

Aut-idem bei Alzheimer-Demenz

Axura®: Mehr Verordnungssicherheit, höhere Wirtschaftlichkeit und Regresschutz für Ärzte – klinische und praktische Vorteile für Patienten

Die Aut-idem-Regelung und der Abschluss von Rabattverträgen führen immer wieder zur Verwirrung beim Ausstellen von Rezepten. Im nachfolgenden Beitrag erfahren Sie, was Ärzte bei der Verordnung von Memantine (z. B. Axura®) wissen und Apotheker künftig bei der Abgabe beachten müssen.

Um die Compliance hinsichtlich der Medikamenteneinnahme auch bei fortschreitender Alzheimer-Demenz-Erkrankung zu gewährleisten, ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient sowie seinen betreuenden Angehörigen unumgänglich. Gerade der Alzheimerpatient, bei dem kognitive oder die Geschicklichkeit betreffende Probleme progredient zunehmen, sieht sich mit einem ausgetauschten Präparat, das üblicherweise eine andere Farbe, Form und Teilbarkeit besitzt, überfordert. Teilweise muss dann noch eine neue Einnahmever-schrift beachtet werden oder die Applikationsart ändert sich. Auch der neue Handelsname verunsichert vor allem Senioren. Non-Compliance sowie Verwechslungen und Fehlmedikationen können daraus resultieren.

Rabattverträge über Axura® für 48,5 Mio. GKV-Versicherte

Axura® ist bei zahlreichen Krankenkassen rabattiert – aktuell werden ca. 48,5 Mio. GKV-Versicherte über diese Rabattverträge abgedeckt. Liegt für Axura® bei einer Krankenkasse ein Rabattvertrag vor, so ist es vorrangig vor nicht rabattierten Alternativpräparaten abzugeben. Dies gilt auch im Verhältnis zu Importen. Dies bedeutet, dass das rabattierte Axura®-Original auch dann abgegeben werden muss, wenn ein Import verordnet ist. Selbst wenn ein Axura®-Import mit Aut-idem-Kreuz verordnet ist, muss das rabattierte Axura®-Original abgegeben werden, da das Aut-idem-Kreuz zwar den Austausch gegen wirkstoffgleiche Arzneimittel (wie z. B. Generika) verhindert, nicht aber den Austausch zwischen identischen Präparaten (Import im Vergleich zum Bezugsoriginal).

Durch das Ankreuzen des Aut-idem-Feldes können aber die ärztliche Kompetenz und die Verantwortung für die Therapie bewahrt und gestärkt werden.

Aut idem-Kreuz spart Leid und Kosten

Die Alzheimer-Demenz-Therapie verlangt Kontinuität. Setzt ein Patient wegen des Wechsels auf ein wirkstoffgleiches preisgünstigeres Präparat die bisherige Therapie ab, kann dies die ganzen vorher erarbeiteten Therapieerfolge in Frage stellen. Daher verschärfen Therapieumstellungen auf verfügbare und vor allem rabattierte Generika die Problematik der Compliance eventuell noch. Bei Memantine (z.B. Axura®) wird die Versorgung der Patienten in vielen Fällen deshalb bereits durch Rabattverträge abgesichert, da das Rabattarzneimittel bei Zulassen von Aut idem vorrangig vor nicht rabattierten Alternativen abzugeben ist. Aktuell bestehen für den Wirkstoff Rabattverträge für etwa 48,5 Millionen GKV-Versicherte (ca. 70% aller GKV-Versicherten). Eine Übersicht über die Krankenkassen, bei denen zurzeit Rabattverträge zu Original-Präparaten vorliegen, finden Sie im Internet unter www.DeutschesApothekenPortal.de.

Keine Substitution bei guter Einstellung: Setzen Sie das Kreuz für gewohnte Qualität

Lässt ein Arzt beim Ausstellen des Rezeptes Aut idem zu, kann es nun dazu kommen, dass ein vom Arzt verordnetes nicht rabattiertes Präparat durch ein alternatives Arzneimittel, über das die Krankenkasse einen Rabattvertrag abgeschlossen hat, ausgetauscht werden muss. Ein von der

Apothekensoftware vorgeschlagener Austausch des verschriebenen Präparates kann aber durch den Arzt durch Setzen des Aut-idem-Kreuzes verhindert werden. Hierzu kann die Arzneiverordnungssoftware seit dem 1. Juli 2012 ein vom Arzt medizinisch begründet gesetztes Aut-idem-Kreuz in der Patientenhistorie speichern.

Quelle: Merz Pharmaceuticals GmbH

Kampagne zur Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern

»Sign Against Stroke in Atrial Fibrillation«

Vorhofflimmern (VHF) ist die häufigste Herzrhythmusstörung und zeichnet allein in Deutschland für rund 40.000 Schlaganfälle pro Jahr verantwortlich. Durch VHF verursachte Schlaganfälle verlaufen besonders schwer und führen häufig zu relevanten bleibenden Behinderungen oder sogar zum Tod des Patienten.

Um auf die Bedeutung des VHF als Risikofaktor aufmerksam zu machen, aber auch als Appell an Politiker sowie an Leistungs- und Kostenträger im Gesundheitswesen, sammelt eine von nationalen und internationalen medizinischen Fachgesellschaften und Patientenorganisationen initiierte Kampagne auf der Webseite »www.signagainststroke.org« (in Deutschland: »www.dein-name-gegen-den-schlaganfall.de«) Unterschriften von Unterstützern. Forderungen der Patientencharta sind u. a.

- Informations- und Aufklärungskampagnen,
- die Etablierung eines nationalen Schlaganfallregisters sowie
- die konsequente Umsetzung anerkannter Leitlinien für die Diagnostik und Therapie von VHF.

Dies beinhaltet – bei Vorliegen weiterer Risikofaktoren – auch die konsequente Antikoagulation zur Schlaganfallprophylaxe. Moderne orale Wirkstoffe stellen hier nach Prof. Dr. Erland Erdmann, Köln, einen wesentlichen Fortschritt dar, da Routinekontrollen der Blutgerinnung nicht erforderlich sind und weniger Interaktionen mit anderen Arzneimitteln und Nahrungsmitteln zu beachten sind. |BB|

Quelle: Rathausgespräche: Dialog Schlaganfall. Vorstellung der weitesten Patienten-Charta »Sign Against Stroke in Atrial Fibrillation«, Düsseldorf 27.06.12. Veranstalter: Bayer HealthCare Deutschland

Bundesweite Aufklärungsaktion »Warnzeichen Vergesslichkeit«

Subjektive Gedächtnisstörungen ernst nehmen

Subjektive Gedächtnisstörungen (SMI), also die Wahrnehmung einer zunehmenden Gedächtnisverschlechterung, die sich in Gedächtnistests noch nicht nachweisen lässt, können ein erster Hinweis auf eine später auftretende Alzheimer-Krankheit sein.

Leichte kognitive Störungen (mild cognitive impairment, MCI) sind Vorläufer einer Demenz, wenn Marker im Liquor oder in der Bildgebung auf die Alzheimer Krankheit (AD) hinweisen. Subjektive Gedächtnisstörungen bei normaler Testleistung (subjective memory impairment, SMI) wurden bisher nicht als Risikofaktor gewertet. Studien mit biologischen Markern (Bildgebung, Liquor) hätten allerdings in den letzten Jahren gezeigt, dass bei Personen mit SMI überzufällig häufig Hinweise für da Vorliegen einer AD bestehen, sagte Prof. Dr. Frank Jessen,

Bonn. In einer großen Beobachtungsstudie mit mehr als 3.000 Hausarzt-Patienten im Alter von mindestens 75 Jahren [1] hatten laut Jessen Personen mit SMI sogar ein sechsfach erhöhtes Erkrankungsrisiko. Dieses war besonders groß, wenn sich die Personen Sorgen über ihr Gedächtnis machten. SMI wird von Experten daher in einem Positionspapier als ein signifikanter Risikoindikator für eine spätere Alzheimer-Demenz beschrieben [2].

Aktiv gegen Gedächtnisstörungen

Frühzeitiges Erkennen und Handeln bietet die Chance, das weitere Nachlassen des Gedächtnisses zu verzögern, sagte der Allgemeinmediziner Helmut Wabert, Würzburg. Es gelte daher, bei älteren Patienten (über 65 Jahre) die beiden folgenden Fragen in die Alltagspraxis einzuführen: »Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Gedächtnis schlechter geworden ist?« und bei positiver Rückmeldung »Macht Ihnen das Sorgen?« Durch einfache Screeningverfahren (TFDD, MMST, Uhrentest) könnten dann bereits vom Hausarzt deutliche kognitive Störungen ausgeschlossen bzw. der Patient bei auffälligem Ergebnis an eine Gedächtnisambulanz weitergeleitet werden.

Wichtige Maßnahme zur Verminde- rung der Risikofaktoren für eine weitere Verschlechterung der geisti-

gen Leistungsfähigkeit ist eine Änderung des Lebensstils, betonte PD Dr. Martin Haupt, Düsseldorf. Dazu gehören Ausdauertraining, mediterrane Kost und der Verzicht auf das Rauchen. Auch tägliches Gedächtnistraining und das Pflegen sozialer Kontakte wirken sich günstig auf die Gedächtnisleistung aus. Gegebenenfalls müssten Risikofaktoren wie Hypercholesterinämie/Hyperlipoproteinämie, Hypertonus, Diabetes mellitus medikamentös angegangen werden.

Antidementiva sind erst im Stadium der manifesten AD einsetzbar. Der Ginkgo-Spezialextrakt EGb 761® wurde in einer großen französischen Studie mit 2.854 SMI-Patienten über 70 Jahren untersucht. In einer Subgruppe von Personen, die länger als vier Jahre behandelt wurden, wurde das AD-Risiko signifikant reduziert [3]. |BB|

Phase-III-Studie PiviCog-PD

Unter Piribedil verbesserte Vigilanz und Motorik

Die Umstellung von den Non-Ergot-Dopaminagonisten Pramipexol und Ropinirol auf den noradrenergen Non-Ergot-Dopaminagonisten Piribedil (Clarium®) verbesserte in einer klinischen Vergleichsstudie verschiedene Parameter der Aufmerksamkeit und Beweglichkeit.

Non-Ergot-Dopaminagonisten (DA) können als sicherheitsrelevante Nebenwirkungen zu Tagesmüdigkeit und Schlafattacken führen. Der Non-Ergot-DA Piribedil (Clarium®) weist neben einem dopaminergen auch einen noradrenergen α 2-antagonistischen Effekt auf, der für einen vergleichsweise besseren Einfluss der Substanz auf Vigilanz und Kognition verantwortlich sein soll.

Eine klinische Phase-III-Vergleichsstudie mit den Non-Ergot-DA Ropinirol und Pramipexol unter der Leitung von PD Dr. Karla Eggert, Marburg, überprüfte diese Fragestellung an 80 Patienten zwischen 35 und 80 Jahren, die entweder auf Ropinirol oder Pramipexol eingestellt waren und einen Epworth Sleepiness Scale (ESS)-Wert ≥ 11 hatten. 44 Patienten wurden auf Piribedil (im Median 200 mg) umgestellt, der Beobachtungszeitraum betrug 11 Wochen. Die neuropsychologische Auswertung erfolgte Untersucher-verblindet.

Piribedil erhöhte die Vigilanz bei Parkinsonpatienten im Vergleich zu Ropinirol/Pramipexol (weniger Auslassungen im TAP-Test, ESS-Reduktion um durchschnittlich 4 Punkte in der Piribedil-Gruppe vs. 2 in der Vergleichsgruppe, $p=0,1$). Auch im Bereich von Mobilität und Kommunikation (PDQ-39) sowie der Motorik (UPDRS III) kam es zu positiven Veränderungen. Die Umstellung wurde gut vertragen. |BB|

Quelle: Pressekonferenz »Clare Fakten: Vigilanz und Kognition bei Morbus Parkinson – Ergebnisse der PiviCog-Studie« am 25.04.12 in Frankfurt, Veranstalter: Destin Arzneimittel GmbH

1. Jessen F et al.: Prediction of dementia by subjective memory impairment: effects of severity and temporal association with cognitive impairment. Arch Gen Psychiatry 2010;67(4):414-422 und Jessen F et al.: Prediction of Dementia in Primary Care Patients. 2011 PLoS ONE 6 (2): e16852. doi:10.1371/journal.pone.0016852.
2. Haupt M et al.: Subjektive Gedächtnisstörungen. Ein Aufruf zum aktiven Management älterer Patienten, die in der ärztlichen Praxis über nachlassende Gedächtnisleistung klagen. Neurotransmitter 2012, Juni, Nr. 6, Beilage KR 1901.
3. Vellas B et al. Results of Guidage – A 5-year placebo-controlled study on the efficacy of EGb 761® 120 mg to prevent or delay Alzheimer's dementia onset in elderly subjects with memory complaint. J Nutr 2010; 14(S2): S23

Pressekonferenz »Subjektive Gedächtnisstörungen als erstes Anzeichen der Alzheimer-Krankheit: Neues Positionspapier fordert aktives ärztliches Handeln bei Gedächtnislagen« am 19.6.2012 in Frankfurt. Veranstalter: Dr. Willmar Schwabe GmbH

Aktion »Warnzeichen Vergesslichkeit« klärt auf

Um für die frühen Warnzeichen eines stetig nachlassenden Gedächtnisses zu sensibilisieren, initiiert das Institut für gesundes Altern (IGESA) in Kooperation mit der Gesellschaft für Gehirntraining (GfG) und dem Fachverlag Springer Medizin mit Unterstützung von Tebonin® jetzt die bundesweite Aufklärungsaktion »Warnzeichen Vergesslichkeit«. Unter dem Motto »Handeln bei Gedächtnisstörungen im Alter« klärt die Aktion über frühe Symptome auf, ermutigt Betroffene zum Arztbesuch und zeigt Handlungsoptionen auf. In zehn Städten informieren Ärzte und Apotheker über Ursachen für Vergesslichkeit, frühe Warnsignale für eine spätere Erkrankung und beraten, wie geistige Fitness erhalten werden kann. Weitere Informationen finden sich auf www.warnzeichen-vergesslichkeit.de.

Die Aktionswochen finden vom 8. Oktober bis zum 17. November 2012 statt in: Wiesbaden, Kassel, Darmstadt, Bonn, Wuppertal, Bielefeld, Karlsruhe, Freiburg, Augsburg, Regensburg

Interview mit Prof. Dr. med. Hans-Dieter Allescher,
Chefarzt der Gastroenterologie im Klinikum Garmisch-Partenkirchen



Obstipation: Ultima-ratio-Tipps

Wie häufig sehen Sie chronische

Obstipation in Ihrer Klinik?

Chronische Obstipation ist klar definiert. Es bedeutet, dass Symptome mindestens drei Monate über deutlich längere Zeiträume und Jahre bestehen. Im gastroenterologischen Alltag sehen wir dieses Problem sehr häufig. In der Klinik beträgt der Anteil von Obstipation um die 5%. In der Ambulanz würde ich das mit 10% beziffern.

Wie gehen Sie dann vor und wie redet man über dieses Tabuthema mit den Patienten?

In der Praxis ist es für die meisten Patienten kein Tabuthema. Sie können und sollen ihre Probleme schildern und man muss auch gezielt nachfragen. Die Anamnese bringt bei der Obstipation sehr wichtige Informationen.

Man befragt die Patienten zunächst nach ihren Stuhlgewohnheiten, wie oft sie Stuhlgang haben, welche Konsistenz der Stuhlgang aufweist, ob und welche Medikamente sie einnehmen und welche Maßnahmen sie durchführen, um den Stuhlgang zu induzieren. Dann merkt man schnell, wie unterschiedlich die Auffassungen darüber sind, was Obstipation wirklich heißt. Viele klagen über einen harten Stuhlgang, aber eigentlich in einer akzeptablen Häufigkeit, während andere wiederum, wenn sie keine Abführmaßnahmen einleiten, wochenlang keinen Stuhlgang haben.

Gerade gestern berichtete mir eine Patientin, dass ihr ohne abführende Medikation über zwei Wochen kein Stuhlgang möglich ist. Sie nimmt zum Teil gigantisch hohe Dosen von Abführmitteln ein, um einen Effekt zu erzielen. Als Erfolg wertet sie schon einen Stuhlgang alle drei Tage. Ihre Erkrankung ist aber eine schwere und sehr seltene Form einer neuronalen Form der intestinalen Pseudoobstruktion, also schwerer Motilitätsstörungen.

Wie geht die Diagnostik weiter?

Die Anamnese ist der erste und wichtigste Schritt der Diagnostik, der zweite Schritt ist ein Stuhl- und Ernährungstagebuch. Damit bekomme ich einen Eindruck, wie oft wirklich Stuhlentleerungen auftreten und welche Ernährungsgewohnheiten die Patienten haben. Das gibt einem weitere wichtige Hinweise für die Genese und den Therapiebedarf der Patienten. Eine verpflichtende Voraussetzung für eine gute Diagnostik ist natürlich, dass die Patienten bereits endoskopiert sind. Dies ist in der Regel bereits erfolgt.

Treten Diskrepanzen zwischen dem auf, was die Patienten sagen und aufschreiben, führen wir als nächsten Schritt einen Hinton-Test durch. Dabei nimmt der Patient über sechs Tage Kapseln ein, und am siebten Tag wird eine Röntgenaufnahme gemacht, um zu sehen, wie viele von den Kapseln noch im Darm liegen. Auf diese Weise lässt sich ermitteln, ob die Angaben der Patienten auch verifizierbar sind. Häufig trifft man Patienten, die zwar sagen, sie haben keine Stuhlentleerung über eine Woche, aber nach dem Hinton-Test findet man doch keinen einzigen Marker mehr im Darm.

Wie macht man therapeutisch weiter?

Zeigt der Hinton-Test beispielsweise eine »slow transit constipation«, also einen Hinweis für eine träge Darmmotilität, erfragen wir, wie sich unsere Patientin ernährt und ob sie über weitere Beschwerden wie beispielsweise Krämpfe Blähungen etc. klagt. Dann sprechen wir aktiv das Thema Toilettentraining an und raten den Patienten, etwa eine halbe Stunde nach dem Frühstück fürs stille Örtchen fest einzuplanen.

Darüber hinaus ist es wichtig zu erfahren, wie viele medikamentöse Abführversuche bereits unternommen worden sind. Oft haben Patienten

das gesamte Repertoire an abführenden Medikamenten bereits ausprobiert und sind damit nicht zum gewünschten Therapieerfolg gekommen. Neben der Ernährungsberatung ist jedoch oft auch eine medikamentöse Therapie sinnvoll. Meine persönliche Startmedikation ist Bisacodyl und Natriumpicosulfat in Kombination mit einem Macrogol-Präparat. Damit beginne ich, wenn jemand noch nichts eingenommen hat.

Hat jemand erfolglos alles ausprobiert, ist bei uns der nächste Schritt bei Frauen als Therapieversuch Prucaloprid in der Dosierung von 2mg pro Tag. Wenn das auch nichts hilft, geben wir eine Kombination von Flohsamen plus Natrium-Picosulfat plus Macrogol plus Prucaloprid. Absolut hoffnungslose Fälle erhalten bei uns dreimal pro Tag Neostigmin subkutan. Das ist ein Verstärker der Acetylcholin-Wirkung. Sollte das wieder nicht zum gewünschten Erfolg führen, verordne ich in extremen Ausnahmefällen auch alternative Medikamente wie z. B. Lubiproston.

Wenn ich bei der Obstipation ein Probiotikum in Erwägung ziehe, so verwende ich neben Mutaflor und Paidoflor gerne VSL#3, vor allem, wenn die Patienten Blähungen haben.

Wie gehen Sie mit Adipositas und Typ-2-Diabetes bei Obstipation um?

Diese Patientengruppen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Obstipation. Bei den adipösen Patienten sollte man ggf. die Dosis steigern. Grundsätzlich ist die Therapie bei diesen Patienten nicht unterschiedlich. Hier ist die allgemeine körperliche Aktivierung oft ein zusätzlicher und wirkungsvoller Bestandteil der Therapie.

Das Interview führte Dr. med. Nana Mosler.