

Fahrtauglichkeit von Diabetikern

Die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) hat ihre Begutachtungsleitlinien für Diabetiker aktualisiert. Diabetiker mit niedrigem Hypoglykämierisiko (alle Therapieformen außer jenen mit Sulfonylharnstoffen und ihren Analoga sowie Insulin) können ohne Einschränkung Auto oder Motor-

rad fahren, sofern ihr Stoffwechsel stabil ist und keine Folgeschäden des Diabetes vorliegen. Für ein Steuern von Fahrzeugen der Klasse 2 (LKW, Taxi, Omnibus) muss der Patient nachweisen, dass er seinen Stoffwechsel in den letzten drei Monaten stabil halten konnte. Die Einnahme von Medikamenten

erfordert regelmäßige ärztliche Kontrollen, bei der Einnahme von Sulfonylharnstoffen oder Insulin ist alle drei Jahre eine fachärztliche Begutachtung erforderlich. Dabei ist auch die Fahrzeugnutzung zu berücksichtigen (z.B. nur Fahren auf einem Betriebsgelände).

Quelle: Pharm. Ztg. 2014; 159(23): 56

Neue „Wundermittel“

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) warnt vor der Anwendung des Produkts „Miracle Mineral Supplement“. In Spam-E-Mails und über das Internet wird dieses Natriumchlorit-haltige Präparat unter anderen als Mittel gegen Krebs, Malaria und chronische Infektionen beworben. Natriumchlorit setzt, mit einer Säure versetzt, Chlordioxid frei, das mit erheblichen Gesundheitsgefahren (Verätzungen) verbunden ist.

Bei Rheumatikern sind pflanzliche Präparate beliebt. Ein bräunliches, nach Zimt riechendes Pulver, erworben in Vietnam, wurde von einer Patientin zur Untersuchung vorgelegt. Ein undeckeltes Pulverbriefchen mit 2,6 g Pulver enthielt zwar einige Zellwandbestandteile von Zimtrinde, überwiegend jedoch 863 mg Paracetamol, dazu noch 262 mg Sulfamethoxazol (Bestandteil des Antibiotikums Cotrim) und 42 mg Indometacin.

Diese irrationale Mischung kann bei Einnahme mehrerer Briefchen und zusätzlicher freiverkäuflicher Mengen Paracetamolhaltiger Arzneimittel zu schwerwiegenden Leberschäden und bei dauerhafter Einnahme zu einer Antibiotikaresistenz führen.

Der Glaube an Wundermittel ist wohl nicht auszurotten. Ärztinnen und Ärzte sollten zur Aufklärung beitragen und vor allem vor undeckelten Präparaten eindringlich warnen.

Quellen: Pharm. Ztg. 2014; 159(19): 34 und 159(23): 109

Studienabbrüche

In den USA müssen Studienergebnisse auf dem Internet-Portal *clinicaltrials.gov* publiziert werden, in der EU die vollständigen Clinical Study Reports voraussichtlich erst ab 2016.

Beim Vergleich der publizierten Ergebnisse von 96 Studien mit Veröffentlichungen in Fachzeitschriften stellte eine Forschergruppe aus den USA fest, dass in 16 Prozent der Fälle die Ergebnisse nicht identisch waren, mit zum Teil gravierenden Unterschieden: längeres progressionsfreies Überleben, unterschiedliche Anzahl der teilnehmenden Personen, nur in 30 Prozent der Fälle wurden sekundäre Endpunkte in beiden Quellen angegeben. In einer kritischen Zusammenfassung wird angemerkt, dass im Zeitraum 2000 bis 2003 (1017 Studien) ein Viertel der Studien in der Schweiz, Deutschland und Kanada abgebrochen und das Ergebnis nur zu einem Drittel veröffentlicht wurde. Abbruchgründe konnten nur vermutet werden: am häufigsten wurden wohl zu wenig Versuchspersonen gefunden. In einer anderen Studie wurde der Verdacht geäußert, dass eine sich abzeichnende Unwirksamkeit der Hauptgrund für einen Abbruch war. Zurzeit scheint wieder das Patienteninteresse zurückstehen zu müssen: von der europäischen Arzneimittelbehörde EMA geplant ist Datentransparenz nur auf dem Bildschirm, ohne Kopierrecht und ohne die Möglichkeit, die zum Teil geschwärzten Daten herunterzuladen. Eine Entscheidung soll demnächst gefällt werden. Es bleibt die Hoffnung, dass die Einflüsse der Pharmalobbyisten etwas begrenzt werden.

Quelle: Pharma-Brief 2014; Nr. 4, S. 1-2 und 7

Koanalgetika – Übersicht

Zu den wichtigsten Koanalgetika gehören

Antidepressiva, trizyklisch (TCA):		
Amitryptilin, Nortryptilin	initial 10 – 25 mg zur Nacht	Zieldosis 50 – 150 mg
Antidepressiva, selektive Serotonin/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI):		
Duloxetin	initial 20 – 30 mg	Zieldosis 60 – 120 mg
Venlafaxin	initial 75 mg	Zieldosis 150 – 225 mg
Antiepileptika		
Gabapentin	initial 2 x 100 – 300 mg	Zieldosis 3 x 300 – 1.200 mg
Pregabalin	initial 2 x 25 – 75 mg	Zieldosis 2 x 150 – 300 mg
Carbamazepin	initial 100 mg zur Nacht	Zieldosis 3 x 200 mg
Oxcarbazepin	initial 150 mg	Zieldosis 2 x 600 mg

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. 0211 4302-2272

Kortikosteroide:

Überwiegend Dexamethason mit geringer mineralokortikoider Potenz

NMDA-Rezeptorantagonisten:

Ketamin in individueller Dosierung

Aminobisphosphonate:

Ibandronat, Pamidronat, Zoledronat

Zu beachten ist, dass beim den Einsatz von Koanalgetika

- nur eine Schmerzreduktion um 50 – 80 % erwartet werden kann,
- 20 – 40 % der Patienten nur unzureichend ansprechen,
- eine offizielle Zulassung fehlen kann,
- unerwünschte Wirkungen oft nicht toleriert werden.

Quelle: Pharm. Ztg. 2014; 159 (16): 40 – 45