

ANTIDEPRESSIVA

Schnellerer Wirkungseintritt?

In einem Editorial wird diskutiert, ob die Wirkung von Antidepressiva – entgegen der konventionellen Einschätzung von 6 Wochen – nicht doch schneller eintritt. Ergebnisse von 2 Metaanalysen zeigen, dass circa bei der Hälfte der Patienten bereits nach 2 Wochen eine 60-prozentige Besserung eintritt (alle Antidepressiva) bzw. 30 Prozent der therapeutischen Wirkung bereits in der ersten Woche zu beobachten ist (nur SSRI). Die konventionelle Ein-

schätzung sollte daher überdacht und gezielte Studien in Angriff genommen werden (mögliche Klassenerunterschiede, schnellere Besserung nur einzelner Symptome, nur bei speziellen Patientengruppen verifizierbar?). Es ist nach Ansicht des Autors noch zu früh, die klinische Praxis zu ändern und Patienten zu enttäuschen, wenn sich deren Symptome nicht so schnell wie erhofft bessern sollten.

Quelle: Brit. med. J. 2007; 334: 911

VERSCHREIBUNGSFEHLER

Tipps aus der Praxis

Das Ausstellen von Rezepten im Praxisalltag kann fehlerträchtig sein und aus Unachtsamkeit zu schwerwiegenden Fehlern zum Schaden des Patienten führen. In einem Beitrag eines Kollegen wird empfohlen

- Rezepte nicht mehr in der laufenden Sprechstunde auszustellen, sondern in Ruhe in einer Pause mit Überprüfung der Richtigkeit, insbesondere bei kritischen Arzneistoffgruppen wie Gerinnungshemmern, nicht-steroidalen Antiphlogistika, Kortikoiden, Antibiotika, Antidepressiva, Zytostatika. Die Patienten hätten sich nach einiger Zeit daran gewöhnt, zweimal die Praxis aufsuchen zu müssen.

- Erstellen eines immer aktuellen Verordnungsplanes mit genauer Erklärung neuer Therapieschemata sowie Mitgabe eines Verordnungszettels.
- Arzthelferinnen dürfen nur bekannte Arzneimittel auf ein Rezept übertragen. Bei neuen Mitteln erfolgt eine besondere Information des Arztes.
- Das Führen eines „Fehlerbuches“, Voraussetzung: „fehlerfreundliche Kultur“ in der Praxis mit der Einschätzung, dass Fehler normal sind und offengelegt werden müssen, um die Ursache zu erkennen.
- Apotheker einzubinden, z.B. Absprache einer Information der Praxis bei Auffälligkeiten.

Quelle: Münch-med. Wschr. 2007; 149: 54; Dt. Arztebl. 2007; 104(20): 107

Anmerkung

Inwieweit diese Vorschläge eines Praktikers für alle Praxen gelten können, bleibt offen. Hilfreich kann ein Blick in das Internet sein, in dem unter www.jeder-fehler-zaehlt.de anonym über Fehler in Hausarztpraxen diskutiert werden kann und Tipps zur Vermeidung angeboten werden (80 % der zugesandten Fehler waren Prozessfehler und keine Kenntnis- oder Fertigkeitenfehler).

NATRIUMPHOSPHAT-HALTIGE ABFÜHRMITTEL

Nephrokalzinose

Die AkdÄ informiert über einen 74-jährigen Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, der zur Vorbereitung einer Koloskopie ein natriumphosphathaltiges Abführmittel erhält. Vier Wochen nach Einnahme stieg das Serumkreatinin von 1,5 mg/dl auf 3,4 mg/dl und in einer Nierenbiopsie wird eine Nephrokalzinose

nachgewiesen. Das Auftreten von akutem Nierenversagen und dauerhafter Dialysepflichtigkeit nach der Gabe dieser Arzneimittel ist bekannt (z.B. Fleet® Phospho-soda). Die AkdÄ moniert die ungenaue Angabe „Kontraindikation Niereninsuffizienz“ in der Fachinformation ohne Angabe des Schweregrades und empfiehlt erhöhte Vorsicht bei Patienten mit Elektrolytstörungen sowie älteren und verwirrten Patienten.

Quelle: Dt. Arztebl. 2007; 104(18): C 1072

Anmerkung

Alternativen könnten Lösungen zum Einnehmen sein, die außer Natriumphosphat noch andere Elektrolyte oder Macrogol enthalten (zum Beispiel Darmspülpulver Bernburg®, Delcoprep-Trinklösung®, Endofalk®), bedingt auch diagnostische Klistiere.

COX-2-INHIBITOREN

Hochrisikopatienten

In einer Studie wurden 273 Arthritispatienten mit einem hohen Risiko für gastrointestinale Blutungen mit 400 mg/d Celecoxib (Celebrex®, selektiver COX-2-Inhibitor) mit und ohne gleichzeitige Gabe eines Protonenpumpenhemmers (40 mg/d Esomeprazol, Nexium®) über ein Jahr behandelt. Bei keinem der Patienten mit Kombinationsthera-

pie trat in der Beobachtungszeit eine erneute Ulkusblutung auf, unter alleiniger Celecoxibtherapie waren es 8,9 Prozent. Selbst bei Patienten in der Kombinationsgruppe, die gleichzeitig noch ASS einnehmen mussten, trat keine Blutung auf. Die Autoren empfehlen bei dieser Patientengruppe eine Kombinationstherapie bei Langzeitanwendung und weisen darauf hin, dass Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko nicht evaluiert wurden.

Quellen: Lancet 2007; 369: 1580 und 1621, Brit. med. J. 2007; 334: 441

Anmerkung

Die Auswahl eines nichtsteroidalen Antiphlogistikums (NSAID) ist vom individuellen gastrointestinalen und kardiovaskulären Risiko eines Patienten abhängig zu machen. Darüber hinaus haben Dosis und Dauer einer NSAID-Therapie einen höheren Stellenwert für das individuelle Risiko als die Wahl eines NSAID. Auf die hohe Rate erneut auftretender Blutungen unter alleiniger Celecoxib-Therapie sei hingewiesen. Die Empfehlung, bei Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko und nach Versagen anderer Therapieformen (wie z.B. physikalische Maßnahmen, ein Opioid, Paracetamol) die Gabe von Naproxen (Proxen®, viele Generika) + Protonenpumpenhemmer zu erwägen, scheint derzeit sinnvoll. Die Auswahl eines in Deutschland verfügbaren Protonenpumpenhemmers kann dabei aus Kostengründen erfolgen. Eine Überwachung der Patienten hinsichtlich ihres Blutdruckes, Ödemen, Nierenfunktion und gastrointestinalen Symptomen wird bei kardiovaskulärem Risiko empfohlen.

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen: Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. (02 11) 43 02-1560