

Medikamentenabhängigkeit – welche Rolle spielen Opioid-Analgetika?

Opiate gehören zu den Arzneimitteln, die bei ihrer Gabe prinzipiell mit einem Abhängigkeitsrisiko behaftet sind. Mittlerweile ist die Behandlung schwerer Schmerzzustände mit Opioid-Analgetika jedoch unbestritten und dient der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten [1]. Bei der Behandlung von Patienten mit schweren Malignomschmerzen ist die indizierte und notwendige Opiattherapie von Symptomen wie Toleranzentwicklung und Entzugserscheinungen begleitet. Diese stellen jedoch im Vergleich zu der schweren Schmerzsymptomatik das kleinere Übel dar. Neben der meist absolut notwendigen Therapie von Tumorpatienten mit Opiaten werden diese jedoch auch oft zur Behandlung nicht maligner Schmerzen wie chronischer Schmerzsyndrome eingesetzt. Es wird geschätzt, dass etwa 50 Prozent aller Hausarztkontakte durch solche chronischen Schmerzen veranlasst werden [1]. Bei Langzeitanwendung und bei unbedachter Gabe bei ungeklärten Schmerzzuständen besteht hier in Einzelfällen das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung beim Patienten.

Um die Versorgungssituation mit Opioiden in Bayern zu untersuchen, analysierten die Experten des Kompetenzzentrums Verordnungsmanagement (VOM) der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) die GKV-Daten der Verschreibungen bayerischer Ärzte innerhalb des ATC-Codes AN02A für Opiode im ersten Halbjahr 2006. Insgesamt wurden in diesem Halbjahr 481 833 Patienten Opiode verschrieben. Die Analyse zeigte, dass mit 99,7 Prozent dem größten Anteil der Patienten von ein bis drei verschiedenen Verordnern lediglich geringe bis mittlere Dosen an Opioiden verschrieben wurden. Bei einem kleineren Anteil von 0,3 Prozent der Patienten wurde jedoch beobachtet, dass diesen von mehr als drei Verordnern jeweils durchschnittlich hohe Opioiddosen verschrieben wurden (Abbildung 1). Es liegt nahe anzunehmen, dass in diesen Fällen versucht wird, einer zurückhaltenden Verschreibung bei dem einzelnen Arzt durch Ärztehopping zu entgegen. Bei den betreffenden Patienten könnte es sich um potenziell Abhängige handeln, die versuchen, durch das gleichzeitige Aufsuchen mehrerer Verschreiber die Menge an verordneten Opioiden zu erhöhen.

Zum größten Anteil wurden mit Tramadol und Tilidin im ersten Halbjahr 2006 Opioid-Analgetika verschrieben, die nicht unter die Betäu-

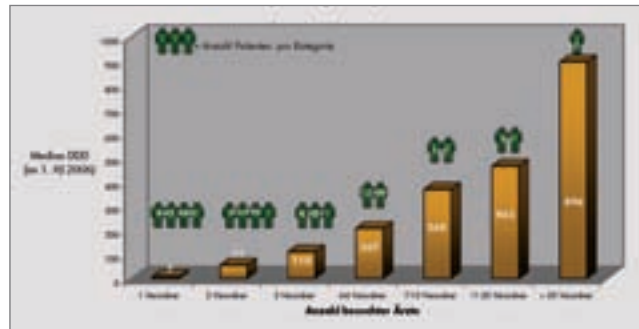


Abbildung 1: Mittlere verordnete DDD's pro Patient in Abhängigkeit von der Anzahl besuchter Ärzte (im ersten Halbjahr 2006).

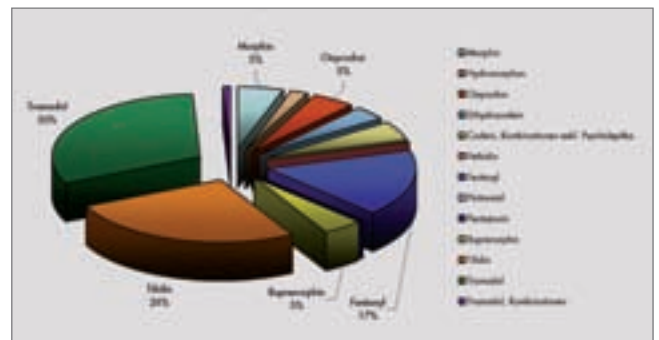


Abbildung 2: Anteil verschiedener Analgetika-Wirkstoffe an den verordneten DDD's.

bungsmittel-Verschreibungs-Verordnung fallen und auf „normalem“ GKV-Rezept erhältlich sind (Abbildung 2). Neben der Schmerztherapie mit Tilidin und Tramadol entfällt ein Anteil von etwa 17 Prozent auf die Therapie mit Fentanyl. Morphium und Oxycodon machten nur je fünf Prozent der verschriebenen Tagesdosen aus. Zur Prävalenz der Opiatabhängigkeit bei der Behandlung chronischer, nicht-maligner Schmerzen existieren zurzeit kaum methodisch hochwertige und aussagekräftige Studien. Ein aktueller Review aus den USA [2] beschäftigt sich mit der Verschreibung von Opioiden bei chronischen Rückenschmerzen. Dabei finden sich sehr unterschiedliche Daten zur Prävalenz der Verschreibung von Opioiden in dieser Indikation, die je nach Studiendesign und Patientenpopulation zwischen drei und 66 Prozent lag. Die Prävalenz zum Missbrauch von Opioiden lag dabei zwischen drei und 54 Prozent, jedoch waren die untersuchten Studien sehr heterogen und von geringer Qualität.

Ein weiterer, in Kanada erschienener aktueller Artikel zu diesem Thema [3] beschäftigt sich mit der Identifizierung und dem Management

einer Opioidabhängigkeit bei chronischen Schmerzpatienten. Die Autoren empfehlen, vor Verschreibung eine Abhängigkeitsanamnese zu erstellen und bei Verdacht auf Missbrauch nur für ein bis zwei Wochen ausreichende Mengen an Opioiden zu verschreiben. Hinweise zum Umgang mit einer unter ärztlicher Behandlung erworbenen Opiatabhängigkeit finden sich im Leitfaden zur Medikamentenabhängigkeit der Bundesärztekammer (BÄK). Dieser Leitfaden ist seit April 2007 als Vorabversion online auf den Internetseiten der BÄK abrufbar (www.bundesaerztekammer.de), im Sommer 2007 soll eine Druckversion dieses Leitfadens erscheinen. Weitere Informationen und Broschüren zum Thema Medikamentenabhängigkeit sind auf der Homepage der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (www.dhs.de) abrufbar.

Das Literaturverzeichnis kann bei der Redaktion angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Valérie Straßmann,
Franziska Hörbrand (beide KVB)

KVB-Chef ruft auf zum Kampf gegen Übergewicht

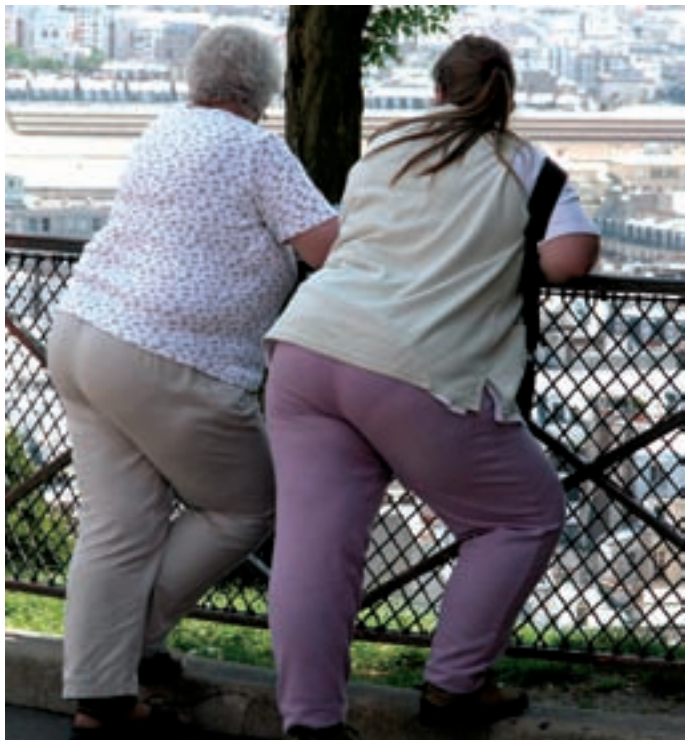


Foto: BilderBox.com

Bei adipösen Menschen drohen frühzeitig Folgekrankheiten wie Endoprothesen oder KHK.

Die Menschen in Deutschland sind im europaweiten Vergleich Spitzenreiter in Bezug auf Übergewicht und Fettleibigkeit. Das ist das Ergebnis einer Studie der International Association for the Study of Obesity (IASO). Demnach sind knapp 60 Prozent der deutschen Frauen und rund drei Viertel der deutschen Männer übergewichtig oder adipös. Zwar musste sich diese Studie in einigen Medienberichten die Kritik gefallen lassen, die „jungen schlanken Deutschen vergessen zu haben“. Doch selbst unter diesem Gesichtspunkt sind die Zahlen aus Sicht des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) immer noch „alarmierend“. Eine KVB-Pressinformation zu diesem Thema stieß auf große Resonanz. Deshalb haben wir beim KVB-Chef Dr. Axel Munte einmal nachgefragt.

Dr. Munte, Sie sagen in der Presseinformation, Deutschland sei eine Brutstätte der Zuckerkrankheit und das Chronikerprogramm DMP für Diabetes in seiner jetzigen Form sei die falsche Antwort auf diese Entwicklung. Was genau meinen Sie damit?

Meine Aussage kommt aus der Verzweiflung eines Arztes, der sieht, wie die Volksgesundheit verkommt und dass wir dringend etwas tun müssen. Inzwischen haben wir uns ja beinahe daran gewöhnt, dass die Deutschen EU-Meister der Fettsüchtigen sind. Das ist eine Schande und wird volkswirtschaftlich unbezahlbar, denn schon heute gehen alle Prognosen davon aus, dass in Deutschland bereits in wenigen Jahren mehr als zehn Millionen Diabetiker leben werden.

Mit dem DMP Diabetes nimmt der Staat die Menschen aus der Verantwortung für ihre eigene Gesundheit. Momentan kann jemand, der in Deutschland lebt, essen und trinken, was er will, und kann trotzdem davon ausgehen, später auf Kosten der Sozialgemeinschaft bestens

versorgt zu sein. Die große Mehrheit der Typ 2-Diabetiker könnten ihre Krankheit deutlich bessern – ja sogar „heilen“ – wenn sie zehn bis fünfzehn Kilogramm Gewicht abnehmen würden. Dieser Anreiz ist mit den DMP allerdings nicht gegeben.

Wo genau liegen Ihrer Meinung nach die Probleme?

Wir steuern in Bezug auf die Folgekosten des Übergewichts geradewegs in eine volkswirtschaftliche Katastrophe! Bei adipösen Patienten drohen nicht nur vorzeitige Hüft- und Knieprothesen, sondern auch koronare Herzkrankheit, Hypertonie und Stent-Operationen. Je mehr Übergewicht, umso größer die Zahl der Diabetiker. Das gefährdet unser gesetzliches Krankenversicherungssystem, denn bald müssten die Einnahmen der Krankenkassen weitgehend für die Behandlung des Diabetes verwendet werden. Das Schlimmste daran ist, dass immer mehr ganz junge Menschen am so genannten Altersdiabetes erkranken.

Deswegen haben Sie in der Presseinformation angemerkt, dass auch hier das deutsche Gesundheitssystem nicht steuere, weil auch übergewichtige Kinder kostenlos in der gesetzlichen Krankenversicherung mitversichert sind. Sollten adipöse Kinder denn aus der Versicherung ausgeschlossen werden?

Verhaltensänderungen lassen sich – grob gesagt – über zwei Wege erreichen: Über Bestrafung oder über Belohnung. Natürlich wäre es eine Bestrafung, Kinder, die ungesund ernährt werden, nicht mehr mitzuversichern. Ich persönlich bevorzuge jedoch den Weg über ein Anreizsystem: Um eine gesundheitsfördernde Wirkung zu erreichen, müsste den Eltern, die ihre Kinder gesund ernähren und zu Bewegung und Sport animieren, finanzielle Vorteile oder Bonusprogramme angeboten werden.

Dr. Munte, vielen Dank für das Gespräch.

*Die Fragen stellte
Dr. Martina Koesterke (KVB)*