

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Pharma-News

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2016; 17 (4), 152-158

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

e-Abo kostenlos

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal **Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie**

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

www.kup.at/JNeurolNeurochirPsychiatr

Rückfallprophylaxe: Die Rolle von Revia®

Aufgrund des biochemischen Mechanismus, auf dem ‚Craving‘ beruht, ist der Einsatz eines Opioidantagonisten zur Rückfallprophylaxe nach Alkoholabhängigkeit sinnvoll.

Bei Alkoholabhängigkeit kommt es zu einer Sensibilisierung der sogenannten mesolimbischen Suchtachse. Das Endorphinsystem im Suchtzentrum wartet gewissermaßen auf die Alkoholaufnahme. Tritt diese nicht ein, so entsteht durch Endorphinausschüttung und konsekutive Dopaminfreisetzung im Belohnungssystem das ‚Craving‘, d.h. das Verlangen nach Zufuhr des Suchtmittels, z. B. Alkohol. Diese Endorphinpulsationen können durch Stress oder bestimmte Schlüsselreize ausgelöst werden [1, 2].

Das DSM-5, das im Mai 2013 erschien, trägt diesem wesentlichen Mechanismus Rechnung, indem es das Craving als ein Kriterium für die nunmehr vereinheitlichte Diagnose „Alcohol Use Disorder“, also Alkohol-bezogene Störung, definiert.

Die Datenlage

Zum Einfluss von Naltrexon (Revia®) auf Craving und Rückfallrisiko liegen zwei Schlüsselstudien vor. An der Studie von Volpicelli et al. nahmen 70 alkoholranke Männer mit einer mittleren Krankheitsdauer von 20 Jahren teil [3]. Der Anti-Craving-Effekt von Naltrexon, der sehr früh nach Einnahme auftrat, war gegenüber Placebo signifikant und hielt über die gesamte Studiendauer von zwölf Wochen hinweg an. Ein Rückfall nach drei Monaten war bei 23 % unter Naltrexon, jedoch bei 54 % unter Placebo zu verzeichnen.

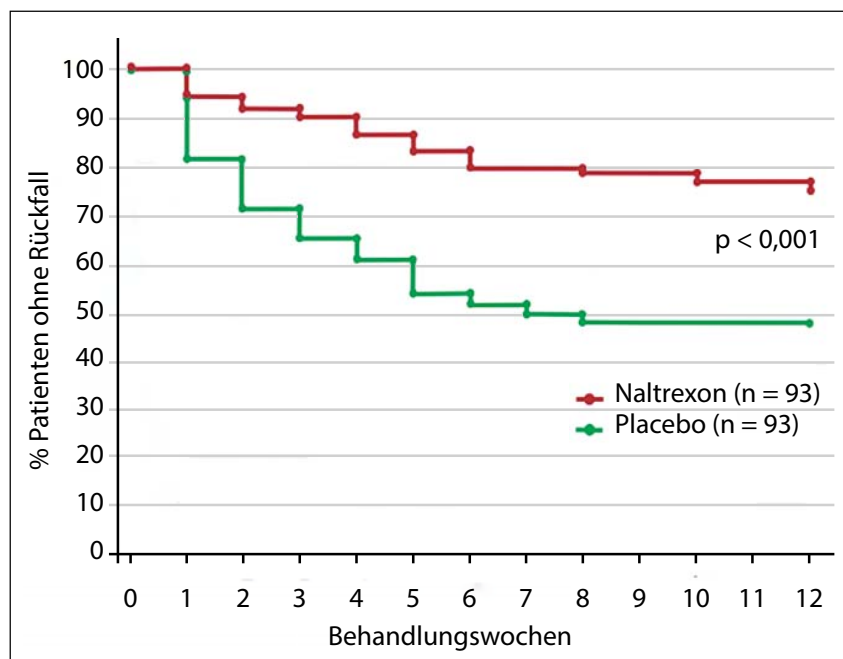


Abbildung 1: Rückfallsraten unter Naltrexon vs. Placebo (mod. nach [5])

Die Studie von O'Malley et al. wies ein ähnliches Design auf, hatte jedoch auch einen Anteil von 26 % weiblichen Teilnehmerinnen [4]. Auch hier zeigte sich unter Naltrexon eine signifikante Craving-Reduktion, die in der Gruppe, die gleichzeitig Verhaltenstherapie bekam, am ausgeprägtesten war.

Eine kombinierte Analyse beider Studien umfasste 186 Patienten [5]. Hier zeigte sich nach drei Monaten eine kontinuierliche Abstinenzrate von 54 % unter Naltrexon und 31 % unter Placebo. Die Rückfallsraten betrugen 25 % unter Naltrexon und 52 % unter Placebo (Abb. 1).

Eine Behandlungsdauer von mindestens drei Monaten wird empfohlen, wobei die Wirksamkeit für den Zeitraum von bis zu 12 Monaten in klinischen Studien belegt ist [6].

Literatur:

1. Cunningham et al. Conditioned activation induced by ethanol: role in sensitization and conditioned place preference. *Pharmacol Biochem Behav* 1992; 43: 307–13.
2. Robinson et al. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Brain Res Rev* 1993; 18: 247–91.
3. Volpicelli et al. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 876–80.
4. O'Malley et al. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 881–7.
5. O'Malley et al., Naltrexone in the treatment of alcohol dependence: a combined analysis of two trials. *Psychiatric Annals* 1995; 25: 681–8.
6. FI Revia14-05-201

Weitere Information:



Mag. Manfred Rameseder

Chiesi Austria

A-1010 Wien, Gonzagagasse 16/16

Tel. 01/407 39 19-437

E-mail: M. Rameseder@chiesi.com

Aricept® (Donepezil) – Bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz

Das Antidementivum Donepezil ist ein Arzneistoff aus der pharmakotherapeutischen Gruppe der Cholinesterase-Hemmer und ist indiziert zur symptomatischen Behandlung von leichter bis mittelschwerer Demenz vom Alzheimer-Typ. Die Wirkung beruht auf der reversiblen Hemmung des Enzyms Acetylcholinesterase, der im Gehirn überwiegenden Cholinesterase. Donepezil wird sowohl in unveränderter Form im Harn als auch in Form von Metaboliten nach Verstoffwechselung über das Cytochrom P450-System ausgeschieden. Durch die Halbwertszeit von 70 Stunden ist eine einmal tägliche Gabe ausreichend.

Formulierung und Dosierung

Aricept® steht als Film- und Schmelztablette in den Dosierungen 5 und 10 mg zur Verfügung. Die 5 mg (7 und 28 Stück) sowie 10 mg (28 Stück) Aricept® Filmtabletten sind in der Gelben Box (RE2) frei verschreibbar (Rückerstattung Aricept® MMSE 26–10*). Für beide Dosierungen der Filmtabletten sind auch 3-Monatspackungen (84 Stück) in der „No Box“ erhältlich.

*NHS NICE technology appraisal guidance 217



Die Aricept® Evess-Schmelztabletten 5 mg (7 und 28 Stück) und 10 mg (28 Stück) sind ebenfalls in der Gelben Box (RE2) gelistet. Sie sind vor allem bei Patienten mit Schluckbeschwerden eine geeignete Darreichungsform, da sich die Aricept® Evess-Schmelztablette rasch auf der Zunge auflöst und ohne Wasser eingenommen werden kann.

Für Aricept® spricht seine einfache Dosierung, einmal täglich, unabhängig von den Mahlzeiten. Überdies ist mit Aricept® keine Auftritrierung erforderlich und ein signifikantes Therapieansprechen vs. Placebo wurde bereits bei 5 mg gezeigt.

Relevanter Nutzen nachgewiesen

Aus einer von Winblad et al. im Jahr 2006 publizierten Studie ging hervor, dass bei einem frühen Therapiebeginn mit Aricept® die Verschlechterung der Symptome verlangsamt werden konnte, im Vergleich zu einem um ein Jahr verzögerten Therapiebeginn [1].

Bei Aricept® wurde ein relevanter Nutzen in Kernbereichen, die bei einer Alzheimer-Demenz betroffen sind (neuropsychiatrische Funktionen, kognitive Funktionen und Verhaltenssymptome), nachgewiesen [2].

Literatur:

1. Winblad B et al. 3-year study of donepezil therapy in Alzheimer's disease: effects of early and continuous therapy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006; 21: 353–63.
2. Carrasco M et al. Safety and Effectiveness of Donepezil on Behavioral Symptoms in Patients With Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2001; 25: 333–40.

Fachkurzinformation untenstehend

Weitere Information:



Pfizer Corporation Austria
Simone Doppler, BSc
A-1210 Wien,
Floridsdorfer Hauptstraße 1
E-mail: Simone.Doppler@pfizer.com

Fachkurzinformation zu obenstehendem Text

Aricept® 5 mg/10 mg-Filmtabletten / Aricept® Evess 5 mg/10 mg-Schmelztabletten. Zusammensetzung: Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält 5 mg/10 mg Donepezil Hydrochlorid entsprechend 4,56 mg/9,12 mg Donepezil als freie Base. 1 Filmtablette enthält 87,17 mg/174,33 mg Lactose. **Liste der sonstigen Bestandteile:** 5 mg: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Mikrokristalline Cellulose, Hydroxypropylcellulose, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Talkum, Macrogol, Hypromellose, Titandioxid (E171). 10 mg: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Mikrokristalline Cellulose, Hydroxypropylcellulose, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Talkum, Macrogol, Hypromellose, Titandioxid (E171), Eisenoxid gelb (E172). **Schmelztabletten:** 1 Schmelztablette enthält 5 mg/10 mg Donepezil Hydrochlorid entsprechend 4,56 mg/9,12 mg Donepezil als freie Base. **Liste der sonstigen Bestandteile:** 5 mg: Mannitol, Hochdisperses Siliciumdioxid, Carrageen, Polyvinylalkohol. 10 mg: Mannitol, Hochdisperses Siliciumdioxid, Carrageen, Polyvinylalkohol, Eisenoxid (gelb) „E172“. **Anwendungsgebiete:** Aricept Filmtabletten/Aricept Evess Schmelztabletten sind indiziert zur symptomatischen Behandlung von leichter bis mittelschwerer Demenz vom Alzheimer-Typ. **Gegenanzeigen:** Aricept ist kontraindiziert bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Donepezil Hydrochlorid, Piperidinderivate oder einen der anderen Inhaltsstoffe der Filmtabletten/Schmelztabletten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antidementiva; Cholinesterase-Hemmer; ATC-Code: N06DA02. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien. **Stand der Information:** 01/2013. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

Entgeltliche Einschaltung
Mit freundlicher Unterstützung der Firma Pfizer Corporation Austria GesmbH, Wien
PP-ARI-AUT-0011/09.2016

Rivaroxaban (Xarelto®): Neue Daten [1] bestätigen das positive Nutzen-Risiko-Profil von Rivaroxaban im Vergleich zu VKA

Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern (nvVHF) sollen zur Schlaganfallprophylaxe bevorzugt nicht-Vitamin-K-antagonistische orale Antikoagulantien (NOAK) erhalten, sofern keine Kontraindikationen vorliegen [2]. Diese Empfehlung ist in den soeben aktualisierten entsprechenden europäischen Leitlinien [2] mit dem Evidenzgrad 1A versehen. So geht beispielsweise aus einer Metaanalyse [3] hervor, dass NOAK das Risiko für Schlaganfall oder systemische Embolien bei nvVHF-Patienten um 19 % gegenüber Vitamin-K-Antagonisten (VKA) (RR 0,81; 95 % CI: 0,73–0,91; $p < 0,0001$) und das Risiko für intrakranielle Blutungen (ICH) um 48 % versus VKA verringern (RR 0,48; 95 % CI: 0,39–0,59; $p < 0,0001$).

Signifikant weniger intrakranielle Blutungen [4, 5]

Für das NOAK Rivaroxaban (Xarelto®) liegen inzwischen ausreichend Daten vor, die Wirksamkeit und Sicherheit auch unter Praxisbedingungen bestätigen. So wurden beim europäischen Kardiologenkongress ESC 2016 Daten aus dem „National Swedish Patient Register“ zur Inzidenz von schwerwiegenden Blutungen unter Rivaroxaban und Warfarin vorgestellt [4]. Der Auswertung von 5.165 bzw. 4.395 nvVHF-Patienten unter Rivaroxaban bzw. Warfarin zufolge waren die Inzidenzraten für schwere Blutungskomplikationen vergleichbar (3,40 unter Rivaroxaban und 3,32 unter Warfarin, jeweils bezogen auf 100 Patientenjahre; HR 0,88; 95 % CI 0,72–1,09). Allerdings traten unter Rivaroxaban signifikant seltener intrakranielle Blutungen auf (0,62 pro 100 Patientenjahre), verglichen mit dem VKA (0,88 intrakranielle Blutungen pro 100 Patientenjahre; HR 0,62; 95 % CI 0,39–0,98). Alle Patienten waren zuvor noch nie oral antikoaguliert worden.

Die signifikant geringere Rate an intrakraniellen Blutungen unter Rivaroxaban

versus VKA wird auch in der US-Datenbankanalyse REVISIT US dargestellt [5]. Mittels „Propensity Score Anpassung“ wurden unter anderem zwei vergleichbare Gruppen mit je 11.411 neu auf Rivaroxaban oder den VKA Warfarin eingestellten nvVHF-Patienten gebildet. Demnach traten unter Rivaroxaban numerisch weniger ischämische Schlaganfälle (HR = 0,71; 95 % CI 0,47–1,07) und signifikant weniger intrakranielle Blutungen (HR = 0,53; 95 % CI 0,35–0,79), jeweils versus VKA, auf.

Zudem zeigen die Ergebnisse der prospektiven nicht-interventionellen XANTUS-Studie [6], dass 96,1 % der 6.784 nvVHF-Patienten, die Rivaroxaban zur Schlaganfallprophylaxe erhalten hatten, ereignisfrei in Bezug auf Schlaganfall, systemische Embolie, schwerwiegende Blutungen und Todesfälle geblieben waren. Die Ereignisrate von Schlaganfall/systemischer Embolie unter Rivaroxaban betrug 0,8 pro 100 Patientenjahre, die Rate behandlungsassoziierter schwerer Blutungen 2,1 pro 100 Patientenjahre, davon 0,7 kritische Organblutungen pro 100 Patientenjahre. Die schweren Blutungen konnten zumeist konservativ behandelt werden. In der zulassungsrelevanten ROCKET-AF-Studie [7] war die Rate behandlungsassoziierter schwerer Blutungen bei 3,6 pro 100 Patientenjahre [8] gelegen.

Positives Nutzen-Risiko-Profil [1]

Schließlich stellt eine ebenfalls beim ESC 2016 vorgestellte Publikation [1] das positive Nutzen-Risiko-Profil von Rivaroxaban im Vergleich zu VKA dar. Dieses wurde, basierend auf dem ROCKET-AF-Datensatz [7], aus der

Differenz der Risiken für das Auftreten von thromboembolischen Ereignissen und des 1,5-fachen Risikos für intrakranielle Blutungen errechnet. Demnach gab es unter Rivaroxaban um 64,2 Ereignisse pro 10.000 Patientenjahre weniger als unter dosisangepasstem Warfarin (95 % CI -109,5, -19,0) [1, 9].

Literatur:

1. Piccini J et al. Net clinical benefit of rivaroxaban compared with warfarin in patients with atrial fibrillation. Abstract P2566, ESC 2016, Rom.
2. Kirchhof P et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J 2016; doi:10.1093/eurheartj/ehw210 (e-pub ahead of print).
3. Ruff CT et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. Lancet 2014; 383: 955–62.
4. Friberg L. Major bleeding among patients with atrial fibrillation treated with rivaroxaban or warfarin in Sweden. Interim results from an ongoing postauthorization study. Abstract P2067, ESC 2016, Rom.
5. Coleman CI et al. Real-world evidence of stroke prevention in patients with nonvalvular atrial fibrillation in the United States: the REVISIT-US study. Curr Med Res Opin 2016; Sep 20: e-pub ahead of print.
6. Camm AJ et al. XANTUS: a real-world, prospective, observational study of patients treated with rivaroxaban for stroke prevention in atrial fibrillation. Eur Heart J 2016; 37: 1145–53.
7. Patel MR, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med 2011; 365: 883–91.
8. Rivaroxaban war hinsichtlich der Wirksamkeit (primärer Endpunkt Schlaganfall/SE) in den per-Protokoll- und ITT-Auswertungen gegenüber dem VKA Warfarin nicht unterlegen. Es gab eine vergleichbare Rate schwerer und nicht schwerer klinisch relevanter Blutungen (primärer Sicherheitsendpunkt) unter Rivaroxaban versus VKA und eine vergleichbare Rate schwerer Blutungen unter Rivaroxaban versus VKA [7].
9. Häufigere Blutungen [1] unter Rivaroxaban: nicht tödliche, nicht mit Schlaganfällen assoziierte schwere Blutungen (3,15 vs. 2,71 /100 Patientenjahre) sowie Blutungen mit Hb-Abfall > 2 g/dl.

Fachkurzinformation siehe S. 161

Weitere Informationen:



Science For A Better Life

Bayer Austria Gesellschaft m.b.H.
A-1160 Wien, Herbststraße 6–10
Tel. 01-711 46-0
www.bayer.at



Sämtliche praxisrelevanten Informationen zu Xarelto® und den zugelassenen Indikationen für Sie nur wenige Klicks entfernt: www.xarelto.at

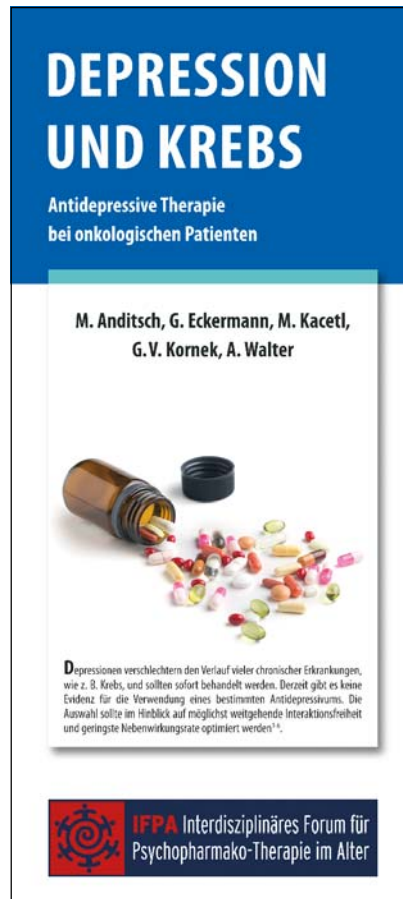
Antidepressive Therapie bei onkologischen Patienten

Depressionen verschlechtern den Verlauf vieler chronischer Erkrankungen, wie z. B. Krebs, und sollten sofort behandelt werden. Derzeit gibt es keine Evidenz für die Verwendung eines bestimmten Antidepressivums. Die Auswahl sollte im Hinblick auf möglichst weitgehende Interaktionsfreiheit und geringste Nebenwirkungsrate optimiert werden.

Depressionen treten bei onkologischen Patienten 2- bis 3mal so häufig auf wie in der Durchschnittsbevölkerung, wobei die Prävalenz zwischen 5 und 50 % liegt, je nach Art des Tumors [1]. Neben psychologischer und psychotherapeutischer Unterstützung ist bei Vorliegen einer Depression eine Behandlung mit einem Antidepressivum zumeist unumgänglich, wobei das Antidepressivum aufgrund seines Wirkprofils die ohnehin vorhandenen Probleme (z. B. Fatigue) nicht verstärken, sondern nach Möglichkeit lindern sollte.

Besonders streng muss aber darauf geachtet werden, dass keine unerwünschte Beeinflussung der onkologischen Therapie, etwa durch Arzneimittelinteraktionen oder eine Verlängerung der QTc-Zeit, eintritt. Dass pharmakokinetische Interaktionen das Leben onkologischer Patienten bedrohen, zeigte eine große kanadische Studie mit rund 25.000 Patientinnen, die mit Tamoxifen behandelt wurden [2]. Paroxetin hat dabei durch eine irreversible Blockade des CYP450 2D6-Enzyms die Umwandlung in den aktiven Metaboliten Endoxifen verhindert und so eine hochsignifikant höhere Todesrate bei diesen Patientinnen verursacht.

Neben dem CYP450-System bildet bei onkologischen Patienten das als



P-gp (Permeability glycoprotein 1) oder MDR-1 (Multidrug-Resistance-Protein-1) bezeichnete zelluläre Entgiftungssystem eine Quelle klinisch relevanter Interaktionen. Die physiologische Aufgabe des P-gp ist es, Fremdstoffe aktiv, d. h. unter ATP-Verbrauch, aus der Zelle zu entfernen. Dieser Entgiftungsvorgang betrifft auch viele Onkologika und kann deren Wirkung maßgeblich beeinflussen. Eine Induktion des P-gp kann die Wirkung vieler Onkologika bis hin zur Wirkungslosigkeit senken, während eine Hemmung die Toxizität der verwendeten Onkologika dramatisch erhöhen kann.

Eine Hilfestellung bei diesen Fragen bietet die zweite und erweiterte Aufla-

ge des IFPA-Booklet „Depression und Krebs – Antidepressive Therapie bei onkologischen Patienten“ der Autoren M. Anditsch, G. Eckermann, M. Kaceti, G. Kornek und A. Walter. Eine Online-Version liegt als Datenbank unter der Adresse depression-krebs.at vor. Zu diesem Thema finden sich unter dieser Adresse auch Vorträge von Univ.-Prof. Dr. Gabriela Kornek und Prim. Dr. Georg Psota.

Bei Unsicherheiten bietet Milnacipran (Ixel®) eine wirksame und risikoarme Therapiemöglichkeit. Da Milnacipran weder in das CYP450- noch in das P-gp-System eingreift, kann eine pharmakokinetische Beeinflussung der onkologischen Therapie praktisch ausgeschlossen werden – und zwar nicht nur der aktuell verordneten. Immerhin werden Monat für Monat neue Onkologika zugelassen und auch die Therapie laufend an die aktuellen Erfordernisse angepasst. Milnacipran gehört daher zu den Antidepressiva, die für den Einsatz bei onkologischen Patienten ausdrücklich empfohlen werden [3].

Webpage:
depression-krebs.at / www.germania.at

Literatur:

1. Carlson et al. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. Br J Cancer 2004; 90: 2297–304.
2. Kelly CM et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study. BMJ. 2010; 340: c693.
3. Miguel C, Albuquerque E. Drug interaction in psycho-oncology: antidepressants and antineoplastics. Pharmacology 2011; 88: 333–9.

Fachkurzinformation untenstehend

Weitere Informationen:

Germania Pharmazeutika GmbH
Dr. Karl Nekrep
A-1150 Wien, Schuselkgasse 8
E-mail: nekrep@germania.at

Fachkurzinformation zu obenstehendem Text und zum Inserat auf Seite 151

Bezeichnung: IXEL 25 mg und 50 mg Kapseln. **Zusammensetzung:** Jede Hartkapsel enthält 25 mg bzw. 50 mg Milnacipran-Hydrochlorid, entsprechend 21,77 mg bzw. 43,55 mg Milnacipran freie Base. **Hilfsstoffe:** Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Carmellose-Calcium, Povidon K 30, wasserfreies hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Talkum; **Kapselhülle 25 mg:** Oberteil und Unterteil (rosa): Titandioxid (E 171), rotes Eisenoxid (E 172), gelbes Eisenoxid (E 172), Gelatine; **Kapselhülle 50 mg:** Oberteil (rosa): Titandioxid (E 171), rotes Eisenoxid (E 172), gelbes Eisenoxid (E 172), Gelatine; **Unterteil (rostfarben):** Titandioxid (E 171), rotes Eisenoxid (E 172), gelbes Eisenoxid (E 172), Gelatine. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von depressiven Episoden („Major Depression“) bei Erwachsenen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; in Verbindung mit irreversiblen MAO-Hemmern; in der Stillperiode; bei unkontrollierter Hypertonie sowie bei schwerer oder instabiler koronarer Herzkrankheit, da diese Grunderkrankungen durch eine Erhöhung des Blutdrucks oder der Herzfrequenz beeinträchtigt werden können. Die Informationen bez. Warnhinweisen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. ATC-Klasse: N06AX17. **Zulassungsinhaber:** Pierre Fabre Medicament, Boulogne, Frankreich; **Vertrieb:** Germania Pharmazeutika GesmbH, 1150 Wien

Den Schlaf regulieren

Melatonin ist ein wichtiger Zeitgeber für den zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmus, es öffnet das „Tor“ zum Schlaf. Die Melatoninausschüttung nimmt mit zunehmendem Alter ab. Durch die besondere Retardformulierung von Circadin® wird die körpereigene Melatoninfreisetzung bestmöglich nachgeahmt [1].

In den Studien zeigte sich Circadin® 2 mg als wirksames Mittel zur Verbesserung der Schlafqualität, der nächtlichen Erholung sowie der Lebensqualität insgesamt. Das Medikament ist indiziert als Monotherapie für die kurzzeitige Behandlung der primären, durch schlechte Schlafqualität gekennzeichneten Insomnie bei Patienten ab 55 Jahren [2, 3].

Circadin® sorgt für die Wiederherstellung des optimalen Schlaf-Wach-Rhythmus, eine Verkürzung der Einschlafzeit, weniger nächtliche Aufwachperioden sowie eine gesteigerte morgendliche Aufmerksamkeit [3]. Denn nur ein erholsamer Schlaf bedeutet, dass der Patient am nächsten Tag wach und leistungsfähig ist.

Circadin® hat keinerlei Abhängigkeits- oder Suchtrisiko. Es beeinträchtigt weder die Gedächtnisleistung, noch kommt es zu einer Erhöhung des Risikos von nächtlichen Stürzen [2, 3].

Aufgrund des besonders positiven Nutzen-Risiko-Profiles wird Circadin® von der Britischen Vereinigung für Psychopharmakologie als Therapie der 1. Wahl bei Patienten mit primärer Insomnie ab 55 Jahren empfohlen [4].

Circadin® 2 mg wird etwa ein bis zwei Stunden vor dem Zubettgehen und nach der letzten Mahlzeit eingenommen. Diese Dosierung kann bis zu 13 Wochen



beibehalten werden. Bei einem Teil der Patienten tritt die Wirkung nach der 1. Einnahme auf, im Unterschied zu anderen Schlafmitteln kann es aber ein bis drei Wochen bis zum vollen Wirkeintritt dauern [2].

Keine Beeinträchtigung der Kognition

Essenziell in der Behandlung von Schlafstörungen bei älteren Patienten ist, dass die kognitiven Fähigkeiten nicht weiter beeinträchtigt werden. In einer Studie wurden die Auswirkungen von verzögert freigesetztem Melatonin 2 mg (PR-M, Circadin®), Zolpidem sowie einer Kombination dieser beiden Substanzen auf die Kognition, die psychomotorischen Funktionen, das Gedächtnis sowie die Fahrtüchtigkeit von gesunden, mittelalten und älteren Probanden geprüft [5].

Dabei zeigte sich, dass die alleinige Einnahme von PR-M keinerlei Auswirkungen auf die einzelnen kognitiven Parameter hat. Unter Zolpidem kam es 1 und 4 Stunden nach der Einnahme zu signifikanten Beeinträchtigungen der psychomotorischen Performance und der Fahrtüchtigkeit sowie der Gedächtnisleistung. Am Morgen nach der Einnahme

wurden keine Beeinträchtigungen der psychomotorischen Funktion und der Fahrtüchtigkeit beobachtet, allerdings war die reduzierte Gedächtnisleistung am nächsten Tag nach Zolpidem-Gabe stärker ausgeprägt.

Die Autoren schließen aus diesen Daten, dass PR-M (Circadin®) anders als Zolpidem keinen negativen Effekt auf die psychomotorische Funktion, das Gedächtnis und die Fahrtüchtigkeit aufweist.

Literatur:

1. EPAR Circadin® Stand 05/2010.
2. Circadin® Fachinformation, Stand 5 / 2014.
3. Wade AG et al. Prolonged release melatonin in the treatment of primary insomnia: evaluation of the age cut-off for short- and long-term response. *Curr Res Opin* 2011; 27: 87–98.
4. British Association for Psychopharmacology. Consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. *J Psychopharmacol* 2010; 24: 1577–600.
5. Otmani S et al. Effects of prolonged-release melatonin, zolpidem, and their combination on psychomotor functions, memory recall, and driving skills in healthy middle aged and elderly volunteers. *Hum Psychopharmacol* 2008; 23: 693–705.

Weitere Information:

Sanova Pharma GmbH
Gerhard Leopold
A-1110 Wien, Haidestraße 4
E-mail: gerhard.leopold@sanova.at

CIR_2016_011

Fachkurzinformation zu obenstehendem Text und zum Inserat auf Seite 124

Circadin 2 mg Retardtabletten. Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: Jede Retardtablette enthält 2 mg Melatonin. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Retardtablette enthält 80 mg Lactose-Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** Circadin ist indiziert als Monotherapie für die kurzzeitige Behandlung der primären, durch schlechte Schlafqualität gekennzeichneten Insomnie bei Patienten ab 55 Jahren. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Hilfsstoffe:** Ammoniummethacrylat-Copolymer Typ B, Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Lactose-Monohydrat, hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum und Magnesiumstearat (Ph. Eur.). **Stand der Information:** 07.05.2014. **Zulassungsinhaber:** RAD Neurim Pharmaceuticals EEC Limited, One Forbury Square, The Forbury, Reading, Berkshire RG1 3EB, Vereinigtes Königreich, neurim@neurim.com. **Vertrieb:** Sanova Pharma GesmbH, 1110 Wien. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. ATC-Code: N05CH01. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

Trigelan®: Seit 1.7.16 in der grünen Box [1]

Mit Trigelan® erweitert Gerot Lannach seine Parkinson-Produktpalette, bestehend aus Calmolan®, Calmolan® retard und Rasigerolan®, um ein weiteres Markenarzneimittel zum Generikapreis [1].

Aller guten Dinge sind Trigelan®!

Trigelan® enthält die Wirkstoffe Levodopa, Carbidopa und Entacapon in einer Filmtablette. Trigelan® ist zur Behandlung von M. Parkinson-Patienten mit „End-of-Dose“-Fluktuationen indiziert (keine ausreichende Stabilisierung durch Levodopa + Dopadecarboxylase-Hemmer) [2]. Diese Wirkstoffkombination wird von nationalen und internationalen Leitlinien als Mittel erster Wahl für M. Parkinson im Spätstadium empfohlen [3, 4].

Ähnliches Aussehen der Tabletten und zusätzliche Wirkstärke

Die Filmtabletten von Trigelan® sind dem Referenzprodukt in Größe, Form



und Farbe sehr ähnlich. Außerdem ist Trigelan® zusätzlich in der Wirkstärke 200 mg/50 mg/200 mg erhältlich (weitere Wirkstärken: 50 mg/12,5 mg/200 mg, 100 mg/25 mg/200 mg, 150 mg/37,5 mg/200 mg, jeweils zu 30 & 100 Stück) [5].

Trigelan® Preisvorteil

Zum Referenzprodukt bietet Trigelan® sogar einen Preisvorteil von bis zu € 49,65/Packung [6].

Referenzen:

1. WVZ 11/2016
2. FI Trigelan®, Stand 01/16
3. Auff et al. ÖPG: Leitlinien zur Behandlung der Parkinson-Krankheit (Teil 1). Neurologisch, Supplementum 3/2012.
4. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Parkinson's disease: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. Royal College of Physicians, London, 2006.
5. Austria Codex Fachinformationen, Stand 10/2016
6. Preisvergleich (KP) Trigelan® 150/37,5/200 mg Filmtabletten (100 Stk.), Grüne Box vs. Stalevo® 150/37,5/200 mg Filmtabletten (100 Stk.), No Box, WVZ 11/2016

Weitere Informationen:

GEROT LANNACH

Mag. (FH) Birgit Diestler

G.L. Pharma GmbH

A-8502 Lannach, Schloßplatz 1

E-mail: birgit.diestler@gl-pharma.at

Fachkurzinformation zu obenstehendem Text und zum Inserat auf der 4. Umschlagseite

Dulasolan 30/60 mg-magensaftresistente Hartkapseln Zusammensetzung: Jede Kapsel enthält 30/60 mg Duloxetine (als Hydrochlorid). **Sonstige Bestandteile:** Dulasolan 30 mg-magensaftresistente Hartkapseln: *Kapselininhalt:* Zucker-Pellets, Maisstärke, Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1) Dispersion 30% (Eudragit L30D55), Hypromellose, Saccharose, hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum, Triethylcitrat, Plasacryl T 20 (Glycerolmonostearat, Triethylcitrat, Polysorbat 80, gereinigtes Wasser); *Kapselhülle:* Titandioxid (E 171), Gelatine, Indigokarmin (E 132), Wasser; *Drucktinte grün:* Schellack, Propylenglycol, Kaliumhydroxid, Eisenoxid schwarz (E 172), Eisenoxid gelb (E 172). Dulasolan 60 mg-magensaftresistente Hartkapseln: *Kapselininhalt:* Zucker-Pellets, Maisstärke, Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1) Dispersion 30% (Eudragit L30D55), Hypromellose, Saccharose, hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum, Triethylcitrat, Plasacryl T 20 (Glycerolmonostearat, Triethylcitrat, Polysorbat 80, gereinigtes Wasser); *Kapselhülle:* Titandioxid (E 171), Gelatine, Indigokarmin (E 132), Eisenoxid gelb (E 172), Wasser; *Drucktinte weiß:* Schellack, Propylenglycol, Povidon, Titandioxid (E 171). **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung von depressiven Erkrankungen (Major Depression). Zur Behandlung von Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie. Zur Behandlung der generalisierten Angststörung. Dulasolan wird angewendet bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; die gleichzeitige Anwendung von Dulasolan mit nicht-selektiven irreversiblen Monoaminoxidase-Hemmern (MAO-Hemmern) ist kontraindiziert; Lebererkrankung, die zu einer Leberfunktionseinschränkung führt; Dulasolan darf nicht in Kombination mit Fluvoxamin, Ciprofloxacin oder Enoxacin (d.h. starken CYP1A2-Inhibitoren) angewendet werden, da die Kombination zu einem erhöhten Plasmaspiegel von Duloxetin führt; schwere Nierenfunktionseinschränkung (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min); der Beginn einer Behandlung mit Dulasolan ist bei Patienten mit unkontrolliertem Bluthochdruck, der die Patienten der möglichen Gefahr einer hypertensiven Krise aussetzen könnte, kontraindiziert. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Andere Antidepressiva; ATC-Code: N06AX21. **Inhaber der Zulassung:** G.L. Pharma GmbH, 8502 Lannach. Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Packungsgrößen:** 14 und 30 Stück. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen!** **update:** 08/2015

Trigelan 50 mg/12,5 mg/200 mg-Filmtabletten Trigelan 100 mg/25 mg/200 mg-Filmtabletten Trigelan 150 mg/37,5 mg/200 mg-Filmtabletten Trigelan 200 mg/50 mg/200 mg-Filmtabletten Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 50/100/150/200 mg Levodopa, 12,5/25/37,5/50 mg wasserfreies Carbidopa (entsprechend 13,5/27/40,48/54 mg Carbidopa-Monohydrat) und 200/200/200/200 mg Entacapon. **Sonstige Bestandteile:** *Tablettenkern:* Croscarmellose-Natrium (E 468), Magnesiumstearat (E 470b), Mikrokristalline Cellulose (E 460), Poloxamer 188, Hydroxypropylcellulose (E 463), Lactose-Monohydrat (112/139/166/194 mg). *Filmüberzug:* 50 mg/12,5 mg/200 mg; 100 mg/25 mg/200 mg; 150 mg/37,5 mg/200 mg: Hypromellose Typ 2910, Titandioxid (E 171), Glycerol (E 422), Eisenoxid rot (E 172), Eisenoxid gelb (E 172), Magnesiumstearat (E 470b), Polysorbat 80 (E 433), Hydroxypropylcellulose (E 463). 200 mg/50 mg/200 mg: Hypromellose Typ 2910, Titandioxid (E 171), Glycerol (E 422), Eisenoxid rot (E 172), Magnesiumstearat (E 470b), Polysorbat 80 (E 433), Hydroxypropylcellulose (E 463). **Anwendungsgebiete:** Trigelan wird bei erwachsenen Patienten mit Morbus Parkinson eingesetzt, bei denen „end-of-dose“-Fluktuationen im Krankheitsbild auftreten, die durch eine Behandlung mit Levodopa und einem Dopadecarboxylase-Hemmer (DDC-Hemmer) nicht ausreichend stabilisiert sind. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile; schwere Leberinsuffizienz; Engwinkelglaukom; Phäochromozytom; Gleichzeitige Anwendung von Trigelan mit nicht-selektiven Monoaminoxidase- (MAO-A- und MAO-B-) Hemmern (z.B. Phenelzin, Tranylcypromin); gleichzeitige Anwendung mit einem selektiven MAO-A- und einem selektiven MAO-B-Hemmer; malignes neuroleptisches Syndrom (MNS) und/oder atraumatische Rhabdomyolyse in der Anamnese. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Antiparkinsonmittel, Dopa und Dopa-Derivate. ATC-Code: N04BA03. **Inhaber der Zulassung:** G.L. Pharma GmbH, 8502 Lannach. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Packungsgrößen:** 30 und 100 Stück. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen!** **update:** 01/2016

Xarelto 10 mg/15 mg/20 mg Filmtabletten (Vor Verschreibung bitte die Fachinformation beachten).

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8.

Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: Wirkstoff: 10 mg/15 mg/20 mg Rivaroxaban. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Natriumdodecylsulfat, Magnesiumstearat; **Filmüberzug:** Macrogol 3350, Hypromellose, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172). **Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung:** Jede 10 mg/15 mg/20 mg Filmtablette enthält 26,51 mg/24,13 mg/ 21,76 mg Lactose (als Monohydrat). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren, ATC-Code: B01AF01 **Anwendungsgebiete:** 10 mg: Zur Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE) bei erwachsenen Patienten nach elektiven Hüft- oder Kniegelenkersatzoperationen. 15 mg/20 mg: Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei erwachsenen Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren, wie kongestiver Herzinsuffizienz, Hypertonie, Alter ab 75 Jahren, Diabetes mellitus, Schlaganfall oder transitorischer ischämischer Attacke in der Anamnese. Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. Besondere Patientengruppen: Patienten, die kardiovertiert werden sollen: Bei Patienten, bei denen eine Kardioversion erforderlich sein kann, kann die Behandlung mit Xarelto 15 mg / 20 mg begonnen oder fortgesetzt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; akute, klinisch relevante Blutungen; Läsionen oder klinische Situationen mit einem signifikanten Risiko einer schweren Blutung; die gleichzeitige Anwendung von anderen Antikoagulanzen, außer in der speziellen Situation der Umstellung der Antikoagulationstherapie (siehe Abschnitt 4.2) oder wenn UFH in Dosen gegeben wird, die notwendig sind, um die Durchgängigkeit eines zentralvenösen oder arteriellen Katheters zu erhalten; Lebererkrankungen, die mit einer Koagulopathie und einem klinisch relevanten Blutungsrisiko, einschließlich zirrhotischer Patienten mit Child Pugh B und C, verbunden sind; Schwangerschaft u. Stillzeit. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Eine klinische Überwachung in Übereinstimmung mit der antikoagulatorischen Praxis wird während der gesamten Behandlungsdauer empfohlen. Die Gabe von Xarelto sollte bei Auftreten einer schweren Blutung unterbrochen werden. Mit zunehmendem Alter kann sich das Blutungsrisiko erhöhen. **Nicht empfohlen:** bei Patienten mit einer schweren Nierenfunktionseinschränkung (Kreatinin-Clearance < 15 ml/min); bei Patienten, die zeitgleich eine systemische Behandlung mit Wirkstoffen, die gleichzeitig stark CYP3A4 und P-gp inhibieren, z.B. Azol-Antimykotika oder HIV-Proteaseinhibitoren, erhalten; bei Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko; bei Patienten, die gleichzeitig starke CYP3A4 Induktoren erhalten, es sei denn der Patient wird engmaschig auf Anzeichen oder Symptome einer Thrombose überwacht; 15 mg / 20 mg zusätzlich: - bei Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko; da keine Daten vorliegen. **Nicht empfohlen aufgrund des Fehlens von Daten:** bei Patienten unter 18 Jahren; bei Patienten, die zeitgleich mit Dronedaron behandelt werden; 15 mg/20 mg: bei Patienten mit künstlichen Herzklappen; bei Patienten mit einer LE, die hämodynamisch instabil sind oder eine Thrombolyse oder pulmonale Embolektomie benötigen. **Mit Vorsicht empfohlen:** bei Patienten mit einer schweren Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance 15 - 29 ml/min) oder mit einer Nierenfunktionsstörung, wenn gleichzeitig andere Arzneimittel eingenommen werden, die zu erhöhten Rivaroxaban Plasmaspiegeln führen; bei Patienten, die gleichzeitig auf die Gerinnung wirkende Arzneimittel erhalten, bei Erkrankungen, die mit einem erhöhten Blutungsrisiko einhergehen; bei der Anwendung von neuraxialer Anästhesie oder Spinal/Epiduralanästhesie; 10 mg zusätzlich: mit Vorsicht anzuwenden – bei Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko. 15 mg/20 mg: es gelten spezielle Dosisempfehlungen für Patienten mit einer mittelschweren oder schweren Nierenfunktionsstörung und im Fall von Patienten mit einer TVT/LE nur dann, deren abgeschätztes Blutungsrisiko das Risiko für eine rezidivierende TVT/LE überwiegt. Bei Patienten mit dem Risiko einer ulzerativen gastrointestinalen Erkrankung kann eine prophylaktische Behandlung erwogen werden. Obwohl die Behandlung mit Rivaroxaban keine Routineüberwachung der Exposition erfordert, können die mit einem kalibrierten quantitativen Anti-Faktor Xa-Test bestimmten Rivaroxaban-Spiegel in Ausnahmesituationen hilfreich sein. Xarelto enthält Lactose. **Nebenwirkungen:** **Häufig:** Anämie, Schwindel, Kopfschmerzen, Augeneinblutungen, Hypotonie, Hämatome, Epistaxis, Hämoptyse, Zahnfleischbluten, gastrointestinale Blutung, gastrointestinale und abdominale Schmerzen, Dyspepsie, Übelkeit, Verstopfung, Durchfall, Erbrechen, Pruritus, Hautrötung, Ekchymose, kutane und subkutane Blutung, Schmerzen in den Extremitäten, Blutung im Urogenitaltrakt (einschließlich Hämaturie und Menorrhagie), Einschränkung der Nierenfunktion, Fieber, periphere Ödeme, verminderte Leistungsfähigkeit, Transaminasenanstieg, Blutung nach einem Eingriff (einschl. postoperativer Anämie und Wundblutung), Bluterguss, Wundsekretion. **Gelegentlich:** Thrombozythämie, allergische Reaktion, allergische Dermatitis, zerebrale und intrakranielle Blutungen, Synkope, Tachykardie, trockener Mund, Leberfunktionsstörung, Urtikaria, Hämarthros, sich unwohl fühlen, kutane und subkutane Blutung, Anstieg von Bilirubin, alkalischer Phosphatase, LDH, Lipase, Amylase und der GGT. **Selten:** Gelbsucht, Blutung in einen Muskel, lokale Ödeme, Anstieg von konjugiertem Bilirubin, vaskuläres Pseudoaneurysma. **Nicht bekannt:** Kompartmentsyndrom oder (akutes) Nierenversagen als Folge einer Blutung, **Erfahrungen seit der Marktzulassung (Häufigkeit nicht abschätzbar):** Angioödem und allergisches Ödem, Cholestase und Hepatitis (einschließlich hepatozelluläre Schädigung), Thrombozytopenie. **Inhaber der Zulassung:** Bayer Pharma AG, D-13342 Berlin, Deutschland. **Verschreibungs-/ Apothekenpflicht:** Rezeptpflichtig (NR), apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sind den veröffentlichten Fachinformationen zu entnehmen. Stand der Information:** 10 mg: Mai 2015 15, 20 mg: Juli 2015 Falls Sie weitere Informationen über das Arzneimittel wünschen, setzen Sie sich bitte mit dem örtlichen Vertreter des pharmazeutischen Unternehmers in Verbindung: Österreich, Bayer Austria Ges.m.b.H., Tel: +43-(0)1-711 460

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)