

Zwischen Unterversorgung und Innovation

Alzheimer-Therapie heute, Herausforderungen und Perspektiven

Das Krankheitsbild Alzheimer-Demenz befindet sich derzeit in einer schwierigen Phase: Forschung und Therapieansätze stagnieren, das medizinische Interesse an der Erkrankung droht zu erlahmen. Neue Strategien zur Prävention und Behandlung zeichnen sich möglicherweise erst in 20 Jahren ab – doch was tun in der Zwischenzeit? Experten diskutierten im Rahmen eines Satellitensymposiums anlässlich des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin über Status quo, aktuelle Studiendaten und mögliche Perspektiven der Alzheimer-Demenz. Sie waren sich einig: Entscheidend sei, in Ermangelung neuer Therapiealternativen zumindest die vorhandenen evidenzbasierten Behandlungsoptionen wie den N-Methyl-D-Aspartat (NMDA)-Rezeptorantagonisten Memantine (z. B. Axura®) flächendeckend und indikationsgemäß auszuschöpfen.

Dass es dabei nicht um das Wohl der Erkrankten allein, sondern auch um deren Angehörige geht, verdeutlichte *Professor Hans Förstl*, München, anhand eindrucksvoller Zahlen: So weisen pflegende Ehepartner eines Patienten durch Dauerstress, Depression und soziale Isolation ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko auf, selbst an einer Demenz zu erkranken. Einen immer größeren Stellenwert nehmen daher Präventivmaßnahmen und die möglichst frühe Intervention ein. Mittlerweile ist bekannt, dass Faktoren wie Hypertonus, Diabetes mellitus, Depressivität, Adipositas oder körperliche Inaktivität in einem stärkeren Zusammenhang mit der Entstehung einer Demenz betrachtet werden müssen. Förstl riet zudem, das Zeitfenster des Mild Cognitive Impairment besser zu nutzen. Es gelte, dieser Frühphase einer Demenzerkrankung präventiv entgegenzuwirken und bereits im mittleren Lebensalter kognitive Reserven aufzubauen.

Möglichkeiten evidenzbasierter Antidementiva ausschöpfen

Ist die Erkrankung erst einmal sicher diagnostiziert, sollten Betroffene und Angehörige durch eine möglichst rasche, langfristige und individuell angepasste Versorgung entlastet werden. Bei moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz empfehlen die aktuellen Leitlinien nationaler wie internationaler Fachgesellschaften den Einsatz von Memantine.

Unabhängige Bewertungen wie der 2011 veröffentlichte IQWiG Rapid Report bestätigen den Nutzen des Antidementivums auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Der Report basiert auf Responderanalysen von neun klinischen, placebokontrollierten Studien mit insgesamt 2.339 Patienten [1]. Hinweise auf einen Nutzen fand das Institut auch im Bereich der alltagspraktischen Fähigkeiten. Darüber hinaus wurden der Substanz signifikante Effekte im klinischen Globalurteil attestiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss nahm die neue Datenlage zum Anlass, die Behandlung mit Memantine auch künftig zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen [2]. Wie bei den Cholinesterasehemmern kann nun auch der NMDA-Rezeptorantagonist in einem Therapieversuch über 24 Wochen verordnet werden; bei dokumentierbarem Erfolg ist eine Fortsetzung der Behandlung möglich.

Herausforderung: Angehörige entlasten

Von dem Einsatz des Antidementivums profitieren nicht zuletzt die Angehörigen, machte *Professor Matthias Riepe*, Ulm, anhand der Daten einer nicht interventionellen Studie mit Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz deutlich [3]. Diese konnte zeigen, dass die Substanz bei Behandlung über 24 Wochen auch den täglichen zeitlichen Pflegeaufwand in mehr als 90% der Fälle verringern oder stabilisieren kann (s. Abb. 1).

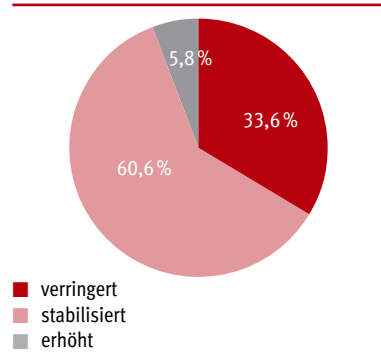


Abb. 1: Änderung der Betreuungszeit für Patienten unter Memantine-Behandlung über 24 Wochen (n = 1.124)

50% der Demenzen bleiben unerkannt – können Biomarker künftig helfen?

Solchen Zahlen zum Trotz erhalten viele Demenzpatienten nach wie vor keine Therapie, monierte *Professor Harald-Jürgen Hampel*, Frankfurt a. M. So übersehen Allgemeinmediziner derzeit die Hälfte aller Demenzen, erkennen das Krankheitsbild zu spät oder verwechseln es mit anderen, klinisch ähnlich verlaufenden Erkrankungen. Um die Diagnosestellung künftig einfacher zu gestalten, sprach Hampel sich für eine modernere Diagnostik mittels Biomarker und bildgebender Verfahren aus. Veränderungen von CSF Aβ1-42, t-tau und p-tau sowie die strukturelle Bildgebung mittels MRT, CT und FDG-PET könnten dem Wissenschaftler zufolge neben den klinischen Basis-kriterien einen supportiven Nachweis für eine alzheimer-typische Pathophysiologie bieten. Die neuen Kriterien der Biomarkermessung sollten derzeit jedoch nur an spezialisierten Experten-Kernzentren durchgeführt werden, die über ausreichende methodische Expertise verfügen, riet der Alzheimerforscher. Nur so lässt sich sicherstellen, dass die Diagnostik der Alzheimer-Demenz wirklich vom Einsatz der Biomarker profitiert.

| Julia Schmidt |

1. Hellweg R et al. Int J Geriatr Psychiatry 2011.
2. G-BA-Pressmeldung vom 18. August 2011.
3. Riepe MW et al. Poster, DGPPN 2010.

Quelle: Satellitensymposium »Alzheimer-Demenz – Status quo, Herausforderungen und Ausblicke« im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde am 23. November 2011 in Berlin. Veranstalter: Merz Pharmaceuticals GmbH

Bei leichten kognitiven Störungen

Frühe Intervention mit Gingko zeigt neuroprotektiven Effekt

Bei frühzeitiger, konsequenter und langfristiger Anwendung eines Gingko-biloba-Spezialextrakts bereits im Vor- und Frühstadium der Demenz lassen sich das Fortschreiten und die Auswirkungen der Neurodegeneration möglicherweise günstig beeinflussen. Darauf deuten die Ergebnisse einer neuen placebokontrollierten Frühinterventionsstudie bei Patienten mit subjektiven Beschwerden und leichten kognitiven Defiziten hin.

Die Studie schloss 296 Teilnehmer ein, die über drei Monate täglich 240 mg des Gingko-biloba-Spezialextraktes EGb 761® erhielten [1]. Die Ergebnisse der Untersuchung demonstrieren eine Verbesserung: So steigerte sich die Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisleistung der Probanden nach der dreimonatigen Einnahmephase signifikant.

Um die Progression der kognitiven Defizite tatsächlich aufzuhalten, seien eine hohe Dosierung, gute Compliance und eine mehrjährige Behandlungsdauer erforderlich, erklärte *Prof. Dr. med. Harald Hampel*, Frankfurt. Da man Patienten mit sich verschlechternder Kognition und beginnender

Demenz bereits im Stadium der leichten kognitiven Störung mit hoher Sicherheit diagnostizieren kann, riet der Experte zu einer frühestmöglichen Intervention. Auf diese Weise ließe sich noch besonders viel kognitive Leistung und Lebensqualität erhalten.

Aufgrund seiner guten Verträglichkeit mit einer Nebenwirkungsrate auf Placeboniveau eignet sich EGb 761® für mittel- bis langfristige Therapien. |JS|

1. Grass-Kapanke B et al. *Neuroscience & Medicine* 2011; 2: 48-56.

Symposium »Evidenzbasierte Therapie mit Gingko-biloba-Spezialextrakt« im Rahmen des DGPPN am 25. November 2011 in Berlin. Veranstalter: Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG

Ganzheitliche Alzheimer-Therapie

Auf die Kombination kommt es an

Wer Alzheimer-Patienten bestmöglich behandeln möchte, muss ganzheitlich denken: Die optimale Therapie besteht aus einer Kombination medikamentöser und nicht medikamentöser Maßnahmen, die es individuell an den Patienten anzupassen gilt.

Grundbaustein der Behandlung einer Alzheimer-Demenz sei die adäquate medikamentöse Therapie mit Antidementiva wie Memantin oder Acetylcholinesterasehemmern, erinnerte *Professor Rainer Hellweg*, Berlin, im Rahmen eines Expertengesprächs anlässlich des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in Berlin. Bei Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz etwa kann der Einsatz von Memantin (z. B. Ebixa®) kognitive Beeinträchtigungen verzögern, die Alltagsfunktionalität länger erhalten und den kli-

nischen Gesamteindruck verbessern [1]. Hellweg warnte dagegen vor der Gabe unspezifischer Psychopharmaka bei Alzheimer-Patienten: So wirken Präparate aus der Substanzklasse der Neuroleptika, Antidepressiva oder Antikonvulsiva zwar symptomatisch, behandeln jedoch nicht die Grunderkrankung selbst. Er riet dazu, die antidementive Therapie nur im Bedarfsfall durch Psychopharmaka zu ergänzen. Sinnvoll sei z. B. der Einsatz von Antidepressiva in der frühen, noch bewusst reflektierten Krankheitsphase oder die Gabe von Neuroleptika bei späteren Verhaltensauffälligkeiten.

Lichtblick bei Manie

Multirezeptorantagonist Asenapin erweitert Therapiespektrum bei Bipolar-I-Störung

Mit Asenapin (Sycrest®) steht seit dem 1. September 2010 ein neues Antipsychotikum zur Therapie von erwachsenen Patienten mit mäßigen bis schweren manischen Episoden einer Bipolar-I-Störung zur Verfügung. Es unterscheidet sich von anderen Antipsychotika vor allem durch sein breites Rezeptorprofil: So bindet Asenapin mit hoher Spezifität an die therapeutisch relevanten serotonergen, dopaminergen und alpha-adrenergen Rezeptor-Subtypen, ohne dabei eine nennenswerte Affinität zu muskarinergen Rezeptoren aufzuweisen. Extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen und Hyperprolaktinämie treten dabei vergleichsweise selten auf, da die Affinität der Substanz zu den 5-HT_{2A}-Rezeptoren 19-fach höher ist als zu den D₂-Rezeptoren. Das neue Antipsychotikum verfügt über eine gute Effektivität im manischen Bereich bei deutlich reduziertem EPS-Risiko und geringen anticholinergen Nebenwirkungen. Das spezifische Rezeptorprofil der Substanz erklärt die relativ geringe Inzidenz an deutlichen Gewichtszunahmen und metabolischem Syndrom. Multizentrische, randomisierte, doppelblinde Studien mit Patienten mit akuten manischen oder gemischten Episoden bestätigen die Wirksamkeit und Sicherheit von Asenapin. Daten zur Monotherapie stammen aus zwei dreiwöchigen Studien (ARES-3A: n=488, ARES-3B: n=489). Der primäre Studienendpunkt war jeweils definiert als Veränderung des YMRS (Young Mania Rating Scale-)Gesamtwertes verglichen mit dem Ausgangswert. Bereits am zweiten Tag sank der YMRS-Wert unter Asenapin im Vergleich zu Placebo signifikant. Auch in der Kombinationstherapie ließen sich unter der Substanz signifikante Verbesserungen des YMRS-Werts im Vergleich zu Placebo nachweisen.

Quelle: Symposium »Neu bei Manie: Sycrest® – das untypische Antipsychotikum« im Rahmen des DGPPN am 25. November 2011 in Berlin. Veranstalter: Lundbeck GmbH

Um Patienten und Angehörige möglichst umfassend und ganzheitlich zu betreuen, empfahl *Dr. Brigitte Grass-Kapanke*, Krefeld, zusätzliche nicht medikamentöse Interventionen. Verfahren wie Bewegungstherapien oder das Training alltagspraktischer Fähigkeiten, der Orientierung und Selbsterhaltung aktivieren den Patienten und geben Mut und Motivation, noch an einem selbstständigen Leben teilzunehmen. Dabei sei jedoch wichtig, die Maßnahmen individuell auf die Fähigkeiten des Erkrankten zuzuschneiden, um Erfolgserlebnisse sicherzustellen und das Selbstbewusstsein zu stärken, schloss die Psychologin. |JS|

1. Hellweg R et al. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011.

Expertengespräch »Alzheimer-Demenz: Welche Therapien sind optimal für den Patienten?« im Rahmen des DGPPN am 25. November 2011 in Berlin. Veranstalter: Lundbeck GmbH

Erster epileptischer Anfall und Status epilepticus

Lacosamid und Levetiracetam in den aktuellen Leitlinien

In die aktuelle Leitlinie zum ersten epileptischen Anfall sind neue Antikonvulsiva aufgenommen worden. Zu ihnen gehört Lacosamid. Zudem hat sich die Empfehlung für Levetiracetam geändert. Die beiden Wirkstoffe zeichnen sich dadurch aus, in intravenöser und oraler Applikation verfügbar zu sein und nicht zu relevanten Interaktionen zu führen. Auch in der aktuellen Leitlinie zum Status epilepticus gibt es Änderungen, die Lacosamid und Levetiracetam – off-label – betreffen.

In der aktuellen Leitlinie zum ersten epileptischen Anfall werden nach Angaben von *Professor Dr. Felix Rosenow*, Interdisziplinäres Epilepsiezentrum Marburg, bei fokalen Epilepsien inzwischen Lamotrigin und Levetiracetam (LEV) gleichberechtigt als Mittel der ersten Wahl empfohlen. Die Zulassung von LEV für die Monotherapie partieller Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung im Alter ab 16 Jahren bei neu diagnostizierter Epilepsie sei 2008 erfolgt, zudem gebe es gute klinische Erfahrungen, begründete Rosenow [1].

Darüber hinaus wurden aufgrund entsprechender Zulassungen drei neue Antiepileptika für die Add-on-Therapie aufgenommen. Zu ihnen gehört Lacosamid (LCM), das über eine langsame Natriumkanal-Inhibition wirkt und seit 2008 in einer Dosis von 400 mg/Tag als Add-on-Therapie fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung im Alter ab 16 Jahren zugelassen ist [2]. Als Vorteile hob Rosenow hervor, dass es – anders als bei anderen Natriumkanalblockern – keine klinisch relevanten

Interaktionen gibt [3]. Zudem ist neben der oralen eine i.v.-Applikation verfügbar, die eine Alternative bietet, etwa bei Malresorption, Schluckproblemen oder während einer Operation. Vorsicht sei geboten bei bekanntem AV-Block Grad 2–3 und bei schwerer Herzkrankheit, fügte Rosenow hinzu [3].

In den Studien SP667, SP755 und SP754 erzielte Lacosamid in der Dosis 400 mg/Tag im Vergleich zu Placebo eine signifikante Reduktion der Anfälle ($p < 0,05$ bzw. $0,01$), wobei die Anfallshäufigkeit gegenüber Studienbeginn um 37–39% abnahm [3–5] (Abb. 1). Als häufigstes unerwünschtes Ereignis nannte Rosenow dosisabhängiges Schwindelgefühl. *Professor Dr. Frithjof Tergau* vom St. Bernward-Krankenhaus in Hildesheim fügte allerdings hinzu, hier müsse kritisch hinterfragt werden, ob es sich nicht um einen Summeneffekt handle, da Patienten unter Lacosamid häufig zugleich einen weiteren Natriumkanalblocker erhielten. Daher solle Lacosamid nicht zu früh abgesetzt, sondern eventuell zunächst die Dosis des zuvor verabreichten Natriumkanalblockers reduziert werden, so sein Rat.

Status epilepticus

In der neuen Leitlinie zum Status epilepticus (SE) wird als Alternative für die zweite Stufe, wenn Benzodiazepine nicht ausreichend ansprechen, beim generalisierten tonisch-klonischen Status epilepticus (GTKSE) – neben Phenytoin, Valproat und Phenobarbital – jetzt auch Levetiracetam (LEV) empfohlen, das für diese Indikation nicht zugelassen ist. Laut Rosenow ließ sich in Studien die Bio-

äquivalenz von LEV oral und i.v. zeigen [6, 7]. Wie er hinzufügte, wird LEV i.v. heute bereits in großem Umfang eingesetzt, so dass es breite Erfahrungen zur Sicherheit gibt. Die neue Leitlinie rät, LEV i.v. insbesondere dann anzuwenden, wenn Valproat oder Phenytoin nicht gegeben werden sollen. Die Dosis liegt gemäß Rosenow bei 30–60 mg/kg, die Infusionsgeschwindigkeit bei maximal 500 mg/min, wobei zunächst eine Infusion von 30 mg/kg über 5–10 Minuten erfolgt, die ggf. wiederholt werden kann.

Beim refraktären Verlauf des GTKSE, d. h. dem Versagen von Benzodiazepinen und Phenytoin, Valproat, Phenobarbital oder Levetiracetam, wird laut *Professor Dr. Martin Holtkamp* vom Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg künftig direkt Thiopental, Propofol oder Midazolam empfohlen. Zu den Optionen für die etwa 20–30% der Fälle, bei denen die epileptische Aktivität nach Reduktion bzw. Absetzen des Anästhetikums wieder auftritt, gehört gemäß Holtkamp Lacosamid i.v. Das Antiepileptikum, das für diese Indikation keine Zulassung hat, konnte in einer Studie mit 39 Patienten den SE nach Versagen der Standardtherapie bei 40% der Teilnehmer innerhalb von sechs Stunden beenden, wenn es als 1. oder 2. Substanz gegeben wurde [8]. Die Bolusdosis lag im Median bei 400 mg, schwere Nebenwirkungen gab es nicht. | Petra Eiden |

1. Fachinformation Keppra® Filmtabletten, Stand: Oktober 2011.
2. Fachinformation Vimpat® Filmtabletten, Stand: Mai 2011.
3. Halász P, et al. *Epilepsia*. 2009; 50(3): 443-53.
4. Ben-Menachem E, et al. *Epilepsia*. 2007; 48(7): 1308-17.
5. Chung S, et al. EFNS Kongress, Brüssel, Belgien, 25.–28.8.2007.
6. Ramael S, et al. *Clin Ther* 2006; 28 (5): 734-44.
7. Stockis A, et al. EFNS Kongress, Athen, Griechenland, 17.-20.9.2005: Poster.
8. Kellinghaus C, et al. *Acta Neurol Scand*. 2011; 123(2): 137-41.

Quelle: Satellitensymposium »Die neuen Leitlinien zur Epilepsie und zum Status epilepticus: Wie groß ist ihre Relevanz für den Klinikalltag? – Ein kritischer Dialog« anlässlich der 29. Arbeitstagung für Neurologische Intensiv- und Notfallmedizin am 20. Januar 2012 in Berlin, Veranstalter: UCB Pharma GmbH.

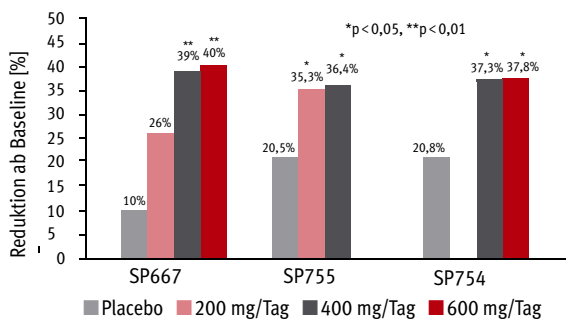


Abb. 1: Reduktion der Häufigkeit fokaler Anfälle gegenüber Baseline unter Add-on-Therapie mit Lacosamid in den Studien SP667, SP755 und SP754 (mod. nach [3–5]).

Wirkstoff und Galenik identisch mit dem Original

Erstes Generikum zu Aricept® verfügbar: Donepezilhydrochlorid Pfizer®

Mit Donepezilhydrochlorid Pfizer® steht ab sofort in Deutschland das erste und bisher einzige Generikum für das aus dem Patent laufende Originalpräparat Aricept® zur Verfügung. Es wird eingesetzt zur symptomatischen Behandlung der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz. Sowohl der Wirkstoff als auch die Galenik des Generikums sind identisch zum Original.

Seit der Erstzulassung von Aricept® am 25. August 1997 wurden in über 80 Ländern bereits mehrere Millionen Menschen mit Aricept® behandelt. Der Wirkstoff Donepezil ist ein hochselektiver, reversibler Acetylcholinesterase-Hemmer der zweiten Generation und zur Behandlung der leichten bis mittelschweren Demenz zugelassen [1]. Donepezil ist wirksam in mehreren relevanten Symptombereichen der Alzheimer-Demenz: So konnte ein signifikanter kognitiver und funktioneller Nutzen für Patienten durch eine frühe und kontinuierliche Behandlung nachgewiesen werden [2].

Acetylcholinesterase-Hemmer werden in Leitlinien [3, 4], als Basistherapie und von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AKDAE) [5] als Therapie der ersten Wahl zur Behandlung der Alzheimer-Demenz empfohlen.

Als einziger Hersteller bietet Pfizer den Wirkstoff Donepezil mit der bewährten Original-Galenik an. »Wir freuen uns, Ärzten und Patienten ab jetzt eine preisgünstige und identische Alternative zum Original anbieten zu können«, sagt *Dr. med. Seth Woodruff*, Medical Manager bei Pfizer.

Die Tagestherapiekosten werden sich durch die Einführung von Donepezilhydrochlorid Pfizer® deutlich

reduzieren. Das Generikum ist, genau wie das Original Aricept®, in einer Dosierung von 5 mg und 10 mg in Packungsgrößen mit 28 Filmtabletten (N1), 56 Filmtabletten (N2) sowie 98 Filmtabletten (N3) verfügbar. Zur Unterstützung der Therapieadhärenz sind für Patienten auf dem Blister des Generikums die Wochentage für die Einnahme vermerkt.

1. Fachinformation Donepezilhydrochlorid Pfizer Filmtabletten, Stand: Oktober 2011
2. Mohs RC, Doody RS, Morris JC, et al. A 1-year, placebo-controlled preservation of function survival study of donepezil in AD patients. *Neurology*. 2001;57:481-8.
3. S3-Leitlinie „Demenzen“, herausgebende Fachgesellschaften: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz. Stand: September 2008.
4. National Collaborating Centre for Mental Health (commissioned by the Social Care Institute for Excellence and the National Institute for Health and Clinical Excellence): Dementia. A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. National clinical practice guideline, number 42. London, The British Psychological Society and Gaskell 2007.
5. Handlungsleitlinie Demenz, aus: Empfehlungen zur Therapie der Demenz (3. Auflage). Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Arzneiverordnung in der Praxis, Band 31, Sonderheft 4, Dezember 2004.

Pfizer Deutschland GmbH

Dysphagie

Neue Broschüre für Patienten und Pflegende

Etwa jeder Fünfte über 55-Jährige ist in Deutschland von Schluckstörungen betroffen. Das frühzeitige Erkennen dieser Problematik ist wichtig, denn unerkannt kann die Dysphagie zu Mangelernährung, Dehydratation oder Aspirationspneumonien führen. Direkte Hinweise der Patienten, wie das Gefühl des »sich Verschluckens« oder des »Steckenbleibens von Nahrung im Hals« bleiben oft aus. Pflegende sind deshalb auf indirekte Hinweise wie eine belegte Stimme nach der Nahrungsaufnahme, häufiges Räuspern und Husten während und nach dem Essen und Trinken oder wiederholte Atemwegsinfekte angewiesen. Einen Selbsttest zur schnellen Verdachtsüberprüfung auf Dysphagie und viele interessante Informationen zum Thema enthält die Broschüre »Wenn Schlucken zum Problem wird«. Patienten und Pflegende können sie kostenlos bei Fresenius Kabi bestellen: Tel.: 0 61 72/686 82 00; Fax: 0 61 72/686 82 39; E-Mail: kundenberatung@fresenius-kabi.de.



Quelle: Fresenius Kabi Deutschland GmbH

Hilfe für Laien und Fachpersonal

Demenz-Wissen aus der Praxis jetzt als Buch

Mehr als die Hälfte aller beruflichen Betreuer von Demenzpatienten verfügen über keine Fachdiplome und -ausbildungen und auch viele Angehörige, die Menschen mit Demenz zu Hause pflegen, haben nur beschränkt Zugang zum Wissen, das diese höchst anspruchsvolle Aufgabe voraussetzt. Der Bildungsordner »Demenz verstehen – Leitfaden für die Praxis« möchte einen Beitrag dazu leisten, das nötige Wissen zu verbreiten. Auf 400 Seiten vermittelt er das Know-how von 40 Fachleuten aus den verschiedensten Bereichen. Er richtet sich an Fachleute und Laien, die beruflich oder privat mit dem Thema Demenz in Kontakt kommen – sei es als Betreuende, Heimleiter, Hausärzte, Heimböche, Politiker, Angehörige, Therapeuten, Architekten, Raumpfleger usw. Das Fachbuch entstand in einer Zusammenarbeit der Sonnweid AG (Wetzikon) mit der SeneCura Gruppe (Wien) und der Senevita AG (Wabern) und mit freundlicher Unterstützung der Stiftung Sonnweid und der Stiftung Senevita. Bestellung und Information (CHF 89,- plus CHF 15,- Versandkosten): www.sonnweid.ch, campus@sonnweid.ch, Tel.: +41 (0) 79 643 62 76.

Quelle: Sonnweid AG

kurz berichtet...

Neue Faltbroschüre für MS-Patienten mit Blasenfunktionsstörungen

Für MS-Patienten, die erst seit kurzem an neurogenen Blasenentleerungsstörungen leiden und daher noch unsicher in der Anwendung des intermittierenden Selbstkatheterismus sind, gibt es ab sofort eine neue Faltbroschüre. Der scheckkartengroße Ratgeber eignet sich vor allem als Erinnerungstütze und für den Gebrauch unterwegs. In einer 10 Punkte umfassenden Anleitung mit farbigen Zeichnungen erfährt der Patient Schritt für Schritt, worauf bei der Selbstkatheterisierung zu achten ist. Ärzte, Kliniken und MS-Zentren haben die Möglichkeit, die Faltbroschüre unter 0800-7090490 oder info@publicare-gmbh.de kostenfrei für ihre Patienten anzufordern.

Quelle: Publicare GmbH

Pregabalin bei neuropathischem Schmerz

Auf kombinierten therapeutischen Nutzen setzen

Schmerz zählt neben Diabetes mellitus, kardiovaskulären und gastrointestinalen Erkrankungen zu den häufigsten Indikationen einer medikamentösen Therapie im Alter. Die Versorgungssituation stellt sich jedoch insbesondere bei den neuropathischen Schmerzkrankungen nach wie vor als schwierig dar: Fast die Hälfte der Patienten leiden länger als drei Jahre an ihren neuropathischen Schmerzen, deren Intensität in mehr als 70% der Fälle trotz Therapie als mäßig bis hoch angegeben wird.

Neuropathische Schmerzsyndrome gelten unter Medizinern als schwer diagnostizierbar und schlecht zu behandeln, erklärte Prof. Dr. Ralf Baron, Kiel, im Rahmen eines Symposiums auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie in Wiesbaden. Sie werden durch die Läsion bzw. Dysfunktion von peripheren Nerven bzw. zentralen Nervenbahnen verursacht und können z. B. als Folge eines Diabetes mellitus, einer Trigeminusneuralgie, eines Alkoholmissbrauchs oder einer HIV-Infektion auftreten. Problematisch bei Syndromen mit neuropathischer Komponente ist vor allem, dass viele der bei nozizep-

tiven Schmerzen üblicherweise eingesetzten Medikamente wie Tranquillizer, Analgetika oder nicht steroidale Antirheumatika hier wirkungslos sind oder – wie im Fall von Opioiden oder Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern – mit teils schweren Nebenwirkungen einhergehen können. Baron empfahl daher den Einsatz eines modernen, gut evaluierten Antikonvulsivums wie Pregabalin (Lyrica®). Die Substanz wird nicht von dem hepatischen Cytochrom-Enzymsystem metabolisiert und wirkt daher weder inhibierend noch induzierend auf die Verstoffwechslung anderer Therapeutika. Ein solch günstiges pharmako-

kinetisches Profil stellt insbesondere bei multimorbiden älteren Patienten einen deutlichen Vorteil dar.

Pregabalin zeigt darüber hinaus einen positiven Effekt auf die bei neuropathischen Syndromen so häufigen komorbiden Störungen, ergänzte Prof. Dr. med. Göran Hajak, Regensburg. Insbesondere Depressionen, Angst- und Schlafstörungen gehen oft in Form einer »somatopsychischen Tetraade« mit dem Schmerz einher. Wie eine Studie von Rosenstock et al. an Patienten mit diabetischer Polyneuropathie zeigte, konnte die Substanz durch ihre tiefschlafinduzierende Wirkung bereits nach einer Woche neben dem Schmerz auch die Schlafqualität signifikant verbessern [1]. Durch einen solchen kombinierten therapeutischen Nutzen lässt sich ein umfassender Behandlungserfolg erzielen, der nicht nur auf die Schmerzreduktion limitiert ist.

| Dr. med. Brigitte Bülow |

1. Rosenstock et al. Pain 2004; 110: 628-638.

Quelle: Symposium »Schmerz und Epilepsie haben viel gemeinsam« im Rahmen des DGN am 30. September 2011 in Wiesbaden. Veranstalter: Pfizer Deutschland GmbH

Diagnostik weiblicher Belastungsinkontinenz

Neues Fortbildungsmodul erhältlich

Die Diagnose »weibliche Belastungsinkontinenz« gehört zum urologischen und gynäkologischen Praxisalltag. Bei der Diagnosestellung helfen soll jetzt das neue Modul der Online-Fortbildungsreihe zu Yentreve®. Darin erklärt Dr. Gert Naumann, Mainz, welche Vorteile die Sonografie bei weiblicher Belastungsinkontinenz für Arzt und Patientin bietet.

Im Verlauf der Online-Fortbildung, die über die Yentreve-Homepage (www.Yentreve.de) erreichbar ist, begleitet der Nutzer die Behandlung einer virtuellen Patientin. Sechs Monate nach der Geburt ihres zweiten Kindes leidet sie unter unwillkürlichem Harnverlust beim Husten, Niesen oder Lachen. Eine Ultraschalluntersuchung soll Klarheit über die Symptome bringen.

Der Teilnehmer der Fortbildung erhält anhand von Graphiken und pointierten Übersichten einen Überblick über die Vorteile der Sonogra-

phie. Dr. Naumann untermauert diese Erläuterungen in Videosequenzen mit seiner klinischen Erfahrung. Dabei geht er u. a. darauf ein, welche Formen der Sonographie geeignet sind, um die Ursachen der Belastungsinkontinenz zu identifizieren. Das Wissen, das die Teilnehmer im Verlauf der Fortbildung sammeln konnten, kann anschließend interaktiv gefestigt werden.

Quelle: Lilly Deutschland GmbH

kurz berichtet...

Jetzt bewerben für SilverStar Förderpreis 2012

Auch in diesem Jahr wird der mit 25.000 € dotierte SilverStar Förderpreis der BERLIN-CHEMIE AG verliehen. Mit dem Preis werden Projekte oder Initiativen gefördert, die zu einer besseren Versorgung älterer Menschen mit Diabetes beitragen. Bewerben können sich bis zum 30. Juni alle, die sich getreu dem Motto »Aktiv für ältere Patienten« engagieren – von Ärzten, Pflegekräften oder Apothekern bis hin zu Angehörigen, Freunden, Nachbarn oder selbst Betroffenen.

Alle Informationen zum Förderpreis, zu den bisherigen Gewinnern sowie die Bewerbungsunterlagen für 2012 stehen unter www.silverstar-preis.de zur Verfügung.

Quelle: BERLIN-CHEMIE AG