Fehlversorgung von Alzheimerpatienten

200 Mio. Euro für Medikamente ohne Wirksamkeitsnachweis

— Mehr als 50% aller Demenzpatienten erhalten laut Prof. Richard Dodel, Marburg, keine Antidementiva. Dabei sind Acetylcholinesterase-Inhibitoren (AChI) bei leichter und mittelschwerer Alzhei-

Durch leitliniengemäße antidementive Therapie ließen sich Kosten sparen.

© Creatista/Shutterstock

merdemenz und Memantine (z.B. Axura®) bei mittelschwerem und schwerem M. Alzheimer in der S3-Leitlinie Demenz explizit aufgeführt. Auf der anderen Seite werden für pflanzliche oder synthetische Therapeutika, deren Wirksamkeit bei Demenz nicht belegt ist, in der Bundesrepublik jährlich 200 Mio. Euro ausgegeben. „Wir geben praktisch für nicht wirksame Medikamente fast so viel Geld aus wie für wirksame“, kritisierte Dodel.

In einer pharmakoökonomischen Studie mit drei gut vergleichbaren Patienten- gruppen zeigte sich, dass die Behandlung mit Memantine insgesamt billiger war als eine Therapie mit Psychopharmaka ohne Antidementiva oder eine Therapie ohne Antidementiva und ohne Psycho- pharmaka. Die Gesamtkosten pro Jahr und Patient lagen bei 6966 €, 10 725 €

bzw. 7839 €. Vor allem bei den Kranken- hauskosten führte die Behandlung mit Memantine zu erheblichen Einsparungen (Kiencke P et al. Eur Health Econ 2010).

In einer weiteren Untersuchung wur- den bei Alzheimerpatienten Therapien mit AChI, mit Memantine plus AChI sowie ohne Antidementiva verglichen. Die Kom- binationsbehandlung Memantine und AChI zeigte in den Bereichen Kognition und Alltagskompetenz signifikante Vor- teile gegenüber der Monotherapie mit AChI. Laut Prof. Jörg Schulz, Aachen, ist dieses Ergebnis auch als ein möglicher Hinweis auf eine neuroprotektive Wir- kung von Memantine zu werten.

■ Dr. med. Andreas Fischer
Quelle: Satellitensymposium, DGN-Jahres- tagung, Mannheim, 24. September 2010 (Veranstalter: Merz Pharmaceuticals)

Geänderte Empfehlungen zum Vorhofflimmern

Welches Antiarrhythmikum für wen?

— In der aktualisierten Leitlinie der Euro- pean Society of Cardiology (ESC) wird der Algorithmus für die antiarrhythmische Therapie bei Patienten mit Vorhofflim- mern neu formuliert. Dabei wird Drone- daron (Multaq®) als Therapieoption der ersten Wahl bei Patienten mit nicht per- manentem Vorhofflimmern empfohlen, sofern keine schwere chronische oder in- stabile Herzinsuffizienz vorliegt.

Für die Rhythmuskontrolle bei Vorhof- flimmern steht heute neben Antiarrhyth- mika auch die Katheterablation zur Ver- fügung. „Aber sie ist auch im Hinblick auf die Risiken im Allgemeinen erst dann in- diziert, wenn Antiarrhythmika nicht aus- reichend wirken“, so Prof. Günter Breithardt, Münster. Nur in Einzelfällen bei Patienten mit paroxysmalem Vorhofflim- mern ohne wesentliche Herzerkrankung könne die Katheterablation als Verfahren der ersten Wahl diskutiert werden.

Das Behandlungsregime zur Rhyth- muskontrolle bei Vorhofflimmern orien-

tiert sich primär daran, ob eine relevante Herzerkrankung vorliegt oder nicht. Bei Patienten ohne oder mit nur minimaler Herzerkrankung sollte paroxysmales bzw. persistierendes Vorhofflimmern primär mit Dronedaron oder Klasse-I-Antiar- rhythmika (Flecainid, Propafenon) oder Sotalol behandelt werden. Kann damit der Sinusrhythmus nicht ausreichend stabilisiert werden, käme die Katheterab- lation oder eine Umstellung auf Amioda- ron in Betracht.

Bei Patienten mit kongestiver Herzin- suffizienz (NYHA III/IV oder instabile NY- HA II) ist Amiodaron erste Wahl. Zeigt diese Substanz keine ausreichende Wirk- samkeit, sollte eine Katheterablation dis- kutiert werden. Dagegen empfiehlt sich bei Patienten mit KHK, Hypertonie mit Linksherzhypertrophie oder stabiler Herz- insuffizienz NYHA I/II die primäre Gabe von Dronedaron. „Versagt diese Therapie, kommen Amiodaron oder die Katheter- ablation infrage“, so Breithardt.

Indikationen für Dronedaron

Bei wem empfiehlt sich nach den ESC-Leitlinien die Gabe von Drone- daron? Laut Prof. Thorsten Lewalter, Bonn, sind es vor allem Patienten mit paroxysmalem Vorhofflimmern mit begleitender KHK oder hypertensiver Herzerkrankung. Darüber hinaus ist Dronedaron bei Patienten mit gerin- ger struktureller Herzerkrankung eine sinnvolle Alternative zu Flecainid bzw. Propafenon. Auch bei Patienten mit Amiodaronnebenwirkungen sollte eine Umstellung auf Dronedaron empfohlen werden. Nicht sinnvoll ist Dronedaron bei Patienten, die nicht ausreichend auf Amiodaron anspre- chen oder bei denen mit Amiodaron eine dauerhafte Stabilisierung des Sinusrhythmus gelungen ist.

■ Dr. med. Peter Stiefelhagen
Quelle: Pressgespräch und Satellitensym- posium, Herbsttagung der DGK, Nürnberg, 7. Oktober 2010 (Veranstalter: Sanofi-Aventis)