

DGPPN-Preise 2018

Psychiatrie und Psychotherapie in Forschung, Versorgung und Gesundheit

Mit ihren Preisen würdigt die DGPPN auch in diesem Jahr ausgezeichnete wissenschaftliche Arbeiten aus dem Themenfeld der Psychiatrie und Psychotherapie. Ausgelobt werden die Preise in den Kategorien Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft. Die DGPPN-Preise sind insgesamt mit 97.000 Euro dotiert. Einreichungen sind ab sofort **bis zum 3. Juni 2018** möglich.

Ziel ist es, gute Beispiele und ihren Signalcharakter hervorzuheben. Die Verleihung der Preise findet auch in diesem Jahr wieder auf dem DGPPN-Kongress vom 28. November bis 1. Dezember in Berlin statt. Folgende Preise sind ausgeschrieben:

DGPPN-Preis zur Erforschung von psychischen Erkrankungen. Der mit 15.000 Euro dotierte Preis richtet sich an Wissenschaftler, die mit ihren herausragenden Forschungsarbeiten und zukunftsweisenden Modellen zur bedeutsamen Erkenntnisentwicklung im Bereich der psychischen Erkrankungen beitragen. Innovative theoretische, klinische oder experimentelle Beiträge, die Lösungen für eine verbesserte Versorgung anbieten, werden ausdrücklich begrüßt.

DGPPN-Forschungspreis für prädiktive, präventive und personalisierte Medizin in Psychiatrie und Neurologie. Mit dem Preisgeld von 10.000 Euro werden insbesondere innovative Beiträge aus der Psychopharmakotherapie-Forschung gewürdigt. Fachlich überzeugende und zukunftsweisende Forschungsprojekte aus den Bereichen Wirkstoffentwicklung, Pharmakokinetik und -dynamik, Nebenwirkungsforschung sowie Adhärenzforschung sollen so unterstützt werden.

Zusätzlich wird der **DGPPN-Promotionspreis** – Hans-Heimann-Preis – ausgelobt. Ausgezeichnet werden die drei besten Dissertationen im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie. Das Preisgeld von je 6.000 Euro wird an drei junge Wissenschaftler mit ihrem jeweiligen Betreuer verliehen.

DGPPN-Preis für Versorgungsfor-
schung in Psychiatrie und Psychotherapie. Der Preis soll die Relevanz, die Attraktivität und die Kompetenzentwicklung der Versorgungsforschung in Psychiatrie und Psychotherapie stärken. Beiträge, die zudem die multiprofessionelle Zusammenarbeit unterstützen, sind auch sehr willkommen. Dieser Preis richtet sich an junge Forscher, die

das Preisgeld von 10.000 Euro für einen Forschungsaufenthalt an einer wissenschaftlichen Institution im Ausland nutzen sollen.

DGPPN-Preis für Pflege- und Gesundheitsfachberufe in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Mit diesem Preis und dem dafür ausgelobten Preisgeld von 5.000 Euro unterstreicht die DGPPN die Bedeutung der nichtärztlichen Berufsgruppen innerhalb der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Der Fokus wird bei diesem Preis auf praktische Aspekte in der Versorgung gelegt. Berufsgruppenübergreifende Arbeiten werden besonders begrüßt.

Für einen sensiblen und bewussten Umgang mit psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft wirbt die DGPPN mit folgenden Preisen:

DGPPN-Preis für Philosophie und Ethik in der Psychiatrie. Mit dem Preisgeld von 6.000 Euro werden herausragende Arbeiten prämiert, die zu einem fachübergreifenden Erkenntnisgewinn in der Psychiatrie und in der Philosophie oder den Geistes- und Sozialwissenschaften beitragen. Der mit insgesamt 15.000 Euro dotierte **DGPPN-Medienpreis** für Wissenschaftsjournalismus setzt ein Zeichen für eine sorgsame Berichterstattung in den Medien.

Der **DGPPN-Antistigma-Preis**, der gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Seelische Gesundheit ausgelobt wird, zeichnet Projekte, Institutionen und Selbsthilfegruppen aus, die sich in umsichtiger Weise für eine nachhaltige gesellschaftliche Integration psychisch erkrankter Menschen engagieren. Das Preisgeld ist auf 10.000 Euro festgelegt. Weitere Informationen zur Ausschreibung findet man unter www.dgppn.de oder telefonisch unter 030/2404772-30 (Frau Esther Knichel).

red.

Quelle: DGPPN

Novartis Oppenheim-Förderpreis 2018 für junge MS-Forscher

Querdenker gesucht

Komplexe Puzzles bestehen aus vielen Teilen, weshalb es einige Zeit dauert, bis sie als Gesamtbild vollständig gelöst sind. Manche Stücke finden schnell zusammen, manche Stellen bleiben längere Zeit leer, da das passende Teil noch fehlt. Auch bei der Erforschung der Multiplen Sklerose (MS) sind manche Teile zu Pathogenese, Epidemiologie und möglichen Therapien der entzündlichen ZNS-Erkrankung bereits gefunden. Dennoch geht die Suche nach noch fehlenden Elementen weiter, um zukünftig ein vollständiges Gesamtbild der MS zu erhalten. Hier ist eine fundierte und tragfähige Grundlagenforschung wichtig, damit weitere Teile in das Puzzle der MS eingefügt werden können.

„Mit dem Oppenheim-Förderpreis unterstützen wir als ein führendes Unternehmen in Bereich MS außergewöhnliche junge MS-Wissenschaftler dabei, mit ihren spannenden neuen Forschungsansätzen zur MS das Puzzle rund um Diagnostik, Therapie und Pathophysiologie der neurologischen Erkrankung weiter zu vervollständigen und – ganz im Sinne des Neurologen Hermann Oppenheim – auch ungewöhnliche wissenschaftliche Wege zu beschreiten“, so Prof. Lothar Färber, Medizinischer Direktor der Novartis Pharma GmbH.

Ausschreibungsthema: „Multiple Sklerose – forschen und verstehen“

Unter diesem bewusst weit gefassten Motto motiviert der Oppenheim-Förderpreis junge Wissenschaftler, sich uneingeschränkt mit ihren frischen Lösungsansätzen rund um die MS am wissenschaftlichen Diskurs zu beteiligen, um das Puzzle Multiple Sklerose Schritt für Schritt zu lösen.

Zwei unabhängige Expertengremien ermitteln die Preisträger in einem zweistufigen Verfahren. Zunächst prüft ein interdisziplinär besetzter Beirat den wissenschaftlichen Innovationsgehalt der Anträge und gibt sie mit einer Bewertungsempfehlung an das Expertenkuratorium weiter. In einem zweiten Schritt prüfen die Experten die Forschungsvorhaben vor dem Hintergrund der bisherigen akademischen Tätigkeit der Antragsteller und beurteilen deren wissenschaftliche Kohärenz und Relevanz, bevor sie die Gewinner abschließend festlegen.

Der Oppenheim-Förderpreis wird in den Kategorien „Präklinik“ und „Klinik“ verliehen und ist mit insgesamt 100.000 Euro dotiert. Die Preissumme wird gleichermaßen geteilt, so dass die Preisträger in jeder Rubrik 50.000 Euro erhalten.

Teilnahmeberechtigt sind alle wissenschaftlich tätigen akademischen Mitarbeiter oder Forschungsgruppen an Universitäten und vergleichbaren Institutionen in Deutschland, die nicht älter als 40 Jahre sind und die keine Professur innehaben. Der Oppenheim-Förderpreis 2018 wird im Rahmen der 91. DGN-Jahrestagung im November in Berlin verliehen sowie anlässlich des *Novartis Research Day MS* am 24. und 25. Januar 2019 in Berlin.

Ausführliche Informationen und die notwendigen Unterlagen zur Einreichung des Projektantrags stehen online unter www.wissenschaftundms.de bereit. Berücksichtigt werden Anträge, die **bis zum 25. Mai 2018** bei folgender Adresse eingegangen sind:

Novartis Pharma GmbH, Stichwort „Oppenheim-Förderpreis 2018“, z. Hd. Karoline Wünsche, Clinical Research, Roonstraße 25, 90429 Nürnberg (karoline.wuensche@novartis.com).

bvrb

Quelle: Novartis Pharma GmbH

Zusätzliche zwei Doktorandenstipendien der Hannelore Kohl-Stiftung

Forschungsförderung zur Verbesserung der Lebenssituation hirnverletzter Unfallopfer

Unfallbedingte Hirnverletzungen verändern das Leben der Betroffenen und ihrer Familien dramatisch. Die Erforschung und Behandlung der Verletzung ist ebenso wie die anschließende Rehabilitation für Wissenschaftler und Ärzte eine große Herausforderung. Denn mit dem Gehirn steht das komplexeste menschliche Organ, der Sitz unserer Persönlichkeit und unserer Existenz, im Mittelpunkt.

Die Förderung der neurowissenschaftlichen Forschung hat bei der *ZNS – Hannelore Kohl Stiftung* eine lange Tradition: Seit der Gründung wurden allein in diesem Bereich über 160 Projekte aus Spendenmitteln finanziert. Ihr 35-jähriges Gründungsjubiläum nimmt die Hilfsorganisation zum Anlass, neben dem renommierten Hannelore Kohl Förderpreis zwei Doktorandenstipendien zu vergeben.

„In Zeiten zunehmender Engpässe in der Bildungs- und Forschungsförderung sollen die Stipendien junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler motivieren, sich den unfallbedingten erworbenen Hirnschäden zu widmen“ erläutert Prof. Dr. med. Christian Gerloff, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Stiftung und Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: „Mit der Förderung wollen wir dazu beitragen, die Heilungschancen von Menschen mit Verletzungen des Zentralen Nervensystems zu verbessern.“

Gefördert werden zwei klinische, klinisch-experimentelle und experimentelle Doktorarbeiten auf dem Gebiet der Neuro- bzw. Pflegewissenschaften mit dem Schwerpunkt Schädelhirntrauma. Für jedes **Stipendium** sind 10.000 Euro vorgesehen. Die Auszahlung erfolgt monatlich. Die Förderlaufzeit beträgt 12 Monate. Beginn des Stipendiums ist der 1. Oktober 2018.

Der **Hannelore Kohl Förderpreis 2018** ist mit 10.000 Euro dotiert und wird für eine Publikation von hoher wissenschaftlicher Qualität als Auszeichnung für hervorragende Leistungen des wissenschaftlichen Nachwuchses (unter 35 Jahren bei Einreichung) vergeben. Berücksichtigt werden Originalarbeiten aus den Bereichen der klinischen Forschung und Entwicklung mit direktem Bezug zum Thema Schädelhirntrauma. Die Bewerbung ist bis zum **31. Mai 2018** einzureichen. Die Publikationen dürfen bei der Einreichung nicht älter als zwei Jahre, weder anderweitig schon ausge-

zeichnet noch für eine Preisvergabe eingereicht worden sein. Weiter Informationen findet man unter *ZNS – Hannelore Kohl Stiftung*, Rochusstraße 24, 53123 Bonn (Nicola Jung, n.jung@hannelore-kohl-stiftung.de).

red.

Quelle: ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

preis

Schmerzpreis für
Gerhard Müller-Schwefe

Großes Engagement in der Schmerzmedizin

Für sein herausragendes Engagement für die Sache der Schmerzmedizin ist Dr. med. Gerhard H. H. Müller-Schwefe mit dem **DEUTSCHEN SCHMERZPREIS – Deutscher Förderpreis für Schmerzfor-schung und Schmerztherapie** ausgezeichnet worden. Der Preis wurde am 9. März im Rahmen des Deutschen Schmerz- und Palliativtages 2018 in Frankfurt am Main überreicht. Wissenschaftlicher Träger des Preises ist die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) e.V., der Preis wird gemeinsam mit der Deutschen Schmerzliga (DSL) e.V. verliehen. Der Preis wird von dem Limburger Pharmaunternehmen Mundipharma gestiftet und ist mit 10.000 Euro dotiert. „Wir freuen uns sehr, den Menschen, Arzt und persönlichen Freund zu ehren, der in den letzten 30 Jahren die Schmerzmedizin in Deutschland und über die Grenzen hinaus entscheidend geprägt hat“, sagte Dr. Johannes Horlemann, DGS-Präsident, in seiner Laudatio.

Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe, von 1997 bis 2018 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V., trug und trägt durch sein herausragendes Engagement entscheidend dazu bei, dass sich die Schmerzmedizin als Fachdisziplin in Deutschland zunehmend als Versorgungsstruktur etablieren konnte. Sein persönlicher ehrenamtlicher Einsatz hat die Schmerzmedizin in Deutschland entscheidend geprägt und vorangebracht. Er studierte ab 1970 an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, wo er 1976 sein Medizinstudium und seine Promotion abschloss. Nach der Assistenzzeit in der Inneren Medizin und Chirurgie am Kreiskrankenhaus in Niedermarsberg begann er 1978 an der Universität Ulm seine anästhesiologische Facharztweiterbildung, die er 1984 in der Klinik am Eichert in Göppingen als Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, mit Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, abschloss. Als Assistenzarzt und später als Oberarzt gründete er in diesem Haus eine der ersten Schmerzzambulanzen in Deutschland.

1985 ließ er sich als Arzt mit Schwerpunkt Schmerztherapie und Akupunktur in Göppingen nieder und eröffnete sein bis heute bestehendes Schmerzzentrum. 1996 erwarb er den Facharzt für Allgemeinmedizin sowie gleich nach ihrer Einführung die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie und ist bis heute leitender Arzt des Schmerz- und Palliativzentrums Göppingen inklusive Tagesklinik.

Seit Gründung des „Schmerztherapeutischen Kolloquiums StK“ 1984 ist Dr. Müller-Schwefe Mitglied in dieser Fachgesellschaft. Er engagierte sich als Vizepräsident in der Deutschen Gesellschaft für Algesiologie, Schmerzfor-schung und Schmerztherapie (GfA) e.V. und ist Mitglied zahlreicher nationaler und internationaler Fachgesellschaften, unter anderem seit 1982 in der DGSS (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes) und in der IASP (*International Association for the Study of Pain*).

Seit seiner Wahl 1993 zum Vizepräsidenten und 1997 zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (damals noch StK e.V.) vertritt er die Fachgesellschaft nach innen und nach außen; seit 2017 leitet er den DGS Ethik-Beirat. Über all diese Jahre unterstützt er verschiedene Patientenorganisationen, insbesondere als Gründungsmitglied und seit 1993 als Vizepräsident die Deutsche Schmerzliga e.V. (DSL), den wichtigsten Kooperationspartner der DGS.

In den letzten Jahrzehnten hat er maßgeblich Meilensteine der schmerzmedizinischen Entwicklungen mitgestaltet, darunter

- ▶ die Schmerztherapievereinbarung zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten von 1986 und ihrer Novelle 1996,
- ▶ die Einführung der Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie 1996,
- ▶ die Etablierung von Schmerz- und Palliativmedizin in die universitäre Ausbildung von Studenten 2012,
- ▶ die Schaffung verbandsinterner schmerzmedizinischer Qualifikationen,
- ▶ den Aufbau eines bundesweiten Netzes von regionalen Schmerzzentren DGS und ihrer monatlichen interdisziplinären Schmerzkongressen,
- ▶ die Kongressorganisation des Deutschen Schmerz- und Palliativtages,
- ▶ zahlreiche schmerzpolitische bundesweite Initiativen, wie zum Beispiel das Nationale Versorgungsforum Schmerz in Berlin.

In Würdigung und Anerkennung seiner Verdienste verliehen ihm die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. und die Deutsche Schmerzliga e. V. nun den **DEUTSCHEN SCHMERZPREIS – Deutscher Förderpreis 2018** für Schmerzfor-schung und Schmerzmedizin.

red.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.

Daclizumab

Hersteller verzichtet auf Zulassung

Aufgrund schwerer Nebenwirkungen verzichtet Hersteller Biogen seit Anfang März auf die Zulassung seines Multiple Sklerose-Mittels Daclizumab (Zinbryta®). Auslöser sind neue Meldungen über acht Patienten mit immunvermittelter Enzephalitis oder Enzephalopathie, davon sieben Patienten in Deutschland, meldet das Paul-Ehrlich-Institut. Biogen ruft alle Chargen des Arzneimittels zurück. PEI und die Europäische Arzneimittelbehörde EMA empfehlen, keine Patienten neu mit Zinbryta zu behandeln und alle behandelten Patienten so schnell wie möglich zu kontaktieren, um den Antikörper abzusetzen und alternative Therapieoptionen zu besprechen. Da das Arzneimittel eine lange Halbwertszeit hat, müssen die behandelten Patienten entsprechend der Fachinformation noch über einen gewissen Zeitraum nachbeobachtet werden.

Biogen will laut eigener Auskunft den behandelnden Ärzten ausführliche Informationen zur Verfügung stellen. Das Unternehmen stoppt zudem alle laufenden klinischen Studien mit Daclizumab. Die EMA hat ein dringendes Bewertungsverfahren des Arzneimittels eingeleitet. Bereits 2017 wurde die Zulassung von Zinbryta eingeschränkt, da es unter der Therapie zu lebensbedrohlichen Fällen von Leberentzündungen (Autoimmunhepatitis) gekommen war. Der Antikörper gilt seitdem nur noch als Reservemittel, wenn MS-Patienten auf mindestens zwei krankheitsmodifizierende Therapien nicht ausreichend angesprochen haben oder eine entsprechende Behandlung kontraindiziert ist. Zinbryta stand seit 2016 zur Verfügung.

bvrh

Quelle: EMA, Biogen GmbH

Armospastik jetzt unabhängig von der Ätiopathogenese behandeln

XEOMIN® mit erweitertem Zulassungsspektrum

Das IncobotulinumtoxinA-Präparat Xeomin® kann nach einer Zulassungserweiterung zur symptomatischen Behandlung von Spastik der oberen Extremitäten bei Erwachsenen unabhängig von der Ätiologie mit einer Gesamtdosis von bis zu 500 Einheiten eingesetzt werden. Neben verschiedenen spastischen Mustern, wie z. B. der besonders häufig auftretenden Ellbogenbeugung, gefausteten Hand oder Handgelenkbeugung, umfasst die neue Zulassung auch die Behand-

lung der spastischen Schulter bzw. der betroffenen Schultermuskulatur.

Grundlage der Zulassung sind die Ergebnisse der sogenannten TOWER-Studie, die 2017 in der renommierten Fachzeitschrift *Neurology* veröffentlicht wurden. In der prospektiven Studie wurden zum ersten Mal die Sicherheit und Wirksamkeit von bis zu 800 Einheiten Xeomin® bei einer Hemispastik systematisch untersucht. Hierbei konnten bis zu 600 Einheiten Xeomin® alleine in die obere Extremität einschließlich der Schultermuskulatur appliziert werden. Im Ergebnis zeigte die Studie, dass die schrittweise Erhöhung der Gesamtdosis es ermöglichte, mehr spastische Muster zu behandeln, mehr individuelle Therapieziele zu erreichen ohne das Risiko für Nebenwirkungen zu erhöhen.

Xeomin® ist ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel, das intramuskulär injiziert wird. Es ist in Deutschland zugelassen zur symptomatischen Behandlung von Blepharospasmus, zervikaler Dystonie mit überwiegender rotatorischer Komponente (Torticollis spasmodicus) sowie Spastik der oberen Extremitäten nach Schlaganfall mit Handgelenkbeugung und gefausteter Hand bei Erwachsenen.

red.

Quelle: Merz Pharmaceuticals GmbH

Netzwerk-Metaanalyse stellt Antidepressiva auf dem Prüfstand

Agomelatin punktet mit günstigem Wirksamkeits- und Verträglichkeitsprofil

Depressionen lassen sich mit Agomelatin (Valdoxan®) günstig beeinflussen – und zwar bei einem gegenüber anderen Antidepressiva überlegenen Verträglichkeitsprofil. Das sind die Ergebnisse einer kürzlich veröffentlichten, unabhängigen Netzwerk-Metaanalyse*. Auf die neuen Daten zum indirekten Vergleich verschiedener Antidepressiva haben Ärzte und Patienten schon lange gewartet. Denn die letzte Netzwerk-Metaanalyse zum Vergleich der Wirksamkeit und Verträglichkeit von 12 Antidepressiva stammt aus dem Jahr 2009. Diesmal ging die Autorengruppe um Andrea Cipriani aber noch ein Stück weiter: Mit ihrer aktuellen Publikation präsentieren sie nicht nur ein Update zum Nutzen-Risiko-Verhältnis in der Pharmakotherapie der Depression, sondern erweiterten ihre Analyse auf 21 verschiedene Antidepressiva und Placebo. Die neuen Daten bestätigen die bisherigen Erfahrungen mit Agomelatin aus Head-to-Head-Studien und früheren Metaanalysen, die dem Antidepressivum eine schnelle, langanhaltende und mit anderen Antidepressiva mindestens vergleichbare Wirksamkeit bei besserer Verträglichkeit bescheinigten.

Zur Pharmakotherapie der Depression können Ärzte heutzutage auf eine Vielzahl von Antidepressiva mit teilweise unterschiedlichen Wirkmechanismen zurückgreifen. Wie effektiv und verträglich die einzelnen Substanzen in Relation zu den anderen sind, und wie sie sich in Bezug auf die Abbruchraten unterscheiden, sind wichtige Fragen, die sich der behandelnde Arzt im Rahmen einer individualisierten Therapieentscheidung stellen muss und über die bisher Unsicherheit bestand. Das Forscherteam um Andrea Cipriani hat die verfügbaren Daten deshalb noch einmal genauer unter die Lupe genommen und einer Netzwerk-Metaanalyse unterzogen. Diese noch relative neue statistische Analyseermethode ermöglicht es, die Ergebnisse aus Head-to-Head-Studien mit zwei Wirkstoffen und solche aus Head-to-Head-Studien mit jeweils anderen Substanzen zusammenzuführen und auf diese Weise indirekt miteinander zu vergleichen.

In ihre aktuelle Netzwerk-Metaanalyse haben die Wissenschaftler Daten von 116.477 Patienten mit Depression aus 522 veröffentlichten und unveröffentlichten randomisierten, placebo- und aktivkontrollierten, doppelblinden Studien mit insgesamt 21 Antidepressiva erster und zweiter Generation einbezogen. Drei Viertel der Patienten hatten eine aktive Substanz erhalten, die übrigen 25% Placebo. Die Studiendauer betrug jeweils 8 Wochen.

Anhand dieser Datenfülle konnten die Wissenschaftler ein Netzwerk erstellen, in welchem die Wirksamkeit und Verträglichkeit der 21 in die Analyse einbezogenen Antidepressiva sowohl mit Placebo als auch untereinander verglichen wurden. Primäre Endpunkte waren die Wirksamkeit (definiert als Responderate in Woche 8) und die Verträglichkeit (definiert als Anteil der Therapieabbrüche jeglicher Ursache).

Die Ergebnisse waren eindeutig: Generell war die Gruppe der Antidepressiva deutlich effektiver als Placebo – eine wichtige Aussage vor dem Hintergrund des oft diskutierten Placebo-Effekts. Mit einer Odds Ratio (OR) von 1,65 lag die Wirksamkeit von Agomelatin im Bereich von Vortioxetin (OR 1,65) und Escitalopram (OR 1,68). Wurden nur die Head-to-Head-Studien betrachtet, so rangierte Agomelatin in der Gruppe von nur sieben Antidepressiva (OR 1,191,96), die sich gegenüber den aktiven Vergleichssubstanzen als wirksamer erwiesen. Die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Fluoxetin und Fluvoxamin, der selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) Reboxetin sowie Trazodon enttäuschten dagegen im direkten Vergleich mit anderen Antidepressiva (OR 0,51-0,84).

In den Head-to-Head-Studien war Agomelatin neben fünf weiteren Antidepressiva (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Sertralin und Vortioxetin) besser verträglich als die aktiven Vergleichssubstanzen. Lediglich für zwei der insgesamt 21 untersuchten Antidepress-

siva fanden die Wissenschaftler eine noch geringere Rate von Therapieabbrüchen als unter Placebo: Agomelatin mit der niedrigsten Abbruchrate (OR 0,84) und Fluoxetin mit der zweitniedrigsten (OR 0,88). Dabei ist jedoch zu bedenken, dass Agomelatin in Bezug auf die Wirksamkeit gut, der SSRI jedoch relativ schlecht abgeschnitten hat.

Fazit für die Praxis

Anhand eines indirekten Vergleichs von 21 verschiedenen Antidepressiva und Placebo zeigte die aktuelle Netzwerk-Metaanalyse, dass nicht nur zwischen den aktiven Substanzen und Placebo, sondern auch innerhalb der Antidepressiva eindrucksvolle Unterschiede in der Wirksamkeit und Verträglichkeit bestehen. Agomelatin erwies sich als ein hoch-effektives Antidepressivum mit der besten Verträglichkeit und einer noch geringeren Abbruchrate als unter Placebo. Insgesamt bestätigen die neuen Erkenntnisse das gute Nutzen-Risiko-Profil von Agomelatin aus früheren Metaanalysen. Nach Auffassung von Cipriani und Kollegen können die aktuellen Daten dem behandelnden Arzt eine solide Basis für das Patientengespräch und die gemeinsam mit dem Patienten zu treffende Therapieentscheidung bieten.

* Cipriani A et al. Lancet 2018 (published online February 21, 2018; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)

rbc

Quelle: Servier

Dimethylfumarat

Wirksamkeit und Flexibilität in der RRMS-Langzeittherapie

Tecfidera® (Dimethylfumarat, DMF) steht seit vier Jahren zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) in Deutschland zur Verfügung. Die Wirkung des oral einzunehmenden Immunmodulators überzeugt auch in der Langzeittherapie: 52,1 Prozent der neudagnostizierten mit DMF behandelten Patienten wiesen über einen Zeitraum von mittlerweile acht Jahren keine klinische Krankheitsaktivität auf. Bei einer mittleren jährlichen Schubrate von 0,14 blieben 58,3 Prozent der Patienten ohne Schub und 84 Prozent ohne Behinderungsprogression. Aktuelle Real-World-Daten aus Deutschland bestätigen die klinische Evidenz zur Wirksamkeit auch im Praxisalltag: Unter DMF war ein signifikant höherer Anteil an Patienten schubfrei und die beobachteten Schubraten waren niedriger im Vergleich zu einer Therapie mit Glatirameracetat (GA), Interferonen (IFN) und Teriflunomid (TERI). Im Rahmen der Pressekonferenz der Biogen GmbH diskutieren Experten die Bedeutung dieser Daten für die Behandlung der RRMS.

DMF hat sich als Therapie bei erwachsenen Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) etabliert. Die zwei Jahre andauernden Zulassungsstudien umfassten anfänglich etwa 2.800 Patienten, mittlerweile gibt es Erfahrungen bei weltweit etwa 271.000 DMF-Patienten in 62 Ländern. „Nahezu jeder zehnte MS-Patient weltweit wird mit Dimethylfumarat behandelt, was den Stellenwert dieser Therapieoption untermauert“, berichtete Prof. Dr. Ralf Gold, Bochum.

In aktuellen retrospektiven Analysen des Patientenregisters des NTD (*Neuro-TransData*), einem Netzwerk aus niedergelassenen Neurologen und Psychiatern mit insgesamt 25.000 therapie-naiven und vorbehandelten RRMS-Patienten in Deutschland, wurde die Wirksamkeit von DMF mit der anderer verlaufsmodifizierender Therapien (*Disease Modifying Therapies*, DMT) verglichen: Im Vergleich zu einer Behandlung mit Glatirameracetat (GA), Interferon (IFN) und Teriflunomid (TERI) war die Anzahl der Patienten mit Schub (gemessen an der Zeit bis zum ersten Schub) und die jährliche Schubrate in den DMF-Kohorten signifikant geringer. Die Analyse der Behandlungsergebnisse einer DMF- oder Fingolimod-Therapie (FTY) ergab dagegen keine Unterschiede in der Zeit bis zum ersten Schub oder in den jährlichen Schubraten, die klinische Wirksamkeit beider Therapien ist also ähnlich.

Primärer Endpunkt aller Auswertungen war das Intervall bis zum ersten Schub. In diesem Parameter fiel das Ergebnis aller Vergleiche (DMF vs. GA, IFN, TERI) durchgehend signifikant zugunsten der Therapie mit DMF aus. Der Anteil der schubfreien Patienten divergierte für alle Vergleiche bereits innerhalb der ersten sechs Monate deutlich. Auch bei einem weiteren klinischen Parameter, der jährlichen Schubrate, zeigte DMF eine höhere Wirksamkeit als die Vergleichstherapien: Die relative Reduktion der Schubrate betrug 29,4 Prozent vs. IFN (RR: 0,706; p = 0,017), 24 Prozent vs. GA (RR: 0,760; p = 0,035) und 45,4 Prozent vs. TERI (RR: 0,546; p = 0,005). Der Anteil der Patienten, die im Beobachtungszeitraum die Therapie abbrachen, war in allen Behandlungsgruppen vergleichbar. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen erreichen nicht den Evidenzgrad von Ergebnissen aus randomisiert-kontrollierten klinischen Studien, beschreiben aber die Verwendung von DMF in der täglichen Praxis und der ärztlichen Routine und deuten auf ein hohes klinisches Potenzial von DMF in der Behandlung der RRMS hin.

Die Auswahl an Wirkstoffen für die verlaufsmodifizierende Therapie der RRMS hat sich in den letzten Jahren erweitert und auch die Therapieziele verändern ihren Fokus. Neben dem übergeordneten Therapieziel, der Freiheit von klinischer und kernspintomografisch messbarer Krankheitsaktivität (NEDA), haben patientenindividuelle Bedürfnisse wie beruf-

liche und familiäre Pläne bei der Therapiewahl in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Vor dem Hintergrund der erweiterten Therapielandschaft und der aktuellen Therapieziele stellt sich die Frage nach einer adäquaten Reihenfolge der verfügbaren Wirkstoffe. „Die Therapiesequenz sollte von Anfang an gut durchdacht sein, um auch in Zukunft flexibel und individuell auf die Krankheitsaktivität und Patientenbedürfnisse eingehen zu können“, so Gold. Ein wichtiges Patientenbedürfnis betrifft die Familienplanung. Etwa 70 Prozent der RRMS-Patienten sind Frauen, der Großteil davon im gebärfähigen Alter. Eine Therapie mit DMF lässt sich sowohl mit einer effizienten hormonellen Verhütung als auch mit einem mittelfristigen Kinderwunsch vereinbaren: DMF beeinflusst weder die Pharmakokinetik noch die Pharmakodynamik der kontrazeptiven Wirkstoffe Norgestimat und Ethinylestradiol. Außerdem weist der Primärmetabolit Monomethylfumarat eine Halbwertszeit von etwa einer Stunde auf, sodass der Wirkstoff bei einer geplanten Schwangerschaft kurzfristig abgesetzt werden kann.

Patientenmanagement unter DMF-Therapie

Sowohl die Patienten als auch Ärzte können von einer wirksamen und verträglichen Therapie profitieren. PD Dr. Menge erläuterte, durch eine frühzeitige und effektive Einstellung der Patienten komme es häufiger zur Schubfreiheit, seltener zu Arbeitsausfällen und Zweifeln an der Therapie. Diese gewonnene Sicherheit nehme den Patienten dann oftmals mögliche psychisch belastenden Zukunftsängste.

Es fördert die Adhärenz, wenn der Arzt den Patienten erklärt, dass mögliche Nebenwirkungen meist moderat sind und temporär auftreten. Die am häufigsten vorkommenden Nebenwirkungen unter DMF (Inzidenz ≥ 10 Prozent) wie Hitzegefühl (Flushing) und gastrointestinale Ereignisse wie Diarrhoe, Übelkeit, Abdominalschmerz oder Schmerzen im Oberbauch beginnen tendenziell im frühen Behandlungsverlauf (hauptsächlich während des ersten Monats) und können bei Patienten mit Hitzegefühl und GI-Ereignissen während der Behandlung weiterhin periodisch auftreten. Auch fördert es die Adhärenz, wenn der Arzt den Patienten erläutert, wie sie mit den Nebenwirkungen umgehen können: So lassen sich die Effekte durch vorübergehende Dosisreduktion und die Einnahme zu den Mahlzeiten reduzieren. Gastrointestinale Beschwerden können zudem vorübergehend durch symptomatische Behandlungen mit Antiemetika, Anti-diarrhoika oder Hemmern der Magensäureproduktion minimiert werden, ausgeprägtes Flushing durch die vorübergehende Einnahme von Acetylsalicylsäure. Studien zeigten, dass etwa 18 Prozent gut aufgeklärter Patienten die Therapie vorzeitig beendeten, während es unter Patienten, die keine strukturierte Auf-

klärung erhalten haben, rund 25 Prozent waren. Die Teilnahme an einem Therapiebegleitprogramm kann die Adhärenz ebenfalls unterstützen.

Blutbild-Monitoring für die verlaufsmodifizierende Therapie mit DMF

Vor Therapiebeginn sollte ein aktuelles großes Blutbild inklusive Lymphozyten vorliegen und therapiebegleitend alle drei Monate neu erstellt werden. Damit soll vor allem die Lymphozytenzahl kontrolliert werden, die sich im ersten Jahr der Behandlung um durchschnittlich 30 Prozent des Ausgangswerts vermindern kann, bevor sich der Wert meist auf einem Plateau einpendelt. Ein anhaltender Abfall der Zellzahlen auf Werte $\leq 0,5 \times 10^9/l$ wurde laut aktueller Daten nur bei 2,5 Prozent der Patienten beobachtet, die mehr als sechs Monate behandelt wurden. In diesen Fällen sollte eine Unterbrechung der DMF-Therapie erwogen werden.

Ein früher Therapiebeginn möglichst unmittelbar nach Diagnose ist eine Kernempfehlung aus den europäischen Leitlinien zur Behandlung der MS. Studiendaten aus drei klinischen Phase-III-Studien über einen Beobachtungszeitraum von acht Jahren (zwei Jahre DEFINE/CONFIRM und sechs Jahre ENDORSE) belegen die Wirksamkeit von DMF als First-Line-Therapie bei neudiagnostizierten Patienten. „Bei einer kontinuierlicher DMF-Therapie blieben mehr als die Hälfte der neudiagnostizierten Patienten über einen Zeitraum von acht Jahren ohne klinische Krankheitsaktivität“, bemerkte Studienleiter Gold. Mit einem Wert von 0,14 war die mittlere jährliche Schubrate bei diesem Patientenkollektiv gering, mehr als die Hälfte der Patienten blieb schubfrei (58,3 Prozent) und 84 Prozent ohne Behinderungsprogression.

Auch für viele Patienten, bei denen eine Umstellung der bisherigen Therapie erforderlich ist, ist DMF eine gute Behandlungsoption. Eine Studie aus zwei großen deutschen MS-Kliniken zeigte, dass eine Therapieumstellung von IFN oder GA auf DMF mit einer signifikanten Reduktion der Schubrate einherging und die Behinderungsprogressionsrate um ein Drittel reduziert werden konnte. Eine US-amerikanische Beobachtungsstudie (RESPOND) zeigte, dass bei Patienten, die unzureichend auf eine Therapie mit Glatirameracetat ansprachen, eine Therapieumstellung auf DMF die jährliche Schubrate deutlich reduzieren konnte (-78 Prozent) und 93 Prozent der Patienten im ersten Therapiejahr unter DMF schubfrei blieben. Dime-thylfumarat (DMF, Tecfidera®) ist eine wirksame Therapieoption, von der neudiagnostizierte aber auch vorbehandelte RRMS-Patienten profitieren können. Die Ergebnisse der klinischen Studien (DEFINE, CONFIRM, ENDORSE) über die Wirksamkeit einer DMF-Therapie bei Patienten konnten durch aktuelle Real-World-Daten bestätigt werden.

rbc

Quelle: Biogen GmbH

Antikoagulation

Gute Erfolge mit Rivaroxaban bei geringer Dosierung

Das Vorhofflimmern gehört zu den häufigsten klinisch relevanten Herzrhythmusstörungen. 1,8 Millionen Menschen sind davon betroffen und die Dunkelziffer ist extrem hoch. Dabei sind die Männer in der Überzahl und die Prävalenz nimmt mit zunehmendem Alter zu. Bei diesem Patientenklientel kommen häufig noch Begleiterkrankungen wie Niereninsuffizienz, koronare Herzerkrankung, Diabetes und Hypertonie hinzu. Rivaroxaban (Xarelto®) hat sich dabei, so Dr. med. Karin Rybak, Dessau, als eine wirksame Option zur Antikoagulation erwiesen.

In einer randomisierten, kontrollierten Phase-III-Studie ROCKET AF sind Patienten mit einem hohen Schlaganfallrisiko eingeschlossen worden, wobei Rivaroxaban mit Warfarin verglichen wurde. Die Dosierung von Rivaroxaban betrug 20 mg. In die Untersuchung waren insgesamt 14.264 Patienten eingeschlossen und dabei zeigte sich, dass Rivaroxaban Schlaganfälle und systemische Embolien vermeiden konnte. Ein Vorteil von Rivaroxaban war außerdem, dass es bei diesen Patienten zu weniger intrakraniellen und tödlichen Blutungen kam. Ältere Patienten, die anamnestisch einen Schlaganfall, Myokardinfarkt, Diabetes oder Herzinsuffizienz hatten, zeigten in der Subgruppen-Analyse ebenfalls einen Vorteil von Rivaroxaban.

Bei Patienten mit nichtvalvulärem Vorhofflimmern (nvVHF) und eingeschränkter Nierenfunktion wurde ebenfalls Rivaroxaban in Subgruppen-Analysen untersucht. Die Patienten bekamen in ROCKET AF mit einer Kreatinin-Clearance von 30-49 ml/min Rivaroxaban und zwar 15 mg einmal pro Tag oder Warfarin. Die Wirksamkeit von Rivaroxaban und Warfarin ließ keine Unterschiede erkennen, allerdings gab es auch hier bei Rivaroxaban einen deutlichen Vorteil im Hinblick auf die tödlichen Blutungen. Sie sind in dieser Patientengruppe viel seltener aufgetreten. Der therapeutische Vorteil von Rivaroxaban konnte auch in einer weiteren Studie nachgewiesen werden.

In der EINSTEIN CHOICE-Studie, einer Phase-III-Studie, sind Patienten eingeschlossen worden, die aufgrund einer venösen Thromboembolie (TVT) Rivaroxaban oder ASS erhalten hatten, und zwar für bis zu zwölf Monate. Die Patienten waren zuvor sechs oder zwölf Monate antikoaguliert worden. Die Dosierung betrug 10 oder 20 mg Rivaroxaban pro Tag oder einmal pro Tag 100 mg ASS. Auch hier war der therapeutische Vorteil von Rivaroxaban in der verlängerten Erhaltungstherapie signifikant. Venöse Thromboembolien traten erneut weniger auf und auch Todesfälle

mit ungeklärter Ursache kamen bei der Verabreichung von Rivaroxaban nicht so häufig vor.

Anhand von Kasuistiken machte Dr. med. Tom Schilling, Wernigerode, den Nutzen von Rivaroxaban bei Patienten mit venöser Thromboembolie in der verlängerten Erhaltungstherapie deutlich. Bei Patienten mit einem geringen Rezidivrisiko wie bei dem Fall eines 30-jährigen Fitnessstrainers ohne Begleiterkrankungen, der eine TVT nach einer Arthroskopie entwickelte, reicht eine Antikoagulation von drei bis sechs Monaten (bei proximaler Ausdehnung).

Bei Patienten mit einer idiopathischen VTE besteht allerdings ein erhöhtes Rezidivrisiko und erfordert deshalb eine verlängerte Erhaltungstherapie mit einem NOAK.

Patienten mit nvVHF, die eine Koronarintervention (PCI) mit Stentimplantation benötigen, hat sich Rivaroxaban in einer Dosierung von 15 mg pro Tag in Kombination mit einem P₂Y₁₂ Antagonisten als vorteilhaft erwiesen, wie Prof. Dr. med. Bernd Nowak, Frankfurt, an Patientenbeispielen erläuterte.

Michaela Biedermann-Hefner

Quelle: Presseveranstaltung der Bayer Pharma: „Sicherheit und Wirksamkeit im Fokus: Individualisierte Antikoagulation mit Xarelto® für unterschiedliche Konstellationen“, am 7. Februar 2018 in Berlin

Nobelpreis für die Erforschung der inneren Uhr verliehen

Neue Erkenntnisse für die Behandlung chronobiologisch bedingter Schlafstörungen

Der Nobelpreis für Medizin und Physiologie 2017 wurde an die US-Forscher Jeffrey C. Hall, Michael Rosbash und Michael W. Young für die Entschlüsselung der molekulargenetischen Grundlagen zentraler Regelmechanismen der „inneren Uhr“ vergeben. Bereits Jahrzehnte vor ihren bahnbrechenden Erkenntnissen war klar, dass lebende Organismen eine innere biologische Uhr haben müssen, die den lebenswichtigen Rhythmus des externen Taktgebers Sonne vorausnehmen und sich an die normalen Tagesrhythmen anpassen kann. Die Erkenntnisse von Hall, Rosbash und Young zur inneren Uhr beeinflussten seither die Chronobiologie erheblich. Heute spielt diese Wissenschaft in vielen Bereichen der Medizin eine wichtige Rolle, vor allem in den Neurowissenschaften oder der Schlaforschung. Ein ausgewiesener Experte für chronobiologisch bedingte Schlafstörungen ist Prof. Dr. Peter Young von der Klinik für Schlafmedizin und Neuromuskuläre Erkrankungen der Universität Münster. Er bewertet die jetzt mit dem

Nobelpreis bedachten Forschungsergebnisse als grundlegend für die moderne Schlafmedizin.

Die wichtigste Erkenntnis ist aus seiner Sicht, dass die Steuerung des Schlaf-Wach-Rhythmus eine körperliche Grundlage hat, die genauso genetisch determiniert ist, wie andere Eigenschaften des Menschen auch. Ebenso bedeutend sei die Einsicht, dass die von den Uhrgenen gesteuerten Schlaf-Wach-Rhythmen individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können – also im Krankheitsfall zwar therapeutisch beeinflussbar aber nicht grundlegend veränderbar sind. Dies habe wichtige Konsequenzen bei den in der klinischen Praxis wichtigen und häufigen Schlafstörungen im Zusammenhang mit einem gestörten zirkadianen Rhythmus (Chronodisruption), zum Beispiel durch Schichtarbeit. Die „Chronodiagnostik“ sieht neben den Standardinstrumenten, wie zum Beispiel Schlaflabor, auch den Einsatz der Aktigraphie vor sowie die Untersuchung spezieller Aspekte, wie die anamnestiche Klärung des Chronotyps, die tatsächliche Assoziation der Schlafstörung mit der Schichtarbeit oder das Fehlen anderer Schlafstörungsursachen. Auch die „Chronotherapie“ zirkadianer Schlafstörungen unterscheidet sich von anders verursachten Insomnien. Wesentliche Elemente sind hier die Beseitigung von pathogenen Einflüssen („light at night“, Dauer-Schichtarbeit etc.) oder der Versuch, die Chronodisruption zu bessern, also die Rhythmik der inneren Uhr wieder in Einklang mit dem Tag-Nacht-Rhythmus zu bringen (zum Beispiel durch optimierte Schlafhygiene oder Lichttherapie).

„Mit der Entschlüsselung der Uhrgegend die Entdeckung der zentralen Rolle von Melatonin bei der Steuerung der zirkadianen Rhythmik einher“, erklärte Young. Auch dies habe besonders in der Schlafmedizin signifikante Auswirkungen. „Das Epiphysenhormon Melatonin rerhythmisiert einen – aus welchen Gründen auch immer – gestörten Tag-Nacht-Rhythmus“, so Young. Es hat also eine phasenverschiebende Wirkung auf die innere Uhr. Neben den rhythmussynchronisierenden Effekten fördere Melatonin zudem den Schlaf. „Bei durch Zeitumstellungen, Jetlag oder anderen Ursachen bedingten zirkadianen Schlafstörungen (selbst beim freilaufenden Schlaf-Wach-Rhythmus von Blinden!) steht Melatonin deshalb an erster Stelle der Pharmakotherapie“, betonte Young. Diese erstaunliche Fähigkeit der Re-Synchronisation des zirkadianen Rhythmus sei die Grundlage der Zulassung von retardiertem Melatonin (Circadin®) bei Schlafstörungen.

Auswirkungen chronobiologischer Störungen

Zirkadiane Rhythmen und ihre chronobiologischen Störungen stehen nicht nur im Zusammenhang mit Schlafstörungen, sondern auch mit Angst, Sucht, Depressionen, bipolaren Erkrankungen, vielen

kognitiven Funktionen, der Gedächtnisbildung oder verschiedenen neurologischen und neurodegenerativen Erkrankungen. Zudem ist klar, dass die reguläre Funktion der intrazellulären „Uhr“ grundsätzlich eine vitale physiologische Bedeutung für Krankheit und Gesundheit hat. Selbst wenn einige chronobiologische Störungen genetisch bedingt sind (zum Beispiel Syndrome mit verlagerter Schlaf-Wach-Phase), haben die chronobiologischen Forschungen der letzten Jahrzehnte auch deutlich gemacht, wie sehr kultur- und lebensstilabhängige Einflüsse wesentliche Funktionen der inneren Uhr und die zirkadiane Rhythmik stören können. So trägt die vielgestaltige Chronodisruption im Alltag, also die verhaltensinduzierte Desynchronisation von Schlaf-Wach-Rhythmus und äußeren Taktgebern, wesentlich zu Syndromen wie Jetlag, Schlafstörungen und ihren Folgen oder den durch Schichtarbeit bedingten Syndromen bei.

Circadin® ist das einzige zugelassene verschreibungspflichtige Präparat mit retardiertem Melatonin in Deutschland und ist indiziert als Monotherapie für die kurzzeitige Behandlung der primären, durch schlechte Schlafqualität gekennzeichneten Insomnie bei Patienten ab 55 Jahren. Das retardierte Melatonin imitiert die endogene nächtliche Melatoninfreisetzung sowohl was die Plasmakonzentration, als auch den zeitlichen Verlauf angeht. Die Retardformulierung ermöglicht einen ausreichend hohen Melatoninspiegel während der gesamten Nacht und sorgt so für eine wirksame Behandlung von Durchschlafstörungen. Da Melatonin eine sehr kurze Halbwertszeit hat, lassen sich mit unretardierten Melatoninpräparaten keine vergleichbaren Effekte erzielen.

Die Studienlage ist eindeutig: In einer deutschen, nicht-interventionellen Studie, an der 653 ambulant betreute Patienten mit behandlungsbedürftiger Insomnie teilnahmen, führte die 3-wöchige Einnahme von jeweils einer Retardtablette (2 mg) zwei Stunden vor dem Schlafengehen zu einer klinisch relevanten Verbesserung der Schlafqualität und des Wachheitsgrads am Morgen bei 75% der Patienten. Vor der Circadin®-Einnahme hatten 46% der Patienten Benzodiazepine oder andere Hypnotika eingenommen, während der 3-wöchigen Behandlungsphase waren es nur noch 6%. Nach dem Behandlungsende griffen nur 10% der Patienten erneut zu Benzodiazepinen. Bei leicht bis mittelschwer betroffenen Alzheimer-Patienten führte die additive Behandlung mit retardiertem Melatonin über 24 Wochen zu einer klinisch relevanten Verbesserung der Schlafqualität und der kognitiven Parameter im Vergleich zu Placebo. In der Subgruppe, die unter Schlafstörungen litt, waren die Effekte noch ausgeprägter. Das Arzneimittel ist sehr gut verträglich und führt zu keinen relevanten, unerwünschten Nebenwirkungen: Im Gegensatz zu Benzodiazepinen und Z-Substanzen treten

unter Circadin® keine Abhängigkeit und keine Toleranzentwicklung auf; auch eine Rebound-Insomnie oder Entzugerscheinungen beim Absetzen sind nicht zu erwarten. Negative Auswirkungen auf die psychomotorische Funktionalität, Gedächtnisleistung und Fahrtauglichkeit wurden nicht beobachtet und auch die Fallneigung wird im Gegensatz zu herkömmlichen Schlafmitteln nicht erhöht. Insgesamt liegt das Nebenwirkungsprofil bei Circadin® auf Placeboniveau.

rbc

Quelle: MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG

40. MSWerkstatt

MS-Therapie: Vom Mühlen zum Schachspiel

Praxisnah und interaktiv aktuelle Fragen zur Diagnostik und Therapie der Multiplen Sklerose diskutieren – das ist das Erfolgskonzept der MSWerkstatt, erläutert Professor Dr. Tjalf Ziemssen, Dresden, anlässlich der 40. Veranstaltung der Fortbildungsreihe von Sanofi Genzyme: „Das Besondere an der MSWerkstatt ist, dass man nach den Impulsvorträgen in kleinen Gruppen jeweils 90 Minuten Zeit hat, interessante und aktuelle medizinische Themen rund um die MS interaktiv zu besprechen“, erklärt der Neurologe als einer der Initiatoren der Veranstaltungsreihe, die er zusammen mit Professor Dr. Ralf Linker aus Erlangen und Professor Dr. Sven Schippling aus Zürich von den Anfängen im Jahr 2008 bis heute begleitet. „Die Teilnehmerzahl der Workshops erlaubt intensive Diskussionen in Kleingruppen, die ermöglichen, angewandtes Wissen zu vertiefen und in die eigene klinische Praxis mitzunehmen“, so Schippling. Die Themenschwerpunkte wechseln bei den einzelnen Veranstaltungen und ergeben sich durch die unterschiedliche Gruppenzusammensetzung von jüngeren bis sehr erfahrenen Neurologen oftmals erst richtig während des Workshops. Bei der Jubiläumsveranstaltung standen in den Workshops die Themen „MS-Therapie trifft Diagnostik – Rationalen für den Alltag“ sowie „MS-Therapie trifft Immunologie – Von T- und B-Zellen zur Therapie?“ und „MS-Therapie trifft Urologie“ auf dem Programm. Diskutiert wurden vor Ort insbesondere der Zusammenhang zwischen immunologischem Grundwissen und praktischem Behandeln sowie der mögliche Zusammenhang zwischen der MS und dem Mikrobiom.

Ein Schwerpunktthema der Veranstaltung ist immer auch die Diagnostik. Das hat gute Gründe, erläutern die Neurologen: „Da wir inzwischen deutlich mehr Therapieoptionen bei der MS haben als früher, spielt die Charakterisierung des Patienten eine immer wichtigere Rolle.

Es geht dabei auch um die Frage, welchen Phänotyp die MS im individuellen Fall hat und welche Krankheitsaktivität vorliegt. Deshalb ist eine ausführliche diagnostische Abklärung erforderlich, um die richtige Therapieentscheidung fällen zu können“.

Während vor wenigen Jahren lediglich zwei Therapieoptionen verfügbar waren, gebe es bei der MS-Therapie inzwischen rund zehn mögliche Behandlungsregime. „Wir haben uns als MS-Behandler quasi vom Mühle- zum Schachspieler entwickelt“, so Ziemssen. Der MS-Therapeut müsse dabei heutzutage Therapiestrategien zur Anwendung bringen, die den früheren Therapiezielen mitentsprechen. Die Therapieziele seien aber trotz der Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten vielfach noch sehr konservativ gesteckt. „Selbstverständlich wissen wir, dass eine Heilung und das völlige Aufhalten der Krankheit für viele Patienten noch nicht erreichbar ist. Trotzdem sollten die Behandlungsziele höher gesetzt werden, als es derzeit üblich ist“, so Ziemssen. „Das Ziel sollte sein, möglichst keinerlei messbare Krankheitsaktivität mehr zu verzeichnen. Hierbei können auch Faktoren eine Rolle spielen, die im klinischen Alltag allzu oft noch zu kurz kommen wie beispielsweise Fatigue und kognitive Defizite“ so Schippling.

Dabei muss aus Sicht der beiden Experten der Patient im Fokus stehen: „MS-Betroffene sollten heute von ihrem behandelnden Arzt erwarten können, dass sie basierend auf ausreichend guter, neutraler Information die für sie passende Therapie mit einem für sie abgestimmten Nutzen-Risiko-Profil erhalten. Der Patient sollte in jede Entscheidung voll einbezogen werden“ betont Schippling.

„Mit Blick auf ihre Erkrankungen haben die Patienten Anspruch darauf, dass die Krankheitsaktivität stabilisiert und die Lebensqualität verbessert wird“, ergänzt Ziemssen. Darüber hinaus müsse die Therapie gut verträglich sein und Nebenwirkungen der Behandlung müssten durch ein Monitoring früh erkennbar und vermeidbar sein.

Zunehmende Bedeutung von Langzeitdaten

Bei der Therapieentscheidung spielen laut Ziemssen zudem Langzeitdaten zu den einzelnen MS-Therapeutika eine zunehmende Rolle. Denn es gehe bei der MS nicht um kurze Behandlungszeiten von wenigen Jahren: „Es handelt sich vielmehr um eine lebenslange Erkrankung, die mitunter 50 bis 60 Krankheitsjahre umfasst. Das wird in den aktuellen Studien nicht abgebildet, sondern am ehesten anhand der Langzeiterfahrungen in den Verlängerungsstudien, auch wenn man sich bewusst sein muss, dass es dann keine Kontrollgruppe mehr gibt.“

Zunehmend an Bedeutung gewinnt nach Darstellung der Experten außerdem die interdisziplinäre Zusammenarbeit der

einzelnen Fachbereiche, was ebenfalls durch diagnostische Fortschritte getriggert werde. Als Beispiel nennt Ziemssen die Ophthalmologie, bei der die okuläre Kohärenztomographie neue, für die MS relevante diagnostische Möglichkeiten eröffne. Außerdem gebe es auch in anderen Fachbereichen, die die MS tangieren, wie beispielsweise die Urologie therapeutische Fortschritte, die zu einer Besserung der symptomatischen Behandlungsmöglichkeiten der MS beitragen. Dem werde die MS Werk statt zum Beispiel durch Workshop-Themen wie „MS-Therapie trifft Urologie“ gerecht. „MS ist eine komplexe Erkrankung, die vielfältige Expertise – ärztlich sowie nicht-ärztlich braucht. Nur im „Team“ – und hier schließe ich explizit den Betroffenen mit ein – kann ein Behandlungskonzept erfolgreich sein“, so Schippling. Ziemssen sieht es ähnlich: „Wir erleben in allen Fachbereichen eine zunehmende Spezialisierung. Daher ist es gut, Veranstaltungen besuchen zu können, bei denen die spezialisierungsbedingten Scheuklappen abgelegt und uns Ausblicke auf wichtige interdisziplinäre Schnittmengen ermöglicht werden, um unsere Patienten besser zu therapieren.“

rbc

Quelle: Sanofi Genzyme

Starke analgetische Wirksamkeit, verringerte Obstipation

Oxycodon comp – HEXAL

Oxycodon ist ein sehr potentes Analgetikum, das bei starken chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen und moderaten bis starken Tumorschmerzen eine effektive Schmerzreduktion erreicht. Die analgetische Wirkung wird über eine Bindung an Opioid-Rezeptoren im Zentralnervensystem (ZNS) vermittelt. Da Opioid-Rezeptoren auch im Gastrointestinaltrakt – sowohl im enterischen Nervensystem als auch in den Muskelschichten des Darms – weit verbreitet sind, kann eine Therapie mit oralen Opioid-Analgetika zu Störungen der gastrointestinalen Funktion, insbesondere zu Obstipation, führen. Während andere unerwünschte Wirkungen der Opioid-Therapie im Laufe der Zeit nachlassen, bleibt die Obstipation in der Regel bestehen und lässt sich auch mit allgemeinen Maßnahmen, wie körperliche Aktivität, faserreiche Nahrung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr, oftmals nicht in den Griff bekommen.

Durch die Kombination mit dem kompetitiven Opioid-Rezeptor-Antagonisten Naloxon kann die gastrointestinale Verträglichkeit von Oxycodon deutlich verbessert werden. Oral verabreichtes Naloxon blockiert die Opioid-Rezeptoren im Darm und wirkt somit der obstipierenden Wirkung des Opioid-Analgetikums entgegen. Während die starke analgetische Wirkung von Oxycodon im ZNS

unverändert erhalten bleibt, kann das Auftreten einer Opioid-induzierten Obstipation durch die gleichzeitige orale Gabe des kompetitiven Antagonisten verringert werden. In der Fixkombination liegt retardiertes Oxycodonhydrochlorid und retardiertes Naloxonhydrochlorid im Verhältnis 2:1 vor.

Die neuen Oxycodon comp – HEXAL® Retardtabletten bieten eine passende und im Vergleich zum Originator kostengünstigere Behandlungsoption für Patienten mit starken Schmerzen, die nur mit Opioid-Analgetika ausreichend behandelt werden können. Dazu zählen unter anderem starke Schmerzen des Bewegungsapparates, Tumorschmerzen und neuropathische Schmerzen.

Hexal bietet das neue Produkt in fünf Wirkstärken von Oxycodon/Naloxon an – 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg, 30 mg/15 mg sowie 40 mg/20 mg – und in jeweils drei Packungsgrößen mit 20, 50 und 100 Retardtabletten. Die zusätzliche Zwischenstärke von 30 mg/15 mg bei Oxycodon comp – HEXAL® Retardtabletten kann die adäquate Einstellung des Patienten auf die für seine individuelle Schmerzintensität passende Dosierung der fixen Kombination von Oxycodon und Naloxon erleichtern. Oxycodon comp – HEXAL® Retardtabletten erweitern das breite Sortiment der transdermalen Opioid-Analgetika von Hexal (z. B. Fentanyl-HEXAL® MAT) um eine stark wirksame orale Therapieoption mit verbesserter gastrointestinaler Verträglichkeit hinsichtlich Opioid-induzierter Obstipation im Vergleich zu alleiniger Oxycodongabe.

behu

Quelle: Hexal AG

Lisdexamfetamin bei ADHS

Retardierte Stimulanzien-Therapie hat sich bewährt

Bei der Behandlung von ADHS-Kindern hat es deutliche Fortschritte gegeben, die schon ihre Bewährungsprobe hinter sich haben. Besonders bei Kindern und Jugendlichen, bei denen Methylphenidat nicht ausreichend wirkt, hat sich die Behandlung mit langwirksamen retardierten Lisdexamfetamin in den letzten fünf Jahren als gute Option erwiesen.

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) ist eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (1). Die weltweite Prävalenz beträgt etwa 5,3 Prozent – mit großer Variabilität (2,3). Obwohl das Thema ADHS immer wieder im Fokus der Publikumspresse ist, liegt die Diagnoserate im Kinder- und Jugendbereich bei nur etwa vier Prozent (4). Eine mögliche Ursache: die Kardinalsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität werden oft nicht als Symptome eines Krankheitsbildes erkannt.

Multimodale Therapie

Wenn allerdings die Diagnose gestellt wird, sollte die Therapie der ADHS multimodal erfolgen, betonte Professor Dr. Benno Schimmelmann (Hamburg). Wichtige Therapiebausteine sind dabei Psychoedukation, verhaltenstherapeutische Interventionen (z. B. Verhaltenstherapie, Elterntraining) und – last but not least – die medikamentöse Therapie (4). Zur Pharmakotherapie von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zugelassene Wirkstoffe sind hauptsächlich Stimulanzien, und hier vorwiegend Methylphenidat (MPH, retardiert und unretardiert), Dexamfetamin (DX) und Lisdexamfetamin (LDX).

Wie wichtig es ist, mehrere Therapieoptionen zur Auswahl zu haben, zeigen die Ergebnisse einer Metaanalyse aus sechs Cross-Over-Studien, die Schimmelmann vorstellte. Darin sprachen die untersuchten Kinder und Jugendlichen unterschiedlich gut auf MPH und Amfetamin an (5). Für die Praxis bedeutet dies, dass es sinnvoll sein kann, bei nicht zufriedenstellender Wirksamkeit von MPH auf die Substanzklasse der Amfetamine umzustellen.

Eine Therapieoption ist dabei LDX, das als Elvanse® seit fünf Jahren auf dem Markt ist: Das pharmakologisch inaktive Prodrug wird nach der Einnahme rasch in die Blutbahn resorbiert. Da die Freisetzung des pharmakologisch aktiven Wirkstoffs D-Amfetamin enzymatisch gesteuert wird, flutet er sanft an und nimmt langsam wieder ab (6,7). Die allmähliche Wirkstofffreisetzung bewirkt einen gleichmäßigen, über den Tag anhaltenden Plasmaspiegel, der den gesamten Tag bis in den Abend abdeckt (7, 8). Und anders als bei MPH kommt es unter LDX nur vereinzelt zu Rebound-Effekten (9).

In einer Metaanalyse mit Daten von insgesamt 3.500 Patienten erzielte Lisdexamfetamin über alle Studien hinweg die stärkste Reduktion der ADHS-Kernsymptome, so Schimmelmann weiter (10). Im Vergleich zu Placebo demonstrierte LDX bei einer sehr hohen Effektstärke von 1,8 eine signifikante Verbesserung der Kernsymptome und verbesserte zudem die Funktionalität und Lebensqualität (11,12).

Das Nebenwirkungsprofil sei stimulantientypisch, so Schimmelmann. Bei Kindern und Jugendlichen werde sehr häufig von vermindertem Appetit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Oberbauchschmerzen und Gewichtsabnahme berichtet (13). Langzeitdaten konnten die Wirksamkeit und das Verträglichkeitsprofil von LDX über einen Zeitraum von zwei Jahren bestätigen (14).

Wenn ADHS-Kinder erwachsen werden

Kommen die Betroffenen in die Pubertät, lassen die Behandlungserfolge deutlich nach. „Während die Anforderungen im Jugend- und Erwachsenenalter steigen, nehmen die unterstützenden Ressourcen in dieser Übergangsphase ab“,

konstatierte Professor Dr. Peter Greven (Berlin). Aber gerade dann brauchen ADHS-Patienten Unterstützung, denn sie sind hinsichtlich ihres weiteren Lebenswegs besonders gefährdet – beispielsweise schaffen 35 Prozent keinen Schulabschluss (15).

Hilfe bei Transition

Daraus resultieren dann bei den jungen Erwachsenen häufig ein niedriger beruflicher Status, Organisationsdefizite, generelle hohe Risikobereitschaft und Polizeikonflikte. 85% haben ein hohes Drogenrisiko (16).

Umso wichtiger sei es, Patienten auch in dieser entscheidenden Übergangsphase neben der psychotherapeutischen Hilfe, eine medikamentöse Unterstützung zu bieten, so Greve. Eine Option dafür sei Lisdexamfetamin, das sich durch eine Wirkdauer von bis zu 13 Stunden auszeichnet und auch noch nach Vollendung des 18. Lebensjahres verordnet werden kann.

Literatur

- 1 Banaschewski T et al. Kinderärztliche Praxis 2014 (5); 4 28, 62-695
- 2 Wittchen HU et al. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21: 655-79
- 3 Polanczyk G et al. Am J Psychiatry 2007; 164: 942-8
- 4 Banaschewski T et al. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 149-59
- 5 Arnold LE et al. J Atten Disord, 2015; 3: 200-211
- 6 Pennick M Neuropsychiatr Dis Treat, 2010; 6: 317-327
- 7 Boellner SW et al. Clin Ther, 2010; 32(2): 252-26
- 8 Wigal SB et al. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 2009; 3(1): 17
- 9 López et al. J Atten Disord, 2017; 21(1): 52-61
- 10 Joseph A et al. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2017; 26: 875-897
- 11 Coghill D et al. Eur Neuropsychopharmacol, 2013; 23: 1208-1218
- 12 Banaschewski T et al. CNS Drugs, 2013; 27: 829-840
- 13 Banaschewski T et al. CNS Drugs, 2014; 28: 1191-203
- 14 Coghill D et al. CNS Drugs, 2017; 31(7): 625-638
- 15 Barkley RA, J Clin Psychotry 2002, 63 (Suppl 12) 10-15
- 16 Biedermann, J Paediatrics 1999 ,104 (2) 1-5

Angelika Ramm-Fischer

Quelle: Pressekonferenz der Firma Shire: „5 Jahre Elvanse bei ADHS“ am 16. März 2018 in Frankfurt

Neues Verpackungsdesign bei 1 A Pharma

1 A Pharma führt ein neues Design für die Verpackungen seiner verschreibungspflichtigen Medikamente ein. Das Design orientiert sich an den Bedürfnissen von Ärzten, Apothekern und

Patienten. Dabei setzt der Generikahersteller konsequent auf seinen „Einfach verstehen“-Ansatz. Wichtige Informationen wie beispielsweise Anwendungsgebiete und Wirkstärken sind auf einen Blick ersichtlich. In den meisten Fällen werden die Verpackungen zeitgleich an die neue EU-Richtlinie angepasst. Arzneimittelfälschungen können so leichter identifiziert werden. Bis voraussichtlich Mitte 2019 werden alle überarbeiteten Verpackungen im Handel erhältlich sein. Das Design von Arzneimittelverpackungen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die Gestaltung muss sowohl den Bedürfnissen von jungen und alten Patienten, als auch von Ärzten und Apothekern gerecht werden. Dabei werden Aspekte der guten Wahrnehmbarkeit von Informationen durch gute Lesbarkeit, starke Kontraste und strukturelle Klarheit zielgruppenübergreifend immer wichtiger. Genau an diesem Punkt setzt 1 A Pharma mit seiner Philosophie „Einfach verstehen“ an. Der Alltag von Ärzten, Apothekern und Patienten soll vereinfacht werden.

Um die verschiedenen Anwendungsgebiete schneller voneinander zu unterscheiden, werden die Indikationsbereiche mit einem farbigen Balken gekennzeichnet. Herz-Kreislauf-Präparate werden z. B. rot markiert. Wirkstoff und -stärke sind durch eine größere Schrift im Produktnamen hervorgehoben. Die Wirkstärke wird zur besseren Orientierung in einer kontrastreichen Farbe dargestellt. Außerdem erhalten die meisten Verpackungen ein speziell gekennzeichnetes Feld für Verordnungshinweise. Dies unterstützt eine sicherere Handhabung der Medikamente für Apotheker und Patienten.

Mit den neuen Verpackungen setzt 1 A Pharma in den meisten Fällen zeitgleich alle rechtlichen Vorgaben zur Fälschungssicherheit von Arzneimitteln um. Sie unterstützen Apotheker, gefälschte Arzneimittel einfacher zu identifizieren und schützt Patienten besser vor Medikamenten, die eine geringe Qualität oder falsche Dosierungen von Wirkstoffen aufweisen könnten. Auf jedem verschreibungspflichtigen Arzneimittel ist als individuelles Erkennungsmerkmal ein zweidimensionaler Barcode abgebildet. Dieser sogenannte Data Matrix Code enthält u. a. eine individuelle Seriennummer, einen Produktcode sowie die Chargenbezeichnung und das Verfallsdatum des Produkts.

Als zusätzlichen Service bietet 1 A Pharma Ärzten und Apothekern ein Informationsblatt über die Verpackungsumstellung zur Abgabe an Patienten und Kunden an. Das Informationsblatt steht unter www.lapharma.de als Download zur Verfügung.

red.

Quelle: 1 A Pharma

Praktische Erfahrungen mit Safinamid entsprechen Studien-Ergebnissen

250 Experten für die Behandlung der Parkinsonkrankheit aus ganz Europa trafen sich im Februar in Barcelona zu einem Erfahrungsaustausch. Ziel der vom Unternehmen Zambon unterstützten „Parkinson-Akademie“ war es, die praktischen Erfahrungen zu vergleichen, die in verschiedenen europäischen Ländern mit dem seit 2015 verfügbaren Wirkstoff Safinamid (Xadago®) bei der Behandlung von Patienten im mittleren bis fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung gemacht wurden. Die Experten bestätigten dabei weitgehend die Beobachtungen, die bereits in klinischen Studien gemacht worden waren: Safinamid führt bei den Behandelten zu einer deutlichen Besserung motorischer Symptome, aber auch bei nicht-motorischen Beschwerden wie beispielsweise Schmerzen können Verbesserungen erzielt werden.

Safinamid (Xadago®) wird zur Behandlung von Patienten mit idiopathischer Parkinson-Krankheit eingesetzt, bei denen es im Verlauf der Levodopa-Therapie zu motorischen Komplikationen wie Fluktuationen und Dyskinesien kommt. Aufgrund seines dualen Wirkmechanismus mit einer dopaminergen und einer glutamatergen Komponente kann das Medikament als Add-on zu Levodopa sowohl die Kardinalsymptome der Erkrankung als auch auftretenden On-/Off-Fluktuationen positiv beeinflussen. In der 2017 veröffentlichten SETTLE-Studie mit 549 Patienten verbesserte sich die On-Zeit mit Safinamid nach 24 Wochen um 1,4 Stunden gegenüber 0,5 Stunden unter Placebo. Entsprechend nahm die Off-Zeit unter Safinamid ab. Der Wirkstoff verbesserte darüber hinaus die Messwerte auf dem UPDRS-III-Score für die Motorik signifikant im Vergleich zu Placebo.

Diesen klinisch bedeutsamen Nutzen der Therapie mit Safinamid konnten die Teilnehmer der internationalen Parkinson-Akademie anhand ihrer Erfahrung mit dem praktischen Einsatz des Medikaments bestätigen. „Safinamid verlängert und verstärkt die Wirkung des Levodopa“, erklärte Prof. Dr. Dirk Voitalla, St. Josef-Krankenhaus Kupferdreh, Essen. „Die Patienten berichten über eine Verringerung der Off-Zeiten und eine Verbesserung der Beweglichkeit.“ Wie der Neurologe beobachtet hat, ist die Verlängerung der On-Zeit für die Patienten mit einem deutlichen Gewinn an Lebensqualität verbunden: „Einige Patienten verlieren die Off-Zeiten sogar ganz und sind den ganzen Tag gut beweglich. Aber auch Verbesserungen um eine oder zwei Stunden sind für die Patienten bedeutsam“, so Voitalla.

Neben den motorischen Effekten haben die Teilnehmer der Akademie in ihrer Praxis auch Wirkungen von Safinamid auf unterschiedliche nicht-motorische Symptome der Erkrankung verzeichnet. So hat Voitalla in seiner eigenen Praxis einige Patienten, die nach dem Hinzufügen von Safinamid über das Gefühl berichteten, klarer denken zu können. Auch in anderen Ländern wurden ähnliche Erfahrungen gemacht. „Die Kollegen aus Italien berichten über positive Auswirkungen auf das Freezing, das sich bekanntlich nur schwer behandeln lässt. Ein interessanter Aspekt, den es weiter zu beobachten gilt“, so Voitalla.

Solche Effekte auf nichtmotorische Symptome werden vielfach mit der glutamaterge Wirkkomponente von Safinamid in Verbindung gebracht. Durch eine Modulation der Natrium- und Calciumkanäle reduziert es die überschießende Freisetzung von Glutamat, die als relevanter Faktor für die Entstehung vieler nicht-motorischer Beschwerden bei der Parkinson-Krankheit gilt. Hierzu zählt auch der Schmerz, ein weiteres Symptom, bei dem die Akademie-Teilnehmer Verbesserungen beobachtet haben. Voitalla

berichtete, dass einige seiner Patienten nicht proaktiv über eine Verbesserung von Schmerzen hinwiesen, da sie diesen vergessen hatten, und erst auf Nachfrage eine Erleichterung angaben.

Früher Einsatz von Vorteil

Um das Wirkpotenzial von Safinamid optimal auszuschöpfen, ist es nach Ansicht von Voitalla von Vorteil, das gut verträgliche Medikament in einem eher frühen Stadium einzusetzen, wenn unter Levodopa erste Anzeichen für Verschlechterungen auftreten. „Gerade bei jungen Patienten und Patienten, bei denen erst wenige Medikamente erforderlich sind, ermöglicht es, die Anzahl weiterer Medikamente gering zu halten“, so der Experte. „Safinamid ist eine Bereicherung der therapeutischen Optionen zur Behandlung der Parkinson-Krankheit. Für viele Patienten, gerade solchen, die Nebenwirkungen unter anderen Medikamenten hatten, stellt es eine wertvolle Therapie dar“ fasste Voitalla seine Erfahrungen zusammen.

bvrh

Quelle: Zambon GmbH