

## Kurz notiert

**Lieferengpass bei Apidra®-Patronen**

Beim kurz wirksamen Insulinanalogon Apidra® (Insulinglulisin) gibt es einen Lieferengpass. Betroffen sind die Apidra®-Patronen und die vorgefüllten Einweg-Pens (SoloStar® und OptiSet®). Ursache sind technische Störungen in der Produktionsanlage. Das Herstellerunternehmen geht davon aus, zu Beginn 2012 wieder lieferfähig zu sein. Ist eine Umstellung nötig, gibt es drei Optionen: Umstellung auf ein anderes schnell wirksames Analogon wie Humalog® (Insulinlispro) oder NovoRapid® (Insulinaspart). Der behandelnde Arzt sollte die Umstellung überwachen und für eine engmaschige Blutzuckerkontrolle sorgen. Kommt dies nicht in Frage, kann auch auf kurz wirksames Humaninsulin umgestellt werden, z.B. Insuman® Rapid, Huminsulin® Normal oder Actrapid®. Da sie langsamer anfluten und länger wirken als Apidra®, sind die Überwachung durch einen Arzt und häufigere BZ-Messung nötig; auch muss die Dosis nach Bedarf angepasst werden. Sind eine Durchstechflasche und Einmalspritzen eine Alternative, kann auf Apidra® in dieser Darreichung umgestellt werden. Eine Dosisanpassung ist hier nicht nötig. Infomaterial für Ärzte und Patienten zur Umstellung gibt es vom Hersteller. *red*

www.diabetologieportal.de/...620 und unter Tel.: 0180 / 22 22 010  
Quelle: Sanofi

**Strukturierte Geriatrie Schulung (SGS) für DMP Typ-2-Diabetes geeignet**

Die SGS ist geeignet, im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2 eingesetzt zu werden, so das Ergebnis der Prüfung durch das Bundesversicherungsamt. Hiermit sind in der überarbeiteten Version alle Voraussetzungen dafür gegeben, dass die SGS in die Abrechnungsverhandlungen zwischen den Kostenträgern, der KBV, den Landes-KVen und Ärzteorganisationen, aufgenommen werden kann. Die SGS wurde 2007 von der AG Diabetes und Geriatrie der DDG (Leitung Dr. Andrej Zeyfang) mit Unterstützung des Unternehmens Berlin Chemie AG entwickelt und evaluiert. Eine besondere Auszeichnung erhielt die SGS im März 2011: Das Programm wurde von der DDG offiziell anerkannt. Die Akkreditierung durch das Bundesversicherungsamt ist jetzt ein weiterer Beleg für die hohe Qualität der SGS. Das SGS-Programm ist an die alters- und krankheitsbedingten Veränderungen angepasst. So hilft es den älteren Patienten, die Therapie selbstständig durchzuführen und ihre Lebensqualität zu erhalten. *red*

Weitere Informationen: www.berlin-chemie.de, www.sgs-diabetes.de  
Quelle: Berlin Chemie

**Teststreifenverordnungs-Stopp: Es gibt Ausnahmen**

Nach einem G-BA-Beschluss werden seit 1.10.2011 Blutzuckerteststreifen für Typ-2-Diabetiker ohne Insulintherapie nicht mehr erstattet. Ausgenommen davon sind z.B. Patienten mit instabiler Stoffwechsellaage. Welche Verordnungsgründe gibt es?

- Ersteinstellung auf orale Antidiabetika oder Therapieumstellung von oralen Antidiabetika
- stark schwankende Blutzuckerwerte / hohes Hypoglykämierisiko
- interkurrente Erkrankungen: grippaler Infekt/Fieber, Magen-Darm-Erkrankung, Operation, traumatischer Unfall
- spezielle Berufsgruppen (z.B. Busfahrer/Schichtarbeiter)
- außergewöhnliche Situation (z.B. Stress)

Technologisch hoch entwickelte BZ-Messgeräte wie Contour®, Contour®USB und Breeze®2 erfüllen zudem strenge Anforderungen an die Messgenauigkeit und bieten mehr Sicherheit. *red*

Quelle: Bayer Vital

**Feuchte Makuladegeneration****Sicherheit der Off-Label-Therapie weiterhin ungewiss**

■ Ranibizumab (Lucentis®) ist seit 2007 zur Behandlung von Patienten mit feuchter altersbezogener Makuladegeneration (AMD) und seit Januar 2011 auch bei Visusminderung infolge eines diabetischen Makulaödems zugelassen. In beiden Indikationen sind Wirksamkeit und Sicherheit durch kontrollierte Studien belegt – was für die Off-Label-Therapie mit Bevacizumab nicht zutrifft. Die direkte Vergleichsstudie CATT (Comparison of AMD Treatment Trials) mit etwa 1200 Patienten zeigte, dass die einjährige Therapie mit Ranibizumab oder Bevacizumab bei feuchter AMD zu ähnlich guten Visusverbesserungen führt. Bedenken hinsichtlich der Sicherheit von Bevacizumab konnte die Studie aber nicht ausräumen, nachdem schwere Ereignisse hierunter mit 24,1% der Patienten signifikant häufiger auftraten als mit Ranibizumab mit 19% (p= 0,04). Auch ging die zentrale Netzhautdicke mit Ranibizumab stärker zurück, sagte Dr. Alan Cruess aus Halifax in Kanada.

**Retrospektive Auswerten der Daten von fast 80 000 Patienten**

In der Mehrzahl traten in der CATT-Studie Ereignisse auf, die bei mit Bevacizumab behandelten Tumortpatienten nicht gehäuft zu beobachten sind. Die retrospektive Auswertung der Daten von fast 80 000 US-amerikanischen AMD-Patienten weist für Ranibizumab aber ebenfalls auf ein besseres Sicherheitsprofil hin, berichtete Prof. Paul Mitchell, Sydney, Australien. Die Gesamtmortalität war mit Bevacizumab um 11%, das Risiko für einen hämorrhagischen Schlaganfall um 57% und das Risiko für eine okuläre Entzündung um 80% erhöht.

Die Daten erlauben allerdings keine Rückschlüsse darauf, inwieweit Faktoren wie Rauchen oder Bluthochdruck dieses Ergebnis beeinflusst haben könnten.

Die retrospektive Auswertung der Daten von 316 Patienten einer portugiesischen Klinik ergab für Bevacizumab mit 12,4% eine etwa zehnfach höhere Rate atherothrombotischer Ereignisse als mit Ranibizumab (1,4%).

Aus Sicht von Prof. Paolo Lanzetta, Udine, Italien, ist Ranibizumab auch aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaften „nach wie vor das Mittel der ersten Wahl bei feuchter AMD“.

*Dr. Matthias Herrmann*

Quelle: Pressekonferenz zum ARVO Media Webcast in Fort Lauderdale, USA am 4.5.2011 in Frankfurt am Main, Veranstalter: Novartis