 4. Okt. 2012; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61422-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61422-6)). Die Cochrane-Autoren sprechen sich gegen den routinemäßigen Health-Check in der Allgemeinbevölkerung aus. Diagnostische Maßnahmen bei klinischem Verdacht oder Risikohinweisen sind selbstverständlich davon unberührt, –Red.

**Bedenkliche Empfehlung der Onlinepraxis DrEd:** Ausschließlich telemedizinische Behandlungen sind in Deutschland berufsrechtlich verboten. Anders in Großbritannien. Von dort versucht die Firma DrEd seit Anfang 2012 den deutschen Markt zu erschließen. Sie stellt Onlinediagnosen, stellt Rezepte aus und lässt Arzneimittel ggf. über eine Versandapotheke ausliefern (<http://www.dred.com/de/pillenabo.html>). Das Fernbehandlungssystem kommt bereits bei einfachen Diagnosen und Vorgängen an seine Grenzen, beispielsweise, wenn die Patienten ihre Blutdruckwerte angeben sollen oder Frauen ein „Pillen-Abo“ einrichten und darauf hingewiesen werden, dass der „Besuch“ bei DrEd die regelmäßige Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt nicht ersetzt (Gute Pillen – Schlechte Pillen 2012; Nr. 1: 10-1/ati d). Auf der DrEd-Internetseite „Raucherentwöhnung“ finden wir eine geradezu gesundheitsgefährdende Empfehlung: Als einziges Medikament zur Unterstützung des Rauchentzugs preisen die Online-Ärzte das verschreibungspflichtige CHAMPIX (Vareniclin) an. Das Angebot liest sich passagenlang wie eine Werbemittelung. Wegen erheblicher Gefährdung durch kardiovaskuläre und neuropsychiatrische Störwirkungen wie aggressives Verhalten oder Suizidalität raten wir hingegen vom Gebrauch von Vareniclin ab (a-t 2012; 43: 59-61). Vorrang haben Motivationshilfe und Beratung, für die Computerärzte schlecht geeignet sein dürften. Zur medikamentösen Unterstützung kommen in erster Linie Nikotinpräparate – beispielsweise als Pflaster oder Kaugummi – infrage, die jedoch ohne Rezept erhältlich und somit für verordnende Computer uninteressant sind. Bei der Stiftung Warentest ist der „riskante Besuch beim Onlinearzt“ anlässlich der Testbehandlung von Blasenentzündung bzw. Chlamydieninfektion kürzlich durchgefallen. Fazit: „Reale Patienten gehören nicht in eine virtuelle Arztpraxis“ (Stiftung Warentest, 18. Juli 2012; <http://www.test.de/DrEd-Riskanter-Besuch-beim-Online-Arzt-4420335-0>).

\* DEGAM = Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

\* ADDITION = Anglo-Danish-Dutch Study of Intensive Treatment in People With Screen Detected Diabetes in Primary Care