

Morbus Parkinson

Einmalgabe sichert Therapietreue

Immer mehr Patienten erkranken bereits in jungen Jahren an Parkinson. Das bedeute aber gleichzeitig, so Prof. Wolfgang H. Jost, Wiesbaden, dass insbesondere dieses Kollektiv nur gering motorisch beeinträchtigt und zudem häufig berufstätig ist. Daher tun sie sich mit ihrer Diagnose oft schwer und müssen sich an ihren neuen Status als chronisch Kranke erst gewöhnen.

Manche wollten das aber auch gar nicht akzeptieren, gemäß dem Motto »ich schlucke ein Medikament, also bin ich krank«, stellte *Dr. Andreas Loh*, Universitätsklinikum Freiburg, klar. Derzeit wisse man, dass die Parkinson-Diagnose die Patienten genauso hart treffe wie die Aussage »Sie haben Krebs!«.

Gerade deshalb sei es notwendig, zu Anfang der Behandlung zu klären, welche Erwartungshaltung der Patient an sein Leben hat und wie die Therapie dabei unauffällig in seinen Alltag integriert werden kann. De-novo-Parkinson-Patienten kommen mit retardierten Darreichungen wie z. B. dem Non-Ergot-Dopaminagonisten Pramipexol (Sifrol® Retard) gut zu recht, weil sie nur einmal am Tag eingenommen werden müssen (idealerweise morgens). Die Einmalgabe sichert die Therapietreue und damit auch den Behandlungserfolg.

Eine randomisierte, doppelblinde und placebokontrollierte Vergleichsstudie mit Parkinson-Patienten im Frühstadium konnte zeigen, dass die Einmalgabe von retardiertem Pramipexol Motorik und Alltagsaktivitäten der Patienten (n = 102) im Vergleich zu Placebo signifikant verbessert, und der Therapieerfolg sowie die einfache Handhabung dabei halfen, die

Lebensqualität zu erhalten. Über den Studienzeitraum von 18 Wochen verbesserte sich der Gesamtscore aus UPDRS II und III im Vergleich zu Placebo (n = 50) um durchschnittlich $8,1 \pm 1,1$ Punkte ($p = 0,001$).

Die Retardierung vermeidet Wirkstoff-Fluktuationen – »denn genau diese Peaks will man nicht«, betonte *Jost*. Auch die Deutsche Gesellschaft für Neurologie empfiehlt in ihrer aktuellen Leitlinie, bei De-novo-Parkinson-Patienten unter 70 Jahre ohne wesentliche Komorbidität mit einem Non-Ergot-Dopaminagonisten in der Monotherapie als Mittel der ersten Wahl zu beginnen. Das Ansprechen auf die Therapie bestätige meist die Diagnose Parkinson, meint *Jost* und sieht den Patienten nach medikamentöser Neueinstellung nach ca. 4 Wochen wieder.

Pramipexol in der retardierten Form bleibt auch langfristig betrachtet eine bequeme Option: Die erforderliche Dosissteigerung lässt sich durch passende Dosisstärken weiterhin mit nur einer Tablette täglich erreichen.

|Dr. med. Nana Mosler|

Presse-Round-Table: »Basis einer modernen Parkinsontherapie: Sifrol® Retard« am 3. Februar 2011 in Ingelheim am Rhein, Veranstalter: Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

Alzheimer-Demenz in der Hausarztpraxis

Früh erkennen, konsequent therapieren

Etwa jede zehnte Person über 65 Jahren erkrankt an einer Alzheimer-Demenz. Gerade für Hausärzte ist es entscheidend, dieses Krankheitsbild früh erkennen und langfristig therapieren zu können, denn sie sind häufig der erste Ansprechpartner für Patienten.

Bei der Diagnose können dem Hausarzt (Fremd-)Anamnese, Bluttests, bildgebende Verfahren und neuropsychiatrische Tests wie der Mini Mental Sta-

tus Test oder der Uhrentest helfen. Ist die Erkrankung sicher diagnostiziert, muss frühzeitig und kontinuierlich therapiert werden, um den kognitiven

Moderate bis schwere Alzheimer-Demenz

NICE empfiehlt jetzt Memantin

Das britische National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) hat seine Leitlinie zur Demenz überarbeitet und im März 2011 veröffentlicht. Im Zuge des Verfahrens hat das Institut die klinische Evidenz der Wirksamkeit von Memantin neu geprüft und kommt zu dem Schluss, Memantin zur Therapie der moderaten bis schweren Alzheimer-Demenz zu empfehlen.

Memantin wird in der Leitlinie des NICE als Behandlungsmöglichkeit für Patienten mit moderater Alzheimer-Demenz und Kontraindikation gegen bzw. Nebenwirkungen von AChE-Hemmern empfohlen. Außerdem spricht das Institut eine Empfehlung für Memantin zur Therapie einer schweren Alzheimer-Demenz aus. Die Leitlinie empfiehlt, dass das Medikament von Ärzten, die sich auf die Behandlung von Demenzpatienten spezialisiert haben, verschrieben werden sollte. Eine Fortführung der Therapie ist laut NICE dann angezeigt, wenn die Wirksamkeit auf Kognition, Alltagskompetenz sowie Bewegungs- und Verhaltensauffälligkeiten belegt werden kann. Dabei sollte die Wirksamkeit von Memantin regelmäßig in den genannten Bereichen von Fachkräften überprüft werden.

Die NICE-Empfehlung geht damit in die gleiche Richtung wie die in Deutschland geltende S3-Leitlinie, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), und bestätigt damit aktuell die Aussage der relevanten nationalen und internationalen Leitlinien zur Wirksamkeit von Memantin auf Kognition, Alltagsfunktion und klinischen Gesamteindruck in der Therapie der moderaten bis schweren Alzheimer-Demenz.

Quelle: Lundbeck GmbH

Migräne und Clusterkopfschmerz:

Neuer Applikator für Sumatriptan erhältlich

Seit Februar dieses Jahres steht Patienten mit Migräne und Clusterkopfschmerz der neue nadelfreie Applikator Sumavel® Dose Pro® zur Verfügung, durch den der Wirkstoff Sumatriptan mit Hochdruck subkutan in das Gewebe appliziert werden kann. Der Applikator eignet sich besonders für Patienten, die während der Schmerzattacke unter Übelkeit und Erbrechen leiden und deshalb nur schlecht Tabletten einnehmen können. Wie Studien belegen, tritt eine Schmerzreduktion unter der Behandlung nachweislich schon nach 15 Minuten ein.

Quelle: Desitin Arzneimittel GmbH

Verfall zu bremsen. In der Therapie der moderaten bis schweren Alzheimer-Demenz empfiehlt neben der NICE- und der S3-Leitlinie nun auch das Institut für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen den NMDA-Rezeptoragonisten Memantin. Um Verschlechterungen der Kognition und Alltagsfunktionen im Verlauf der Erkrankung zu vermeiden, ist eine Erhaltungsdosis von 20 mg/d indiziert. |JS|

Quelle: Lundbeck GmbH

Prucaloprid

Neuer Wirkansatz für ältere Patientinnen mit Obstipation

Völlegefühl, abdomineller Schmerz, Blähungen – vor allem ältere Patienten leiden unter den Folgen chronischer Obstipation. Die Gründe für die Darmträgheit im Alter sind vielfältig: Bewegungsmangel, eine zu geringe Trinkmenge oder alterstypische Erkrankungen wie Morbus Parkinson und Typ-2-Diabetes können ebenso zu Verdauungsstörungen führen wie eine Schmerztherapie mit Opioiden. Ein neuartiger Wirkstofftyp kann älteren Patientinnen nun helfen, ihre Darmmotilität zu steigern und die Verstopfung zu lindern.

Obstipation zeige im Alter häufig keine morphologisch fassbare Pathologie, sondern beruhe auf funktionellen Ursachen, erklärte PD Dr. Jutta Keller, Hamburg, im Rahmen des diesjährigen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in Wiesbaden. Um die Darmträgheit erfolgreich zu therapieren, plädierte sie für ein Stufenschema (s. Abb. 1): In der ersten Stufe sollten Maßnahmen für einen gesünderen Lebensstil – wie eine ballaststoffreiche Ernährung oder körperliche Aktivität – im Vordergrund stehen. Daran schließt sich in Stufe II die Therapie mit Laxantien an. Führt diese zu keiner nachhaltigen Besserung der Obstipation oder wird die Behandlung schlecht vertragen, sei der Medizinerin zufolge eine spezifischere Form der Therapie indiziert, die sich an der Regulation der Darmfunktion orientiert.

Neuer Wirkansatz Serotoninrezeptor

An diesem Punkt setzt ein neues Prokinetikum an: Der selektive Serotonin-(5-HT₄)-Rezeptoragonist Prucaloprid (Resolor®) nutzt die zentrale Rolle, die Serotonin (5-HT) bei der Steuerung der peristaltischen Aktivität spielt. Indem die Substanz die präsynaptischen 5-HT₄-Rezeptoren im enterischen Nervensystem aktiviert und die Ausschüttung erregender und hemmender Transmitter fördert, verstärkt sie den peristaltischen Reflex – und somit auch die Darmmotilität.

Aktiver Darm, gute Verträglichkeit

Bislang konnten drei multizentrische, randomisierte, doppelblinde, placebo-

kontrollierte Studien bei Patienten mit chronischer, konventionell refraktärer Obstipation die klinische Wirksamkeit des neuen Prokinetikums belegen. Wie Prof. Dr. Peter Layer, Hamburg, berichtete, erwies sich Prucaloprid in einer Studie [1] mit 1.396 Frauen, die an chronischer Obstipation litten und auf Laxantien nicht adäquat ansprechen, gegenüber Placebo als signifikant überlegen: So berichteten Patientinnen, die über 12 Wochen täglich 2 mg bzw. 4 mg der Substanz erhielten, über einen normalisierten Stuhlgang von drei oder mehr spontanen, vollständigen Darmentleerungen pro Woche. Darüber hinaus besserten sich obstipationsassoziierte Symptome und die Lebensqualität der Studienteilnehmerinnen nahm zu.

Auf Grundlage der bisherigen Untersuchungen konnten noch keine Daten erhoben werden, die die Wirksamkeit und Sicherheit der Substanz bei Männern mit chronischer Obstipation belegen. Der Hersteller empfahl daher im Rahmen des Kongresses, bei dieser

Patientengruppe bis zur Verfügbarkeit weiterer Daten auf eine Anwendung zu verzichten.

Sicher und verträglich – auch im Alter

Nebenwirkungen der Substanz wie Kopf- und abdominaler Schmerz, Übelkeit oder Diarrhoe traten den Studiendaten zufolge überwiegend am ersten Behandlungstag auf. Wie Layer berichtete, lag deren Inzidenz danach auf Placeboniveau. Eine Subgruppenanalyse der Phase-II-/III-Studien ergab zudem, dass die Nebenwirkungsrate älterer Patienten (>65 Jahre) vergleichbar mit der jüngerer Probanden (18–65 Jahre) war. Verlängerungen der QT-Zeit oder ischämiebedingte kardiale Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Insgesamt stelle der Wirkstoff damit eine gute und sichere Therapiealternative für Patientinnen dar, bei denen Laxantien nicht oder nur unzureichend wirksam sind oder nicht vertragen werden, schlussfolgerte Layer.

| Dagmar Fernholz |

1. Tack J et al. Gut 2009; 58: 357-365.

Quelle: Symposium »Prucaloprid: Präzisionswerkzeug am Serotoninrezeptor« im Rahmen des 117. Kongresses der DGIM am 3. Mai in Wiesbaden

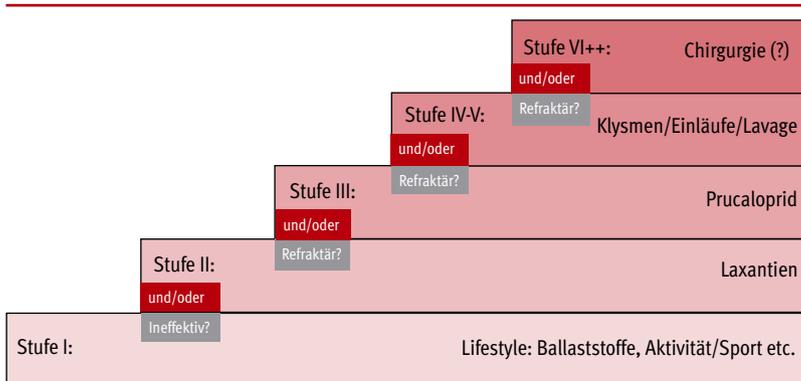


Abb. 1: Stufentherapie bei Obstipation

Neuropathischer Schmerz

Wer den (Nerven-)schaden hat, braucht nur für die »richtigen« Medikamente zu sorgen

Patienten über 65 Jahre werden durchschnittlich mit fünf Pharmaka behandelt, stellte Dr. med. Gabriel Eckermann, Kaufbeuren, klar. Stationäre Patienten erhalten im Mittel 3,5 Medikamente. Die als gefährlich eingestuften Arzneimittelkombinationen schätzt man heute auf 7–8%. Ein Beispiel sind Johanniskraut plus Phenprocoumon (Marcumar®), das als dieses Duo die Thrombose verursacht, statt sie zu verhindern.

So kann z. B. Duloxetin in der Kombination mit Metoprolol dessen Blutspiegel verdoppeln, während Bisoprolol zur Anwendung weit ungefährlicher wäre, meinte Eckermann. Fluoxetin, Paroxetin, Fluvoxamin und Bupropion gehören nicht in die Medikamenten-Bliester von Senioren. Fluoxetin hemmt nicht nur mehrere Abbaurouten des Cytochromsystems (CYP2D6, CYP3A4 und CYP2C19), sondern hat auch noch eine Halbwertszeit von 15 Tagen. Es kann also auch noch nach Absetzen nachhaltige (wochenlange) Hemmeffekte zeigen. Dann ist die Elimination anderer Medikamente beeinträchtigt und es kommt zu Vergiftungen.

Duloxetin und Sertralin sollte man in der geriatrischen Pharmakotherapie nur mit Vorsicht einsetzen, so Eckermann, da sie die Blutspiegel der Komedikation bis zur Vergiftung anheben können. Als völlig sinnlos bezeichnete er die Kombination aus Duloxetin und Tramadol, denn beide heben sich in der Wirkung auf. Ein Raucher (ab 10 Zigaretten aufwärts), so Eckermann, benötigt bereits das Doppelte der Dosis von Duloxetin, um eine »normale« Wirksamkeit zu erzielen.

Dabei geht es v. a. um den Eliminationsweg des Medikaments als klinisch relevanten Vorteil, resümiert Eckermann. Denn Substanzen, die über die Leber metabolisiert werden, sind potentiell in der Handhabung kompliziert, während Substanzen wie Pregabalin, die primär unverändert über die Niere ausgeschieden werden, viel besser einsetzbar sind. Lyrica® hat weder inhibierende noch induzierende Eigenschaften. Rauschen oder Grapefruitsaft können seine Spiegel nicht verändern.

2–15% der Bevölkerung (Asiaten 10–15%) sind wegen ihrer genetischen Polymorphismen »poor metabolizer« und per se schon Vergiftungskandidaten, weil sie länger für die Metabolisierung brauchen. Die »rapid metabolizer« sind besonders problematisch: Dort verabreicht man »normale Dosen« von Medikamenten und erreicht überhaupt keine Wirkung, berichtete Eckermann.

Ein Kunstfehler ist es, Tamoxifen mit Paroxetin (oder Fluoxetin = starke CYP-2D6-Inhibitoren) zu kombinieren, so Eckermann. Im Ergebnis schluckt dann die Brustkrebs-Patientin Tamoxifen umsonst. Wer z. B. Terbinafin als Antimykotikum einer Patientin gibt, unterbricht ebenfalls ihre Tamoxifen-Therapie für ein halbes Jahr. In Anbetracht der großen Zahl von Brustkrebspatientinnen, die vielleicht auch antidepressiv behandelt werden müssen, erklärte Eckermann: »Wer Tamoxifen einnehmen soll, hat ein Recht darauf, zu erfahren, wie sein CYP-2D6-Status pharmakogenetisch aussieht«, so Eckermann. Selbst wenn die Kassen das bislang nicht zahlen, wäre es deutlich preisgünstiger, einmal 400 € für diese Bestimmung auszugeben und dann zu wissen, ob Tamoxifen überhaupt wirken kann.

| Dr. med. Nana Mosler |

Quelle: Symposium »Chronischer Schmerz nach Nervenschäden – Intervention, Pharmakologie, Psyche« am 26. März 2011 in Frankfurt/Main anlässlich des Deutschen Schmerz- und Palliativtags. Veranstalter: Pfizer GmbH

*** TIPP ***

www.psiac.de, die psychopharmakologische Interaktions-Datenbank.

Teure Fehlentscheidung?

Gemeinsamer Bundesausschuss bestreitet Überlegenheit von Escitalopram

Führende staatliche Bewertungsinstitutionen auf der ganzen Welt erkennen Escitalopram (Cipralox®) gegenüber Citalopram als therapeutisch überlegen an – der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sieht das anders. Mit seiner Entscheidung vom 15. April 2011 ordnet er beide Substanzen einer gemeinsamen Festbetragsgruppe zu. Eine Entscheidung, die die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) teuer zu stehen kommen könnte.

Ab dem 1. Juli 2011 übernehmen die gesetzlichen Krankenversicherungen nur noch einen Teil der tatsächlich anfallenden Kosten für eine Behandlung mit Escitalopram. Möchten GKV-Patienten ihre gewohnte Therapie fortsetzen, müssen sie eine Aufzahlung entrichten, die von der individuell verordneten Tagesdosis, der Wirkstoffstärke und der verschriebenen Packungsgröße abhängt. Im Durchschnitt kämen so Mehrkosten von durchschnittlich 1,50 € pro Behandlungstag auf gesetzlich versicherte Patienten zu.

Krankheitsverschlechterung und steigende Kosten erwartet Die absehbaren Folgen seien Therapiewechsel, fürchtete Dr. Olaf Lochschmidt von der Lundbeck GmbH. Für die Gesetzlichen Krankenversicherungen könne dies teuer werden: Wie Studiendaten aus dem aktuellen Versorgungsalltag in den USA zeigen, führte eine Rückumstellung von Escitalopram auf einen anderen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (z. B. Citalopram oder Sertralin) dort zu doppelt so vielen Notfallbehandlungen und doppelt so häufigen stationären Einweisungen. Erste Berechnungen für Deutschland gehen von jährlichen Mehrkosten in Höhe von 12.000.000 € aus. Im Klartext bedeute dies für den einzelnen Patienten eine Krankheitsverschlechterung bei gleichzeitig steigenden Gesamtkosten für das System, so Lochschmidt.

Studienlage widerspricht G-BA-Urteil

Die Entscheidung des G-BA traf von Seiten des Herstellers auf Unverständnis. So lagen der Institution Studiendaten des höchsten Evidenzlevels vor, die die signifikant höheren Remissions- und Responderaten von Escitalopram gegenüber Citalopram bestätigten [1]. In einer großen indirekten Metaanalyse von Cipriani [2] erwies sich Escitalopram unter 12 modernen Antidepressiva als beste Kombination aus Wirksamkeit und Akzeptanz. Auch die renommierte Cochrane Collaboration empfehle die Substanz als First-Line-Therapie zur Behandlung der Depression, betonte das Pharmaunternehmen.

Versorgung von Versicherten in Deutschland auf dem Prüfstand

Wenn ein solch wissenschaftlich fundiertes Datenpaket dem G-BA nicht ausreiche, um einen Zusatznutzen anzuerkennen, stelle sich die Frage, welcher Stellenwert patentgeschützten innovativen Arzneimitteln mit international anerkanntem Zusatznutzen in Deutschland zukünftig beigemessen werde, so Lochschmidt. Er befürchtete vor allem, dass Versicherten in Deutschland künftig der Zugang zu innovativen Pharmaka verwehrt bliebe. Lundbeck setze sich daher auch weiterhin für eine angemessene Berücksichtigung der belegten therapeutischen Überlegenheit von Escitalopram ein, schloss Lochschmidt. | Dagmar Fernholz |

1. Yevtushenko VY et al. Clin Ther 2007; 29: 2319-2332.
2. Cipriani A et al. The Lancet 2009; 373: 746-758.

Quelle: Lundbeck Sternendinner am 24. Februar 2011 in Hamburg. Veranstalter: Lundbeck GmbH

Depression: Eine Mission für Zwei

Drei Fragen erleichtern die Diagnose

Depressionen stellen eine gewaltige gesundheitspolitische Herausforderung dar. »Die Depression ist bei Frauen weltweit die Erwerbsunfähigkeitsursache Nummer eins«, stellte Dr. Michael Lorrain, Düsseldorf, auf einem Pressegespräch der Lilly Deutschland GmbH in Kaiserslautern klar. Oft steht bei der Depression die körperliche Symptomatik im Vordergrund – z. B. Magenverstimmungen oder Rückenschmerzen. Unter allen chronischen Erkrankungen wurde das gesundheitliche Wohlbefinden bei Depression am schlechtesten bewertet. Kommen noch Diabetes oder Asthma hinzu, potenziert sich der Krankheitsgrad [1].

Die Depression ist eine der teuersten Erkrankungen, die wir kennen«, so Lorrain. Einer internationalen Erhebung zufolge resultieren 2.518,46 Euro pro Patient pro Episode. Die Kosten für Antidepressiva machen nur 237,04 Euro davon aus (9%), während der Produktivitätsausfall mit 2.054,44 Euro (82%) als Löwenanteil zu Buche schlägt [2]. Nach Lorrain werden außerdem »Betroffene, die aus Pflichtbewusstsein oder Angst trotzdem arbeiten, ebenso einen Leistungsausfall erzeugen.«

Nach dem DAK-Gesundheitsreport 2005 sind Menschen zu 68,7% wegen psychischer Erkrankungen krankgeschrieben. Ihre Arbeitsunfähigkeitstage betragen 9,4 pro Monat [3]. »Depressive Patienten werden häufig nur unzureichend diagnostiziert und behandelt«, stellte Lorrain fest. Bei der Diagnose können in der täglichen Praxis drei Fragen helfen:

1. Wann haben Sie zuletzt richtig gelacht?
2. Haben Sie Schlafstörungen?
3. Haben Sie unerklärbare Symptome/Schmerzen?

Psychische und körperliche Beschwerden lindern

Besonders geeignet für die Therapie der Depression bei Patienten mit körperlichen Beschwerden ist Duloxetin (Cymbalta®), das sowohl serotonerg als auch noradrenerg wirkt. Mit dem Eingriff in den Serotonin- und Noradrenalin-Stoffwechsel können Angst, Reizbarkeit, Stimmung, Emotion, Schmerz, Antriebslosigkeit, Kognition, Konzentration, Interesse und Motivation normalisiert bzw. gebessert werden. Damit ein gutes Therapieergebnis erzielt werden kann, sollte der Arzt bei der Auswahl der antidepressiven Medikation beachten, dass das gesamte Spektrum der Beschwerden erfasst wird. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) haben nur einen geringen Einfluss auf die körperlichen Symptome bis hin zu Schmerzen im Rahmen einer Depression [4]. »Schmerz nimmt der depressive Mensch offenbar anders wahr«, so Lorrain. Daher sollte man in Abhängigkeit von der Befundkonstellation das »passende Antidepressivum« wirken lassen, neben den psychischen zusätzlich seine körperlichen Beschwerden zu lindern. Schwere und Art der Symptome, das Alter des Patienten, Vorbehandlungen und Komorbidität bestimmen die Auswahl des Medikaments.

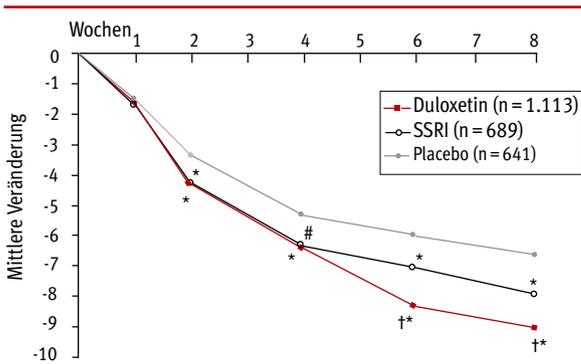
Studien belegen Vorteil von SSNRI

Gepoolte Daten aus sechs Studien belegen für den selektiven Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) Duloxetin eine bessere Effektivität gegenüber parallel untersuchten SSRI in Bezug auf die Remissionsraten nach acht Wochen [5]. Darüber hinaus hat eine retrospektive Analyse gepoolter Daten aus sieben Studien, in denen Duloxetin mit verschiedenen SSRI (Fluoxetin und Paroxetin 20 mg/Tag; Escitalopram 10 mg/Tag) verglichen wurde, eine signifikant stärkere Verbesserung der depressiven Symptome bei mit Duloxetin behandelten Patienten (HAMD₁₇-Gesamtscore: -9,16) im Vergleich zu denen, die mit einem der drei SSRI behandelt wurden (HAMD₁₇-Gesamtscore: -8,50; p=0,032), belegt [6]. Gepoolte Daten aus zwei identischen, unabhängigen Studien zeigten ebenfalls eine direkte Wirkung auf körperlich-schmerzhaft Symptome im Rahmen der Depression [7]. Im Vergleich zu den Trizyklika kommt es unter Duloxetin in der Regel weder zu einer Gewichtszunahme noch zur Sedierung.

»Ein Ansteuern beider Systeme, also von Serotonin und Noradrenalin, ist sehr sinnvoll, insbesondere wenn Vorbehandlungen nur partiell erfolgreich waren«, meinte Lorrain. »Manchen Patienten reicht eine zeitweise medikamentöse »Stimulation« der Systeme als Reparatur aus, manche benötigen ein Leben lang den »Push« für den Stoffwechsel«, sagte Lorrain.

Betreuung depressiver Patienten: Eine Mission für Zwei

Haus- und Facharzt sollten eng zusammenarbeiten, um Diagnostik und Therapie der Depression individuell für den Betroffenen zu verbessern. Als wichtig wertete Lorrain eine enge Vernetzung zwischen haus- und fachärztlichen Praxen innerhalb einer Region, sodass bei gefährdeten Patienten rasch ein Psychiater/Neu-



* p ≤ 0,001 vs. Placebo; # p ≤ 0,05 vs. Placebo; † p ≤ 0,05 vs. SSRI; MMRM-Analyse

Abb. 1: Effektivität von Duloxetin bei Depression im Vergleich zu SSRI: Mittlere Veränderung im HAMD₁₇-Gesamtscore (7 SSRI-Vergleichsstudien). SSRI: Fluoxetin bzw. Paroxetin mit je 20 mg/Tag; Escitalopram mit 10 mg/Tag; Duloxetin: 40 – 120 mg/Tag [modifiziert nach 6]

rologe kontaktiert werden könne. Grundlage für eine gute Kooperation seien interdisziplinäre Workshops, die einen Dialog zwischen Kollegen der verschiedenen Fachrichtungen ermöglichen. Das Unternehmen Lilly unterstützt im Rahmen seiner Fortbildungsmaßnahmen die »Arbeitskreise Depression und Schmerz«, die nach Lorrains Erfahrungen auf gute Resonanz stoßen und beim Aufbau eines »Netzwerks der kurzen Wege« helfen könnten. | Dr. med. Nana Mosler |

1. Moussavi S et al. Lancet 2007; 370: 851-858.
2. Gandjour A et al. International Clinical Pharmacology 2004; 19 (4): 201-208.
3. Demyttenaere K et al. J Affective Disorders 2006; 92: 185-193.
4. Greco T et al. J Gen Intern Med 2004; 19: 813-818.
5. Thase ME et al. J Clin Psychopharmacol 2007; 27: 672-676.
6. Hirschfeld R et al. Poster APA, 2006, Toronto/Kanada.
7. Fava M et al. J Clin Psychiatry 2004, 65: 521-530.

Quelle: Pressegespräch »Der depressive Patient in der niedergelassenen Praxis – eine Mission für Zwei« der Lilly Deutschland GmbH am 11. Mai 2011 in Kaiserslautern. Gefördert durch die Lilly Deutschland GmbH; DE-CYMoo48ob

Duloxetine in der Behandlung von älteren Patienten mit Depression

Hintergrund: Depressionen sind im Alter häufig. Anstelle von Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit werden oft Appetitmangel, Schlaflosigkeit, Energiemangel oder Schmerzen geschildert. Im Vergleich zu jüngeren Menschen scheinen in der Behandlung geriatrischer Patienten zum Teil geringere Response- und Remissionsraten erreicht zu werden. In dieser Studie wurde deshalb gezielt die Wirksamkeit und Verträglichkeit des dual wirksamen Antidepressivums Duloxetine bei älteren Menschen mit Depression untersucht.

Methodik: Die Daten zur Wirksamkeitsanalyse stammen aus zwei doppelblinden Multizenterstudien mit vergleichbarem Studiendesign, in denen die Patienten über neun Wochen randomisiert mit Placebo (n=43) oder Duloxetine (n=47; 60 mg/Tag) behandelt wurden. In den Analysen wurden ausschließlich die Daten von Patienten im Alter von 55 Jahren oder älter berücksichtigt. Die Verträglichkeitsanalyse beruht auf den Daten von sechs Doppelblindstudien über acht oder neun Wochen, in denen die Patienten randomisiert Duloxetine (40 mg/Tag-120 mg/Tag; n=119) oder Placebo (n=90) erhielten.

Ergebnisse: Duloxetine war gemessen am HAMD₁₇-Gesamtscore signifikant wirksamer als Placebo. Die Wahrscheinlichkeit einer Remission war unter Duloxetine mit 44,1% signifikant höher als unter Placebo. Die Wahrscheinlichkeit einer Response war mit 52,8% nahezu doppelt so hoch wie unter Placebo (28%). Rückenschmerzen wurden durch Duloxetine signifikant stärker gebessert als unter Placebo. Dabei erwies sich das dual wirksame Antidepressivum im Allgemeinen als gut verträglich.

Schlussfolgerung: Die Therapie mit Duloxetine eröffnet für ältere Patienten eine wirksame und im Allgemeinen gut verträgliche Behandlungsoption, die neben den affektiven Symptomen auch schmerzhaftige Symptome im Rahmen einer Depression effektiv lindert. Der Hersteller weist darauf hin, dass bisher nur begrenzt Daten zur Anwendung von bis zu 120 mg Duloxetine täglich bei älteren Patienten mit Depression vorliegen. Deshalb muss die Behandlung von älteren Patienten mit der Maximaldosis mit Vorsicht erfolgen.

Nelson JC et al. Duloxetine for the treatment of Major Depressive Disorder in older Patients. Am J Geriatr Psychiatry 2005; 13 (3): 227-235.

Epilepsitherapie im Alter

Auf Interaktionen und Verträglichkeit achten!

Bei älteren Patienten mit Epilepsie spielt längst nicht nur die Wirksamkeit des Antiepileptikums eine Rolle: Wichtig für eine seniorengerechte Therapie ist angesichts verlangsamter Stoffwechselfvorgänge und häufiger Polypharmazie vor allem ein geringes Interaktionspotential und eine gute Verträglichkeit der gewählten Substanz. Als Mittel der ersten Wahl in der Behandlung älterer Menschen hat sich Levetiracetam bewährt, das seit März 2011 auch generisch verfügbar ist.

Studien zu Levetiracetam, das in der Monotherapie fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Patienten ab 16 Jahren zugelassen ist, attestieren dem Wirkstoff eine 73%ige Anfallsreduktion [1]. Dabei eignet sich die Substanz durch ihr günstiges pharmakokinetisches Profil insbesondere für ältere Patienten mit Epilepsie [2].

Der alte Organismus reagiert anders

Physiologische Veränderungen im Alter führen nicht nur zu einer Verlangsamung des Stoffwechsels, sondern verändern auch die Pharmakokinetik

von Antiepileptika. Die Folge: Ältere Patienten sind oft anfälliger für Nebenwirkungen, die Dosisfindung für diese Patientengruppe ist erschwert. Da viele Senioren zudem multimorbid sind und mehrere Medikamente einnehmen müssen, steigt das Risiko pharmakologischer Interventionen. Bei der Auswahl eines geeigneten Antikonvulsivums gilt es daher, auf mehrere Aspekte zu achten:

- Das Mittel sollte eine geringe Proteinbindung aufweisen,
- es sollte nicht über die Leber metabolisiert werden,

- es sollte kein klinisch relevantes Interaktionspotential zeigen.

Keine Beeinträchtigung der Kognition

Levetiracetam erfüllt diese Kriterien [3] und zeigte zudem in bisherigen Studien keine negativen Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten älterer Patienten [4]. Da die Inzidenz von Nebenwirkungen bei Patienten über 65 Jahren unter der Substanz vergleichbar niedrig ist wie in anderen Altersstufen, tolerieren Senioren das Antikonvulsivum in aller Regel gut.

Seit März dieses Jahres ist Levetiracetam auch als Generikum verfügbar. Wer statt einer generischen Alternative weiterhin das Originalpräparat verordnen möchte, muss dies künftig im »Aut idem«-Feld kenntlich machen.

|JS|

1. Brodie MJ et al. Neurol 2007; 68: 402-408.
2. Diener HC, Putzki N et al. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 4., überarbeitete Auflage
3. Poza JJ. Neuropsychiatr Dis Treat 2007; 3 (6): 723-728.
4. Hemstaedter C. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Liga gegen Epilepsie 2009; Poster 210.

Herausforderungen einer umfassenden Epilepsitherapie

Epilepsie im Fokus psychiatrischer Komorbidität

Patienten mit Epilepsie leiden häufig an neuropsychiatrischen Störungen, die das Anfallsleiden und die Lebensqualität der Betroffenen noch verschlechtern können. Psychiatrische Symptome können eine Begleiterscheinung der antiepileptischen Therapie sein. Über die Ursachen und das klinische Management dieser Symptome diskutierten internationale Experten im Rahmen des europäischen FACE (Forum Addressing Challenges in Epilepsy Care)-Meetings [1]. In Vorträgen und Workshops wurden den Teilnehmern effiziente Vorgehensweisen zur Diagnose und dem psychiatrischen Assessment vorgestellt. Ein zweiter Schwerpunkt der Fortbildungsveranstaltung beschäftigte sich mit den Herausforderungen in der Versorgung von Epilepsiepatienten mit geistigen Behinderungen.

Psychiatrische Störungen wie Depressionen und Angststörungen sind bei Epilepsie häufig. Sie können durch das Anfallsleiden selbst oder die medikamentöse Therapie bedingt sein. Antiepileptika modulieren nicht nur die kortikale Erregbarkeit, sondern modifizieren auch Gehirnregionen, die in die Regulation von Stimmung und Verhalten involviert sind, so Prof. Dr. Marco Mula, Novara/Italien. Ein besonders hohes Risiko (>10%) für die Auslösung von depressiven Symptomen haben Barbiturate, Vigabatrin oder Topiramate [2]. Demgegenüber ist das Risiko, eine Depression zu entwickeln, unter Pregabalin (Lyrica®) sehr niedrig (<1%) [2]. Enzyminduktoren können durch eine Reduktion der Folsäurekonzentration Depressionen auslösen, GABAerge Antiepileptika – vor allem in Kombination – durch eine Potenzierung der inhibitorischen Wirkung. Auch eine zu schnelle Aufdosierung erhöht laut Mula das Risiko für eine Depression. Empfohlen werden Antidepressiva, die nicht mit den Antiepileptika interagieren und nicht anfallsfördernd wirken.

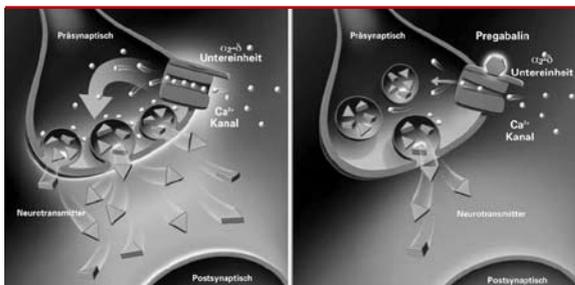


Abb. 1: Wirkweise Pregabalin

Pregabalin sei das einzige Antiepileptikum mit einer in zahlreichen randomisierten, kontrollierten Studien nachgewiesenen Wirkung bei generalisierter Angststörung (GAD). Die anxiolytische Wirksamkeit von Pregabalin tritt schon innerhalb einer Woche ein [3] und ist mindestens vergleichbar mit der von Venlafaxin [4]. Auch bei älteren GAD-Patienten (Durchschnittsalter 72 Jahre) [5] und in der Rezidivprophylaxe hat sich das Antikonvulsivum als sicher und effektiv erwiesen [6]. Die Leitlinien der WFSBP (World Federation of Biological Psychiatry) empfehlen Pregabalin mit höchster Evidenz (A1) zur Behandlung der GAD [7].

Auf psychiatrische Symptome achten

Obschon Depressionen und Angststörungen bei Epilepsiepatienten häufig seien, würden sie viel zu selten diagnostiziert, bemängelte Prof. Dr. Andres M. Kanner, Chicago/USA. Zwei spezifische Fragen seien ausreichend, um solche Symptome auch unter dem Zeitdruck des Praxisalltags aufzudecken: »Empfinden Sie einen Verlust an Freude?« und »Machen Sie sich ständig Sorgen?« Bei Verdacht auf Depression und/oder Angststörungen könne der Neurologe selbst die entsprechende Behandlung einleiten, so Kanner. Sinnvoll ist auch der Einsatz von Patientenfragebögen, die schnell und einfach zu beantworten und auszuwerten sind, wie BDI (Beck Depression Inventory) [8] und – spezifisch für Epilepsiepatienten – NDDI-E (Neurological Disorders De-

pression Inventory for Epilepsy) [9], GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) [10] und PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4) [11].

Epilepsie und geistige Behinderung

Zur Therapie von Epilepsiepatienten mit geistiger Behinderung gibt es bislang kaum Studiendaten. »Solange wir keine bessere Evidenz für die Auswahl von Antiepileptika haben, sollte die Behandlung nach den gleichen Prinzipien erfolgen wie bei Patienten ohne Behinderung«, riet Dr. Christian Brandt, Bielefeld. Wichtig sei es, diese Patienten trotz der schlechten Prognose nie aufzugeben. Denn bei einem Drittel von ihnen könne Anfallsfreiheit erreicht werden. Bei denjenigen Patienten, die nicht anfallsfrei werden, sollte man vor allem auf den Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität achten. Da Epilepsiepatienten mit geistiger Behinderung sehr empfindlich auf Nebenwirkungen reagieren, sollte die Aufdosierung besonders langsam erfolgen und die Zahl der Antiepileptika auf ein Minimum reduziert werden.

Fazit für die Praxis

Ärzte, die Patienten mit Epilepsie betreuen, sollten auf etwaige psychiatrische Symptome achten und die Patienten einer geeigneten Therapie zuführen. Die Berücksichtigung des Interaktionsprofils der eingesetzten Medikamente ist für die Anfallsprophylaxe von zentraler Bedeutung.

Literatur beim Verlag

Quelle: Pfizer Deutschland GmbH

NEWSTA-Studie:

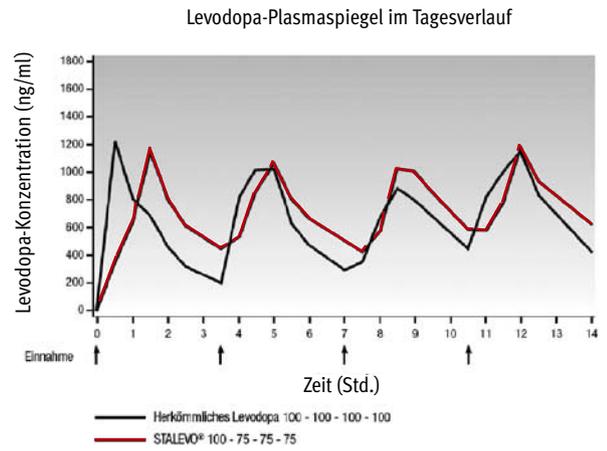
Stalevo verbessert Pharmakokinetik und spart Levodopa

Aus dem Behandlungsalltag ist bekannt, dass viele Parkinson-Patienten am Morgen eine relativ hohe Levodopa-Dosis benötigen, um rasch eine wirksame Symptomkontrolle nach dem nächtlichen medikamentenfreien Intervall zu erreichen. Im weiteren Tagesverlauf können dagegen oft niedrigere Dosen ausreichend und erwünscht sein, um Komplikationen wie Dyskinesien zu vermeiden. Bisher die vier Zubereitungen von Stalevo® – mit 50, 100, 150 und 200 mg Levodopa – schon eine gewisse Bandbreite, sind nun mit 75 bzw. 125 mg Levodopa (LCE1 75 bzw. LCE 125) zwei wichtige Dosisstärken hinzugekommen, die die individuelle Einstellung der Patienten erleichtern.

Inwieweit sich die theoretischen Vorteile durch diese beiden Dosisstärken nachweisen lassen, wurde in einer offenen, randomisierten Pharmakokinetik-Studie im Crossover-Design bei gesunden Probanden geprüft, die in verschiedene Gruppen eingeteilt worden waren: Die 19 Erwachsenen erhielten eine morgendliche Levodopa-Dosis, die in Gruppe 1 aus LCE bzw. LC² 150 bestand und in Gruppe 2 aus LCE bzw. LC 100. Der Rest der Tagesmedikation von LCE oder LC in verschiedenen Dosierungen wurde anschließend in 3,5-Stunden-Intervallen eingenommen. Die wichtigen pharmakokinetischen Levodopa-Parameter wurden jeweils vor der Einnahme und bis zu 3,5 Stunden nach jeder Gabe bestimmt. Dies betraf die minimale

und die maximale Plasmakonzentration (C_{min} , C_{max}), die Fläche unter der Konzentrations-Zeit-Kurve (Area under the Curve, AUC) und die Schwankungen (»Peak-Trough«-Fluktuation, PTF) im peripheren venösen Blut.

Aus den insgesamt sechs verschiedenen Behandlungsschemata (A–F) werden hier die Ergebnisse von zwei Medikationssequenzen der Gruppe 2 dargestellt: In der Stalevo®-Sequenz D erhielten die Teilnehmer nach der morgendlichen Gabe von LCE 100 dreimal täglich das neue LCE 75, und in der Sequenz F mit herkömmlichem Levodopa wurden nach LC 100 am Morgen dreimal täglich LC 100 verabreicht. Unter 100-75-75-75 LCE (Stalevo®) blieben die Levodopa-Spitzenkonzentrationen (C_{max}) im Plasma über den gesamten



Tag auf ähnlichem Niveau, es trat kein sukzessiver Anstieg ein. Trotz einer jeweils um 25 mg niedrigeren Levodopa-Dosis wurde unter der LCE-Einnahmesequenz eine geringere Schwankung zwischen »Peaks« und tiefen »Troughs« der Levodopa-Konzentrationen erreicht als unter 100-100-100-100 des herkömmlichen LC. Insgesamt führte somit das Dosisregime von 100-75-75-75 LCE gegenüber herkömmlichem LC zu einem verbesserten Levodopa-Plasmaspiegel im Tagesverlauf. | BB |

¹LCE=Levodopa/Carbidopa/Entacapon; ²LC=Levodopa/Carbidopa

Ingman K et al. Pharmacokinetic analysis of levodopa titration strategies with new Stalevo® 75 and 125 dose strengths. Poster präsentiert beim 2. World Parkinson Congress in Glasgow/UK, 2010.

Quelle: Orion Pharma GmbH

Mehr Sicherheit in der Alzheimer-Therapie

Auch in Zukunft auf Originalpräparate setzen

Auf bewährte Originalpräparate sollte in der Behandlung der Alzheimer-Demenz auch in Zukunft nicht verzichtet werden, riet Professor Lutz Frölich, Mannheim, im Rahmen einer Pressekonferenz in Frankfurt am Main. So kann ein langfristiger Einsatz von evidenzbasierten Originalsubstanzen wie z. B. Reminyl® (Galantamin) dabei helfen, Verunsicherung und Vewechslungen bei Patienten und Betreuern zu vermeiden.

Ein weiteres Problem: Nachahmerpräparate enthalten zwar den gleichen Wirkstoff wie Originalpräparate, variieren jedoch oft deutlich in der Zusammensetzung der Hilfsstoffe und der Art der Herstellung. Die Folgen könnten eine geringere Wirksamkeit und eine schlechtere Verträglichkeit sein, fürchtete Frölich. Unterschiede in Farbe, Form und Markennamen wir-

ken sich zudem möglicherweise negativ auf die Compliance von Demenzpatienten aus, die bisher gut auf ein Originalpräparat eingestellt waren.

Acetylcholinesterasehemmer wie Reminyl® bieten seit zehn Jahren eine evidenzbasierte Therapieoption zur Behandlung der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz, die in dieser Indikation auch von der aktu-

ellen S3-Leitlinie »Demenzen« als Mittel der ersten Wahl betrachtet werden. Wie Prof. Matthias Riepe, Ulm/Günzburg konstatierte, belegten mehrere Studien den günstigen Effekt, den die Substanz auf die kognitive Leistung, die Alltagsfunktionalität und die Betreuungszeit von Alzheimer-Patienten hat. Vor dem Hintergrund, dass die höchsten gesundheitsökonomischen Kosten bei der Betreuung der Patienten entstehen, könnten bewährte AChE-Hemmer dazu beitragen, Versorgungskosten zu reduzieren und eine leitliniengerechte Behandlung sicherzustellen. | DF |

Pressekonferenz »Alzheimer-Demenz: Herausforderungen an Therapie und Ökonomie in einer alternden Gesellschaft« am 16. März 2011 in Frankfurt am Main. Veranstalter: Janssen-Cilag GmbH

Retigabin, erster Kaliumkanal-Öffner zur Epilepsitherapie

Neue Chance für pharmakoresistente Patienten

Mit Retigabin kann seit Mitte Mai 2011 eine Substanz zur Add-on-Therapie bei fokalen Epilepsien verordnet werden, die über einen völlig anderen Mechanismus die epilepsietypische neuronale Hyperexzitabilität dämpft als andere Antikonvulsiva. Dass viele als pharmakoresistent geltende Patienten von dem neuen Wirkprinzip der Kaliumkanal-Öffnung profitieren können, lassen die Ergebnisse der Zulassungsstudien vermuten.

Wann ein Epilepsiepatient als pharmakoresistent gilt, war bisher von der individuellen Einschätzung des behandelnden Arztes abhängig und von einem allgemein akzeptierten Konsens. Um dieser Willkürlichkeit ein Ende zu machen, hat kürzlich eine Taskforce im Auftrag der ILAE (International League Against Epilepsy) eine Definition für die pharmakoresistente Epilepsie erarbeitet [1].

Nur adäquate Therapieversuche aussagefähig

Als *conditio sine qua non* wurde festgelegt, dass nur Therapieversuche berücksichtigt werden dürfen mit in Hinblick auf Epilepsiesyndrom/Anfallstyp bestimmungsgemäßen Einsatz eines Antikonvulsivums in einer ausreichend hohen Dosis über einen ausreichend langen Zeitraum. Unter dieser Voraussetzung wird Pharmakoresistenz definiert als das Versagen von zwei Antiepileptika (als Mono- oder als Kombinationstherapie). Als erfolgreich gilt die Behandlung, wenn Anfallsfreiheit über mindestens

zwölf Monate bzw. über mindestens die dreifache Dauer des üblichen interiktalen Intervalls anhält.

Mit dieser Definition und den vorgeschlagenen Kriterien zur eindeutigen Klassifikation des Therapieoutcomes bessern sich nach Überzeugung von Prof. Felix Rosenow, Marburg, die Chancen, Problempatienten im klinischen Alltag frühzeitig identifizieren und dann auch frühzeitig zur weiteren Abklärung an einen Epilepsiespezialisten überweisen zu können. Neben der optimierten Versorgung der Betroffenen seien auch Vorteile für die klinische Forschung zu erwarten. Denn der einheitliche Sprachgebrauch ermögliche aussagekräftigere Vergleiche zwischen verschiedenen Studien.

Kv7-Kaliumkanäle als therapeutisches Target

Die meisten Antikonvulsiva vermindern die Erregbarkeit von Nervenzellen, indem sie die Aktivität von Ionenkanälen beeinflussen. Aber keine der Substanzen interagiert bisher mit den Kaliumkanälen. Dabei gebe es für Kaliumkanäle die meisten Gene im Bereich der Ionenkanäle und damit die höchste Diversität, umriss Prof. Holger Lerche, Tübingen, die Bedeutung dieses therapeutischen Targets.

Ende der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts war man im Rahmen der Erforschung des Gendefekts bei den benignen Neugeborenenanfällen bei einer Gruppe von Kaliumkanälen fündig geworden. Parallel zu den genetischen Befunden wurde Retigabin als ein Medikament identifiziert, das genau diese Kaliumkanäle aktiviert, die bei den BFNS durch Mutationen gehemmt werden.

Der von diesen Kaliumkanälen, die als KV7-Typ bezeichnet werden, generierte Kaliumstrom beeinflusst die Erregbarkeit in sehr vielen peripheren und zentralen Nervenzellen, indem er das Membranpotential im Subschwellebereich eines Aktionspotentials reguliert. Wie in Epilepsiemodellen gezeigt werden konnte, wird die Aktionspotentialschwelle moduliert und dabei sowohl die Feuerungsrate als auch repetitive pathologische Entladungen gemindert. Retigabin modifiziert relativ selektiv die Aktivität der Kv7.2 bis Kv7.5-Kaliumkanäle, erläuterte Lerche das Wirkprinzip. Die Bindung an ein Aktivierungstor dieser Kanäle erhöhe ihre Öffnungswahrscheinlichkeit und stabilisiere ihren offenen Zustand.

Hohe Responderaten

Grundlage für die Zulassung von Retigabin (Trobal[®]) waren zwei Phase-III-Studien mit vergleichbarem Design [2,3]. Für RESTORE I und II (Retigabine Efficacy and Safety Trial for Partial Onset Epilepsy) waren weltweit 843 Patienten mit refraktären fokalen Epilepsien (im Median zehn Anfälle pro Monat) rekrutiert worden. Die Modifikation der unzureichend wirksamen Basistherapie (in mehr als 80 % der Fälle Zwei- und Dreifachkombinationen) mit Add-on-Retigabin führte zu Responderaten (mindestens 50%ige Anfallsreduktion) von 39% (600 mg/Tag), 47% (900 mg/Tag) und 55% (1.200 mg/Tag) mit jeweils signifikanter Überlegenheit zur Placebogabe ($p < 0,001$). Ebenfalls dosisabhängig war bei bis zu einem Drittel der Patienten eine mindestens 75%ige Anfallsreduktion erreicht worden (Abbildung 1).

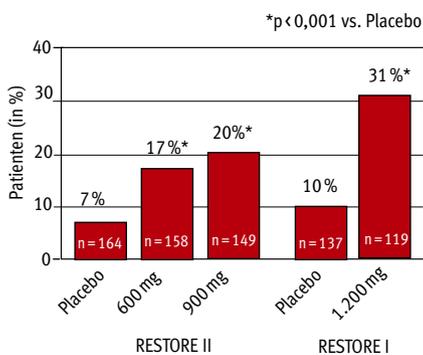


Abb. 1: Patienten mit einer mindestens 75%igen Anfallsreduktion gegenüber dem Ausgangswert nach add-on Retigabin (nach [2, 3])

Die Inzidenz nebenwirkungsbedingter Studienabbrüche lag in den Retigabin-Kollektiven zwischen 14 und 27% versus 8 bis 9% in den Placeboarmen. Am häufigsten traten die typischerweise mit der Dämpfung der neuronalen Feuerungsrate einhergehenden Beschwerden wie vor allem Schwindel, Müdigkeit und Fatigue auf. Mit diesen Ergebnissen stellt Retigabin für Prof. Bernhard Steinhoff, Kork, eine sehr vielversprechende Ergänzung des pharmakotherapeutischen Repertoires dar. Erleichtert werde der Einsatz von

Retigabin durch seine unkomplizierte Pharmakokinetik mit linearer Dosis-Wirkungs-Beziehung und geringem Interaktionspotential.

| Gabriele Blaeser-Kiel |

1. Kwan P et al. *Epilepsia* 2010; 51: 1069-1077.
2. French JA et al. *Neurology* 2011. *Epub ahead of print.*
3. Brodie MJ et al. *Neurology* 2010; 75: 1817-1826.

Launch-Pressesgespräch »Trobalt® – Die Chance auf Therapieerfolg für Patienten mit Epilepsie« am 14. April 2011 in Stuttgart, Veranstalter: Glaxo-SmithKline

kurz berichtet...

Piribedil jetzt in neuer Packungsgröße

Ab dem 1. Juni 2011 ist der Non-Ergot-Dopaminagonist Piribedil (Clarium®) zur Therapie der Kardinalsymptome des Parkinsonsyndroms auch in einer Packungsgröße mit 60 Tabletten erhältlich. Die neue Packung N2 soll die Einstiegsbehandlung mit dem Wirkstoff erleichtern. Für die Erhaltungstherapie steht neben der neuen Packungsgröße weiterhin die N3-Packung mit 200 Tabletten zur Verfügung. Die 50er und 100er Packung, die das Portfolio des Präparats bislang ergänzten, fallen ab sofort weg. Das so vereinfachte Packungssortiment soll Ärzten künftig die Wahl der passenden Packungsgröße erleichtern.

Quelle: Desitin Arzneimittel GmbH

Antiepileptika

Originalidentisches Generikum Levetiracetam UCB® erhältlich

Seit März dieses Jahres stellt UCB das Antiepileptikum Keppra® zusätzlich in Form eines qualitativ identischen Generikums – Levetiracetam UCB® – zur Verfügung.

Das generische Original ist in den bekannten oralen Dosisstärken und Packungsgrößen erhältlich und bietet Ärzten nun eine preiswerte Therapiealternative.

Originalidentische Generika sind in der Versorgung von Epilepsie-Patienten bedeutsam, da mit dem Wechsel auf Nachahmerpräparate für die Betroffenen Risiken verbunden sein

können. Wie Dr. Günter Krämer, Zürich, betont, zählen Antikonvulsiva zu den »Critical Dose Pharmaka«: Durch Blutspiegelschwankungen könne es selbst beim Wechsel auf ein wirkstoffgleiches Präparat zu Anfällen, Nebenwirkungen und Komplikationen kommen. Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Neurologie und die Deutsche Gesellschaft für



Epileptologie empfehlen daher, bei anfallsfreien Patienten nach Möglichkeit keine Therapieumstellung vorzunehmen. Krämer zufolge müsse auch die Verunsicherung der Patienten bedacht werden, die mit einem Wechsel des Namens, des Packungsdesigns oder der veränderten Optik des Medikaments einhergehen. |JS|

Quelle: UCB Pharma GmbH

Post Stroke Depression

Gute B-Vitamin-Versorgung wirkt protektiv

In einer aktuellen australischen Studie konnte die tägliche Einnahme von Vitamin B₁₂, B₆ und Folsäure das Risiko, nach einem Schlaganfall eine Depression zu entwickeln, nach einigen Jahren um die Hälfte reduzieren [1].

Jeder dritte Schlaganfallpatient erkrankt nach dem Ereignis an einer Depression – und hat damit eine ungünstige Prognose hinsichtlich Morbidität und Mortalität. Da Depressionen häufig mit einem schlechten B-Vitaminstatus assoziiert sind, untersuchte eine aktuelle Studie, ob die Substitution von B-Vitaminen das Depressionsrisiko nach Schlaganfall senken kann. Im Rahmen der Untersuchung nahmen 273 Probanden über mehrere Jahre täglich entweder eine Kombi-

nation aus Vitamin B₁₂, B₆ und Folsäure (Medivitan®) oder Placebo ein. Das Ergebnis: Verum-Probanden erkrankten nach sechsjähriger Einnahme nur halb so oft an einer Depression wie Patienten der Placebogruppe.

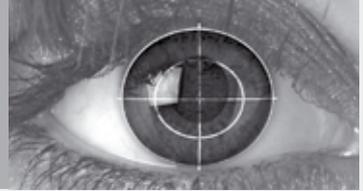
Auch bei anderen Alterserkrankungen wie der Alzheimer-Demenz oder dem ischämischen Schlaganfall konnte die Behandlung mit der Vitaminkombination präventive Effekte demonstrieren. So belegte eine Studie zur Demenzprävention im letzten

Jahr, dass die Gabe von B-Vitaminen und Folsäure den Homocysteinspiegel senkt und die Atrophierate des Gehirns von Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung um ca. ein Drittel reduziert [2]. Ein hoher Homocysteinspiegel ist nachweislich mit einem erhöhten Demenzrisiko assoziiert. Eine Behandlung mit B-Vitaminen des -CH₃-Stoffwechsels (Folsäure, Vitamin B₁₂ und B₆) könnte daher über die Senkung des Homocysteins dazu beitragen, die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, zu verringern. |JS|

1. Almeida OP et al. *Ann Neurol* 2010; 68: 503-510.
2. Smith AD et al. *PLoS ONE* 2010; 5 (9): 1-10.

Quelle: MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG

7. GEMEINSAMES SYMPOSIUM DGVP UND DGVM



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERKEHRSPSYCHOLOGIE E.V. (DGVP)
UND
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERKEHRSMEDIZIN E.V. (DGVM)

„FEHLVERHALTEN ALS UNFALLFAKTOR – KRITERIEN UND METHODEN DER
RISIKOBEURTEILUNG“

9.–10. SEPTEMBER 2011 • POTSDAM

Tagungspräsidentin/Wissenschaftliches Komitee

Dr. rer. nat. Karin Müller

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie e.V. (DGVP)

Prof. Dr. rer. nat. Wolfgang Schubert

1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie e.V. (DGVP)

Prof. Dr. med. Volker Dittmann

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V. (DGVM)

Schirmherr

Matthias Platzeck

Ministerpräsident des Landes Brandenburg

Workshops

• **Workshop 1**

Beurteilungskriterien – Kriterien für die Begutachtung von Punktetätern (Verkehr/Strafe/Aggressionspotenzial)

• **Workshop 2**

Beurteilungskriterien – Medizinische und Laborbefunde in der Fahreignungsbegutachtung

• **Workshop 3**

Beurteilungskriterien – Kriterien für die Begutachtung älterer Kraftfahrzeugführer (Krankheiten, Verhalten, Leistungsbeeinträchtigungen, Persönlichkeitsveränderungen, Technik, Kompensation etc.)

• **Workshop 4**

Beurteilungskriterien – Substanzmissbrauch als Risikofaktor (Alkohol, Drogen etc.)

Informationen

Detaillierte Informationen zum Programm und den Referenten sowie Hotelreservierungen u.v.m. entnehmen Sie bitte der Kongresshomepage.

www.conventus.de/verkehr2011

