

ausschreibung

Bewerbung für Hannelore Kohl Förderpreis 2014 noch möglich

Die Ausschreibung des mit 10.000 Euro dotierten Hannelore Kohl Förderpreises 2014 hat begonnen. Den Förderpreis vergibt die ZNS - Hannelore Kohl Stiftung alle zwei Jahre für eine Publikation von hoher wissenschaftlicher Qualität als Auszeichnung für hervorragende Leistungen des wissenschaftlichen Nachwuchses zu den Schwerpunktthemen diagnostische und therapeutische Verfahren in der Neurorehabilitation Schädelhirnverletzter, Prävention von Schädelhirnverletzungen und Versorgungsforschung zur Lage von Menschen mit Schädelhirntraumen. Erstmals werden in diesem Jahr Originalarbeiten aus den Bereichen der klinischen und experimentellen Forschung und Entwicklung gleichermaßen berücksichtigt.

Neben der Bewerbung und einem Lebenslauf sind acht Exemplare der Arbeit in Form eines Buchbeitrages, Publikation, Dissertations- oder Habilitationsschrift ggf. auch Buch einzureichen. Für in englischer Sprache verfasste Arbeiten sollte eine deutsche Zusammenfassung beigelegt werden. Die Arbeiten dürfen bei der Einreichung nicht älter als zwei Jahre sein und weder anderweitig schon ausgezeichnet noch für eine Preisvergabe eingereicht worden sein. Die **Ausschreibungsfrist endet am 31. März 2014**. Weitere Informationen findet man unter: http://www.hannelore-kohl-stiftung.de/foerderpreis/ausschreibung_2014/

red.

Quelle: Die ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

preise

Kramer-Pollnow-Preis

Günstige Hirnreifungseffekte unter Stimulanzien-gabe bei ADHS

Zum zehnten Mal verlieh das Komitee des Kramer-Pollnow-Forschungspreises die Auszeichnung für Störungsbilder im Bereich der biologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Prof. Dr. Katya Rubia, Institute of Psychiatry, London, wurde der Preis in Köln für die Ergebnisse von zwei Metaanalysen zum Einfluss von Stimulanzien auf die neuropsychologische Leistungsfähigkeit bei ADHS-Pati-

enten verliehen. Der Preis wurde erstmals europaweit ausgeschrieben und ist mit 6.000 Euro dotiert.

Die international anerkannte Forscherin deutscher Abstammung lieferte in einer Meta-Analyse zur strukturellen Kernspintomographie Ergebnisse, die zeigen, dass eine Stimulanzien-gabe bei ADHS-Patienten eine Vergrößerung und damit Normalisierung der Basalganglien-Volumina unterstütze. Die Basalganglien liegen in jeder Gehirnhälfte unterhalb der Großhirnrinde und haben eine große Bedeutung für motorische und kognitive Regelungen.

Auch die zweite Metaanalyse weist auf Effekte einer Stimulanzien-gabe auf die funktionellen Netzwerke im Gehirn hin. Zudem zeigten sich hinsichtlich des Alterseffektes Auffälligkeiten bei Kindern in den motorischen Arealen und bei Erwachsenen in den kognitiven Arealen. Diese Ergebnisse basieren auf dem Verfahren der funktionellen Magnetresonanztomographie, abgekürzt fMRT (englisch fMRI für *functional Magnetic Resonance Imaging*). Beide Analysen weisen auf „Hirnreifungseffekte“ während einer Stimulanzien-gabe von sechs Monaten bis drei Jahren hin. Die Arbeiten von Rubia überzeugten die Jury durch ihre Methodik und ihre Relevanz für den klinischen Alltag.

Der von der MEDICE Arzneimittel-Pütter GmbH unterstützte Kramer-Pollnow-Forschungspreis wird alle zwei Jahre für besondere wissenschaftliche Leistungen in der klinischen Forschung zur biologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, vor allem für die Erforschung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), vergeben. Namensgeber für den Preis sind die beiden berühmten Nervenärzte F. Kramer und H. Pollnow (beide Jahrgang 1878) der Psychiatrischen und Nervenambulanz der Charité in Berlin, die zur Zeit Bonhoefer's für die dortige Kinderstation verantwortlich waren.

bvrh

Quelle: MEDICE Arzneimittel

news

Behandlung von Major Depression bei Erwachsenen

Europäische Zulassung für Brintellix®

Lundbeck hat die Europäische Marktzulassung für Brintellix® (Wirkstoff Vortioxetin) zur Behandlung von Episoden einer Major Depression bei Erwachsenen erhalten. Die Zulassung basiert auf der positiven Bewertung eines umfangrei-

chen klinischen Studienpakets und folgt damit der erfolgreichen Zulassung der FDA im September 2013.

Brintellix® wurde in einem umfangreichen globalen Studienprogramm an mehr als 7.000 Patienten untersucht. In 12 plazebokontrollierten Kurzzeitstudien (6 bis 8 Wochen) wurden etwa 4.000 Patienten mit einer akuten Episode einer Major Depression mit Brintellix® behandelt. In neun dieser 12 Studien konnte sich Brintellix® statistisch signifikant im Vergleich zum Placebo abgrenzen. Die Symptome der Depression wurden mittels der Montgomery-Åsberg Depressionsskala (MADRS) oder der Hamilton-Depressions-Skala (HAM-D24) bewertet. Zusätzlich wurden signifikante Effekte in Response und Remissionsraten erzielt sowie in der Verbesserung des klinischen Gesamteindrucks (Clinical Global Impression – Global Improvement Score, CGI) beobachtet.

In einer 24- bis 64-wöchigen Rückfallpräventionsstudie konnte zudem der Langzeiteffekt von Brintellix® gezeigt werden. Die Behandlung mit Brintellix® führt im Vergleich zu Placebo zu einer statistisch signifikanten längeren krankheitsfreien Zeit und reduziert das Risiko eines Rezidivs um die Hälfte.

Der neuartige Wirkmechanismus von Vortioxetin vereint zwei komplementäre pharmakologische Wirkweisen: die Inhibition des Serotonin (5-HT) Transporters und die direkte Modulation der komplexen serotonergen Rezeptoraktivität. Präklinische Daten weisen darauf hin, dass Vortioxetin antagonistisch an den 5-HT₃-, 5-HT₇-, und 5-HT_{1D}-Rezeptoren, partiell agonistisch am 5-HT_{1B}-Rezeptor, agonistisch am 5-HT_{1A}-Rezeptor wirkt und Inhibitor des 5-HT-Transporters ist. Präklinische Studien haben zudem in vivo gezeigt, dass Brintellix® die neuronale Feuerungsrate und Neurotransmitterfreisetzung in verschiedenen wichtigen Systemen moduliert, welches zu erhöhten Spiegeln von Serotonin, Noradrenalin, Dopamin, Acetylcholin und Histamin sowie zu einer Reduktion von GABA und zu einer Erhöhung von Glutamat in spezifischen Gehirnarealen führt. Dieses multimodale pharmakologische Profil von Brintellix® wird für die antidepressiven Effekte und die Hinweise zur Verbesserung der kognitiven Leistung im Rahmen der depressiven Episode, dem Lernen und Erinnern, verantwortlich gemacht.

Die Zulassung von Brintellix® ist in allen 28 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, sowie in Island, Lichtenstein und Norwegen rechtskräftig. Die Markteinführung von Brintellix® in den ersten Ländern wird aufgrund der laufenden Diskussion um Erstattungs- und Preisfestsetzung im zweiten Halbjahr von 2014 erwartet.

rbc

Quelle: Lundbeck

So kann die Rezidivprophylaxe gelingen

Schizophrenie-Patienten langfristig vor Rezidiven zu schützen, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, den psychosozialen Funktionsstatus wiederherzustellen und die Lebensqualität zu verbessern, sind wesentliche Ziele der Langzeittherapie. Mit den verfügbaren Antipsychotika wie Aripiprazol (Abilify®) lässt sich schon viel erreichen, oftmals reichen diese alleine aber nicht aus. Bereits innerhalb weniger Monate nach der ersten schizophrenen Episode erleiden viele Patienten einen Rückfall. Wesentliche Ursachen sind Unterbrechungen der antipsychotischen Therapie. Internationale Psychiater beleuchteten verschiedene Möglichkeiten, die Therapiekontinuität zu verbessern und somit die Rezidivrate zu verringern. Die Experten sind sich einig: Die Adhärenz-Sicherstellung lässt sich nur durch eine Verknüpfung unterschiedlicher Strategien erreichen. Dazu zählen Psychoedukation, die Festigung der therapeutischen Allianz und der Einsatz gut verträglicher Antipsychotika wie auch langwirksamer injizierbarer Formulierungen der zweiten Generation.

Die Prävention von Rückfällen ist von hoher prognostischer Relevanz. Denn mit jeder neuen psychotischen Episode verschlechtert sich der Krankheitsverlauf. Das Risiko für eine erneute Hospitalisierung und für die Entwicklung einer Behandlungsresistenz steigt und die Chance auf Wiederherstellung des vorherigen Funktionsniveaus sinkt. Zugleich sind Rezidive mit einer erhöhten Belastung für die Angehörigen und das Gesundheitssystem verbunden.

Schon nach der ersten schizophrenen Episode bestehe ein sehr hohes Rezidivrisiko, berichtete Prof. Dr. John M. Kane, Glen Oaks/USA: Im ersten Jahr entwickeln 16% der Patienten einen Rückfall, und nach fünf Jahren steigt die Rezidivrate auf 82%. Ein Therapieabbruch erhöht das Risiko um das 5-Fache. Aber nicht nur das vollständige Absetzen der Antipsychotika hat gravierende Folgen für das Outcome von Schizophrenie-Patienten, sondern auch eine vorübergehende Unterbrechung der Medikamenteneinnahme – ein Aspekt, der von vielen Patienten, aber auch von einigen Psychiatern unterschätzt werde, kritisierte Kane. Studiendaten belegen, dass eine kurze Behandlungspause von ein bis zehn Tagen das Risiko für eine Krankenhauseinweisung verdoppelt (Odds Ratio 1,98). Eine vierwöchige Unterbrechung erhöhe dieses Risiko sogar um das 4-Fache (OR 3,96).

Von einer von manchen Ärzten und Patienten präferierten intermittierenden antipsychotischen Therapie riet Kane dringend ab. Um Rezidive und die damit verbundene Verschlechterung des

Krankheitsverlaufs zu vermeiden, sollte bei allen Patienten eine kontinuierliche Behandlung mit Neuroleptika und eine möglichst hohe Therapietreue sichergestellt werden.

Die Adhärenz sei der Schlüssel zur Verbesserung des Outcomes schizophrener Patienten und eine der größten Herausforderungen für den Psychiater, konstatierte Prof. Dr. Fernando Cañas, Madrid/Spainien. Non-Adhärenz und unzureichende Adhärenz sei zwar ein generelles Problem bei chronisch Kranken, werde aber bei Patienten mit Schizophrenie durch die krankheitsspezifischen neurobiologischen Veränderungen im Gehirn noch einmal deutlich verschärft. So werden die Verluste an grauer Substanz in temporalen und parietalen Gehirnregionen mit der für schizophrene Patienten charakteristischen mangelnden Krankheitseinsicht in Verbindung gebracht. Zusätzlich können Negativsymptome der Schizophrenie wie Mangel an Motivation und Initiative sowie die Nebenwirkungen der Medikation eine kontinuierliche Einnahme von Neuroleptika gefährden.

Eine vertrauensvolle therapeutische Allianz, Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie und die Einbeziehung der Angehörigen können dazu beitragen, dem Patienten Krankheitseinsicht zu vermitteln und seine Therapieadhärenz zu unterstützen. Schon bei der ersten schizophrenen Episode wirkt sich eine gute Arzt-Patienten-Beziehung nachweislich positiv auf die langfristige Adhärenz für die Erhaltungstherapie aus. All diese Maßnahmen zur Adhärenzverbesserung sind zwar wichtig, reichen aber nach Auffassung von Cañas alleine nicht aus: „Wir benötigen noch bessere Medikamente, und wir müssen die Therapieregimes vereinfachen.“ Eine Möglichkeit sei der Einsatz langwirksamer injizierbarer (LAI) Antipsychotika der zweiten Generation.

Viele Psychiater setzen LAI-Antipsychotika erst dann ein, wenn der Patient wegen Non-Adhärenz bereits mehrere schizophrene Episoden erlitten hat, bemängelte der Experte. Ein Umdenken und eine bessere Aufklärung von Ärzten und Patienten in Bezug auf das therapeutische Potenzial der LAI-Antipsychotika der zweiten Generation können die Adhärenz und damit die Prognose der Patienten verbessern. Wichtig ist laut Cañas, dass den Patienten die Vorteile einer kontinuierlichen Therapie mit LAI-Antipsychotika erklärt werden. Dann sei mit einer hohen Akzeptanz dieser Therapieform zu rechnen.

In einer Erhebung bei 206 Schizophrenie-Patienten, die mindestens drei Monate LAI-Antipsychotika erhalten hatten, gaben 67% der Befragten an, sich besser zu fühlen, 51% hielten die LAI-Antipsychotika für effektiver als andere Therapien, 70% fühlten sich durch den regelmäßigen Kontakt mit ihrem Arzt im Umgang mit ihrer Erkrankung besser unterstützt, und 49% der Patienten entwickelten wieder Zukunfts- und insbesondere Berufspläne. LAI-Antipsycho-

tika der zweiten Generation beheben die Unsicherheit in Bezug auf eine mögliche Non-Adhärenz und sind eine wertvolle Therapieoption für Patienten mit Schizophrenie, ergänzte Prof. Dr. Christoph Correll, Glen Oaks/USA.

bvrh

Quelle: Satellitensymposium „Schizophrenia – long-term treatment and protecting what's important“ der Firmen Lundbeck und Otsuka Pharmaceutical Co. im Rahmen des ECNP-Kongresses in Barcelona

Neue Wege aus der Depression

deprexis®-Studien bestätigen die Wirksamkeit des Online-Programms

Das Internetzeitalter ermöglicht neue Wege zur Vermittlung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Übungen und Informationen. Online-Programme können ebenso wie eine Pharmakotherapie, die Behandlung von Patienten mit unipolarer Depression oder depressiver Verstimmung sinnvoll ergänzen, wie verschiedene klinische Studien bestätigen. Das CE-zertifizierte Online-Programm deprexis® hat in umfassenden Studien seine Wirksamkeit belegt.

So wurde in einer randomisierten Validierungsstudie die Wirksamkeit des Programms bei Patienten mit selbstgerichteter Depression über neun Wochen untersucht. Die depressive Symptomatik wurde primär mit dem Beck'schen Depressionsinventar kontrolliert. Insgesamt wurden knapp 400 Patienten in die Studie eingeschlossen, von denen nach Randomisierung 80 % direkten Zugang zum Programm hatten und die restlichen als Vergleichsgruppe zunächst neun Wochen auf einer Warteliste standen und danach erst das Programm anwendeten. Die Nachbeobachtungsphase ging über sechs Monate. Bei den Studienteilnehmern, die deprexis® ohne Wartezeit anwendeten, verbesserten sich die depressiven Symptome nach der Nutzung signifikant gegenüber der Wartekontrollgruppe. Der BDI sank von im Mittel 29 vor Beginn auf unter 20, nahm bis Woche 18 noch weiter ab und blieb dann über sechs Monate konstant. Ähnliche Verbesserungen zeigten sich bei der Kontrollgruppe, nachdem sie Zugang zum Programm erhielt. deprexis® wurde von 80 Prozent der Teilnehmer als nützlich und hilfreich bewertet.

Ein weiterer randomisierter kontrollierter Vergleich bei ungestützter (n=25) vs. gestützter Anwendung (n=25) bzw. Kontrollgruppe (n=26) bei insgesamt 76 Patienten mit Major Depression oder Dysthymie gemäß DSM-IV über zehn Wochen ergab für beide Patientengruppen eine signifikante und anhaltende Verbesserung der depressiven Symptomatik im Vergleich zur Kontrollgruppe – hier gemessen mit dem BDI-II – die Effekte waren über mindestens sechs Monate anhaltend. Ebenfalls ging die Ver-

besserung interpersoneller Probleme anhand des Inventory of Interpersonal Problems und die Veränderung der Lebensqualität, gemessen mit dem von der WHO entwickelten Quality of Life-Kurzfragebogens, in die Wirksamkeitsanalyse mit ein. Die Anwender, die auf der Warteliste standen, zeigten hingegen in der Wartezeit keine wesentlichen Fortschritte, aber danach, als sie Zugang zum Programm hatten. Die Erfolge der durch deprexis® vermittelten Übungen blieben bei allen drei Gruppen über den Nachbeobachtungszeitraum von sechs Monaten erhalten.

deprexis® basiert auf wirksamen und evidenzbasierten psychotherapeutischen Verfahren wie der kognitiven Verhaltenstherapie, der Akzeptanz- und Commitment-Therapie und der positiven Psychologie, die sich inhaltlich-methodisch an den Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ orientieren. Empfohlen wird eine 1- bis 2-mal wöchentliche Nutzung für jeweils 30 Minuten.

Weitere Informationen gibt es unter www.deprexis.de.

rbc

Quelle: Merz Pharmaceuticals GmbH

Neuauflösung

MPH-Retardtabletten von neuraxpharm®

Ab sofort sind Methylphenidathydrochlorid-neuraxpharm® Retardtabletten als einzige generische Retardvariante des Wirkstoffes Methylphenidat erhältlich. Das Generikum sei laut neuraxpharm dabei indikationsgleich mit Concerta® und habe in vier Studien seine Bioäquivalenz zum Erstanbieterprodukt bewiesen. Die ausgebotenen Retardtabletten (in den Wirkstärken 18, 36 und 54 mg) sind dabei etwas anders aufgebaut als das Erstanbieterprodukt, allerdings habe dies keinen Einfluss auf die Wirkdauer. Der Vorteil dieser Retardformulierung sei, dass man die beiden höheren Wirkstärken teilen kann, was das Schlucken der Tabletten erleichtere.

red.

Quelle: neuraxpharm

Morbus Alzheimer

MSD setzt Studie zur Prüfung seines BACE-Inhibitors fort

MSD gab kürzlich bekannt, dass das Data Monitoring Committee der Phase II/III-Studie, EPOCH, zur Prüfung des oralen Beta-Sekretase-(BACE)-Inhibitors MK-8931, empfohlen hat, die Studie unverändert fortzusetzen und weitere Patienten mit leichtem bis moderatem Morbus Alzheimer einzuschließen. Die Empfehlung stützt sich auf eine Interims-

analyse der Daten von 200 Patienten, die zur Überprüfung der Sicherheit und Verträglichkeit der Substanz mindestens drei Monate mit MK-8931 behandelt worden waren. MSD wird die Studie fortsetzen und darüber hinaus eine Phase-III-Studie (APECS) zur Dosisfindung bei Patienten mit Morbus Alzheimer im Frühstadium beginnen.

Die EPOCH-Studie ist eine randomisierte, plazebokontrollierte, doppelblinde Phase-II/III-Studie bei Patienten mit leichtem bis moderatem Morbus Alzheimer, die die Wirksamkeit und Sicherheit von 12 mg und 40 mg MK-8931, jeweils einmal täglich eingenommen, im Vergleich zu Plazebo untersucht. In der Phase II wird zusätzlich die Sicherheit einer 60 mg-Dosis überprüft. Bis zu 1.960 Patienten sollen in die Studie aufgenommen werden. Das primäre Zielkriterium, die Überprüfung der Wirksamkeit, erfolgt nach 78 Wochen Behandlung anhand der Veränderungen im ADAS-Cog-Test (Alzheimer's Disease Assessment Scale, Cognitive subscale), bei dem der Schweregrad kognitiver Einschränkungen eingeschätzt wird, sowie anhand der Veränderungen im ADCS-ADL-Tests (Alzheimer's Disease Cooperative Study - Activities of Daily Living), in dem die Fertigkeiten/Aktivitäten von Patienten mit leichten kognitiven Störungen im Alltag beurteilt werden.

Die APECS-Studie (β -Amyloid Production & Effects on Cognition Study) ist eine randomisierte, plazebokontrollierte, doppelblinde Phase-III-Studie zur Prüfung der Wirksamkeit und Sicherheit von MK-8931 bei Patienten mit Morbus Alzheimer im Frühstadium. Das Studiendesign sieht die Aufnahme von 1.500 Teilnehmern vor. Die Patienten erhalten randomisiert entweder 12 mg bzw. 40 mg MK-8931 einmal täglich oder Plazebo. Der primäre Endpunkt der Studie ist nach 104 Behandlungswochen die Veränderung auf der CDR-Skala (Clinical Dementia Rating Scale), anhand derer der Schweregrad der Demenz beurteilt wird.

Die sogenannte „Amyloid-Hypothese“ geht davon aus, dass die Bildung von Amyloid-Peptiden, die zu Ablagerungen von Plaques im Gehirn führen, wesentlich zur Entstehung von Morbus Alzheimer beiträgt. Man nimmt an, dass die Beta-Sekretase (BACE) ein Schlüsselenzym für die Produktion der Beta-Amyloid-Peptide ist. Es gibt Hinweise darauf, dass eine Hemmung der Beta-Sekretase die Entstehung der Beta-Amyloid-Peptide einschränken und somit die Bildung der Plaques reduzieren und das Fortschreiten der Alzheimer-Erkrankung beeinflussen kann.

MSD prüft derzeit mehrere innovative Ansätze zur Behandlung von Morbus Alzheimer. Dazu gehören mögliche Wirkstoffe zur Beeinflussung der Krankheitsprogression und zur Verbesserung der Symptomkontrolle. Das größte Projekt ist derzeit die Entwicklung des Beta-Sekretase-(BACE)-Inhibitors MK-8931 zur Therapie der leichten bis moderaten

Alzheimer-Krankheit sowie der Frühphase. Darüber hinaus führt Merck eine Phase-II-Studie durch, in der überprüft wird, ob MK-7622, eine weitere neue Substanz zusätzlich die symptomatische Behandlung von Patienten mit leichtem bis moderatem Morbus Alzheimer, die bereits mit Donepezil behandelt werden, verbessern kann.

rbc

Quelle: MSD SHARP & DOHME GMBH

Neu: Memantigamma® 10 und 20 mg Filmtabletten

Wörwag Pharma hat seine Generika-Produktpalette für die Behandlung von ZNS-Erkrankungen um das Psychoanaleptikum Memantigamma® ergänzt.

Memantigamma® enthält den Wirkstoff Memantin und ist indiziert bei moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz.

Memantin reguliert die Wirkung pathologisch erhöhter, toxischer Konzentrationen von Glutamat, die zu neuronalen Funktionsstörungen beitragen und sowohl die Symptome als auch die Progression der neurodegenerativen Demenz fördern können.

Memantigamma® ist mit 10 mg und 20 mg Memantinhydrochlorid pro Filmtablette erhältlich (entspricht 8,31 mg bzw. 16,62 mg Memantin).

Beide Wirkstärken sind mit jeweils 42 (N2) und 98 (N3) Filmtabletten pro Packung im Handel. Das neue Generikum soll laut Hersteller bioäquivalent zu Ebixa® bzw. Axura® sein.

red.

Quelle: Wörwag Pharma

Stress und Alkoholabhängigkeit

Die TK-Stressstudie „Bleib locker Deutschland!“ vom November 2013 belegt entgegen anderen Erhebungen, dass die Stressbelastung Berufstätiger zugenommen hat. 26% der Befragten gaben an, häufig unter Stress zu leiden und 67% sagten aus, die Stressbelastung sei größer als noch vor drei Jahren. Stress führt zu körperlichen Beschwerden, ein hohes Stresslevel bei 73% der Befragten zu Rückenschmerzen und Verspannungen. Höher in ihrer Gesamtheit sind die psychischen Folgen: Bei hohem Stresslevel leiden 65% an Erschöpfung und Ausgebranntsein, 41% an Nervosität und Gereiztheit und 52% an Schlafstörungen. Stress wiederum kann zu Burnout-Symptomen führen, definiert als Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebens- und Arbeitsbewältigung, so Prof. Dr. Jens Kuhn, Köln. Nach dem Fehlzeitenreport 2012 der AOK stiegen die Fehltagewegen Burnout auf 2,7 Mio. Und vom Burnout ist es nicht weit zur Depression.

Woher kommt die Zunahme der Stressbelastung? Wie Kuhn zusammenfasste,

gibt es den klassischen Büroalltag kaum noch. Arbeitsverdichtung, Komplexität, Termindruck, ausgedehnte und irreguläre Arbeitszeiten, Wechsel von Aufgaben und Vorgesetzten und fehlende Fairness erhöhen den Druck auf den Arbeitnehmer; hinzu kommt die schlechtere Vereinbarkeit der Freizeit- und Familieninteressen mit den beruflichen Verpflichtungen.

In dem Spannungsfeld Euphorie/Dysphorie sehen Gefährdete Alkohol als sinnvolles Ventil, wie Prof. Dr. Jens Reimer, Hamburg, ausführte. In Deutschland gibt es etwa 1,3 Mio. Alkoholkranken, ca. zwei Mio. konsumieren Alkohol in schädigender und um die 9,5 Mio. in riskanter Weise. Körperliche Folgeerkrankungen sind meist unausweichlich. Die durch Alkoholkonsum verursachten direkten und indirekten Kosten betragen im Jahr 2007 26,7 Mrd. Euro.

In der Therapie der Alkoholabhängigkeit gilt Abstinenz als primäres Therapieziel. Zur Erreichung und Erhaltung einer Abstinenz wird in der Regel eine psychosoziale Therapie allein oder in Kombination mit einer pharmakologischen Intervention durchgeführt. Viele Betroffene sehen dieses Therapieziel jedoch als unrealistisch an oder wollen nicht ganz auf Alkohol verzichten. Anerkannte Behandlungsoption für diese Gruppe stellt die Alkoholreduktion dar, wie Prof. Dr. Karl F. Mann, Mannheim, unterstrich. Immerhin werden damit nicht nur die direkten Folgen des Alkoholismus reduziert, sondern auch die körperlichen Begleitrisiken gemindert. Und die Reduktion kann auch ein Zwischenschritt zur Abstinenz werden. Die Substanz Nalmefene, die noch in diesem Jahr unter dem Namen Selincro® auf den deutschen Markt kommen soll, blockiert als Opioidrezeptorantagonist die μ -Opioidrezeptoren und reduziert so die verstärkende Wirkung von Alkohol auf das Belohnungssystem im Gehirn. Damit verringert sie das Verlangen, Alkohol zu trinken.

lkk

Quelle: Symposium „Wie viel Druck halten wir aus? Neue Strategien gegen Sucht und Depression“ der Firma Lundbeck am 29.11.2013 anlässlich des DGPPN-Kongresses in Berlin

Neues Implantat gegen den entsetzlichen Clusterkopfschmerz

Am beeindruckendsten sind die Aussagen der Studienteilnehmer im Langzeit-Follow-Up: 88% halten die Therapie für nützlich und 92% würden sie empfehlen und sich wieder dafür entscheiden.

Clusterkopfschmerz gehört zu den entsetzlichsten Schmerzen: Der Patient hat das Gefühl, das Auge werde ihm brutal herausgerissen. Hängende Augenlider, Tränenfluss, verstopfte Nase und oft weitere Störungen im Gesichtsbereich kommen hinzu. Etwa 100.000 Men-

schen sind in Deutschland davon betroffen. Clusterkopfschmerz ist, wie Prof. Dr. Hans-Christoph Diener, Essen, formulierte, „massiv unterdiagnostiziert“ und es dauere durchschnittlich fünf Jahre bis zur richtigen Diagnose. Die leitliniengerechte Therapie helfe in vielen Fällen, aber nicht alle sprächen darauf an oder leiden an Nebenwirkungen. Der Clusterkopfschmerz wird, wie Prof. Dr. Arne May eine Studie zusammenfasste, ausgelöst durch das Ganglion sphenopalatinum (SPG), das hinter der Nase lokalisiert ist; die Attacken wurden ausgelöst durch Niedrigfrequenz- und konnten beendet werden durch Hochfrequenzimpulse. Hier setze die SPG-Stimulationstherapie an. Das miniaturisierte Implantat für die SPG-Stimulation sei speziell für die Gesichtsanatomie entwickelt und MRT-tauglich. Zudem ermögliche es eine patientenkontrollierte Therapie: Wenn der Patient das Nahen eine Attacke spürt, hält er eine Fernbedienung an die Wange, hinter der das Implantat sitzt und löst damit die Neurostimulation aus.

Das Produkt, das kleiner als eine Mandel ist, wird unter Vollnarkose durch den Mund und den Oberkiefer der (meist-) betroffenen Gesichtseite eingeführt und positioniert, erklärte PD Dr. Charly Gaul, Königstein, zu Beginn eines Berichts über die Zwischenergebnisse nach 18 Monaten (Schoenen J et al, Cephalalgia 2013; 33: 816-30) einer auf drei Jahre angelegten Studie. Eingeschlossen waren 43 Patienten, von denen 24 auch nach 18 Monaten noch dabei waren. Bei 67,1% von insgesamt 566 Attacken kam es nach spätestens 15 Minuten Neurostimulation zu einer signifikanten Schmerzreduktion, bei anderen Patienten später. Auch nach 18 Monaten zeigte sich das Verfahren als effektive Therapie: In 77% von 3.529 Attacken kam es zu einer deutlichen Schmerzreduktion und „überraschenderweise“, so Gaul, zeigten darüber hinaus 75% der Patienten eine Reduktion der Attackenfrequenz. 79% der Patienten gaben eine Steigerung der Lebensqualität an.

lkk

Quelle: Symposium „Was machen beim therapiefraktären Clusterkopfschmerzpatienten?“ der Firma Autonomic Technologies am 24.10.2013 anlässlich des Schmerzkongresses in Hamburg

Ergebnisse der REACT-AF-Studie

Suboptimale Antikoagulation bei Millionen Patienten mit Vorhofflimmern

Aktuelle Ergebnisse aus der REACT-AF (Real Evidence of Anticoagulation Treatment in Atrial Fibrillation)-Studie verdeutlichten, dass bei Patienten mit Vorhofflimmern, die derzeit mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) suboptimal antikoaguliert sind, europaweit ein hoher Be-

darf besteht, das Risiko für Schlaganfälle und schwere Blutungen zu senken. Als suboptimal antikoaguliert gelten dabei all jene Patienten, deren International Normalized Ratio (INR) in weniger als 70 Prozent der Zeit (Time in Therapeutic Range, TTR) innerhalb des empfohlenen Bereichs liegt. In drei der untersuchten Länder ist nach dieser Definition die Mehrheit der Patienten mit Vorhofflimmern suboptimal mit VKA antikoaguliert. Die Ergebnisse zeigten insgesamt eine geringe Adhärenz zu Vitamin-K-Antagonisten in den fünf großen europäischen Ländern. Weitere Ergebnisse verdeutlichten, dass die Verschreibungspraxis für orale Antikoagulanzen – VKA und neue orale Antikoagulanzen (NOACs) – nicht den aktuellen klinischen Praxisleitlinien der European Society of Cardiology (ESC) von 2012 zum Management von Vorhofflimmern entspricht. Damit sind viele Patienten einem erhöhten Risiko eines kardioembolischen Schlaganfalls bei Vorhofflimmern ausgesetzt.

Der Erfolg einer Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern mit VKA hängt davon ab, ob die INR eines Patienten mindestens zu 70 Prozent der Zeit innerhalb eines empfohlenen Bereichs aufrechterhalten wird – gemessen anhand der TTR. Mit VKA behandelte Patienten, deren INR nicht im therapeutischen Bereich bleibt, sind einem erhöhten Risiko für Schlaganfälle und/oder schwere Blutungen ausgesetzt. Therapieadhärenz und Persistenz sind entscheidende Faktoren zur Aufrechterhaltung der TTR und damit zur Senkung dieser Risiken.

Im Rahmen der ersten REACT-AF-Auswertung zur Therapieadhärenz und Persistenz unter VKA in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien und Spanien lagen in vier der fünf untersuchten Länder die Adhärenz-Raten der Patienten zwischen 54 Prozent und 59 Prozent – gemessen anhand der Medication Possession Ratio (MPR) – und damit weit unter der MPR von 80 Prozent, die im Allgemeinen als gute Adhärenz definiert wird. Die Ergebnisse einer zweiten Auswertung von 6.240 mit VKA behandelten Patienten zeigten, dass die Mehrheit der Patienten in Deutschland (56%), Frankreich (52%) und Italien (54%) sowie 35 Prozent der Patienten in Großbritannien ihre empfohlene INR zu weniger als 70 Prozent der Zeit (TTR) während des Beobachtungszeitraums erreichten.

Zudem belegten die Ergebnisse einer dritten Auswertung, dass die Mehrzahl der Patienten (54,5%) keine ihrem Schlaganfallrisiko angemessene Prophylaxe mit oralen Antikoagulanzen entsprechend den Leitlinien der ESC von 2012 erhielt. Mehr als ein Drittel der Patienten in Frankreich und Spanien (46% bzw. 42%) und über die Hälfte der Patienten in Deutschland (52%), Großbritannien (63%) und Italien (61%) wurde nicht entsprechend ihrem Schlaganfallrisiko adäquat behandelt.

rbc

Quelle: Bristol-Myers Squibb, Pfizer

Cochrane- Studie: Rebif® bei MS vorne

Die renommierte, unabhängige Cochrane Collaboration sichtete für ihre Metaanalyse mehr als 1.000 MS-Studien und stellte aus den 44 nach den strengen A-priori-Kriterien verbleibenden Arbeiten ihre Analyse zusammen (Fillipini G et al. The Cochrane Library, 2013, Issue 6). Eingeschlossen waren randomisierte, kontrollierte Studien, in denen MS-Präparate gegen eine Vergleichssubstanz oder gegen Plazebo getestet wurden. Zum Stichjahr 2011 handelte es sich um Studien zu IFN beta-1b, IFN beta-1a (Rebif®) und Glatinameracetat (jeweils s.c.), IFN beta-1a i. m., Natalizumab, Mixantron, Cyclophosphamid, Immunglobuline (jeweils i. v.), Methotrexat und Azathiopin, jeweils oral sowie Langzeit-Corticosteroide (i. v. oder p. o.). Bei der Auswertung wurde für den Grad des Bias Risk (Gefahr der Voreingenommenheit) ein Korrektiv eingesetzt. So stellte Prof. Dr. med. Christoph Kleinschnitz, Würzburg, die Studie vor und fasste die Ergebnisse wie folgt zusammen: Die Schubaktivität bei RRMS

im Vergleich Verum / Plazebo über 24 Monate war am geringsten unter Natalizumab, gefolgt von Rebif®, wobei die Ergebnisse signifikant waren; 55% der Rebif®-Patienten blieben über zwei Jahre schubfrei. Die Ergebnisse der anderen Substanzen waren insignifikant und teils erheblich ungünstiger. Bei der Reduktion der Behinderungsprogression über 24 Monate im Vergleich Verum / Plazebo lagen, als einzige mit signifikanten Ergebnissen, ebenfalls Natalizumab vorne und Rebif® an zweiter Stelle. Damit war Rebif® das wirksamste der zur Basistherapie zugelassenen Präparate. Kleinschnitz wies allerdings darauf hin, dass die Cochrane-Metaanalyse nur den Stand der Studienlage zu den einzelnen Substanzen widerspiegeln und die nach 2011 auf den Markt gekommenen Wirkstoffe nicht einschließen. Und natürlich sei die beste Therapie auch nur dann wirksam, wenn der Patient sie befolgt! Mit der elektronisch auswertbaren, leicht zu bedienenden Applikationshilfe RebiSmart™ scheinen die Patienten sehr therapietreu zu sein, wie die Interims-Ergebnisse der webbasierten nicht-interventionellen Studie READ-OUTsmart nahelegen. In die seit 2011 laufenden Studie waren / sind mittlerweile 392 Patienten über zwei Jahre

eingeschlossen und das Therapieverhalten wurde / wird mit der automatischen Auslesefunktion des RebiSmart™ festgestellt. Eine Interimsanalyse nach drei Monaten, so Kleinschnitz, zeigte, dass 65 von 84 Patienten (77,4%) das Medikament so oft applizierten wie vorgeschrieben (quantitative Adhärenz) und 71 von 84 (84,5%) zu mehr als 95% quantitativ adhären waren. Nach sechs Monaten war die quantitative Adhärenz nur wenig gesunken (von 93,7% auf 89,6% der Patienten mit mindestens 85% Adhärenz). Die qualitative Adhärenz (Einnahmezeitpunkte) verringerte sich bei den korrekten Patienten nur wenig, die nachlässigeren ließen hingegen noch mehr nach.

Adhärenz und damit Therapieerfolg lassen sich noch erhöhen, wenn Patient und Neurologe in intensivem Kontakt stehen und / oder der Patient durch MS-Schwester(n) (wie im Programm RebiSTAR) unterstützt werde, schloss Kleinschnitz seine Ausführungen.

lkk

Quelle: Fachpresse-Roundtable „Miteinander stark: Von Adhärenz zu überlegener Wirksamkeit“ der Firma Merck am 30.01.2014 in Darmstadt