



**Was ist neu in der medikamentösen Therapie? Wir halten Sie auf dem Laufenden mit Berichten von Kongressen und Symposien der pharmazeutischen Industrie.**

© Archiv

## Nach dem G-BA-Beschluss besteht Umstellungsbedarf Alternativen zur Glitazontherapie

Am 3. November hat das Bundesgesundheitsministerium dem Beschluss des G-BA zur Verordnungsfähigkeit der Glitazone zugestimmt. Rosiglitazon darf nicht mehr verordnet werden – es wurde allerdings schon im September vom Markt genommen. Pioglitazon kann nach G-BA-Ansicht nur noch in medizinisch begründeten Einzelfällen und mit Begründung verordnet werden, so Dr. Hans-Martin Reuter, Jena. Die Regelung für Pioglitazon kann aber frühestens am 1.4.2011 in Kraft treten.

Hintergrund sind u. a. Daten, die für Rosiglitazon ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko zeigten. Eine Studie ergab mit Rosiglitazon ein höheres Risiko für Schlaganfall, Herzinsuffizienz und Tod als für Pioglitazon. Der G-BA erklärte, es gebe für alle Therapiesituationen Alternativen, für

die ein ähnliches Schadenspotenzial nicht bekannt sei. So sei etwa für Gliptine in Studien bis zu zwei Jahren kein relevantes Schädigungspotenzial ermittelt worden.

### Optionen für die Monotherapie ...

Patienten mit Glitazontherapie können individuell, je nach Vortherapie, umgestellt werden, so Reuter. Als Monotherapie stehen statt des Glitazons Metformin, Sulfonylharnstoff (SH), Acarbose, Sitagliptin oder Insulin zur Verfügung – oder Pioglitazon als Reserve, vielleicht bei Unverträglichkeit von Acarbose. Bei SHen und Insulin ist die Gefahr von Hyperglykämie und Gewichtszunahme zu beachten. Metformin und Acarbose haben oft gastrointestinale Nebeneffekte. Von den Gliptinen hat Sitagliptin (z. B. Xeluvia®) das breiteste Zulassungsspektrum und ist auch zur Monotherapie – sofern eine Unverträglichkeit/Kontraindikation gegen Metformin vorliegt – zugelassen.

### ... und für die Kombinationstherapie

In Kombinationstherapien, z. B. mit Metformin, kommen als Glitazonersatz ein Gliptin, ein Inkretinmimetikum, SH, Acarbose (bis zu einer GFR von ca. 25 ml/min), Insulin oder Insulin plus Sitagliptin in Betracht. Gliptine und GLP-1-Mimetika haben kein erhöhtes Hypoglykämierisiko, wenn sie nicht mit insulinotropen Präparaten kombiniert werden. Sitagliptin gibt es als Fixkombination mit Metformin (z. B. Velmetia®). Es ist auch das einzige Gliptin mit Zulassung zur Kombination mit Insulin.

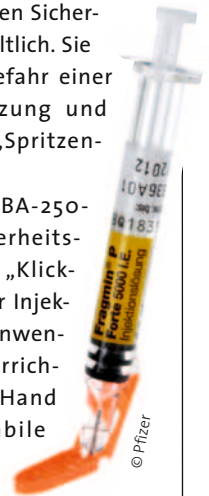
■ Helga Brettschneider  
Quelle: Symposium, DDG-DAG-Tagung, Berlin, 5. November 2010 (Veranstalter: Berlin Chemie)

## Thromboseprophylaxe mit NMH

### Klick-System schützt vor Nadelstichverletzung

Das niedermolekulare Heparin Dalteparin-Natrium (Fragmin® P/Forte) ist in neuen Sicherheitsspritzen erhältlich. Sie verringern die Gefahr einer Nadelstichverletzung und reduzieren den „Spritzenmüll“.

Neu an den TRBA-250-konformen Sicherheitsspritzen ist das „Klick-System“: Nach der Injektion drückt der Anwender die Schutzvorrichtung mit einer Hand gegen eine stabile Oberfläche und biegt die Nadel dadurch so weit um, bis sie in die Schutzvorrichtung einrastet (Abb.). Das Einrasten ist durch ein Klickgeräusch hörbar. Im Vergleich zu passiven Sicherheitssystemen haben die neuen Spritzen auch den Vorteil eines geringeren Volumens, sodass Lagerung und Entsorgung weniger Platz beanspruchen. An der Injektionstechnik hat sich nichts geändert. Dalteparin-Natrium ist außer zur chirurgischen Thromboseprophylaxe auch zur Thromboseprophylaxe bei internistischen, nicht chirurgischen Patienten mit mittlerem und hohem Risiko zugelassen.



© Pfizer

**Verletzungsgefahr gebannt.**

■ Pressemitteilung Pfizer

### Wie würden Sie umstellen?

#### Rosiglitazonpatient mit Adipositas

Ein 54 Jahre alter Patient, BMI 36, behandelte Hypertonie und Hypercholesterinämie, herzkrank, Raucher, Niere und Leber in Ordnung, Typ-2-Diabetes seit acht Jahren. Mit täglich 8 mg Rosiglitazon und 1700 mg Metformin betrug der HbA<sub>1c</sub>-Wert 7,4%. Insulin lehnte er ab; es wäre wegen des Gewichts auch zweite Wahl gewesen. Die Metformindosis wurde auf zweimal 1 g angehoben und der Patient nochmals geschult. Als Zusatz kamen wegen der Gewichts- und Complianceprobleme Gliptine und GLP-1-Analoga in Betracht. Da der Patient nicht injizieren wollte, entschied sich der Diabetologe für ein Gliptin.