

Brintellix®

Signifikante Verbesserung kognitiver Funktionen unter Vortioxetin

Mit Vortioxetin ist Anfang Mai ein neues Antidepressivum mit multimodalem Wirkmechanismus auf den Markt gekommen. Zugelassen ist das Medikament Brintellix® von Lundbeck zur Behandlung von Erwachsenen mit Major Depression. „Vortioxetin ist ein selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer mit zusätzlichen Effekten an fünf Serotonin-Rezeptorsubtypen“, erklärte Professor Dr. Hans-Peter Volz vom

Krankenhaus für Psychiatrie, Schloss Werneck, bei einer Einführungspresskonferenz in München. Neben der Hemmung des Serotonin-(5-HT)-Transporters wirkt das Molekül antagonistisch an 5-HT_{1D}-, 5-HT₃- und 5-HT₇-Rezeptoren, partialagonistisch an 5-HT_{1B}- sowie agonistisch an 5-HT_{1A}-Rezeptoren.

Über diese direkten Angriffspunkte, die zu einer erhöhten Freisetzung von Serotonin führen, komme es auch zu indirekten Effekten auf andere Neurotransmitter. So steige die dopaminerge, noradrenerge, cholinerge und histaminerge Neurotransmission. „Dies könnte die Grundlage sein für die robuste antidepressive Wirksamkeit und die signifikante Verbesserung kognitiver Funktionen unter Vortioxetin“, sagte Volz vor

den Journalisten. Wichtig für die Verträglichkeit: Es wirke nicht anticholinerg oder antihistaminerg und beeinflusse die Reizleitung am Herzen nicht. In Studien konnte Vortioxetin die Stimmung und kognitive Dysfunktionen der Patienten deutlich verbessern und Ängste lindern, berichtete Professor Dr. Tillmann Krüger von der Medizinischen Hochschule Hannover. In einer sechswöchigen Studie waren Venlafaxin XR 225 mg sowie Vortioxetin 5 oder 10 mg täglich bereits nach zwei Wochen dem Placebo signifikant überlegen. Laut Krüger gingen nicht nur die Depression, sondern auch Ängste zurück. Häufigste Nebenwirkungen waren Übelkeit, Hyperhidrosis und Erbrechen (vor allem in der 10-mg-Gruppe) sowie Durchfall und Ob-

stipation. In einer achtwöchigen Studie mit älteren Patienten war Vortioxetin 5 mg dem Placebo deutlich überlegen, wobei sich auch kognitive Funktionen in zwei Testverfahren deutlich besserten. Aus Verträglichkeitsgründen könne man mit 5 mg Vortioxetin starten und nach einer bis zwei Wochen auf die Zieldosis 10 mg erhöhen, empfahl der Psychiater und Neurologe. Die Erhaltungstherapie dauere mindestens sechs bis zwölf Monate, bei Patienten, die bereits depressive Episoden erlitten haben, noch länger.

rbc

Quelle: Einführungspressesgespräch Brintellix® der Firma Lundbeck am 13.04.2015 in München

Xadago® wirksam und sicher

Neue Therapie bei Fluktuationen

Neue Therapieoptionen zur Verlängerung der ON-Zeiten eröffnen sich für Parkinson-Patienten mit dem oralen Add-on-Wirkstoff Safinamid (Xadago®), der im Mai 2015 auf den Markt kam. Das Besondere und Neuartige an Safinamid ist sein dualer Wirkmechanismus, so Prof. Dr. med. Dirk Woitalla, Essen, nämlich die Verstärkung der dopaminergen und eine Normalisierung der glutamatergen Prozesse. Die motorischen Komplikationen nach längerer Levodopa-Therapie werden auf den Verlust dopaminergener Neurone und die damit verbundene übermäßige Freisetzung des für die Motorik mitverantwortlichen Botenstoffs Glutamat zurückgeführt. Zum einen wirke Safinamid wie ein MAOA-B-Hemmer, habe aber den neuartigen Vorteil, dass die MOA-B-Inhibition selektiv und reversibel sei, wodurch die Therapie besser steuerbar sei und darüber hinaus die Kombination mit anderen Medikamenten erlaube, wie beispielsweise MAO-A-Hemmer bei depressiven Begleitsymptomen, so Woitalla. Hervorzuheben sei, dass unter Safinamid keine Gefahr eines Suchtverhaltens bestehe, da das Dopamin in spezifischen Hirnarealen ansteige, jedoch nicht im mesolimbischen Belohnungssystem. Auch eine Tyramin-Restriktion sei unnötig. Und zum anderen normalisiere Safinamid die Glutamat-ausschüttung, da die Substanz modulierend auf die Na⁺- und Ca⁺⁺-Kanäle wirke, die für die exzessive Ausschüttung des Glutamats verantwortlich seien.

Langanhaltende Wirksamkeit bei gutem Sicherheitsprofil bescheinigte Reichmann der innovativen Substanz unter Bezug auf die Studienlage (Borghain R et al. *Mov Disord* 2014; 29: 229-237 und 1273-1280; Anand R et al. *MDS Congress* 2013 und Schapira AH, SETTLE, AAN 2013, eingereicht bei *The Lancet Neurology*). In der doppelblinden

Studie 016 erhielten 669 Patienten über sechs Monate zusätzlich zu Levodopa zu je etwa einem Drittel entweder Safinamid 50 mg, Safinamid 100 mg oder Placebo. Reichmann erinnerte dabei an die Crux bei Parkinson-Studien, weil dort der Placebo-Effekt wegen der Placebo-Dopaminausschüttung besonders ausgeprägt sei. In beiden Dosierungen bewirkte Safinamid einen signifikanten Anstieg der täglichen ON-Zeiten von 9,5 bei Baseline auf 11 Stunden. Reichmann bezeichnete das als „sehr, sehr viel“ angesichts der Erfahrung, dass der Parkinson-Patient ohnehin meist 12 Stunden täglich ruhe. Der UPDRS III (Motorik) verbesserte sich (von 29 auf 21) ebenso wie der PDQ-39 (Lebensqualität) ebenfalls stark und signifikant vs Placebo. Insgesamt sei die 100 mg-Dosis wohl wirksamer. In der Extensionsstudie 018 über 18 Monate bestätigten sich die Ergebnisse; „die Patienten blieben über zwei Jahre stabil, das ist beeindruckend“, so Reichmann. Eine Post-hoc-Analyse speziell zu Dyskinesien zeigte eine signifikante Reduktion vs Placebo bei der 100 mg-Dosis. Bestätigt wurden die Ergebnisse auch in der SETTLE-Studie; dort zeigte sich die Zunahme der ON-Zeiten bereits in der zweiten Woche. Die Studien ergaben keine ersten unerwünschten Ereignisse und auch keine Signale für Herz-, Leber- oder Nierenprobleme, ferner habe Safinamid keinen relevanten Einfluss auf das QTc-Intervall und auch kein klinisch relevantes Interaktionspotenzial, so Reichmann. Sein Fazit: „Das einzigartige duale Wirkprinzip ermöglicht erstmals die kombinierte Modulation der bei Morbus Parkinson aus dem Gleichgewicht geratenen dopaminergen und glutamatergen Systeme“ und „Safinamid stellt für die Langzeitanwendung eine interessante neue Therapieoption dar, um auftretende motorische Komplikationen bei Parkinson-Patienten zu kontrollieren, die Wirksamkeit von Levodopa zu erhöhen und zudem eine Dosissteigerung zu vermeiden.“

lkk

Quelle: Veranstaltung „Parkinson-Therapie: Xadago® – Ein neues Medikament mit dualem Wirkmechanismus“ und Symposium „Neue Therapieoption mit dualem Wirkmechanismus“ der Firma Zambon am 16.04.2015 anlässlich des Parkinson-Kongresses in Berlin

Adultes ADHS

Spezialisten gesucht!

Deutschlands Kinderpsychiater verzweifeln: Wenn sie ihre erwachsen werden den ADHS-Patienten (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom) an erfahrene Kollegen für erwachsene Patienten abgeben wollen, finden sie keine! Und auch genug Erwachsene, bei denen ADHS erstmals diagnostiziert wer-

den könnte, werden nicht oder falsch therapiert, weil die Symptome mangels ausreichender Spezialkenntnisse nicht erkannt werden. Dies war der Tenor der Ärzte, die sich zu einem Workshop für Einsteiger unter der Leitung von Dr. med. Hans-Ulrich Röver, Eppingen, zusammensetzten.

Röver gratulierte den Ärzten für ihre Bereitschaft, sich mit dieser Krankheit auseinanderzusetzen und drückte seine Verwunderung darüber aus, dass nicht mehr Kollegen diese Lücke erkennen: Einfach sei die Diagnose, und die Therapie viel eher von Erfolg gekrönt als bei anderen psychiatrischen Erkrankungen – von Ausnahmen natürlich abgesehen. Erste Anhaltspunkte seien Klagen des Patienten über die Unfähigkeit, den Alltag normal zu leben, was sich in diffusen, aber in der Gesamtheit indiziellen Symptomen äußere wie Konzentrations-, Organisations- und Strukturproblemen, fehlendem Durchhaltevermögen, Gefühl der Überforderung, Schlafproblemen und Depression. Diesen ersten Anhaltspunkten können Fragen nach Problemen in der Kindheit, insbesondere der Schulzeit folgen. Seien die Antworten einschlägig, ermögliche die Verifizierung der Diagnose der IDA-Fragebogen (Integrierte Diagnose der ADHS).

Nach Labor und EKG, Gewichts-, Puls- und Blutdruckmessung könne zur Therapie geschritten werden; der Wert des EEG ist Röver nicht ganz klar. Die Leitlinien sehen Methylphenidat (MPH; Medikinet® adult und neu: Ritalin® adult) als erste Wahl vor, gefolgt von Atomoxetin und ggf. Antidepressiva – Röver behandelt in der Regel mit Medikinet® adult. Als Kontraindikationen nannte er u. a. Herz-Kreislauf- und Schilddrüsenerkrankungen, auch das Glaukom; Nebenwirkungen seien häufig Blutdruckerhöhung und Appetitmangel (eher bei den Nicht-Übergewichtigen) sowie anfänglich Übelkeit und Kopfschmerzen.

Ganz so einfach ist es natürlich nicht, wie Röver anhand einer Kasuistik mit langer erfolgloser Depressionstherapie durch den Vorbehandler und mit Einzel-tips demonstrierte. So komme es öfter zum Rebound-Phänomen, dem man mit niedrigerer Dosis in der zweiten Phase begegnen könne. Bei der Auftitrierung beginne er meist mit 50 mg täglich, aber Kollegen setzten auch mal bei 10 mg oder auch 120 mg an; für die Dauertherapie neige er zu niedrigen Dosen, aber die richtigen ergäben sich im Gespräch mit den Patienten.

Weitere Workshops, wie die zu speziellen Aspekten der medikamentösen Therapie, bestätigten, dass die erfolgreiche Behandlung doch nicht so einfach, aber mit Erfahrung und Fortbildung gut erzielbar ist.

lkk

Quelle: Praxis-Workshops „ADHS im Dialog 2015“ der Firma Mediceo am 28.02.2015 in Berlin

Neu gegen MS:
Copaxone® 3 x wöchentlich

Bewährter Wirkstoff – seltener spritzen

Seit April steht Copaxone® (Glatirameracetat, GLAT) 40 mg zur Verfügung, das im Gegensatz zur alteingeführten, täglich zu injizierenden Substanz (20 mg) nur noch dreimal pro Woche appliziert zu werden braucht. Dies stelle, wie Prof. Dr. med. Bernd Kieseier, Düsseldorf, betonte, eine „enorme Erleichterung“ für die Patienten dar. Man könne nun „stärker die individuellen Bedürfnisse der Patienten“ berücksichtigen, schloss sich dieser Wertung Prof. Dr. med. Tjalf Ziemssen, Dresden, an.

Seit Februar wird zudem der neue Autoinjektor CSYNC® angeboten, zu dessen Vorteilen zählt, dass der Patient die Nadeltiefe bis zu 1 mm einfach einstellen kann.

Die Wirksamkeit eines MS-Präparates müsse sich nach zwei Faktoren bemessen, der Eindämmung entzündlicher Prozesse und der Anregung von Reparaturprozessen im ZNS, erklärte Kieseier. Dadurch werde die Gewebeschädigung (Axone und Gliazellen) verlangsamt und in der Folge auch die Behinderungsprogression, was für die Langzeittherapie relevant sei. GLAT entfalte sowohl eine immunmodulatorische als auch eine neuroprotektive Wirkung, da es u. a. die autoreaktiven T1- und T17-Zellen inhibiere und sowohl die Schädigung der Myelinschicht reduziere als auch die Remyelinisierung initiiere. Wovor er dezidiert warnte, sind die Black Holes, die unwiederbringlichen Gewebeerluste. Von den entzündlichen Läsionen konvertieren 70% zu hyperintensiven Läsionen, von denen wiederum 30% zu Black Holes werden; dieser Prozess werde innerhalb von sechs Jahren sichtbar.

Bei der neuen Formulierung von GLAT seien Wirksamkeit und Sicherheit ebenso gut wie bei der bewährten. Kieseier stellte die umfangreiche Studienlage seit 1987 zusammen, die dies bestätige. Die Wirksamkeit auch der neuen Formulierung zeige die GALA-Studie (Kjan et al. Ann Neurol 2013; 73:705-713). Mit mehr als 1.400 Patienten habe sich ergeben, dass die 40 mg-Dosis die jährliche Schubrate bei Patienten mit RRMS vs Placebo nach zwölf Monaten signifikant um 34,4% senkte. Zudem konnte die kumulative Anzahl neuer sich vergrößernder T2-Läsionen und Gd+-T1-Läsionen signifikant verringert werden. Bei der Konversion von aktiven Läsionen zu Black Holes wurde eine signifikante Reduzierung um 24% festgestellt. Neue Sicherheitsbedenken gegenüber der 20 mg-Dosis haben sich nicht ergeben. Demgegenüber sei die Verträglichkeit der neuen Formulierung aufgrund des höheren Spritzabstandes deutlich größer als bei der 20 mg-Dosis. Kieseier stellt

hierzu die GLACIER-Studie vor (Wolinsky JS et al Presented at AAN 2014; Abstract S31.002), in der die beiden Therapieregime direkt miteinander verglichen wurden. Um 50% wurden die injektionsbedingten Nebenwirkungen reduziert, was sich positiv auf die allgemeine Lebensqualität der Patienten auswirke, so der Referent.

Für den Praktiker sprach Ziemssen. Für den heutigen aufgeklärten Patienten sei das gemeinsame Entscheiden, das Shared Decision Making, wichtig. Den individuellen Interessenschwerpunkten des einzelnen Patienten müsse Genüge getan werden, um die dauerhafte Therapietreue zu gewährleisten. Aufgrund Charakter und Lebensplanung stehen mal die langfristigen Wirksamkeit, mal die Sicherheit und mal die Verträglichkeit im Vordergrund. Mit der neuen 40 mg-Formulierung können neben den oben ausgeführten Werten auch noch Einzelaspekte überzeugen, beispielsweise, dass bei frühem Therapiebeginn Schubrate und Hirnatrophie vs Placebo signifikant verringert werden (Comi et al. 2013), dass zwei Millionen Patientenjahre keine ernsthaften Sicherheitsbedenken erbrachten, die Substanz zu Schwangerschaftskategorie B gehöre, 63% der Patienten auch nach 20 Jahren einen EDSS von unter 4 haben und dass Fatigue und Arbeitsunfähigkeit nur etwa halb so oft eintreten wie unter Vergleichsmedikation, so Ziemssen.

lkk

Quelle: Launch-Pressekonferenz „Bewährter Wirkstoff trifft auf neue Dosierung: Patient im Mittelpunkt der MS-Therapie“ der Firma Teva am 12.03.2015 in Frankfurt

Neuer Alzheimer-Ratgeber

„Leben mit der Diagnose Alzheimer“

Die Diagnose Alzheimer ist ein großer Einschnitt im Leben – sowohl für Menschen mit Alzheimer als auch für ihre Angehörigen. Mit dem neuen Ratgeber „Leben mit der Diagnose Alzheimer“ erläutert die gemeinnützige Alzheimer Forschung Initiative e.V. (AFI), was auf Patienten und ihre Familien und Freunde zukommen kann und gibt Informationen und Ratschläge, um diese Situationen zu meistern.

Bei rund 200.000 Menschen wird in Deutschland jedes Jahr die Alzheimer-Krankheit diagnostiziert. Für jeden Einzelnen bringt die Diagnose Alzheimer viele Herausforderungen mit sich. Sie zu kennen, ist der erste Schritt, sich ihnen zu stellen. Deshalb beleuchtet der 76-seitige Ratgeber das Leben und den Umgang mit der Alzheimer-Krankheit aus verschiedenen Blickwinkeln. Neben einem allgemeinen Überblick über die Alzheimer-Krankheit und gängigen Therapiemöglichkeiten, stehen wichtige Vorkehrungen im Mittelpunkt. Diese betref-

fen sowohl die Sicherheit in den eigenen vier Wänden als auch die rechtliche Vorsorge mit Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung. Anschließend werden die Leistungen der Pflegeversicherung sowie die Antragstellung erklärt.

Eine schwierige Frage, die mit Fortschreiten der Krankheit in vielen Familien zum Thema wird, ist die Pflegesituation: Hier werden Informationen zur häuslichen Pflege eines Alzheimer-Patienten und zur Heimunterbringung gegeben. Ein ganz zentraler Punkt nach der Diagnose Alzheimer ist neben dem Wohl der Patienten auch das Wohl der Angehörigen, das nicht vernachlässigt werden darf. Deshalb widmet sich der Ratgeber abschließend Hilfsmöglichkeiten für pflegende Angehörige und bietet weiterführende Adressen.

„Leben mit der Diagnose Alzheimer“ kann kostenfrei bestellt werden bei der Alzheimer Forschung Initiative e.V., Kreuzstr. 34, 40210 Düsseldorf; per Internet auf www.alzheimer-forschung.de, Rubrik „Aufklärung & Ratgeber“, per E-Mail info@alzheimer-forschung.de oder unter der Telefonnummer 0211/86 2066 0.

red.

Quelle: Alzheimer Forschung Initiative e.V.

Schlaganfall

NOAK vs VKA im Therapie-Alltag

Weiterhin Unsicherheit herrscht unter vielen Ärzten und Patienten über die Vor- und Nachteile der neuen oralen Antikoagulanzen (NOAK bzw. NOAC) gegenüber Vitamin-K-Antagonisten (VKA). Im Fokus stehen neben der Wirksamkeit Fragen der Sicherheit und der Therapietreue.

Den klinischen Alltag mit Alltagspatienten (Mehrfachmedikation, Komorbiditäten, unterschiedliche Krankheitsstadien) spiegelt das Dresdner NOAC-Register wieder, wie PD Dr. Jan Beyer-Westendorf, Dresden, berichtete. 230 Ärzte liefern ihre Daten zu über mittlerweile 3.000 Patienten – Daten zu den Patienten selbst, zur Medikation und zur Therapieentwicklung, so dass das Register Auskunft gibt über Wirksamkeit, Sicherheit und Adhärenz der verschiedenen Antikoagulanzen.

Eine aktuelle Analyse zur Sicherheit zeigt, so der Referent, dass das NOAK Rivaroxaban (Xarelto®) „keinen Sicherheitsnachteil bei dabei einfacherer Handhabung“ bietet. Von 1.000 Blutungsfällen wurden diejenigen 98 extrahiert, die eine Hospitalisierung erforderlich machten; dieses Kriterium sei gewählt worden, da es keine allgemeine Definition für „schwere Blutungen“ gebe. Bei den 98 lag die Gesamtsterblichkeitsrate nach dem Blutungsereig-

nis bei 5,1%, 90 Tage danach waren 6 gestorben (Tod jedweder Ursache), mithin 6,3%; unter VKA kam es zu 7,6% bzw. 14,1% Todesfällen. Eine US-Analyse mit 27.467 Patienten mit Vorhofflimmern lag die Inzidenz schwerer Blutungen bei 2,86 pro 100 Patientenjahre, die tödlicher Blutungen bei 0,08. Damit treten schwere Blutungen unter Rivaroxaban in der Praxis seltener auf als in der Zulassungsstudie. Ähnliche Unterschiede zwischen NOAK und VKA zeigten diverse internationale Analysen, wie Beyer-Westendorf graphisch darstellte. Direkte Vergleiche verböten sich indes wegen unterschiedlicher Designs und Definitionen und grundsätzlich seien die Prognosen bei schweren Blutungen als schlecht zu bezeichnen. Nach Subgruppenanalysen gebe es im Allgemeinen bei Blutungen immer einen leichten Vorteil auf NOAK-Seite, da sie oft leichter und einfacher behandelbar seien.

Auch die Therapietreue wurde mit dem Dresdner NOAC-Register geprüft. Frühere Analysen hatten gezeigt, dass VKA-Alltagspatienten die Therapie im ersten Behandlungsjahr zu rund 30% abbrachen, weitere 10% im zweiten, wie Beyer-Westendorf erläuterte. Unter Rivaroxaban hingegen ereigneten sich lediglich 13,6 Therapieabbrüche pro 100 Patientenjahre und damit weit weniger als in der Zulassungsstudie (23,7%), so der Referent. Es sei beruhigend, dass die Persistenz, die für die erfolgreiche Schlaganfall-Prophylaxe von großer Bedeutung sei, unter Rivaroxaban im Alltag höher ausfalle als in bislang publizierten Studien.

Zur Wirksamkeit fasste Beyer-Westendorf die Analyse des Dresdner NOAC-Registers von 2013 (bei 1.204 Rivaroxaban-Patienten 1,5% Schlaganfall mit oder ohne TIA bzw. systemische Embolie), die Zulassungsstudie und diverse internationale Analysen zusammen. Zwar seien auch hier wegen unterschiedlicher Parameter keine direkten Vergleiche möglich, aber Muster seien zu erkennen. Demnach bestehe bei Rivaroxaban kein erhöhtes Schlaganfallrisiko gegenüber VKA. Es gebe keinen Anhalt dafür, dass Rivaroxaban Probleme mit der Wirksamkeit habe, es sei vielmehr „überlegen bis mindestens gleichwertig“.

Über die Thrombose-Prophylaxe bei der Kardioversion mit Rivaroxaban referierte Prof. Dr. Stefan Hohnloser, Frankfurt. Er stellte die X-VerT-Studie vor, in der es unter Rivaroxaban vs VKA numerisch weniger thromboembolische Ereignisse und schwere Blutungen gab und die Kardioversion signifikant früher durchführbar war als unter VKA.

lkk

Quelle: Presseveranstaltung „Aktuelle Studienlage und therapeutischer Alltag: Einsatz von Xarelto® bei Vorhofflimmern“ der Firma Bayer am 10.04.2015 anlässlich des DGK-Kongresses in Mannheim

Nicht der Multiplen Sklerose hinterherlaufen

Bei der Multiplen Sklerose haben sich in jüngster Zeit die Behandlungsziele geändert. So geht es mittlerweile nicht mehr nur darum, für eine effektive Schubratenreduktion zu sorgen und für eine Reduktion der Behinderungsprogression. Ziel der Therapie ist vielmehr die Freiheit von messbarer Krankheitsaktivität, kurz NEDA (No Evidence of Disease Activity). „An diesem Endpunkt müssen sich moderne Therapeutika der Multiplen Sklerose messen lassen“, betonte Professor Dr. Bernd C. Kieseier, Düsseldorf, bei der Veranstaltung „MScience – MShift. Zwei Schritte voran in der MS-Therapie“ in Frankfurt. Der Begriff NEDA umfasst nach Kieseier, dass der Patient keinen Krankheitsschub mehr erlebt, keine Behinderungsprogression erfolgt und im MRT keine Aktivität mehr nachzuweisen ist. Darüber hinaus wird zunehmend angestrebt, auch eine klinische Verbesserung zu erwirken, also bereits bestehende Behinderungen möglichst zurückzubilden.

Dass dies ein durchaus realistisches Therapieziel ist, belegen die zu Alemtuzumab (Lemtrada®) erhobenen Studiendaten wie beispielsweise die Fünfjahresdaten der Phase II-Studie CAMMS223. In dieser Studie wurde durch die Behandlung mit Alemtuzumab eine signifikante Reduktion der Schubrate um 66 Prozent gegenüber einer Behandlung mit Beta-Interferon erwirkt. Die Schubrate blieb mit 0,12 über den gesamten Beobachtungszeitraum niedrig. „Das entspricht nur einem Krankheitsschub in zehn Jahren“, erläuterte der Neurologe dieses Resultat. Die Behinderungsprogression wurde in der Studie um 69 Prozent gegenüber Beta-Interferon gemindert, wodurch unter Alemtuzumab 84 Prozent der Patienten über fünf Jahre progressionsfrei blieben. Der Antikörper, der in Rahmen von nur zwei Behandlungsphasen (fünf und ein Jahr später drei Infusionen an aufeinanderfolgenden Tagen) verabreicht wird, bewirkte ferner eine Verbesserung des EDSS (*Expanded Disability Status Scale*) bei 53 Prozent der Patienten.

Die Vierjahresdaten der Phase III-Studien CARE-MS I und II bestätigen diese guten Resultate: So blieb die jährliche Schubrate bei den mit Alemtuzumab behandelten Patienten auch in diesen beiden Studien über die gesamte Studiendauer auf einem anhaltend niedrigen Niveau und es wurde ebenfalls eine Reduktion der Behinderungen erwirkt. Bemerkenswert war nach Kieseier außerdem der auch im dritten Jahr unter Alemtuzumab niedrige Anteil an Patienten mit Erkrankungs-Aktivität im MRT. Dass sich auch im klinischen Alltag eindrucksvolle Besserungen vorbestehender Behinderungen erzielen lassen, de-

monstrierte Professor Dr. Volker Limmroth, Köln, am Fallbeispiel einer 32-jährigen Krankengymnastin, die unter bestehender Interferon-Behandlung einen weiterhin hochaktiven Krankheitsverlauf zeigte mit sehr hoher Läsionslast im MRT und einem EDSS von mittlerweile 5,5. Die Patientin wurde mit Alemtuzumab behandelt und reagierte bereits auf die erste Therapiephase mit einer eindrucksvollen Reduktion der Läsionslast. Nach sieben Monaten hatte sich der EDSS zudem auf einen Wert von 2,0 verbessert. „Es resultierte insgesamt eine bemerkenswerte Besserung des klinischen Bildes und die Patientin wurde durch die Behandlung wieder arbeitsfähig“, so Limmroth. Zu rechnen ist bei der Behandlung mit Alemtuzumab nach Kieseier mit infusionsbedingten Reaktionen sowie einem vor allem in den ersten Monaten nach den Infusionen leicht bis moderat erhöhten Infektionsrisiko. Im weiteren Verlauf besteht ferner ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von sekundären Autoimmunerkrankungen wie beispielsweise Schilddrüsenerkrankungen, einer idiopathischen thrombozytopenischen Purpura (ITP) und Nephropathien. Die Nebenwirkungen sind bei rechtzeitiger Diagnose in der Regel gut zu behandeln, was die Notwendigkeit regelmäßiger Kontrolluntersuchungen bis 48 Monate nach der letzten Behandlungsphase erklärt.

bvrh

Quelle: Genzyme, Sanofi

Status epilepticus im Kindesalter

Ersttherapie bei generalisierten konvulsiven Anfällen nicht länger als fünf Minuten hinauszögern

Die Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) hat die S1-Leitlinie „Behandlung des Status epilepticus im Kindesalter (jenseits der Neugeborenenperiode)“ in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) aktualisiert. Anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung am Epilepsiezentrum Hamburg-Alsterdorf appellierte der Leitlinien-Koordinator Prof. Dr. Ulrich Brandl, Direktor der Abteilung Neuropädiatrie und SPZ am Universitätsklinikum Jena: Um das Kind vor bleibenden Schäden zu bewahren, sollte nach spätestens fünf Minuten ein anfallsunterbrechendes Medikament zum Einsatz kommen. Vor allem in der Öffentlichkeit hat dabei die bukkale Gabe von Midazolam Vorteile gegenüber der rektalen Gabe von Diazepam.

Dauert ein Anfall länger als fünf Minuten an, handelt es sich um einen prolongierten Anfall. Ein solcher endet mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht von selbst.

Daher gelten fünf Minuten als Interventionsgrenze. Bei einer Anfallsdauer von mehr als 30 Minuten liegt ein Status epilepticus vor. Ein refraktärer Status ist durch das Versagen zweier unterschiedlicher Therapieansätze gekennzeichnet. Neu aufgenommen in die Leitlinie wurde der Begriff des super-refraktären Status, definiert als Wiederauftreten der Symptome nach Ausleitung einer therapeutischen Narkose. Entscheidend für die Begründung der in der Leitlinie formulierten Empfehlungen sind die pathophysiologischen Mechanismen, die sich während des Status abspielen, insbesondere das so genannte „Receptor Trafficking“ der GABA (-Aminobuttersäure)-ergen Rezeptoren. „Im Status epilepticus tauchen die GABA-ergen Rezeptoren von der Zelloberfläche ab – und das geschieht innerhalb von Minuten. Dadurch wird die GABA-erge Inhibition der Nervenzellen im Status mit zunehmender Zeit immer uneffektiver“, sagte Brandl in Hamburg. Die GABA-ergen Benzodiazepine wirken deshalb umso besser, je früher sie verabreicht werden. Anstatt 15 Minuten lang abzuwarten, ob der Krampfanfall von selbst abklingt, sollte nach Möglichkeit die 5-Minuten-Grenze eingehalten werden, denn: „Ähnlich wie bei einem Atemstillstand therapieren wir ein Symptom, bei dem wir verhindern wollen, dass der Patient zu Schaden kommt“, so Brandl.

Therapie der ersten Wahl ist ein bukkal oder rektal verabreichtes Benzodiazepin – es sei denn, der Patient befindet sich in der Klinik mit bereits liegendem Zugang. In diesem Fall wird mit einer i.v.-Therapie gestartet. Müsste bei einem stationären Patienten dagegen erst ein Zugang gelegt werden, ist eine i.v.-Therapie nicht zu empfehlen. Denn in diesem Fall würde bis zum Stillstand des Status mehr Zeit vergehen als bei bukkaler oder rektaler Gabe eines Benzodiazepins.

Die rektale Gabe von Diazepam ist seit vielen Jahren gängige Praxis. Mit bukkalem Midazolam (Buccolam®) steht jedoch eine Alternative zur Verfügung, die insbesondere bei größeren Kindern und/oder in der Öffentlichkeit von Vorteil ist. Da die Patienten nicht teilweise entkleidet werden müssen, bleibt die Intimsphäre gewahrt. Bei im Rollstuhl sitzenden Kindern entfällt die Notwendigkeit, Haltevorrichtungen zu lösen und dadurch Zeit zu verlieren. Spricht ein Patient auf Benzodiazepine nicht an, kann ein Therapieversuch mit rektalem Chlorthalhydrat unternommen werden. Verglichen mit Benzodiazepinen sind die Ansprechraten aber deutlich geringer.

Anders als noch in der Vorgängerversion der S1-Leitlinie wird die bukkale Gabe von Lorazepam zur Anfallsunterbrechung nicht mehr empfohlen. Denn die Resorptionszeit ist mit 30-40 Minuten zu lang. Nur bei Patienten mit Cluster-epilepsien hat es einen Stellenwert,

wenn nach Unterbrechung eines Anfalls mit weiteren Anfällen zu rechnen ist. Die Publikation der aktualisierten Leitlinie ist noch für dieses Jahr geplant.

bvrh

Quelle: Shire Deutschland GmbH

Welche MS-Therapie wählen?

Die begrüßenswerte neue Auswahl an Therapien macht viele Ärzte bei der Behandlung ihrer Patienten mit Multipler Sklerose (MS) ratlos. In einem auf sieben Stunden verteilten interaktiven Symposium fassten mehrere MS-Experten die Aspekte zusammen – teils in gestellten Streitgesprächen –, die für die Therapieentscheidung bedeutsam sein sollten.

Spritze oder oral? Hit hard and Early oder Slow and Safe? Was ist das mit der Hirnatrophie? Was bedeuten die neuen Lublin-Definitionen? Wann welche Therapie nach der neuen Leitlinie? Fatigue? Digital oder altbewährt? Kinderwunsch? Diese und viele andere Fragen wurden behandelt; hier ein kurzer unvollständiger Abriss.

Eine Tablette nimmt jeder Patient lieber als zu injizieren. Aber – auch die Applikationsfrequenz und die Therapielast insgesamt spielen eine Rolle, wie Prof. Dr. med. Sven Meuth, Münster, anmerkte. Bei dreimal täglich müsse der Patient dreimal täglich an die Krankheit denken, bei z. B. dreimal die Woche (wie bei Rebif®) nur dreimal pro Woche, und ein enges Monitoring auf Nebenwirkungen sei auch belastend.

Die neue Leitlinie geht weg von Basis- und Eskalationstherapie, sie unterscheidet zwischen mildem/moderatem und hochaktivem Verlauf. Unabhängig davon hat Lublin eine aktualisierte Phänotypisierung mit geänderten Definitionen verfasst. Mangels eindeutiger Parameter geben indes beide keine praktikable Richtschnur für die verlaufsgerechte Therapie, wie PD Dr. med. Karl Baum, Hennigsdorf, Prof. Dr. med. Jürgen Koehler, Berg, und Prof. Dr. med. Peter Flachenecker, Bad Wildbad, befanden.

„Wir müssen selbst entscheiden“, so Koehler, der empfiehlt, im Zweifel lieber mit einem sichereren Präparat zu beginnen. IFN und GLAT seien ja auch für die aktivere MS geeignet und man lege sich für später noch nicht so fest.

Wichtig sind Wirksamkeit und Sicherheit der Therapie auf lange Sicht. Die eingeführten Basispräparate können beides belegen, die neuen Präparate naturgemäß nicht. Über eine Million Patientenjahre Erfahrung könne Rebif® vorweisen, wie Meuth betonte, „was für eine belegte Wirksamkeit und überlegene Sicherheit spricht.“ Die neutrale Cochrane-Metaanalyse von 2013 zeige, dass unter diesem Präparat in allen Sta-

dien der schubförmigen MS eine Schubratenreduktion von mindestens 50% erzielt werde und 90% der Patienten nach 15 Jahren noch gehfähig seien – nach Natalizumab das zweitwirksamste Medikament, so der Referent. Heute ist das Ziel jedoch weiter gesteckt: Freiheit von Krankheitsaktivität. Es ist erreicht, wenn keine bestätigte Behinderungsprogression vorliegt und es keine weiteren Schübe sowie neue oder sich vergrößernde Hirnläsionen gibt (NEDA, formuliert von der US-Arzneimittelbehörde FDA). Hier zeigte sich Rebif® anderen IFN-Präparaten signifikant überlegen (EVIDENCE-Analyse). Ein neues NEDA-Kriterium ist im Gespräch: der Hirnatrophie entgegenwirken. In der Tat spielt die Hirnatrophie für die Lebensqualität eine große Rolle. Bedeutsam ist hier die Fatigue, von der 75-95% der Patienten betroffen seien und die häufiger Grund für Invalidität und Frühberentung sei; kognitive Störungen vermehren 43-60%. Noch gebe es allerdings keine objektiven Messmethoden, berichtete PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Iris Penner, Zürich, und die Messapparaturen stehen nur wenigen zur Verfügung. In der klinischen Wirklichkeit sei es daher noch lange hin bis zur Hirnatrophiemessung. Die digitale Therapiebegleitung könne durchaus Sinn machen. Dies gelte zum einen für die Arzt-Patienten-Kommunikation. Hier seien vernetzte Injektoren (wie RebiSmart® 2.0) und digitalisierte Fragebögen adhärenzfördernd, wie Studien zeigten, denn der Patient könne den Effekt der Einnahme bzw. Nicht-Einnahme an den Kurven zu den einzelnen Messparametern erkennen (bei MS-dialog™). Der Arzt wiederum habe mehr Zeit für den Patienten, wenn er den Zustandsbericht bereits vor sich sehe. Auch Websites, Foren und Gruppen in sozialen Netzwerken seien hilfreich, bei ersteren seien Tipps vom Arzt durchaus empfehlenswert.

Zum Thema Kinderwunsch und MS konnte PD Dr. Hellwig ihre eigenen Erfahrungen vortragen und den Ärzten dadurch Mut machen, in einzelnen Fällen gegen die FDA-Risikokategorien-Liste und gegen die Fachinformation zu handeln; regressfeste Vorschläge konnte sie indes nicht machen. Es scheint, dass IFN und GLAT nur ein bedingtes Risiko darstellen; abzuwägen ist auch immer gegen die Gefahr schwerer Schübe. Unter oraler Medikation solle nicht gestillt werden, da die kleinmolekularen Bestandteile in die Milch gelangen könnten.

Geschultes Personal wie die MS-Schwester sind für die Patienten und auch für den Arzt eine wertvolle Stütze. Die zehn meistgelobten des Jahres 2014 wurden in einer feierlichen Zeremonie geehrt.

lkk

Quelle: Interaktives Symposium „MS im Dialog – Therapieziele definieren, validieren, in die Praxis umsetzen“ der Firma Merck Serono am 20./21.03.2015 in Hamburg

Mangelernährung in der Arztpraxis aufdecken

Systematisches Ernährungsscreening – einfach und zeitökonomisch

Im Rahmen des 1. Erlanger Ernährungs-konvents forderten Experten insbesondere im niedergelassenen Bereich ein intensiveres Screening von Patienten mit einem potenziellen Risiko für Mangelernährung. Eine vom Unternehmen Nutricia initiierte Pilotstudie macht jetzt deutlich, dass sich mit bereits vorhandenen Screeningtools mangelernährte Patienten mit geringem zeitlichen und personellen Aufwand auch in der Arztpraxis identifizieren lassen. Dieses Vorgehen ermöglicht ein frühzeitiges Eingreifen sowie eine angemessene Ernährungsintervention und trägt dazu bei, mit einer Mangelernährung assoziierte Probleme wie Einschränkungen bei Leistungsfähigkeit, Mobilität und Selbstständigkeit zu verhindern.

Die häufigsten Gründe für eine Mangelernährung bei Erwachsenen sind ein erhöhter Nährstoffbedarf (z. B. Tumor-erkrankungen, Fieber, Verletzungen), eine zu geringe Nährstoffaufnahme (z. B. Appetitlosigkeit, Schluck- und Kaustörungen) sowie Nährstoffverluste (z. B. Darmerkrankungen). Unbehandelt kann sich ein schlechter Ernährungszustand negativ auf den weiteren Krankheitsverlauf auswirken (z. B. Schwächung des Immunsystems, vermehrter Muskelabbau) und die Prognose sowie die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigen. Deshalb forderten die Experten insbesondere im niedergelassenen Bereich mehr Bewusstsein für das Thema Mangelernährung.

Bisher werden in der Arztpraxis häufig jedoch nur Gewicht und optischer Eindruck zur Einschätzung des Ernährungszustandes der Patienten herangezogen, die Nutzung validierter Screeningtools ist dagegen – anders als in der Klinik – wenig verbreitet. Im Rahmen einer Pilotstudie wurde jetzt evaluiert, ob diese Tools auch im niedergelassenen Bereich geeignet sind, mangelernährte Patienten zu identifizieren und mit welchem Aufwand ihr Einsatz verbunden ist.

In vier Hausarztpraxen baten Medizinische Fachangestellte Patienten mit potenziellem Ernährungsrisiko – d. h. Patienten mit chronischen, neurologischen oder onkologischen Erkrankungen sowie alle Patienten über 65 Jahre –, an einer Ernährungsbefragung teilzunehmen. Als Screening-Instrumente dienten die validierten und von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) empfohlenen Fragebögen MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*) bei allen Patienten unter 65 Jahren und MNA (*Mini Nutritional Assessment*) bei

Patienten über 65 Jahren. Die Datenerhebung durch eine Ernährungsfachkraft beanspruchte maximal 5 Minuten. Bei 56 Patienten wurde ein Ernährungsscreening durchgeführt. Von diesen hatten 59 Prozent einen unauffälligen Ernährungszustand, 29 Prozent wiesen ein Risiko für eine Mangelernährung auf und 13 Prozent der Patienten waren mangelernährt. In bestimmten Situationen, wie z. B. bei akuter Erkrankung und Krankenhausaufnahme, steigt das Ernährungsrisiko stark an – der *Hospital Malnutrition* Studie zufolge sind mehr als die Hälfte der geriatrischen Patienten in Krankenhäusern mangelernährt. Auch diese Zahlen sprechen dafür, den Ernährungszustand der Patienten bereits im ambulanten Setting zu prüfen und ggfs. zu intervenieren, um die mit einer Mangelernährung assoziierten Risiken zu reduzieren.

Im Rahmen der Pilotstudie erhielten Patienten mit einer manifesten Mangelernährung eine Ernährungsberatung zur Nahrungsmittelauswahl und -anreicherung und wurden über die Möglichkeit des Einsatzes von medizinischer Trinknahrung informiert.

Einen wichtigen und effizienten Beitrag zur Verbesserung des Ernährungszustandes kann z. B. der Einsatz von Fortimel® zur ergänzenden oder ausschließlichen Ernährung leisten. Die medizinische Trinknahrung steht in zahlreichen Produktvarianten zur Verfügung, um den individuellen Bedürfnissen der unterschiedlichen Patienten gerecht zu werden. Fast alle Fortimel-Produkte können vom Arzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden.

bvrh

Quelle: Nutricia GmbH

Studie belegt Zuverlässigkeit

Automatisierte Biomarker in der Diagnostik von Morbus Alzheimer

Die Diagnostik der Alzheimer-Erkrankung ist eine aufwändige Prozedur, da viele Alzheimer-typische Symptome auch anderen Erkrankungen zugeordnet werden können. Das Ausschlussverfahren hierzu ist für Ärzte aufwändig und für Patienten mühselig und belastend. Eine neue Studie belegt, dass die automatisierte Hippokampusvolumetrie eine signifikante Aussagekraft bei der Diagnose der Erkrankung hat.

Obwohl bereits als Diagnosemerkmal in den europäischen Leitlinien enthalten, konnte die Hippokampusvolumetrie bisher nur in wenigen, meistens akademischen Zentren durchgeführt werden. Wichtige Voraussetzung zur Anwendung des Verfahrens war das tiefgehende Anwendungswissen, technologische Kompetenz und die Erfahrung des befunden-

den Arztes. Seit der Einrichtung von Referenzzentren vor zwei Jahren wurde das Verfahren der automatisierten Hippokampusvolumetrie kontinuierlich weiterentwickelt und überprüft. Das Ergebnis dieser Forschungsarbeit liegt nun vor. Ab sofort gibt es die Möglichkeit, mit frei verfügbaren Analysetools eine vollautomatische, computergestützte Hippokampusvolumetrie vorzunehmen. Deren Zuverlässigkeit wurde in einer Studie belegt und liegt bei einer Genauigkeit von 80%.

In der Studie wurde für 100 Gedächtnisambulanz-Patienten das Hippokampusvolumen mit dem frei verfügbaren Tool bestimmt und mit den Ergebnissen der klinischen Untersuchung verglichen.

Es zeigte sich, dass das Volumen des rechten Hippokampus ein zuverlässiger Parameter ist, Patienten mit einer Alzheimer-Erkrankung in einer Population von Menschen mit Gedächtnisstörungen zu identifizieren. Dabei belief sich die Dauer der vollautomatischen Berechnung des Hippokampusvolumens auf etwa vier Minuten. Damit kann mit einfachen Mitteln ein weiteres wichtiges Merkmal in den Diagnoseprozess eingebracht werden und die Sicherheit der Alzheimer-Diagnose erhöhen.

Die notwendigen Tools können von der Seite der Firma jung diagnostics GmbH kostenlos heruntergeladen oder die Berechnung durch die Firma im Rahmen einer Dienstleistung übernommen werden. Der Link ist: <http://www.jung-diagnostics.de/deu/tools.php>

Die Firma jung diagnostics hat das Verfahren, auf dem die vollautomatisierte Auswertung beruht, in enger Zusammenarbeit mit universitären Zentren entwickelt und als Medizinprodukt zertifiziert.

bvrh

Quelle: jung diagnostics GmbH

Morbus Pompe

Kardiale Probleme sind typisch für die infantile Verlaufsform

Bei der seltenen neuromuskulären Erkrankung Morbus Pompe führt ein Enzymmangel (saure alpha-Glukosidase = GAA) dazu, dass sich in den Muskelzellen Glykogen ansammelt. Das stört die Funktion der Zellen und führt letztlich zu irreversiblen Gewebeschäden. Betroffenen sind besonders die Skelett-, Atem- sowie die Herzmuskulatur bei der infantilen Form. Eine kausale Behandlung der lysosomalen Speicherkrankheit ist seit 2006 durch die Enzymersatz-Therapie mit Alglucosidase alfa (Myozyme®) möglich.

Die Schwere des Enzymmangels und das Erkrankungsalter variieren; dementsprechend verschieden entwickeln sich Schwere der Krankheit und Lebenser-

wartung der Betroffenen. So ist nach Dr. med. Bertold Schrank, Wiesbaden, beim späteren Krankheitsbeginn der juvenilen/adulten Form in der Regel ein langsamerer und milderer Verlauf zu erwarten als beim frühen Beginn im Säuglingsalter (infantile Verlaufsform). Bei letzterer besteht keine oder nur eine minimale Enzym-Restaktivität (< 1 %). Die Kinder fallen früh auf, etwa durch Trinkschwäche und Muskelhypotonie, wie Prof. Dr. med. Peter Young, Münster, berichtete. Anders als Patienten mit späterem Krankheitsbeginn entwickeln zudem 92 % eine Kardiomegalie. Unbehandelt droht meist schon in den ersten zwölf Lebensmonaten der Tod durch kardio-respiratorisches Versagen.

Bei der adulten Verlaufsform sind kardiale Probleme nicht so ausgeprägt: Eine relevante Kardiomyopathie sei bislang nicht nachweisbar, so der Neurologe. Typischerweise fällt eine Gliedergürtelschwäche (Hüfte, Schulter) auf. Das Gowersche Manöver, also das Abstützen auf den Knien, etwa beim Aufrichten aus der Hocke, weist auf proximale Muskelschwäche hin. Auch ein wiegender Gang ist typisch dafür, sagte Schrank.

Zudem ist eine Atemmuskelschwäche häufig. Bei einigen Patienten geht sie dem Verlust der Gehfähigkeit sogar bis zu mehr als fünf Jahre voraus. Eine Schwäche des Zwerchfells führt zur ventilatorischen Insuffizienz. So klagte eine 50-jährige Patientin mit adultem Beginn über eine Dyspnoe schon bei leichten Belastungen. Darüber hinaus litt sie unter einer erschwerten Atmung in flacher Rückenlage (Orthopnoe). Die Diaphragmaschwäche macht sich dem Betrachter in dieser Situation als paradoxes Atemmuster mit Einziehung der Bauchwand beim Einatmen bemerkbar, erklärte Schrank. Dazu passt ein abgeschwäch-

ter Hustenstoß, der im Sitzen kräftiger ist als im Liegen.

Was ist zu tun, wenn zum Beispiel bei proximaler Muskelschwäche und Atemmuskelschwäche an einen Morbus Pompe zu denken ist? Da die Krankheit progredient ist, mit Alglucosidase alfa aber eine kausale Behandlung dafür existiert, ist ein früher Therapiestart sinnvoll. Schrank empfiehlt im Verdachtsfall eine klärende Aktivitätsmessung des Enzyms GAA im Trockenblut. Über die Diagnostik-Initiative der Firma Archimed Life Science, unterstützt von Genzyme, ist dies für Ärzte kostenlos (Tel. 0800/1115200).

bsr

Quelle: Symposium „Lernen am Fall – ein interaktives Videoseminar neuromuskulärer Erkrankungen“ der Firma Genzyme GmbH am 20.03.2015 anlässlich der 59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN) in Tübingen

Biogen Idec auf Platz 1
im Global 100-Ranking

Nachhaltigstes Unternehmen der Welt

Biogen Idec (jetzt nur noch Biogen) ist das nachhaltigste Unternehmen der Welt – das zeigt eine Studie des kanadischen Medienunternehmens Corporate Knights, in der mehr als 4.000 Konzerne untersucht wurden. Die Liste der „Global 100 Most Sustainable Corporations in the World“ wurde auf dem diesjährigen Weltwirtschaftsforum in Davos präsentiert. Letztes Jahr noch auf Platz zwei, liegt das US-amerikanische Unternehmen im Index nun ganz vorne, ge-

folgt von Allergan und Adidas. Mit 20 Vertretern schnitten Unternehmen aus den USA insgesamt am besten ab. Kanada und Frankreich sind mit jeweils 12 Platzierungen vertreten, während Deutschland mit Adidas (3.), BMW (6.), Henkel (39.), Siemens (55.) und Daimler (60.) fünf Unternehmen in den Top 100 platzieren kann. Die Aufnahme in das Ranking „Global 100 Most Sustainable Corporations in the World“ wird durch zwölf quantitative Nachhaltigkeitsindikatoren bestimmt, bei deren Auswertung sich Corporate Knights vor allem auf eindeutig definierte Maßnahmen und offengelegte Daten der einzelnen Unternehmen bezieht. Biogen Idec, dessen deutsche Niederlassung mit rund 350 Mitarbeitern in bayerischen Ismaning beheimatet ist, liegt im Vergleich mit anderen Firmen besonders in Bereichen wie Energieverbrauch, Wassernutzung, Treibhausgasemissionen, Abfallaufkommen und Arbeitssicherheit vorne. Dieses Ergebnis lässt das Biotechnologie-Unternehmen positiv in die Zukunft blicken und zeigt, wo seine langfristigen Schwerpunkte liegen: in der Wertschätzung von Umwelt, Gemeinschaft und Mitarbeitern. George Scangos, CEO von Biogen Idec, hält fest: „Wir müssen jetzt im Blick behalten, in welchen Punkten wir uns in den nächsten fünf Jahren noch weiter verbessern können. Wir befinden uns auf dem richtigen Weg.“

Biogen (Idec) ist eines der weltweit führenden Biotechnologie-Unternehmen. Zu den Kernkompetenzen gehören die Wirkstoffsuche, die Forschung und Entwicklung von Medikamenten, biopharmazeutische Produktionsprozesse sowie eine globale Vertriebsinfrastruktur.

red.

Quelle: Biogen