

med QN news

Neuigkeiten aus den Fachgebieten

Ärztebrief 13

➤ Klassische europäische Naturheilverfahren bei Durchfallerkrankungen



Akuter Durchfall wird durch Infektionen mit Bakterien, Viren, Protozoen, Parasiten, durch Lebensmittel über Toxine oder Allergien und durch Medikamente induziert.

Naturheilverfahren können bei der unkomplizierten akuten und chronischen Diarrhö angewendet werden.

Hydro-/Thermotherapeutisch sind bei Krämpfen feuchte warme Wickel und Auflagen hilfreich.

Ernährungstherapeutisch ist bei oraler Flüssigkeitszufuhr vor allem darauf zu achten ungesüßte Tees, Wasser ohne Kohlensäure, schwarzen und grünen Tee (mit 5-20% Gerbstoffen) und keine reinen Obstsaft zu sich zu nehmen. Des Weiteren sollte die Gabe von Substitutionslösungen nach der WHO erfolgen. Der Nahrungsaufbau fängt mit alleiniger Gabe von Tee an, daraufhin gibt es geriebene Äpfel, Bananen, Zwieback, Schleimsuppen (Reis- oder Haferschleim). Anschließend folgen die Gabe von Gemüse mit Karotten,

sowie Kartoffeln und fettarme Mahlzeiten. Der Nahrungsaufbau ist auch durch Entlastungskost, z. B. Kartoffel-Reis möglich. Der weitere Kostaufbau reicht bis hin zu einer leichten vollwertigen Grunddiät. Ergänzend kann eine symptomatische Therapie mit Mikrobiologika, wie z.B. Trockenhefe (*Saccharomyces boulardii*) erfolgen.

Eine Auswahl der **Phytopharmaka** erfolgt nach Therapieziel und Begleitsymptomatik. Es können Adstringentien (Gerbstoffdrogen) wie Tormentillwurzelstock, Teeblätter, Brombeerblätter, Eichenrinde, Frauenmantelkraut, Gänsefingerkraut verabreicht werden. Außerdem können auch z. B. Gänsefingerkraut-Presssaft florabio, Heidelbeerfrüchte, Odermennigkraut und Syzygiumrinde eingenommen werden. Als Quellstoffe dienen indische Flohsamen oder -schalen, apfel- oder karottenpektinhaltige Präparate. Zu den Adsorbentien zählen Kaffeekohle (mittlere Tagesdosis 9 g) und Heilerdepräparate. Daneben gelten auch die Entero-Teknosal® Kautabletten (Hochdisperses Siliciumdioxid 1.200 g) als

traditionell angewendetes Arzneimittel zur Unterstützung der Darmfunktion bei Durchfall. Eine antiphlogistische Wirkung haben die Eichenrinde und der Tormentillwurzelstock. Peristaltik hemmend und sekretionshemmend wirken uzarawurzelhaltige Präparate. Weiterhin können ein Kombinationspräparat aus Myrrhe, Kaffeekohle und Kamille oder eine Teemischung verordnet werden:

➤ Impressum:

Herausgeber:

Med-QN Netzbüro,
Tel.: (0234) 547 54 53,
www.medqn.de

Redaktion: Prof. Georg Juckel,
Frau Prof. Ursula Henke,
Dr. Michael Tenholt

Gestaltung: Brigitte Mayer,
www.b-m-grafikdesign.de

Fotos: Fotolia.com: © absolutimages (1), © Rido (2), © juniart(4), © psdesign1 (6), © Romolo Tavani (7), © kentoh (9)

➤ Naturheilverfahren bei Durchfallerkrankungen 1

➤ Primäre Osteoporose Leitliniengerechte Diagnostik und Therapie .. 4

➤ Nicht-organische Schlafstörungen: Patienten haben eine neue Anlaufstelle..... 5

➤ Zielvereinbarungsquoten in der Arzneimittelvereinbarung 6

➤ Strategien zur Therapien der schweren Insulinresistenz beim Typ 2 Diabetes 10

Rezeptbeispiel

Tormentillae rhizoma conc. (Tormentillwurzelstock)	50,0 g
Angelicae radix conc. (Angelikawurzel)	20,0 g
Menthae piperitae folium conc. (Pfefferminzblätter)	30,0 g
M. f. spec. antidiarrhoeicae	

D. S.: 1 TL Teemischung mit 1 Tasse (150 ml) kochendem Wasser übergießen, ca. 10 Min. bedeckt ziehen lassen, dann abseihen, 2–3 Tassen täglich trinken.

Ordnungstherapeutisch sollen sich die Patienten körperlich schonen und ihre Belastung nach dem Allgemeinbefinden richten. Zudem soll auf allgemeine Maßnahmen wie genügende Zufuhr von Flüssigkeit (≥ 2 L/Tag) und Elektrolyten und Überwachen des Kreislaufs geachtet werden. Darüber hinaus sollte die Nierenfunktion und das Allgemeinbefinden beobachtet werden – vor allem bei Säuglingen, Kleinkindern und älteren Patienten, um eine Exsikkose zu vermeiden.

Prof. Dr. med. André-Michael Beer

*Direktor der Klinik für Naturheilkunde,
Klinik Blankenstein, Hattingen,
Lehrbereich Naturheilkunde,
Ruhr-Universität Bochum*

Im Vogelsang 5-11

45527 Hattingen

Telefon 02324/396487

Telefax 02324/396497

a.beer@klinikum-bochum.de

www.naturheilkunde.klinikum-bochum.de

Primäre Osteoporose

Leitliniengerechte Diagnostik und Therapie

herausgegeben von: DVO (Dachverband Osteologie)



Die Osteoporose ist die häufigste generalisierte Skeletterkrankung. Dennoch besteht in Deutschland eine erhebliche Unterversorgung.

Die Basisdiagnostik besteht aus:

-  **Anamnese**
-  **Klinischem Befund**

Häufig entstehen asymptomatische Knochenfrakturen, die sich radiologisch zeigen mit typischen Wirbelkörperdeformierungen. Im Verlauf entstehen akute und chronische Rückenschmerzen.

Zur Basisdiagnostik gehört die Beurteilung der Frakturrisikobeurteilung und die Prüfung der Indikation für eine medikamentöse Therapie das Standardverfahren von

DXA (Durchführung einer Knochendichtemessung). Röntgendiagnostik sollte erfolgen bei klinischen Hinweisen zur Erfassung von weiteren Wirbelkörperfrakturen.

Laborchemisch sollte zur Erfassung von Risikofrakturen und zur differentialdiagnostischen Überprüfung der sekundären Osteoporose das

-  Serumkalzium, Serumphosphat, fakultativ Serumnatrium;
-  Kreatinin-Clearance;
-  Alkalische Phosphatase, GGT;
-  Blutbild, CRP, Serumeiweißelektrophorese, TSH;
-  25-Hydroxyvitamin D3, Testosteron bei Männern und in Einzelfallentcheidungen Knochenumbau-Marker überprüft werden.

Generelle Indikationen für eine medikamentöse Osteoporose-Therapie:

-  Niedrigtraumatische singuläre Wirbelkörperfrakturen;
-  Schenkelhalsfraktur oder Gesamt-Femurfraktur;
-  Niedrigtraumatische proximale Femurfraktur;
-  Bestehende oder geplante Therapie mit Glukokortikoiden

Verlaufskontrollen durch (im Einzelfall):

-  Klinische Kontrollen;
-  DXA-Verlaufsmessungen;
-  Bei Auffälligkeiten im Basislabor:
 -  Überprüfung von Verträglichkeit
 -  Überprüfung von Kontraindikation
-  Bei Therapieversagen und bei Therapiewechseln.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte der DVO-Leitlinie 2014 Pocketversion unter dem Link:

<http://www.dv-osteologie.org/uploads/Leitlinie%202014/DVO-Leitlinie%20Osteoporose%202014%20Kitteltaschen-version%2015.12.2014.pdf>

Eine erneute Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Osteoporose ist in Arbeit und wird Ihnen zeitgerecht zur Verfügung gestellt.

Zur Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmer-Patienten[‡]

„ELIQUIS®.
WEIL MIR 1-FACH
ZU WENIG IST.“^{1*}

ÜBERLEGEN:
**BESSERE
WIRKSAMKEIT**
vs. Warfarin^{1*}

ÜBERLEGEN:
**WENIGER
BLUTUNGEN**
vs. Warfarin^{1*}

**ELIQUIS®
VERBINDET BEIDES**

* ELIQUIS® bietet gleichzeitig eine signifikant überlegene Reduktion von Schlaganfällen/systemischen Embolien und weniger schwere Blutungen vs. Warfarin.^{1†}

**Eliquis®
Apixaban**

* Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren.

† Schwere Blutung war ein wichtiger sekundärer Endpunkt in der ARISTOTLE-Studie und wurde entsprechend einer vorab festgelegten hierarchischen Test-Strategie getestet, um den Typ-I-Fehler in der Studie möglichst niedrig zu halten.

Literaturangaben: 1. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981–992.

Eliquis 2,5 mg Filmtabletten. **Eliquis 5 mg** Filmtabletten. **Wirkstoff:** Apixaban. **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 2,5 mg bzw. 5 mg Apixaban. Sonst. Bestandteile: Lactose, Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Natriumdodecylsulfat, Magnesiumstearat, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Titandioxid, Triacetin, Eliquis 2,5 mg zusätzlich: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O; Eliquis 5 mg zusätzlich: Eisen(III)-oxid. **Anwendungsgebiete:** Prophylaxe v. Schlaganfällen u. systemischen Embolien bei erw. Pat. mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern u. einem o. mehreren Risikofaktoren, wie Schlaganfall o. TIA in der Anamnese, Alter ≥75 Jahren, Hypertonie, Diabetes mellitus, symptomatische Herzinsuffizienz (NYHA Klasse ≥II), Behandlung v. tiefen Venenthrombosen (TVT) u. Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe v. rezidivierenden TVT und LE bei Erw. Eliquis 2,5 mg zusätzlich: Prophylaxe venöser Thromboembolien bei erw. Pat. nach elektiven Hüft- o. Kniegelenkersatzoperationen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff o.e.d. sonst. Bestandteile; akute klinisch relevante Blutung; Lebererkrankungen, die mit einer Koagulopathie u. einem klinisch relevanten Blutungsrisiko verbunden sind. Läsionen o. klinische Situationen, falls sie als signifikanter Risikofaktor für eine schwere Blutung angesehen werden (z.B. akute o. kürzl. aufgetretene gastrointestinale Ulzerationen, maligne Neoplasien m. hohem Blutungsrisiko, kürzl. aufgetretene Hirn- o. Rückenmarksverletzungen, kürzl. erfolgte chirurgische Eingriffe an Gehirn, Rückenmark o. Augen, kürzl. aufgetretene intrakranielle Blutungen, bekannte o. vermutete Ösophagusvarizen, arteriovenöse Fehlbildungen, vaskuläre Aneurysmen o. größere intraspinale o. intrazerebrale vaskuläre Anomalien. Gleichzeitige Anwendung anderer Antikoagulanzen z.B. unfraktionierte Heparine, niedermol. Heparine, Heparinderivate, orale Antikoagulanzen außer bei Umstellung der Antikoagulation von o. auf Apixaban o. unfraktioniertes Heparin in Dosen, um die Durchgängigkeit e. zentralvenösen o. arteriellen Katheters zu erhalten. **Nebenwirkungen:** *Häufig:* Anämie; Blutungen am Auge (einschließlich Bindehautblutung); Blutungen, Hämatome; Epistaxis; Übelkeit; Gastrointestinale Blutung; Rektalblutung, Zahnfleischblutung; Hämaturie; Kontusion. *Gelegentlich:* Thrombozytopenie; Überempfindlichkeitsreaktionen, allergisches Ödem, anaphylaktische Reaktion; Pruritus; Gehirnblutung; Hypotonie (einschließlich Blutdruckabfall während des Eingriffs); Intraabdominalblutung; Hämoptysie; Hämorrhoidalblutung, Blutung im Mundraum, Hämatochezie; Erhöhung der Transaminasen, erhöhte Aspartat-Aminotransferase, erhöhte γ-Glutamyltransferase, abnormale Leberfunktionstests, erhöhte Blutwerte für alkalische Phosphatase, erhöhte Blutwerte für Bilirubin; Hautausschlag; Abnormale vaginale Blutung, urogenitale Blutung; Blutung an der Applikationsstelle; Okkultes Blut positiv; Postoperative Blutung (einschließlich postoperatives Hämatom, Wundblutung, Hämatom an Gefäßpunktionsstelle und Blutung an der Kathetereinstichstelle), Wundsekretion, Blutungen an der Inzisionsstelle (einschließlich Hämatom an der Inzisionsstelle), intraoperative Blutung; Traumatische Blutung, Blutung nach einem Eingriff, Blutung an einer Inzisionsstelle. *Selten:* Blutung der Atemwege; Retroperitoneale Blutung; Muskelblutung; **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Bristol-Myers Squibb/Pfizer EELG, Bristol-Myers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge, Middlesex UB8 1DH Vereinigtes Königreich. **Stand:** Q1/2016



Bristol-Myers Squibb



✂ Nicht-organische Schlafstörungen: Patienten haben eine neue Anlaufstelle



Schlafstörungen sind in unserer Gesellschaft ein weit verbreitetes Problem. Jeder kennt vorübergehende Schlafstörungen. Für einige werden Schlafstörungen jedoch zum dauerhaften Problem.

Zahlreiche Menschen nehmen schlechten Schlaf einfach hin. Werden Schlafstörungen zu einem medizinischen Problem, welches die Lebensqualität stark einschränkt, wenden Betroffene sich zumeist an ihren Hausarzt.

Die häufigsten Klagen beziehen sich auf Müdigkeit oder Ein- und Durchschlafstörungen.

Die Gründe für Schlafstörungen können vielfältig sein. Es gilt, individuell nach der Ursache der Problematik und nach einer entsprechenden Therapie zu schauen.

Niedergelassene Schlafmediziner fokussieren oftmals auf organisch bedingte Schlafstörungen. Ihnen fehlen in der Regel die Kapazitäten, sich mit nicht-organischen Schlafstörungen intensiv zu befassen.

An einigen universitären Zentren in Deutschland, wie auch nun am LWL-Universitätsklinikum Bochum, wird versucht, diese Versorgungslücke zu schließen.

Die Symptome hören sich zuweilen so an:

Es sucht der blinde Patient, dem Licht als äußerer Taktgeber fehlt, nach Hilfe bei seinen Schlafstörungen und bestehender Müdigkeit.

Ein anderer Patient ist müde, obwohl er in der Nacht schläft, sein Schlaf sei nicht erholsam, er könne den ganzen Tag über schlafen.

Wieder ein anderer findet gar nicht in den Schlaf und beklagt durchwachte Nächte.

Beim nächsten Patienten wurde bereits eine Schlafapnoe diagnostiziert, sie wird therapiert, doch die Beschwerden bessern sich nicht.

Ein anderer Patient hat Angst einzuschlafen, weil er unter Alpträumen leidet.

Patienten mit diesen oder ähnlichen Beschwerden zu Schlafstörungen, Müdigkeit oder Schläfrigkeit können sich in der Schlafsprechstunde der LWL-Universitätsklinik vorstellen. Eine Überweisung vom Hausarzt genügt.

Im ersten Termin in der Ambulanz erfolgt eine ausführliche Anamneseerhebung. Je nach Krankheitsbild wird die Anamnese durch verschiedene Fragebögen

ergänzt. Häufig wird der Patient dazu ermuntert, ein Schlaftagebuch zu führen. *Siehe dazu Tabelle 1 und 2 auf den folgenden Seiten.* Zur Objektivierung des Schlaf-Wach-Rhythmus kann zudem eine Aktigraphie zum Einsatz kommen.

Mit dem Patienten wird im weiteren Verlauf meist eine Krankheitshypothese besprochen. Weiterhin wird die Ursache der Beschwerden ausführlich erörtert.

Zu den therapeutischen Maßnahmen zählen die Vermittlung von Regeln der Schlafhygiene, Informationen über den natürlichen Schlaf sowie zum natürlichen Schlaf-Wach-Rhythmus im jeweiligen Lebensalter. In vielen Fällen sind diese einfachen Interventionen schon zielführend. Der Patient kann sich und seine spezifischen Bedürfnisse besser einordnen, ist entlastet und der Teufelskreis einer nicht-organischen Schlafstörung somit oft durchbrochen.

Neben der Vermittlung von Schlafhygiene werden auch verschiedene andere psychotherapeutische Interventionen angewandt.

Achtsamkeitsübungen können die Anspannung lindern. Psychotherapeutische Kurzinterventionen zeigen oft rasche Erfolge. So ist zum Beispiel die Behandlung von Alpträumen schnell und effektiv.

Bei Einschlafstörungen werden unter anderem Imaginationsübungen eingeübt. Hier begibt sich der Patient bewusst in eine für ihn angenehme und entspannte Situation, die Gedanken werden aktiv in diese angenehme Umgebung umgelenkt, so dass das vom Patienten zuvor beklagte Gedankenkreisen unterbrochen wird.

Die Patienten berichten häufig entlastet zu sein, besser einschlafen zu können und den Schlaf als erholsamer wahrzunehmen.

Ein weiteres großes Feld stellen Schlafstörungen bei Patienten dar, die in Schichtarbeit beschäftigt sind. Auch im Hinblick auf eine Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus findet eine entsprechende Beratung zur Symptomlinderung statt.

ist, sich in aller Regel eine Richtgrößenprüfung erübrigt. Voraussetzung hierfür ist, dass der Vertragsarzt in den für seine Fachgruppe definierten Zielen (s. Anlage 2 AMV), mindestens die notwendige Anzahl an Zielen erreicht. Diese Ziele gelten jedoch nur dann, wenn er die entsprechenden Arzneimittel in relevanter Häufigkeit verordnet hat. Ein Ziel ist erreicht, wenn der individuelle Verordnungsanteil außerhalb des roten Bereichs liegt.

Die Anzahl der zu erreichenden Ziele hängt dabei von der fachgruppenspezifischen Anzahl vergebener Ziele ab (s. nachfolgende Tabelle und Anlage 2 AMV 2017):

Anzahl Ziele ¹	Notwendige Anzahl der zu erreichenden Ziele die eine Prüflastung bewirkt
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

¹ Ziele in denen der Vertragsarzt in relevanter Häufigkeit verordnet hat. Von einer relevanten Häufigkeit wird ausgegangen, wenn die in Anlage 2 ausgewiesene Anzahl an Arzneimittelpatienten (AMP) behandelt wird.

Interessant für die große Gruppe der Hausärzte ist hier der Wegfall der VKA-Quote und der Quote der oralen Antidiabetika, die im letzten Jahr noch bestanden. Diese sind in diesem Jahr in den qualitativen Zielen zu finden und somit für die Erreichung der notwendigen Quoten nicht mehr relevant (s. Anlage 1 AMV 2017 - quantitative und qualitative Ziele).

Maßnahmen zur Unterstützung der Zielerreichung

Zur Unterstützung der Zielerreichung verschickt die KVWL wie bereits im letzten Jahr quartalsweise die Arzneimittel-Trendmeldung im neuen Design. Diese enthält Strukturinformationen zu den Arzneimittelverordnungen einer Praxis sowie eine Prognose zu einer möglichen Prüflastung durch die Leitsubstanzen.

Darüber hinaus bietet die KVWL auch weiterhin Beratungen einzelner oder Gruppen von Vertragsärzten an. Hierzu zählen auch die Beratung von Qualitätszirkeln und individuelle Pharmakotherapieberatungen (PharmPRO®).

Weiterhin gelten wie bisher folgende Wirtschaftlichkeitsziele (§3 (1) AMV):

- Arzneimittel vorrangig nur unter ihrer Wirkstoffbezeichnung verordnen
- soweit eine Leitsubstanz benannt ist, diese verordnen
- aut idem zulassen, ausgenommen in medizinisch begründeten Sonderfällen (Unterstützung von Rabattverträgen)
- preisgünstige Generika bevorzugen
- vorrangige Verordnungen von preisgünstigen Biosimilars
- von der Verordnung von Analog-Präparaten und kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen weitestgehend absehen
- zur Realisierung wirkstoffgruppenbezogener Wirtschaftlichkeitsziele nach der Anlage beitragen
- jeweils nur die Menge verordnen, die im Einzelfall zur Erreichung der Therapieziele notwendig ist
- inadäquate Arzneimittelverordnungen vermeiden
- OTC-Verordnungen (grünes Rezept) ausstellen, soweit medizinisch ausreichend (vgl. Arzneimittel- Richtlinien)

Besonderheiten

In Anlehnung an die Rahmenvorgaben Arzneimittel vom 30.09.2016 werden die nach dem 01.01.2014 zur Hepatitis-C-Behandlung neu zugelassenen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weiteren Wirkstoffen sowie die Arzneimittelkosten im Zusammenhang mit der intravitrealen Medikamenteneingabe mit z.B. Lucentis, Eylea, Macugen und Ozurdex nicht in die Richtgrößenberechnung einfließen.

Die komplette AMV 2017 sowie weitere aktuelle Informationen der KVWL finden Sie unter folgenden Links:

Arzneimittel- und Heilmittelvereinbarung der KVWL / Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel:

https://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/amv_hmv/index.htm

Informationen der KVWL zur Verordnung:

<https://www.kvwl.de/arzt/verordnung/arzneimittel/info/>



Anlage 1 zur Arzneimittelvereinbarung 2017 Wirtschaftlichkeitsziel Wirkstoffgruppen und VO-Anteil

Zielvereinbarung 2017 Wirkstoffklassen - Liste A (quantitative Ziele)			
	Wirkstoffgruppen	Leitsubstanz Empfehlung	VO-Anteil %
1	Statine und ezetimibhaltige Arzneimittel	Ezetimibhaltige Lipidsenker als Mittel der Reserve	< 4% < 6% (zugel. Kardiologen)
2	ACE-Hemmer und Sartane inkl. Kombinationen	Kombinationen mit Calciumantagonisten als Mittel der Reserve	< 3,5%
3	Neue orale Antikoagulantien (NOAK)	Preisgünstige NOAK wie z.B. Apixaban, Edoxaban	> 75%
4	Blutzuckerteststreifen	Preisgünstige Teststreifen; Durchschnittspreis max. 0,49€ pro Teststreifen; möglichst Quartalsbedarf auf einem Rezept verordnen	
5	BtM-rezeptpflichtige Analgetika*	Nicht generikafähige Originalpräparate inklusive Kombinationen (Vermeidung von z.B. Targin®, Palexia®) als Mittel der Reserve	< 6%
6	Erythropoetine	EPO Biosimilars gemäß Definition der Bundesrahmenvorgabe	> 65%
7	Gonadotropin-Releasing-Hormon Analoga	Preisgünstige Leuprorelinpräparate von Generikaherstellern	> 30% (Kostenanteil)
8	Therapie der MS mit Interferonen, Glatiramer, Teriflunomid, Dimethylfumarat	Interferon-Beta 1a (auch pegyliert) als Mittel der Reserve	< 25%
9	Bisphosphonate und Denosumab (Osteoporose)	Alendronsäure/ Risedronsäure (generisch)	> 67%
10	TNF-alpha-Inhibitoren	Preisgünstige oder biosimilar verfügbare TNF-alpha-Inhibitoren wie z.B. Etanercept, Infliximab, Golimumab, Certolizumab	> 65% (zugel. Gastroenterologen) > 80% (zugel. Rheumatologen)
11	Infliximab	Infliximab-Biosimilars, insbesondere vorrangiger Einsatz bei Neueinstellungen	> 75%
12	Etanercept	Etanercept-Biosimilars, insbesondere vorrangiger Einsatz bei Neueinstellungen	> 55%
13	Somatropin	Somatropin-Biosimilars, insbesondere vorrangiger Einsatz bei Neueinstellungen	> 30%

Zielvereinbarung 2017 Wirkstoffklassen - Liste B (qualitative Ziele)			
	Wirkstoffgruppen	Leitsubstanz Empfehlung	VO-Anteil %
14	Medikamente im Alter	Absenkung des Anteils älterer Patienten, die dauerhaft mindestens 6 Wirkstoffe und davon mindestens 1 inadäquates Arzneimittel (z.B. Priscus) erhalten.	
15	Neue orale Antikoagulantien (NOAK)	Absenkung der Verordnungsmenge (DDD) je 1000 Versicherte unter anderem zur MRSA-Vorbeugung: zurückhaltende Verordnung von Antibiotika Reduzierung der Reserveantibiotika (z.B. Gyrasehemmer)	
16	Biosimilars	Vorrangige Verordnung von preisgünstigen Biosimilars (z.B. Somatropin, EPO, Filgrastim, TNF-alpha-Inhibitoren)	
17	Aut-idem-Austausch grundsätzlich zulassen	Aut-idem Ausschluss nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen	
18	Wirkstoffe, die die frühe Nutzenbewertung durchlaufen haben	Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung beachten	
19	Protonenpumpeninhibitoren (PPI)	PPI nur indikationsgerecht und gemäß AM-RL einsetzen	
20	Hormonelle Kontrazeptiva	Vorrangige Verordnung von risikoärmeren Kontrazeptiva	
21	Verbandmittel	Die Preisinformation zu Verbandmitteln beachten	
22	Antidiabetika außer Insulin	Evidenzbasierter Einsatz generisch verfügbarer Wirkstoffe und Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung beachten	
23	Orale Antikoagulantien (OAK)	Gut auf Vitamin-K-Antagonisten (VKA) eingestellte und einstellbare Patienten vorrangig mit VKA wie z.B. Phenprocoumon behandeln	
24	TTS-Opioide	Transdermale therapeutische Systeme (TTS) in der Gruppe der BtM-rezeptpflichtigen Analgetika als Mittel der Reserve	



Anlage 2 zur Arzneimittelvereinbarung 2017 Prüflastende Zuordnungen		Leitsubstanzquoten										Biosimilarquoten		
Fachgruppen	Berechnungsgrundlage	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		Statine und ezetimibhaltige Arzneimittel DDD >20 AMP**	ACE-Hemmer und Sartane inkl. Kombinationen DDD >20 AMP**	Neue orale Antikoagulantien (NOAK) DDD >10 AMP**	Blutzuckerstreifen Kosten je DDD >10 AMP**	BtM-rezeptpf. Analgetika DDD >10 AMP**	Erythropoetine DDD >10 AMP**	Gonadotropin-Releasing-Hormon Analoga Kosten >10 AMP**	Therapie der MS mit Interferonen, Glatiramer Teriflunomid, Dimethylfumarat DDD >5 AMP**	Biphosphonate und Denosumab (Osteoporose) DDD >5 AMP**	TNF-alpha-Inhibitoren DDD >5 AMP**	Infliximab DDD >5 AMP**	Etanercept DDD >5 AMP**	Somatropin DDD >5 AMP**
zugel. Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte, haus. Internisten		X	X	X	X	X				X				
zugel. /erm. Anästhesisten						X								
zugel. /erm. Anästhesisten mit Schmerztherapie						X								
zugel. Gastroenterologen											X	X		
zugel. Hausärzte													X	
zugel. Kardiologen		X	X	X										
zugel. erm. Kinder- und Jugendärzte					X									X
zugel. Nephrologen			X		X		X							
zugel. Nervenärzte, FA für Neurologie und Psychiatrie									X					
zugel. Neurochirurgen						X								
zugel. Neurologen									X					
zugel. Orthopäden						X				X				
zugel. Reha-Ärzte						X				X				
zugel. Rheumatologen											X	X	X	
zugel. übrige fachärztliche Internisten		X	X	X	X	X								
zugel. Urologen								X						

** Bei der Betrachtung der individuellen Zielerreichung werden nur die Zielvereinbarungen berücksichtigt, in denen der Vertragsarzt im Betrachtungszeitraum die betreffenden Arzneimittel in relevanter Häufigkeit verordnet hat. Von einer relevanten Häufigkeit wird ausgegangen, wenn die ausgewiesene Anzahl Arzneimittelpatienten (AMP) behandelt wird.



➤ Strategien zur Therapie der schweren Insulinresistenz beim Typ 2 Diabetes

ca. 2-3 kg zurückzuführen ist. Allerdings beträgt die mittlere Einsparung der Insulindosen unter Hinzunahme von SGLT-2 Hemmern oder GLP-1 Analoga bei insulinbehandelten Patienten lediglich 4-8 Einheiten pro Tag. Im weiteren Verlauf ist oftmals trotz der begleitenden Therapie mit den neuen Präparaten eine erneute Eskalation der Insulindosis notwendig.

Bewegung zur Therapie der Insulinresistenz: An der Klinik Blankenstein werden unter anderem Gerätetraining und Walking im klinik-eigenen Park eingesetzt.

Bei vielen Patienten mit Typ 2 Diabetes besteht eine ausgeprägte Insulinresistenz, welche oftmals mit Adipositas und körperlicher Inaktivität assoziiert ist. Wenngleich in den letzten Jahren eine Reihe moderner Therapieoptionen zur Behandlung des Typ 2 Diabetes entwickelt wurde, stellt die Therapie der Insulinresistenz nach wie vor ein großes klinisches Problem dar. Insbesondere bei Patienten in den fortgeschrittenen Krankheitsstadien, bei denen eine Insulintherapie häufig unumgänglich ist, stellt die Behandlung der Insulinresistenz eine große Herausforderung dar.

An pharmakologischen Optionen stehen neben dem seit langer Zeit etablierten Metformin sowie dem Pioglitazon, welches allerdings aufgrund von Nebenwirkungen und Zulassungsbeschränkungen eine untergeordnete Rolle spielt, mittlerweile auch die SGLT-2 Hemmer und GLP-1 Analoga zur Verfügung. Sowohl unter Therapie mit SGLT-2 Hemmern, als auch mit GLP-1 Analoga zeigt sich in klinischen Studien eine signifikante Verbesserung der Insulinresistenz, welche am ehesten auf die Abnahme des Körpergewichtes von

Alternativ können systematische Strategien zur Durchbrechung der Insulinresistenz eingesetzt werden. So kommen im Diabeteszentrum Bochum/Hattingen am Klinikum Blankenstein unter anderem die folgenden Konzepte zum Einsatz:

1. Eine kurzfristige (in der Regel 48-stündige) diätetische Intervention mit Hafer- oder Gemüsetagen: Eine derartige Intervention führt oftmals zu einer erheblichen Verbesserung der Stoffwechsellage, welche die Insulinempfindlichkeit nachhaltig verbessern kann.

2. Passagere, zielgerichtete Insulinschemata zur Reduktion der Glukosetoxizität: Hierbei wird unter stationären Bedingungen mit Hilfe repetitiver subkutaner Gaben von Bolus-Insulinen oder mittels intravenöser Insulin-Perfusoren der Blutzucker für mindestens 24 Stunden unter einen Wert von 100 mg/dl gesenkt. Eine derartige Intervention führt typischerweise zu einer Erholung der körpereigenen Beta-Zell-Funktion, ebenso wie zu einer nachhaltigen Verbesserung der peripheren Insulinsensitivität.

3. Individualisiertes Bewegungstraining: Nach vorheriger internistischer Untersuchung der individuellen Belastungsgrenzen (insbesondere Ergometrie und Echokardiographie) werden individuell angepasste Bewegungskonzepte erstellt, welche sich nach den jeweiligen Möglichkeiten und Wünschen der Patienten richten. Hierbei kommen im Blankensteiner Klinikum u.a. Wassergymnastik, Wasserretreten, Walkinggruppen, Hockergymnastik sowie Gerätetraining zum Einsatz.

4. Modifikation der antidiabetischen Therapie: Oftmals lassen sich durch Umstellung der Insulinschemata (z.B. Wechsel von Mischinsulin auf Basalinsulin etc.) zusätzliche Verbesserungen der Blutzuckereinstellung und Insulinresistenz erzielen.

Interessanterweise sind die positiven Effekte einer derartigen kurzfristigen (ca. 10 Tage) Lebensstilintervention oftmals noch viele Monate später nachweisbar.

„Gerade für Patienten, bei denen die begleitende medikamentöse Therapie weitestgehend ausgeschöpft ist, kann eine solche gezielte stationäre Intervention sinnvoll sein, um die Insulinresistenz der Patienten nachhaltig zu durchbrechen“, betont Professor Juris Meier, Chefarzt des Diabeteszentrums Bochum/Hattingen.

Kontakt:

Univ.-Prof. Dr. med. Juris J. Meier

Chefarzt Diabeteszentrum Bochum/Hattingen

St. Josef-Hospital

*Klinikum der Ruhr-Universität Bochum
Gudrunstr. 56, 44791 Bochum*

Klinikum Blankenstein

Im Vogelsang 5-11, 45527 Hattingen

Anmeldung St. Josef-Hospital:

0234-509-3271

Anmeldung Klinikum Blankenstein:

02324-396-500

Fax: 0234-509-2472

e-mail: juris.meier@rub.de