

Die GM1-Antikörper sind nur ein Hinweis unter vielen. Bei rund der Hälfte der Patienten fehlen sie, wobei die Angaben zur Häufigkeit eines positiven Nachweises stark schwanken (von 30 bis 80%). Der alleinige Nachweis von Leitungsblockaden an physiologischen Engstellen schließt eine MMN ebenso wenig aus wie deren völliges Fehlen. Die Abgrenzung zum Guillain-Barre-Syndrom ist wegen des langsamen, keineswegs akuten Verlaufs der MMN noch relativ einfach. Schwieriger fällt die Unterscheidung zur chronisch inflammatorischen demyelinisierenden Polyneuropathie (CIDP) aus, die symmetrischer auftritt, mit Hypo- und Areflexie einhergeht und auch die Sensorik betrifft. Mitunter wird die MMN aber auch als amyotrophe Lateralsklerose fehlgedeutet.

Therapie mit intravenösem Immunglobulin

Die korrekte Diagnose ist von erheblicher Bedeutung, da bei MMN im Wesentlichen nur eine Therapie in Frage kommt: intravenöse Immunglobuline (IVIg). Vor diesem Hintergrund kann in unklaren Fällen auch das Ansprechen auf die Behandlung mit IVIg einen wichtigen diagnostischen Hinweis geben. Anders als bei der CIDP sollten Glucocorticoide bei MMN nicht eingesetzt werden, da sie wirkungslos sind und sogar zu einer Verschlechterung führen können. Andere echte Therapieoptionen stehen nicht zur Verfügung. Wenn IVIg nicht wirken, kann allenfalls ein Therapieversuch mit Cyclophosphamid unternommen werden.

Bereits 2005 wurde in einem Cochrane-Review von vier bis dahin veröffentlichten Studien (mit insgesamt nur 34 Patienten) der Stellenwert der IVIg-Therapie betont. Eine Verbesserung der Muskelkraft erreichten 78% der IVIg-behandelten, aber nur 4% der Placebo-behandelten Patienten. Die resultierende NNT (Number needed to treat; erforderliche Patientenzahl, um einen der Therapie zuzuschreibenden Therapieerfolg zu erreichen) von 1,4 wird von kaum einem anderen Medikament in irgendeiner Indikation erreicht. In besagter Cochrane-

Analyse wurde auf einen erheblichen Forschungsbedarf hingewiesen, denn noch sind viele Fragen zur MMN offen.

10%iges IVIg für MMN-Therapie zugelassen

Zwei aktuelle Studien waren Grundlage für die europäische Zulassung des 10%igen IVIg-Präparats Kiovig® für die immunmodulatorische Therapie bei MMN [2]. In einer Studie wurden 20 Patienten von einer stabilen Behandlung mit 5%igem IVIg auf das 10%ige Präparat umgestellt; in der anderen Studie wurden acht Patienten erstmals auf eine IVIg-Behandlung eingestellt. Die Patienten wurden bis zu drei Jahren beobachtet.

Die beiden offenen Studien zeigen die Wirksamkeit wiederholter IVIg-Gaben in Bezug auf den Erhalt beziehungsweise die Wiederherstellung der Muskelkraft und der Funktionalität. Der maximale Effekt stellt sich nach vier bis sechs Wochen ein. Die Wirkungsdauer ist individuell unterschiedlich.

Die Behandlung sollte mit 2 g/kg Körpergewicht, verteilt auf zwei bis fünf Tage, eingeleitet werden. Die Erhaltungsdosis beträgt 1 g/kg alle zwei bis vier Wochen oder 2 g/kg alle vier bis acht Wochen.

Alzheimer-Demenz

Mit adäquater Therapie Kosten sparen

Die Ergebnisse einer Versorgungsanalyse zeigen, dass der Einsatz von Memantin in der Behandlung von Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz unter ökonomischen Gesichtspunkten von Vorteil gegenüber einer unspezifischen Therapie mit Psychopharmaka, Hypnotika oder Sedativa ist. Vor allem bei den Kosten für Klinikaufenthalte und für die Pflege führte der Einsatz von Memantin zu deutlichen Einsparungen. Die Untersuchung wurde bei einem Pressegespräch von Lundbeck im Rahmen des Kongresses der Deutschen Neurologischen Gesellschaft (DGN) in Wiesbaden [1] vorgestellt.

Die Alzheimer-Krankheit hat sich aufgrund der stetig steigenden Prävalenz und Inzidenz zu einer gesellschaftlichen Herausforderung entwickelt. Um die Versorgungsrealität von Alzheimer-Patienten in Deutschland zu erfassen

Subkutane Gabe als Alternative?

Eine interessante Alternative zur intravenösen Gabe ist die subkutane Anwendung, die zurzeit vor allem von Prof. Dr. Johannes Jakobsen, Aarhus, erprobt wird [1], aber noch off Label erfolgt. Durch die Möglichkeit, sich die Immunglobuline selbst zu verabreichen, werden die Patienten in ihrem Alltag deutlich flexibler. Subkutane Immunglobulin-Therapie ist nach den Erfahrungen von Jakobsen mindestens ebenso effektiv wie die intravenöse und geht mit deutlich weniger Nebenwirkungen einher.

Quellen

1. Prof. Dr. med. Claudia Sommer, Würzburg; Prof. Dr. med. Johannes Jakobsen, Aarhus (Dänemark); Prof. Dr. med. Martin Stangel, Hannover; Symposium „Die multifokale motorische Neuropathie (MMN) erkennen und erstattungssicher therapieren mit KIOVIG“, veranstaltet von Baxter Deutschland im Rahmen des 84. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) 2011, Wiesbaden, 30. September 2011.
2. CHMP. Assessment Report Kiovig (23. Juni 2011). EMEA/H/C/000628/II/0037. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Assessment_Report_-_Variation/human/000628/WC500111843.pdf

Dr. Ulrike Röper,
Fürstfeldbruck

Tab. 1. Durchschnittliche Gesamtkosten [Euro] pro Patient und Jahr nach Einzelpositionen (Matched-Pairs-Analyse) [1]

Position	Therapie mit Memantin	Therapie mit Psychopharmaka, Hypnotika, oder Sedativa	Keine Antidementiva und keine Psychopharmaka, Hypnotika oder Sedativa
Behandlungskosten	457,27	688,95	525,04
Arzneimittel			
• gesamt	1 765,99	1 445,04	772,28
• gruppenspezifisch	1 028,86	464,17	0,00
• sonstige	737,13	980,87	772,28
Klinikaufenthalte	990,57	3 087,73	2 179,12
Pflegekosten	3 138,42	4 716,22	3 671,91
Heilmittel	242,23	206,29	172,23
Hilfsmittel	367,74	580,73	518,35
Gesamtkosten	6 962,22	10 724,96	7 838,92

Gesamtkosten und der Kostenstruktur bei einer Patientenkohorte, die mit Memantin (z. B. Ebixa®) behandelt wurde, gegenüber Patienten, die lediglich Psychopharmaka oder Hypnotika bzw. Sedativa oder gar keine psychotrope Medikation erhielten [2].

Für die Analyse wurden die anonymisierten Daten aller Patienten, die 2005 bei der Barmer Ersatzkasse versichert waren und bei denen eine Alzheimer-Demenz nach ICD-10 diagnostiziert wurde, herangezogen (n=35 684). Von diesen wurden die Patienten ausgewählt, denen Arzneimittel nach einem der folgenden Muster verordnet wurden:

- Mindestens eine Verordnung von Memantin, aber keine Verordnung von anderen Antidementiva, Psychopharmaka oder Hypnotika bzw. Sedativa (n=1 448)
- Mindestens eine Verordnung über ein Psychopharmakon oder Hypnotikum bzw. Sedativum, aber keine Verordnung eines Antidementivums (n=12 561)
- Keine Verordnung eines Antidementivums und keine psychotrope Medikation (n=7 503)

Für diese 21 512 Patienten wurden die Gesundheitskosten in den Teilbereichen ärztliche Leistungen, medikamentöse Therapie, Krankenhausaufenthalte, Pflegeleistungen sowie Heil- und Hilfsmittelverordnungen ermittelt, die in einem Zeitraum von fünf Jahren entstanden.

Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, wurden die deskrip-

tiven Daten mittels Matched-Pairs-Analyse überprüft, so dass die Gruppen hinsichtlich ausgewählter Faktoren wie Alter, Geschlecht und Pflegeart übereinstimmen.

Massive Unter- und Fehlversorgung von Alzheimer-Patienten

Beim Vergleich der Patientenzahlen der drei Gruppen fällt ein massives Ungleichgewicht auf: Bei ungefähr der Hälfte der ausgewerteten Patienten ist von einer Fehlversorgung auszugehen und etwa ein Drittel der Patienten erhielt weder ein Antidementivum, noch eine sonstige psychotrope Medikation. Dagegen erhielten nur knapp 7% der in die Analyse einbezogenen Patienten eine antidementive Therapie mit Memantin.

Kostenstruktur

In der Memantin-Gruppe waren die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Patient mit rund 6 962 Euro pro Jahr deutlich niedriger als in der Patienten-Gruppe, die mit Psychopharmaka oder Hypnotika bzw. Sedativa behandelt wurden (10 724,96 Euro). Ein Verzicht auf eine medikamentöse Therapie der Demenz war mit 7 838 Euro pro Patient und Jahr letztendlich ebenfalls mit höheren Kosten assoziiert als eine Behandlung mit Memantin. Bei Patienten der Memantin-Gruppe entstanden zwar höhere Kosten für die Arzneimittel, doch diese zusätzlichen Ausgaben wurden durch geringere Kosten bei der ärztlichen Behandlung sowie den Hilfsmitteln, aber vor allem durch geringere

Klinik- und Pflegekosten kompensiert (Tab. 1).

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat mittlerweile den Nutzen von Memantin anerkannt; der Gemeinsame Bundesausschuss bestätigte am 18. August 2011, dass der Wirkstoff auch künftig zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann [3].

Fazit

Eine leitliniengerechte Behandlung der Alzheimer-Demenz mit Memantin ist trotz höherer Ausgaben für Arzneimittel mit niedrigeren Gesamtkosten als eine unspezifische Therapie mit Psychopharmaka, Hypnotika oder Sedativa sowie das Weglassen jeglicher psychotroper Arzneimittel oder Antidementiva assoziiert; Grund für die niedrigeren Gesamtkosten bei einer Therapie mit Memantin sind hauptsächlich die geringeren Klinik- und Pflegekosten.

Quellen

1. Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik, Burscheid. Pressegespräch „Optimale Versorgung und Wirtschaftlichkeit in der Alzheimer-Therapie: Ein Widerspruch?“, veranstaltet von Lundbeck GmbH im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), Wiesbaden, 28. September 2011.
2. Kiencke P, et al. Direct costs of Alzheimer's disease in Germany. Eur J Health Econ 2011;12:533-9. Epub 2010 Jul 18 (DOI: 10.1007/s10198-010-0267-x).
3. Pressemitteilung Nr. 23/2011 des G-BA (<http://www.g-ba.de/downloads/34-215-401/23-2011-08-18-Memantin.pdf>, Zugriff am 31.10.2011).

Abdol A. Ameri,
Weidenstetten

**Psychopharmakotherapie
im Internet:**

<http://www.ppt-online.de>

Für Abonnenten mit
Volltextzugriff