

preis

Desitin-Forscherpreis 2017

Auszeichnung der Gesellschaft für Neuropädiatrie

Seit 17 Jahren stellt sie den traditionellen Auftakt der Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) dar: die Verleihung des Desitin-Forscherpreises. Damit werden neuropädiatrische Forschungsarbeiten ausgezeichnet, die einen unmittelbaren Bezug zu klinischen Fragestellungen aufweisen. Der diesjährige Preisträger, Dr. Darius Ebrahimi-Fakhari, erhielt den Preis für seine Arbeit über die komplexen Zusammenhänge des mTOR-Signalweges und Störungen bei Mitochondrienfunktion und -umsatz in den Zellen bei Tuberöser Sklerose. Die Forschungsarbeit eröffnet neue Perspektiven in der Therapie dieser und weiterer Erkrankungen.

Tuberöse Sklerose (TS) ist eine autosomal-dominante Erbkrankheit. Zu den typischen Symptomen zählen Hautveränderungen, Tumoren – vor allem im Gehirn, aber auch andere Organsystemen können betroffen sein – sowie das Auftreten epileptischer Anfälle, wobei Letztere vor allem bei Kindern die (kognitive) Prognose maßgeblich beeinflussen. Eine ursächliche Therapie von TS gibt es nicht; die uneinheitlichen Symptome werden deswegen unabhängig voneinander behandelt. Eine besondere Herausforderung stellen dabei die Epilepsien dar, die mit gängigen Antiepileptika häufig nicht zufriedenstellend behandelt werden können. Dr. Darius Ebrahimi-Fakhari vom Children's Hospital in Boston konnte mit seiner wissenschaftlichen Arbeit *Impaired Mitochondrial Dynamics And Mitophagy In Neuronal Models of Tuberous Sclerosis Complex* bisher wenig erforschte Zusam-

menhänge aufdecken. Er und sein Team untersuchten dabei den Einfluss des mTOR-Signalweges auf den mitochondrialen Stoffwechsel und den Umsatz von defekten Mitochondrien in Neuronen. Sie konnten dabei zunächst eine erhöhte mitochondriale Masse bei TSC2-defizienten Neuronen nachweisen und diese auf einen Defekt im Umsatz der Mitochondrien zurückführen. In weiterführenden Untersuchungen und Experimenten konnte gezeigt werden, dass der defekte mitochondriale Metabolismus bei TS durch Gabe des mTOR-Inhibitors Rapamycin sowie durch eine mTOR-unabhängige Stimulation der Autophagie mit dem Antiepileptikum Carbamazepin korrigiert werden kann. Diese Ergebnisse sind deswegen so bedeutsam, da sie einen neuen Therapieansatz liefern könnten – nicht nur für TS, sondern für alle Erkrankungen, denen ein gestörter mitochondrialer Metabolismus zugrunde liegt.

red.

Quelle: Desitin Arzneimittel GmbH

news

Orale Kurzzeitbehandlung für schubförmige Multiple Sklerose mit hoher Krankheitsaktivität

Europäische Kommission erteilt Zulassung für Cladribin-Tabletten

Die Europäische Kommission hat Ende August die Marktzulassung für Mavenclad® 10 mg (Cladribin-Tabletten) für die Behandlung von schubförmiger Multipler Sklerose (MS) bei Patienten mit hoher Krankheitsaktivität¹ in den 28 Ländern der Europäischen Union (EU) und in Island, Liechtenstein und Norwegen erteilt. Mavenclad® ist die erste orale Kurzzeittherapie, die bei MS-Patienten mit hoher Krankheitsaktivität bezüglich der Schlüsselkriterien Behinderungsprogression, jährliche Schubrate und Krankheitsaktivität gemäß Magnetresonanztomographie (MRT)-Befund wirkt. Die Marktzulassung für Mavenclad® basiert auf Daten von über 10.000 Patientenjahren mit mehr als 2.700 Patienten, die in das klinische Studienprogramm eingeschlossen waren², darunter Patienten mit einer Nachbeobachtungszeit von bis zu mehr als 10 Jahren. Das klinische Entwicklungsprogramm umfasste Daten der drei Phase-III-Studien CLARITY^{3,4}, CLARITY EXTENSION⁵ und ORACLE MS⁶, der Phase-II-Studie ONWARD⁷ sowie Daten der Langzeitnachbeobachtung aus dem prospektiven Register PREMIERE⁸ mit einer Laufzeit von acht Jahren. Die

Wirksamkeits- und Sicherheitsergebnisse dieser Studien ermöglichten eine umfassendere Charakterisierung des Nutzen-Risiko-Profiles von Mavenclad®.

„Dies ist ein aufregender Moment, der die MS-Behandlung entscheidend verändern kann“, sagte Gavin Giovannoni, Professor für Neurologie am *Barts and The London School of Medicine and Dentistry der Queen Mary University of London*. „Mavenclad® ist eine selektive Immunrekonstitutionstherapie (SIRT) mit einem vereinfachten Verabreichungskonzept: Die Patienten erhalten innerhalb von vier Jahren lediglich in zwei aufeinanderfolgenden Jahren über jeweils einen kurzen Zeitraum die Tabletten. Dabei können sie über einen längeren Zeitraum von der Behandlung profitieren, ohne kontinuierlich Medikamente einnehmen oder sich häufigen Kontrolluntersuchungen unterziehen zu müssen.“

Die Zulassung folgt auf die positive Stellungnahme des Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP), die im Juni 2017 abgegeben wurde. Mavenclad® soll Patienten in Europa in Kürze per ärztlicher Verschreibung zur Verfügung stehen. Darüber hinaus plant Merck weitere Einreichungen auf Marktzulassung in anderen Ländern, unter anderem in den USA. „Multiple Sklerose betrifft über 700.000 Menschen in ganz Europa und kann bis heute nicht geheilt werden“, sagte Anne Winslow, Präsidentin der Europäischen MS-Plattform (EMSP). „Neue Behandlungsoptionen können entscheidend dazu beitragen, die Lebensqualität der Menschen mit aktiver schubförmiger MS zu verbessern.“ Post-hoc-Analysen der zweijährigen Phase-III-Studie CLARITY^{3,4} zeigten, dass Mavenclad® bei Patienten mit hoher Krankheitsaktivität die jährliche Schubrate um 67% und das Risiko einer bestätigten EDSS-Progression in einem Zeitraum von sechs Monaten um 82% im Vergleich zu Placebo senkte. Die Phase-III-Erweiterungsstudie CLARITY EXTENSION⁵ belegte, dass im dritten und vierten Studienjahr keine weitere Behandlung mit Mavenclad® erforderlich war. Der umfassende Datensatz hat Kenntnisse über die Anforderungen an Dosierung und Überwachung vermittelt. Die relevantesten klinischen Nebenwirkungen waren Lymphopenie und Herpes zoster. Die Lymphozytenzahl muss vor und während der Behandlung mit Mavenclad® bestimmt werden. Mavenclad® ist bei bestimmten Gruppen wie immunkompromittierten Patienten und Schwangeren kontraindiziert.

Literatur

- 1 Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (SmPC) für MAVENCLAD®, August 2017
- 2 Merck-Daten in den Akten

- 3 Giovannoni G, Comi G, Cook S et al. A Placebo-Controlled Trial of Oral Cladribine for Relapsing Multiple Sclerosis. 2010 New England Journal of Medicine 362:416-426
- 4 Giovannoni G et al. Sustained disease-activity-free status in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis treated with cladribine tablets in the CLARITY study: a post-hoc and subgroup analysis Lancet Neurol 2011; 10:329-337
- 5 EU Clinical Trials Register. A Phase IIIb, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multi-center, Parallel Group, Extension Trial to Evaluate the Safety and Tolerability of Oral Cladribine in Subjects with Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis Who Have Completed Trial 25643 (CLARITY). Abrufbar unter: www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/trial/2007-000381-20/results. Letzter Abruf: August 2017
- 6 Leist T, Comi G, Cree B et al. Effect of oral cladribine on time to conversion to clinically definite multiple sclerosis in patients with a first demyelinating event (ORACLE MS): a phase 3 randomised trial. Lancet Neurol 2014; 13: 257-67
- 7 EU Clinical Trials Register. A phase II, multi-center, randomized, double-blind, placebo-controlled, safety, tolerability and efficacy study of add-on Cladribine tablet therapy with Rebif New Formulation in Multiple Sclerosis Subjects with Active Disease. Abrufbar unter: <https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/trial/2006-003366-33/results>. Letzter Abruf: August 2017
- 8 Schreiner T, Miravalle A. Current and Emerging Therapies for the Treatment of Multiple Sclerosis: Focus on Cladribine. Journal of Central Nervous System Disease. 2012; 4. 1-14

red.

Quelle: Merck

CE-Kennzeichnung

Software zum Einsatz bei der Tiefen Hirnstimulation

Die SureTune™3 Software zum Einsatz bei der Tiefen Hirnstimulation (THS, engl. Deep Brain Stimulation, DBS) erhielt die CE-Kennzeichnung (Conformité Européenne). SureTune3 ermöglicht die patientenspezifische Visualisierung von Zielpunkt und Ausmaß der neuronalen Aktivierung im Rahmen der THS-Therapie und erleichtert dem Arzt die Entscheidung über die individuelle Anpassung der Therapie. Die Medtronic THS-Therapie hat u.a. eine Zulassung für die Parkinson-Krankheit und dient zur Behandlung von Symptomen wie dem essenziellen Tremor. Dabei wird dem Patienten ähnlich wie bei einem Herzschrittmacher ein medizinisches Gerät implantiert, das leichte elektrische Impulse abgibt und so bestimmte Zielstrukturen im Gehirn stimuliert. Die elektrische Stimulation der Areale führt zur Normalisierung der Hirnkreisläufe und verbessert die beeinträchtigenden Symptome. Weltweit leiden mehr als

10 Mio. Menschen an der Parkinson-Erkrankung. Die Weiterentwicklung des SureTune3-Systems kann den Behandlungsablauf verbessern und ermöglicht dem Arzt den Import von Daten aus der StealthStation™ Bildgebungs- und Navigationstechnologie. SureTune3 enthält außerdem einen adaptierbaren 3D-Atlas, mit dessen Hilfe der behandelnde Arzt die individuelle Anatomie des Patienten besser darstellen und spezifische Gehirnregionen bestimmen kann, die zur Linderung der Symptome stimuliert werden müssen. Das SureTune3-System lässt sich vollständig downloaden und über einen Klinik-internen Server unabhängig anwenden, sodass auch multidisziplinäre Teams flexibel bleiben.

Die Daten zum SureTune3 System wurden in Berlin auf der Konferenz der World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery (WSSFN) von Prof. Dr. Jens Volkmann, Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Würzburg, erstmals vorgestellt. Volkmann stellte dar, wie SureTune3 seinem Team beim Patientenmanagement unterstützt. „Im SureTune3 lassen sich alle Patientendaten integrieren – von der Planung bis zur Durchführung – und so jeder einzelne Fall personalisiert behandeln“, sagte Volkmann. „Mithilfe der verbesserten Software können wir die Stimulationssettings für jeden einzelnen THS-Patienten genau visualisieren.“ Mit diesem Ansatz lässt sich für die klinische Programmiererfahrung, die patientenspezifische Visualisierung des simulierten Volumens der neuronalen Aktivierung und die stereotaktische Planung ein integrierter Workflow bilden.

Die THS-Therapie von Medtronic besitzt die CE-Kennzeichnung zur Behandlung der Parkinson-Erkrankung, Dystonie, essenziellem Tremor, Zwangsstörungen und Epilepsie. Sie ist die einzige THS-Therapie, die unter bestimmten Bedingungen einen sicheren Ganzkörper-MRT-Zugang bietet und auch während eines MRT-Scans weitergeführt werden kann. „Die aktuellen Innovationen in unserer SureTune-Software bringen die Medtronic THS-Lösung nun weit über das bisherige mit bedingtem MRT hinaus und lässt uns die gängigen Standardsysteme zur Visualisierung im Stimulationsfeld weit überbieten“, erklärte Brett Wall, der Senior-Vizepräsident und Präsident der Abteilung Hirn-Therapien als Teil der Abteilung für Regenerative Therapien bei Medtronic. „Medtronic ist seit mehr als 30 Jahren führend in der THS-Therapie. Wir wollen auch in Zukunft neue Innovationen erforschen und entwickeln zum Nutzen der Patienten und Ärzte, die sich darauf verlassen.“ Die THS-Therapie ist inzwischen in vielen Ländern der Welt, einschließlich den USA und Europa, zur Behandlung des stark beeinträchtigenden essenziellen Tremors sowie neudiagnostizierter und bekannter Parkinson-Erkrankun-

gen zugelassen. In den USA kann die Therapie auch unter den Vorgaben des HDE (Humanitarian Device Exemption) zur Behandlung chronischer, therapieresistenter primärer Dystonie eingesetzt werden. In Europa, Kanada und Australien ist die Therapie zugelassen für die Behandlung der refraktären Epilepsie. Zudem ist die Therapie in der EU und Australien sowie in den USA, unter den Vorgaben des HDE, für die Behandlung schwererer, therapieresistenter Zwangsstörungen zugelassen.

bvrh

Quelle: Medtronic

Mind the Gap!

Mit Netzwerken gegen Versorgungslücken in der Suchtmedizin

Viele drogenabhängige Patienten scheitern an den Schnittstellen zwischen unterschiedlichen therapeutischen Einrichtungen. Auf einem von Hexal unterstützten Symposium im Rahmen des 18. Interdisziplinären Kongresses für Suchtmedizin in München diskutierten namhafte Experten über die Schwachstellen des derzeitigen Behandlungssystems und über die Möglichkeiten einer nahtlosen und flächendeckenden Versorgung suchtkranker Menschen.

Suchterkrankungen verlaufen in der Regel chronisch und erfordern häufige Wechsel zwischen verschiedenen Teilen des Behandlungssystems – zum Beispiel vom ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt, zwischen verschiedenen ambulanten Einrichtungen oder zwischen Strafvollzug und medizinischer bzw. sozialer Anschlussbetreuung. An diesen Therapieübergängen gibt es immer wieder Versorgungslücken, stellte der Münchner Suchtmediziner Stephan Walcher fest. Es sei erschreckend, dass zwischen 30 und 40% der Drogentoten an diesen Schnittstellen scheitern. Als besonderes Problem nannte Walcher die medizinische Versorgung in Haftanstalten. So erhalten gerade einmal 45 der rund 3.000 drogenkranken Häftlinge in bayerischen Gefängnissen eine adäquate Substitutionstherapie. „Wenn wir etwas erreichen wollen, müssen wir diese Gaps überbrücken“, forderte er. Nach Aussage von Dipl. Psych. Roland Simon von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) am IFT, München, gibt es diese Versorgungslücken nicht nur in Deutschland, sondern auch auf europäischer Ebene. Deutschlands spezielle Problematik führte er auf die Größe des Landes und die Vielzahl der Therapieanbieter, Finanzierungs- und Kontrollmechanismen zurück. Auch er beurteilte die Übergangsphasen zu Beginn und am Ende einer Behandlung

als besonders kritisch. „Es ist mittlerweile fundiertes Wissen, dass Todesfälle in den Tagen und Wochen nach Ende eines Therapieabschnitts kulminieren.“, so Simon.

Eine wichtige Ursache für diese Schnittstellenprobleme sieht Prof. Dr. Jens Reimer, Direktor des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, in der mangelnden Vernetzung der einzelnen Einrichtungen und Kostenträger. Es werden zwar zahlreiche Bausteine angeboten, diese kämen aber nicht aus einer Hand bei den Patienten an. „Wir muten unseren schwerstkranken Patienten zu, sich durch unser komplexes System zu navigieren“, kritisierte Reimer. Sie müssen sich selbst darum kümmern, welche Leistungen sie im medizinischen Sektor, im Reha-Bereich, beim Arbeitsamt oder auf dem Wohnungsmarkt erhalten können. Auch Walcher ist überzeugt: „Schnittstellen kann man nur umgehen, indem man Kostenträger-Schnittstellen vermeidet.“

Wie ein gut funktionierendes Hilfenetzwerk aussehen könnte, schilderte Dr. Hans Haltmayer, Ärztlicher Leiter der Suchthilfe Wien, am Beispiel der Wiener Sucht- und Drogenkoordination SDW. Diese im Jahr 2006 gegründete Organisation verantwortet die Fördermittelvergabe und hat die Aufgabe, verschiedene Leistungen und Therapieangebote (Suchtprävention, Beratung, Behandlung, Betreuung, soziale und berufliche Integration) aufeinander abzustimmen. Mit der Gründung der SDW sei es zu einem Paradigmenwechsel gekommen: Weg von der Einrichtungs- hin zur Patienten-Orientierung. Erstmals wurden Wirkungsziele formuliert und der tatsächliche Gesamtbetreuungsbedarf des Patienten ermittelt. Zur Bedarfserhebung und Erfolgskontrolle werden in regelmäßigen Abständen standardisierte Parameter abgefragt (sog. Multidimensionale Diagnostik), welche die somatische und psychische Gesundheit sowie die soziale Situation des Patienten erfassen und die Basis für die zu erarbeitenden Leistungsbündel darstellen. Im Falle einer unmittelbaren Notlage sorgen sog. Ad-hoc-Maßnahmen (Tageszentrum, Notschlafstelle, Ambulatorium, Streetwork) für rasche unbürokratische Hilfe. „Ein wesentlicher Vorteil dieses Systems ist die nahtlose Überbrückung der Schnittstellen“, erklärte Haltmayer. Benötigt der Patient nach seinem Klinikaufenthalt beispielsweise eine ambulante Psychotherapie, sind Finanzierung und Therapieplatz bereits gesichert, wenn er aus der stationären Behandlung kommt.

In der anschließenden Diskussionsrunde zeigte sich, dass dieser Ansatz auch ein wünschenswertes Modell für Deutschland sein könnte.

red.

Quelle: Hexal

VHF-Patienten nach koronarer Stenteinlage

Duale Therapie mit Dabigatran zeigte verminderte Raten schwerer Blutungen vs. Triple-Therapie mit Warfarin

Aktuelle Ergebnisse der RE-DUAL PCI™ Studie zeigten unter der dualen Therapie mit Dabigatran (Pradaxa®) eine signifikante Reduktion von schweren sowie klinisch relevanten, nicht-schweren Blutungsereignissen. Die Studie verglich die Sicherheit einer dualen antithrombotischen Therapie mit Dabigatran und einem Thrombozytenfunktionshemmer (ohne Aspirin) bei VHF-Patienten, die sich einer PCI mit Stenteinlage unterzogen hatten mit einer Triple-Therapie mit Warfarin. Im primären Sicherheitsendpunkt (Zeit bis zum ersten schweren oder klinisch relevanten, nicht-schwerem Blutungsereignis) betrug die Risikoreduktion 48 Prozent mit der Dabigatran-Dosierung 110 mg und 28 Prozent mit der Dosierung 150 mg. Dabei waren thromboembolische Ereignisse unter Dabigatran im Vergleich zur Warfarintherapie etwa gleich häufig. Beide in RE-DUAL PCI™ verwendeten Dabigatran-Dosierungen sind bereits umfangreich getestet worden und weltweit zur Schlaganfallprävention bei nicht valvulärem VHF zugelassen. Die Ergebnisse von RE-DUAL PCI™ wurden als Late-Breaker-Session auf dem diesjährigen Kongress der *European Society of Cardiology* (ESC) in Barcelona vorgestellt und zeitgleich im *New England Journal of Medicine* publiziert.

Etwa 20 bis 30 Prozent der antikoagulierten VHF-Patienten leiden zusätzlich unter einer koronaren Herzkrankheit. Diese kann eine PCI mit Stenteinlage erforderlich machen, um die Blutversorgung des Herzens zu verbessern. Die Dreifach-Kombination aus Warfarin und zwei Thrombozytenfunktionshemmern ist bei diesen Patienten jedoch mit einem hohen Risiko für schwere Blutungen assoziiert. RE-DUAL PCI™ untersuchte daher eine alternative Strategie: eine duale Therapie mit Dabigatran und einem Thrombozytenfunktionshemmer, jedoch ohne Aspirin.

Für Ärzte, die VHF-Patienten nach PCI mit Stenteinlage behandeln, sei es von größter Bedeutung, den Nutzen gegenüber dem Blutungsrisiko sorgfältig abzuwägen, erläuterte Professor Christopher Cannon, Kardiologe am *Brigham and Women's Hospital*, Studienleiter von RE-DUAL PCI™ und Direktor der Abteilung Kardiometabolische Studien am *Baim Institute for Clinical Research* in Boston, Massachusetts. Es lägen nur wenig

belastbare Daten zum Einsatz von Nicht-Vitamin-K-Antagonisten oralen Antikoagulanzen (NOAKs) in dieser Indikation vor. Die neuen Daten aus RE-DUAL PCI™ seien hoch relevant für Kollegen, die für entsprechende Patienten eine effektive antithrombotische Therapie benötigen.

Die Resultate der RE-DUAL PCI™ Studie:

► Inzidenz des primären Endpunkts (Zeit bis zum schweren oder klinisch relevanten, nicht-schweren Blutungsereignis): 15,4 Prozent unter dualer Therapie mit Dabigatran 110 mg vs. 26,9 Prozent unter Warfarin-Triple-Therapie und damit 48 Prozent relative Risikoreduktion. Desweiteren 20,2 Prozent unter dualer Therapie mit Dabigatran 150 mg vs. 25,7 Prozent unter Warfarin-Triple-Therapie, dies entspricht einer relativen Risikoreduktion von 28 Prozent

► Beide Therapieregimes mit Dabigatran zeigten insbesondere reduzierte Raten schwerer Blutungen (bei Einzelanalyse, sowohl nach ISTH als auch TIMI Definition von schweren Blutungen) und Gesamtblutungen. Wichtigster sekundärer Endpunkt (Kombination aus Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall, systemische Embolie und ungeplante Revaskularisation): ähnliche Ereignisraten unter dualer Therapie mit Dabigatran (13,7 Prozent) versus Triple-Therapie mit Warfarin (13,4 Prozent)

Die Ergebnisse aus RE-DUAL PCI™ zeigten erneut den Vorteil, den eine Therapie mit Dabigatran VHF-Patienten und ihren behandelnden Ärzten bieten kann. Sie bestätigten damit das positive Profil, das bereits aus diversen anderen Behandlungssituationen bekannt sei, kommentierte Professor Jörg Kreuzer, medizinischer Leiter des Therapiegebiets Kardiovaskuläre Erkrankungen bei Boehringer Ingelheim. Das treffe insbesondere vor dem Hintergrund anderer kürzlich veröffentlichter Daten zu – zum Beispiel RE-CIRCUT™ bei Patienten während einer Katheterablation, Analysen aus der klinischen Praxis oder die Ergebnisse der RE-VERSE AD™ Studie in Notfallsituationen. All diese Daten ergäben ein überzeugendes Sicherheits- und Wirksamkeitsprofil für Dabigatran. red.

Quelle: Boehringer-Ingelheim

Rahmenvertrag Entlassmanagement

Chance zur Verbesserung der Patientenversorgung in der Psychiatrie

„Es ist schon sehr viel vorhanden, oft können durch kleine Veränderungen bereits die Vorgaben des Rahmenvertrages zum Entlassmanagement, der am 1. Oktober in Kraft tritt, umgesetzt werden,“ fasste der wissenschaftliche

Leiter Dr. Claus Wolff-Menzler, Göttingen, die zentralen Erkenntnisse zweier Fortbildungsveranstaltungen zusammen. 55 medizinische und leitende Führungskräfte psychiatrischer Kliniken und Fachabteilungen nahmen an den Workshops von Janssen Deutschland teil. Die Umsetzung des Rahmenvertrages beinhaltet zwar viele Herausforderungen, im Gegenzug ergeben sich aber auch Möglichkeiten, die Behandlung für die Patienten zu verbessern, langfristige Behandlungserfolge zu erreichen und durch bessere Vernetzung auch zur Verringerung von Rehospitalisierungen beizutragen. Strukturiertes Entlassmanagement ist somit eine Chance für mehr Patientenorientierung und kann zur neuen Visitenkarte der Klinik werden. Der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement regelt die Aufgaben des Krankenhauses für den Übergang in die Versorgung nach stationärer Behandlung. Er wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband, der kassen-ärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossen und regelt die Umsetzung des Paragraphen § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V. Der Vertrag soll ein strukturiertes Entlassmanagement in multi-disziplinärer Zusammenarbeit sicherstellen, allgemeingültige Standards etablieren und die risikobehaftete Entlassung entschärfen. Hierzu sind umfangreiche Vorgaben in dem Rahmenvertrag vorgesehen: Dazu gehört beispielsweise die Bildung multiprofessioneller Teams mit klar geregelten Verantwortlichkeiten und die Erstellung spezifischer Standards für Patienten mit normalem und komplexem Versorgungsbedarf.

Eine zentrale Aufgabe ist die Information der Patienten. Jeder Patient muss über das Entlassmanagement schriftlich aufgeklärt werden und zur Teilnahme seine schriftliche Einwilligung erteilen. Bezogen auf die klinische Umsetzung regelt der Rahmenvertrag darüber hinaus detailliert, wie der Bedarf eines Patienten nach der Entlassung zu ermitteln und eine Entlassplanung vorzunehmen ist. Diese und weitere Anforderungen sollen schon zum Tag der Entlassung eine nahtlose Überleitung in die Anschlussversorgung sicherstellen. Auch wenn der Rahmenvertrag für die Patientenversorgung große Chancen bietet, stellt er für die Kliniken erst einmal eine Herausforderung dar. Da das Entlassmanagement viele Prozesse und Strukturen betrifft, sind teilweise umfangreiche und komplexe Neuerungen oder Änderungen erforderlich, die im Hinblick auf den engen Zeitrahmen vorgenommen werden müssen. „Es gibt nicht nur die eine Art, das Entlassmanagement zu organisieren“, ermutigte Professor Dr. Hans-Jörg Assion, Dortmund, der die Veranstaltung als Referent unterstützte, die Teilnehmer. Jedes Krankenhaus könne seine strukturelle

Lösung erarbeiten – unter Berücksichtigung der Forderungen im Rahmenvertrag.

Als positiv wurde in den Veranstaltungen unter anderem herausgearbeitet, dass viele grundsätzliche Schritte und Anforderungen in allen Kliniken bereits vorhanden sind, beispielsweise die Ermittlung der sozialen Situation oder das Assessment zu Pflegemaßnahmen. Diese müssen nur systematisch im Entlassprozess abgebildet und die Dokumente entsprechend angepasst werden. Mit der Neuregelung des Entlassmanagements kommen weitere Anforderungen hinzu, die man zum Teil in bestehende Prozesse integrieren kann. So ist zu klären, inwieweit die Aufklärung der Patienten über das Entlassmanagement bereits bei der Unterschrift des Behandlungsvertrages erfolgen oder das vorhandene Pflege-Assessment ausgedehnt werden kann. Eine große Aufgabe ist es, zu klären, wie das Assessment zur Ermittlung des Entlassmanagement-Bedarfs der Patienten zu etablieren ist und zu welchem Zeitpunkt und durch wen das initiale Assessment erfolgen soll. Bei Patienten, die eine detaillierte Entlassplanung benötigen, müssen frühzeitig der gesamte Bedarf aufgenommen und die notwendigen Maßnahmen in einem Entlassplan dokumentiert werden. Einige Anforderungen im Rahmenvertrag gelten für alle Patienten, wie zum Beispiel der Entlassbrief nach bundeseinheitlichen Vorgaben sowie eine Medikationsplanung zur Information der Weiterbehandler.

Eine erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung erfordert die umfangreiche Analyse aller relevanten Prozesse und eine intensive Schulung der Mitarbeiter. Wichtig ist, dass alle Beteiligten in den Kliniken das Entlassmanagement als Möglichkeit begreifen, die Versorgung der Patienten zu verbessern.

red.

Quelle: Janssen-Cilag GmbH

XyREM Report :

Viermal jährlich frei Haus

Informatives Medium zu aktuellen Schlafthemen

Studien, Fortbildungen, Serviceangebote, Tagungen – mit diesem Spektrum hält ein kostenfreier Newsletter von UCB Pharma schlafmedizinisch Interessierte auf dem Laufenden. Das Thema „Schlaf der Generationen“ steht im Mittelpunkt der aktuellen Ausgabe des Reports, einer kostenfreien Quartalspublikation von UCB Pharma. Das Konzept des Newsletters: Studienergebnisse, Tagungsberichte, Neuigkeiten über schlafmedizinische Techniken, Fortbildungstipps und praxisrelevante Serviceangebote in kom-

pakter Form für schlafmedizinisch interessierte Ärzte aufzubereiten. So finden sich im jetzt erschienenen Report aktuelle Arbeiten, Literatur sowie Erkenntnisse der diesjährigen Frühjahrstagung der DGSM-Arbeitsgruppe Pädiatrie zum Schlafverhalten in der jungen und alten Generation. Auch über seltene Schlafstörungen wie die Narkolepsie, eine neurologische Erkrankung mit Tagesschläfrigkeit, wird regelmäßig berichtet.

Die Leistungen in der Schlafmedizin sind vielfältig. Die Broschüre „Kodierung 2017: Schlaflabor – Fokus Narkolepsie“ stellt Beispiele und Erlösunterschiede dar. Kostenfreie Serviceangebote wie diese, die der Report enthält, stiften Zusatznutzen. So unterstützen Diagnose-Tools und Hinweise auf CME-Fortbildungen den Arzt darin, auch bei seltenen Schlafstörungen auf dem Laufenden zu bleiben und zu punkten.

Den Newsletter gibt es gedruckt und digital. Bestellung über: karin.stoffels@ucb.com oder www.xyrem.de

bvrh

Quelle: UCB

Broschüre der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V.

Ratgeber in rechtlichen und finanziellen Fragen bei Demenz

Soeben ist der „Ratgeber in rechtlichen und finanziellen Fragen für Angehörige von Demenzkranken“ in aktualisierter Auflage (208 Seiten, 6 €) neu erschienen, herausgegeben von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Die Broschüre gibt Auskunft u. a. zu den Möglichkeiten von Vorsorgeverfügungen, zur rechtlichen Betreuung, zur Geschäfts- und Testierfähigkeit, zur Anerkennung einer Schwerbehinderung, den Möglichkeiten einer frühzeitigen Berentung sowie den Leistungen von Pflegeversicherung und Sozialamt für Menschen mit Demenz.

Wenn in der Familie eine Demenzerkrankung auftritt, sind insbesondere Angehörige gefordert die Betreuung und Pflege zu organisieren und mit den persönlichen Belastungen zurechtzukommen, die die Krankheit mit sich bringt. Woran viele nicht denken: Es gibt auch eine Fülle von rechtlichen und finanziellen Fragen, mit denen man sich früher oder später auseinandersetzen muss. Wer soll beispielsweise eine Vollmacht bekommen und wie muss sie aussehen? Wer haftet, wenn Schäden entstehen? Welche finanzielle Unterstützung gibt es bei der Pflege? Dabei hilft der Ratgeber in übersichtlicher und leicht verständlicher Form insbesondere eben diesen Angehörigen von Erkrankten, aber auch ehrenamtlichen und professionellen Helfern.

Die 9. Auflage des Ratgebers wurde von den Rechtsanwältinnen Bärbel Schönhof (2. Vorsitzende der DALzG) und Sandra Ruppig überarbeitet und auf den aktuellen rechtlichen Stand gebracht und kann im Online-Shop unter www.deutsche-alzheimer.de bestellt werden.

bvrh

Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Selbsthilfe Demenz

ADHS-Management

Erweiterten Blick auf Komorbiditäten und soziale Faktoren

Eine ADHS kommt selten allein: Häufig haben Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auch noch mit weiteren Herausforderungen zu kämpfen. Suchterkrankungen und Essstörungen sind Komorbiditäten, die auch in der individualisierten Therapie berücksichtigt werden sollten. Ein weiteres Thema, das zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist die ADHS bei Kindern mit Migrationshintergrund. Diese zusätzlichen Problemfelder wie auch die daraus abzuleitenden therapeutischen Konsequenzen wurden bei der von MEDICE initiierten Fortbildungsreihe „Werkstatt ADHS 2017“, die u. a. in Frankfurt am Main stattfand, diskutiert.

Die Zusammenhänge zwischen ADHS und Sucht bei Kindern und Jugendlichen beleuchtete Prof. Dr. Dr. med. Martin Holtmann, ärztlicher Direktor der LWL-Universitätsklinik Hamm, in dem von ihm geleiteten Workshop. Assoziationen werden bereits anhand der Epidemiologie deutlich: So haben Kinder mit ADHS gegenüber ihren Altersgenossen ein vierfach erhöhtes Risiko für Suchtmittelmissbrauch. Zurückgeführt werden diese Assoziationen auf die pathogenetischen Veränderungen im Belohnungssystem dieser Patienten: Denn bei ADHS-Patienten ist das Ruhelevel ihres Belohnungssystems im Sinne einer „angeborenen Unteraktivierung“ herabgesetzt. Die Patienten benötigen daher stärkere Reize, um eine Belohnung zu spüren. Der für solche Belohnungs- und Glücksgefühle in erster Linie zuständige Neurotransmitter ist das Dopamin. Und da Drogen im Vergleich zu Alltagsaktivitäten zu einer stärkeren Dopamin-Ausschüttung führen, werden die Betroffenen eher dazu verleitet, zu Drogen als Hilfsmittel für den Kick zu greifen. Nach den Erfahrungen von Holtmann ist es sogar häufig so, dass bei Patienten, die wegen einer Suchtproblematik in ärztliche Behandlung kommen, erst in der weiteren Abklärung die ADHS erkannt wird.

Dabei umfasst das Thema Sucht weit mehr als nur Substanzabhängigkeit. Wie in dem Workshop durch die Berichte vieler Teilnehmer deutlich wurde, ist es heute auch die Mediensucht, die diesen Patienten zu schaffen macht. Darüber hinaus beschrieb Holtmann auch seine Beobachtungen, dass ADHS-Teenager zu riskanterem Sexualverhalten neigen, was bei Mädchen zu einer erhöhten Rate an ungewollten Schwangerschaften führe. Auch die Essstörungen, vor allem die bei ADHS-Patienten häufige Bulimie und das Binge Eating, sind nach heutiger Sicht in erster Linie auf die Störungen des Belohnungssystems zurückzuführen. Darauf verwies Dr. med. Roland Burghardt, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Frankfurt/Oder, im Workshop zum Thema „ADHS und Essstörungen“. Zu den beiden ADHS-Kernsymptomen, die mit Essstörungen in Zusammenhang stehen, zählen für ihn einerseits die Unaufmerksamkeit, die sich auch gegenüber Hungerimpulsen äußern kann, sowie die herabgesetzte Impulskontrolle, die dazu führt, dass die Betroffenen mit dem Essen, wenn sie erst einmal damit anfangen, nicht mehr aufhören können. Die Behandlung des ADHS könne daher auch das gestörte Essverhalten positiv beeinflussen.

Eine optimale und individualisierte Therapie sollte sämtliche Faktoren mitberücksichtigen. Dabei beginnt die Therapie nicht erst mit der Medikamentenverschreibung, wie Dr. med. Henrik Uebel-von Sandersleben, Leitender Oberarzt an der Universitätsmedizin Göttingen, in seinem Workshop mit dem Thema „Gibt es eine patientengerechte ADHS-Therapie“ deutlich machte: „Für mich beginnt die Therapie mit dem ersten Kontakt – und häufig schon, ohne dass man es Therapie nennt.“ In diesem Workshop wurde herausgearbeitet, wie wichtig es ist, nicht nur die Patientin oder den Patienten selbst, sondern auch die Familie in das Management der Störung mit einzubeziehen. Denn welche Therapie auch gewählt wird – sie wird erst dann erfolgreich, wenn alle Beteiligten diesen Weg mittragen. Insbesondere für die Therapieadhärenz ist ein Vertrauensverhältnis zum Patienten wie auch zu seiner Familie ein entscheidender Erfolgsfaktor. Bedenken und Vorurteile gegen eine medikamentöse ADHS-Therapie sollten daher angehört, ernst genommen und vor Beginn der medikamentösen Therapie ausgeräumt werden.

In diesem Zusammenhang hat auch der kulturelle Hintergrund des Patienten und seiner Familie eine wichtige Bedeutung. Daran erinnerte Hatice Kadem, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Berlin-Neukölln, in ihrem Workshop „ADHS bei Migranten“. Hier müsse in besonderem Maße auf die Adhärenz-Problematik geachtet werden.

Bei Familien aus muslimisch geprägten Kulturkreisen sei zu beobachten, dass besonders Väter eine psychische Erkrankung ihrer Söhne häufig nicht akzeptieren wollen. Zudem sei hier in der Diagnosestellung auch die Berücksichtigung eines anderen Temperaments der Menschen wichtig.

Die vorliegenden Leitlinien sollten bei der Therapieentscheidung als Orientierung dienen. Nach wie vor stellt Methylphenidat (z.B. Medikinet® retard) den Goldstandard in der ADHS-Therapie dar. Nach seinen Erfahrungen könnten 70-80% der Patienten mit dem Wirkstoff gut behandelt werden, so Dr. Uebel-von Sandersleben. Jedoch sei bei der medikamentösen Einstellung eine individuelle Vorgehensweise wichtig. Er gehe nach einem „3-Schritte-System“ vor: Zunächst müsse die Verträglichkeit gewährleistet sein, wobei es sich bei unerwünschten Wirkungen durchaus lohnen könne, zwei Wochen abzuwarten, ob diese nicht wieder zurückgingen. Erst dann sei eine Second-line-Therapie, mit Amfetaminen wie etwa Dexamfetamin (Attentin®) ratsam. Im zweiten Schritt wird die Wirksamkeit hinsichtlich der im Patientengespräch definierten Zielsymptomatik eruiert. Dabei steht die Alltagsbewältigung im Vordergrund. Bei mangelnder Wirksamkeit lohne sich zunächst ein Blick auf die Adhärenz und korrekte Einnahme sowie die Lebensumstände. Denn oft erweise sich eine zuvor gescheiterte Medikation unter besseren Vorzeichen doch als effektiv. Schließlich sind noch die Wirkdauer und damit das Medikationsschema auf den Bedarf des Patienten zuzuschneiden.

Jeder Patient sei ein Individuum und bilde mit seiner Familie ein individuelles System an Beziehungen und Störungen, das bei der Therapie auch individualisiert angegangen werden müsse, resümierte Dr. Uebel-von Sandersleben: Es sei wichtig, sich immer auch die Flexibilität zu bewahren, um auf Neuentwicklungen und Änderungen adäquat zu reagieren. Dabei sollte man nicht nur auf die ADHS-Symptomatik fokussiert bleiben, sondern in die Breite schauen.

rbc

MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG

Depression und Schizophrenie

500.000 Euro für Forschungsprojekt am Klinikum rechts der Isar

Die Klinik für Psychiatrie des Klinikums rechts der Isar bekommt mehr als 500.000 Euro aus den Mitteln des deutschen Innovationsfonds. Damit wird ein Projekt gefördert, das die Rückfallrate bei Depression und Schizophrenie senken soll.

Der Innovationsfonds der Bundesregierung fördert neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen und Forschungsprojekte zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Jährlich stehen dafür 300 Millionen Euro zur Verfügung. Für den aktuellen Förderzeitraum wurden aus insgesamt 296 Anträgen 62 Projekte bewilligt. Im Bereich „Psychiatrie und Psychotherapie (Erwachsene)“ erhielt nur eine einzige Forschungsgruppe aus Bayern den begehrten Bewilligungsbescheid: die Arbeitsgruppe „Integrierte Versorgung“ an der Klinik für Psychiatrie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München. Dort wird unter der Leitung von Dr. Werner Kissling seit mehr als zehn Jahren in Kooperation mit einer Arbeitsgruppe der Münchner Nervenärzte und Psychiater und dem Landesverband Bayern der Betriebskrankenkassen untersucht, wie man die hohen Rückfallraten der an Depression oder Schizophrenie erkrankten Patienten reduzieren kann. Es zeigte sich dabei unter anderem,

- ▶ dass man die Patienten ausführlicher und mit moderneren, interaktiveren Methoden darüber aufklären muss, was sie selbst tun können, um weitere Rückfälle zu verhindern,
- ▶ dass man die Patienten aktiv in alle Behandlungsentscheidungen einbeziehen muss und
- ▶ dass man die ambulante Rückfallschutzbehandlung insgesamt attraktiver und zeitaufwändiger gestalten muss, wenn man erreichen will, dass die Patienten diese oft mehrjährige Behandlung auch durchhalten.

Der neue Behandlungsansatz wurde bereits über mehrere Jahre am Klinikum rechts der Isar getestet. Eine erste wissenschaftliche Auswertung zeigte, dass damit die Rückfallraten und die Krankenhauseinweisungen der teilnehmenden Patienten um mehr als 75 Prozent reduziert wurden. Davon profitieren nicht nur die Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch die jeweiligen Krankenkassen, die deutlich weniger Krankenhausbehandlungen bezahlen mussten.

Die Arbeitsgruppe „Integrierte Versorgung“ bekam jetzt vom Innovationsfonds Forschungsmittel von mehr als 500.000 Euro, um die Ergebnisse des Rückfallschutzprogramms noch umfassender analysieren zu können. Lässt sich die Wirksamkeit dabei bestätigen, könnte das Behandlungsprogramm in die Regelversorgung aufgenommen werden. Dann könnten auch Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen (wie Bluthochdruck, Diabetes, HIV) auf diese Weise behandelt werden.

red.

Quelle: Presseerklärung des Klinikums r. d. Isar München