

Leben ohne Drogen – without drugs



Dr. Stephan
Heinrich Nolte

Wir Ärzte, speziell die Pädiater, haben eine besondere erzieherische Aufgabe: den Umgang mit Medikamenten. Medikamente einzusetzen, nur um irgend etwas zu tun ist ethisch nicht vertretbar. Nicht um dem Wunsche der Patienten oder, bei Kindern, der Eltern nach Medizin nachzukommen. Und auch nicht um dem gefühlten Druck zu entgehen, als Nihilist dazustehen. „Leben ohne Drogen“ sollte Ziel aller therapeutischen Bemühungen im Sinne eines unabhängigen, selbstbestimmten Lebens sein. Jede Dauermedikation muss man immer wieder kritisch überdenken und hinterfragen. Ein zurückhaltender Umgang mit Medikamenten führt zu einem gewaltigen Einsparpotential und daneben auch zu einer ökologischen Entlastung, denn ein großer Teil der verordneten Arzneien landet im Hausmüll.

Jeder Arzt wird die Forderung „Leben ohne Drogen“ unterschreiben. Unter Drogen sind jedoch nicht nur Haschisch, LSD, Nikotin und Alkohol zu verstehen, sondern auch „drugs“, Medikamente. Der Medikamentenkonsum fängt früh an: Durch die Vitamin D-Prophylaxe erhalten schon Säuglinge ihre tägliche Tablette. Dass dies nur eine Substitutionsbehandlung und keine Medikamentengabe im engeren Sinne ist, ist nicht offensichtlich: Die „gute“ Tablette, die Blisterpackung, mit denen die Säuglinge so gerne spielen, die Schachtel – all das führt zu einer frühen Prägung, die nicht ganz unbeabsichtigt sein dürfte. So kommt das Ergebnis der KIGGS-Studie zustande, die in der Altersgruppe der 0- bis 2-Jährigen die höchste Anwendungshäufigkeit von Medikamenten überhaupt festgestellt hat.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde die Arzneimittelanwendung bei 17.450 Teilnehmern im Alter von 0-17 Jahren in den letzten sieben Tagen erfasst vor dem Interview. Drei Viertel aller Kinder bekamen in dieser Zeit mindestens ein Präparat¹, etwa ein Viertel mehrere. Bei den Indikationen standen Erkrankungen der Atemwege, Husten und Schnupfen mit etwa 40% an der Spitze,

gefolgt von Magen-Darm-Erkrankungen. Etwa 10% der Anwendungen betrafen Medikamente für die Haut. 12,4% aller Nennungen betrafen Vorbeugemaßnahmen (kodierte durch ICD 10 Z29.8), womit die Vitamin D-, die Fluorid- oder eine Jodgebe gemeint sein dürfte. Dies erklärt auch die nicht herauszurechnende Verordnungshäufigkeit in den ersten zwei Lebensjahren.

Pharmakotherapie – gut für die Pharmaindustrie

Im Durchschnitt wurden 2010 jedem Versicherten in Deutschland Arzneimittel in Höhe von 426 € verordnet. Dabei verursachen 10% der Versicherten mehr als 50% der Kosten. Kinder- und Jugendärzten verschrieben durchschnittlich 104.539 € je Arzt. Die Gesamtkosten der Pharmakotherapie zu Lasten der GKV betragen bei 132.000 niedergelassenen Ärzten 29,7 Milliarden Euro und damit knapp ein Fünftel der Ausgaben des Gesundheitssystems. Insgesamt mehr als die Arzthonorare betragen und gut halb soviel, wie die Krankenhauskosten. Zum freien Verkauf „over the counter“ von Medikamenten liegt kein verlässliches Datenmaterial vor.

Im Jahr 2010 erhielt jedes Kind bis zehn Jahre rechnerisch eine einwöchige Antibiotikatherapie: 6,9 Tagesdosen in der Altersgruppe bis 4 Jahre, 5,5 Tagesdosen im Alter zwischen 5 und 9. Jeder Kinder- und Jugendarzt verschrieb durchschnittlich 4059 Tagesdosen Antibiotika, bei den Allgemeinärzten waren es 4439, bei den HNO-Ärzten 5731².

Besonderheiten bei Kindern

Chronische Erkrankungen, für die dauerhaft Medikamente benötigt werden, sind gegenüber Erwachsenen vergleichsweise selten, sie werden aber häufig künstlich erzeugt. „Chroniker“ bringen allen Beteiligten Geld. Ein „Chroniker-Anteil“ von 20% der Behandlungsfälle muss erreicht werden, meinen manche Berufsverbände. Ganze Heerscharen von Kindern werden ohne strenge Indikationsstellung mit inhalativen Corticosteroiden, Antiallergika oder andern Anti-Mitteln behandelt, vor allem auch Anti-Verhaltensauffälligkeitmitteln. Nur selten sind



© alekc79 – Fotolia.com

„seltenen Erkrankungen“ zu behandeln, die teilweise auch seltene Medikamente („orphan drugs“) benötigen.

Für eine äußerste kritische Medikamentenanwendung sprechen die erheblichen, nicht einmal genau untersuchten Unterschiede des kindlichen gegenüber dem erwachsenen Organismus: andere Stoffwechselwege, eine dünnere Haut, relativ höhere Körperflüssigkeit, andere Abbauewege der Medikamente sowie der Einfluss der Arzneimittel auf Wachstum, Pubertät und andere Parameter, die unter Umständen erst nach zehn bis 15 Jahren oder noch später zu sehen sind. Vielleicht sogar, wie uns die Epigenetik zu lehren scheint, erst in der kommenden Generation.

Risiken und Nebenwirkungen

Die kindliche Pharmakodynamik ist sehr komplex und Reaktionen auf Medikamente können je nach Reife, Alter und Körperkonstitution verschieden ausfallen, teilweise unvorhersehbar. In letzter Zeit haben die pharmakogenetischen Besonderheiten besondere Aufmerksamkeit erfahren. Vor allem die Familie der Cytochrom P450-Enzyme hat eine große genetische Variabilität. Ein Viertel aller Arzneimittel, vor allem Antidepressiva, Neuroleptika, Antiarrhythmika, Antitussiva und Antiemetika sind davon betroffen.

Immer wieder gibt es Überraschungen: Rein zufällig wurde entdeckt, dass „Beta-Blocker“ geeignet sind, Hämangiome bei Säuglingen zu verkleinern oder gar zum Verschwinden zu bringen³. Das Beispiel zeigt, dass auch bekannte Substanzen noch unbekannte Nebenwirkungen haben können, in diesem Fall in die Angiogenese eingreifen. Diese Nebenwirkung ist zwar höchst wirkungsvoll einsetzbar, aber dennoch ernst zu nehmen. Denn alle Publikationen über die Hämangiom-Behandlung mit Beta-Rezeptorenblockern sind von einem naiven Positivismus geprägt. Wissen wir denn umgekehrt, was Beta-Mimetika auf die Dauer anrichten? Warum haben Frühgeborene, deren Mütter zumeist tokolytisch behandelt werden, so häufig Hämangiome?

Weniger ist mehr

Es gibt zwei mögliche Auswege aus dieser undurchsichtigen und unbefriedigenden Situation: Der eine ist, „Mehr desselben“: So wurde auf der 99. Jahrestagung der DGKJ in Bonn festgestellt: „Die Arzneimittelsicherheit und -forschung im Kindes- und Jugendalter wird nicht den bescheidensten Ansprüchen gerecht“ Höhere Ansprüche: Mehr Geld, mehr Medikamente, mehr Forschung, mehr Studien, mehr Laboruntersuchungen.

Der andere Ausweg ist: Weniger ist mehr. Eine Beschränkung auf das Wesentliche, radikale Reduktion der Pharmakotherapie, Orientierung an wenigen, gut bekannten und gut erforschten Einzelmitteln, stärkere Besinnung auf „essential drugs“, auf das, was man wirklich braucht. Entsprechende Listen – die auch kritisch zu betrachten sind, aber immerhin existieren – werden von der WHO seit vielen Jahren für Erwachsene, seit kurzer Zeit auch für Kinder⁴ zur Verfügung gestellt, aber weder gelehrt noch in der Pädiatrie diskutiert.

Es geht

Ich bin seit 20 Jahren niedergelassen, seit 10 Jahren in Gemeinschaftspraxis mit einer Allgemeinärztin und Kinder- und Jugendpsychiaterin. Seit einigen Jahren erhalten wir von der KV Hessen einen Nachweis unseres Verschreibungsverhaltens. Konstant verordnen wir weit weniger als die Vergleichsgruppe, und liegen derzeit 87% unter dem Durchschnitt. Wir haben nicht das Gefühl, unseren Patienten etwas vorzuenthalten und sind beispielsweise mit prophylaktischen Antipyretika eher großzügig, weil es die Anwendungshäufigkeit reduziert, wenn man das Medikament im Hause hat. Mit unserer Verschreibungspraxis „ersparen“ wir pro Quartal den Kostenträgern bis zu 68.951 €. Leider haben wir selbst, im Gegensatz zu den von uns behandelten Patienten, nichts davon. Die Kollegen werfen uns vor, den Schnitt zu drücken, und dass ihnen selbst Regress droht, weil man mit so wenig Medizin ja nicht leitliniengerecht behandeln könne. Zudem lassen sich die eingesparten Medikamente nicht mit mehr Gesprächsleistungen „verrechnen“. Natürlich lassen sich Medikamentenkosten auch durch Überweisungen an andere Verordner drücken. Aber das ist hier nachdrücklich nicht gemeint.

Literatur

- 1 Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, 1436-1588 (2007)
- 2 Schwabe U., Paffrath D.: Arzneiverordnungsreport 2010. Springer Berlin Heidelberg 2011
- 3 Léauté-Labrèze C., Dumas de la Roque E., Hubiche T., Boralevi F., Thambo J.-B., Taïeb A. Propranolol for Severe Hemangiomas of Infancy NEnglJMed 2008; 358:2649-2651
- 4 WHO model formulary for children 2010, based on the second model list of essential medicines for children 2009, WHO Geneva. http://www.who.int/selection_medicines/en/

Dr. Stephan Heinrich Nolte
Alter Kirchhainer Weg 5
35039 Marburg

Red.: Kup