



# Bezirksgeschäftsstelleninformation 01/2012

Inhalt	Seite
<b>1 Informationen aus dem Bereich Abrechnung</b>	2
<i>Organisation, Mitteilungen und Festlegungen</i>	2
<b>2 Informationen aus dem Bereich Qualitätssicherung</b>	3
<i>Kardiologisch-Angiologischer Qualitätszirkel Dresden am 7. September 2011</i>	3
<b>3 Sonstiges</b>	6
<i>Fortbildungsveranstaltung für Ärzte</i>	6

**KVS - BEZIRKSGESCHÄFTSSTELLE DRESDEN**

Anschrift:	Schützenhöhe 12 01099 Dresden	Telefon:	0351 8828-0
		Telefax:	0351 8828-199
Postadresse:	PF 10 06 41 01076 Dresden	E-Mail:	dresden@kvs-sachsen.de
		Internet:	www.kvs-sachsen.de

Bezirksgeschäftsstellenleiter:  
Dr. med. Johannes Baumann

Vorsitzender Regionalausschuss:  
Dr. med. Frank Eisenkrätzer

# 1 Informationen aus dem Bereich Abrechnung

## Organisation, Mitteilungen und Festlegungen

### Onlineabgabe

Das Mitgliederportal ist immer während der Annahmezeiten geöffnet. Sollten Sie z. B. aufgrund von Urlaub nicht in den aufgeführten Zeiträumen die Abrechnung online einreichen können, haben Sie ab dem 15. des jeweiligen Vormonats die Möglichkeit, Ihre Abrechnung vorzeitig einzureichen. Bitte beachten Sie aktuelle Angaben auf unserer Internetseite [www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de), die gegebenenfalls abweichend von den hier aufgeführten Annahmezeiten sein können.

Vorab eine Übersicht zu den Annahmezeiten im Jahr 2012.

#### Abrechnungsquartal I/2012

Montag	02.04.12	07:30 – 17:00 Uhr
Dienstag	03.04.12	07:30 – 17:00 Uhr
Mittwoch	04.04.12	07:30 – 17:30 Uhr
Donnerstag	05.04.12	07:30 – 17:00 Uhr
<b>Freitag</b>	<b>06.04.12</b>	<b>Karfreitag - geschlossen</b>
<b>Samstag</b>	<b>07.04.12</b>	<b>Ostern - geschlossen</b>
<b>Montag</b>	<b>09.04.12</b>	<b>Ostern - geschlossen</b>
Dienstag	10.04.12	07:30 – 17:00 Uhr
Mittwoch	11.04.12	07:30 – 17:30 Uhr

#### Abrechnungsquartal II/2012

Montag	02.07.12	07:30 – 17:00 Uhr
Dienstag	03.07.12	07:30 – 17:00 Uhr
Mittwoch	04.07.12	07:30 – 17:30 Uhr
Donnerstag	05.07.12	07:30 – 17:00 Uhr
Freitag	06.07.12	07:30 – 16:00 Uhr
Samstag	07.07.12	08:00 – 12:00 Uhr

#### Abrechnungsquartal III/2012

Montag	01.10.12	07:30 – 17:00 Uhr
Dienstag	02.10.12	07:30 – 17:00 Uhr
<b>Mittwoch</b>	<b>03.10.12</b>	<b>Feiertag - geschlossen</b>
Donnerstag	04.10.12	07:30 – 17:00 Uhr
Freitag	05.10.12	07:30 – 16:00 Uhr
Samstag	06.10.12	08:00 – 12:00 Uhr
Montag	08.10.12	07:30 – 17:00 Uhr

## Abrechnungsabgabe für Datenträger

Die Annahme der konventionellen Abrechnungen erfolgt wie bisher in unserem Haus **Schützenhöhe 12, 01099 Dresden** in den dafür gekennzeichneten Räumen.

Außerhalb dieser Zeiten können Sie für die Abgabe der Abrechnungsunterlagen auch den Briefkasten nutzen bzw. am Empfang die Unterlagen abgeben.

Sollte eine Abgabe der Abrechnung zu den offiziellen Terminen nicht möglich sein, bitten wir Sie, im Einzelfall individuelle Termine unter ☎ 0351 8828-410/411 abzustimmen.

## 2 Informationen aus dem Bereich Qualitätssicherung

### Kardiologisch-Angiologischer Qualitätszirkel Dresden am 7. September 2011

Thema: „Nationale Versorgungsleitlinien Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter“

Referent: Professor Dr. med. Tobias Lohmann, Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt, Medizinische Klinik, Industriestraße 40, 01129 Dresden

Ort: Praxisklinik Herz und Gefäße, Forststraße 3, 01099 Dresden

Moderator: Professor Dr. med. Stefan G. Spitzer, Praxisklinik Herz und Gefäße

#### „Nationale Versorgungsleitlinien Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter“

Zur besseren Einordnung der Niereninsuffizienz sollte ab sofort nicht mehr allein das Creatinin, sondern die Creatinin-Clearance bei Patienten bestimmt werden. Die Einteilung kann rechnerisch über den Creatinin-Serumwert sowie weitere Variablen wie Alter und Gewicht vom Labor mit ausreichender Genauigkeit berechnet werden (Tabelle 1).

Die aufwendigere Bestimmung mit Creatininwerten im Serum und Sammelurin hat sich im Praxisalltag nicht bewährt. In der neuen Version der Nationalen Versorgungsleitlinie sind die Voraussetzungen für Screening-Prävention und Diagnostik im Wesentlichen unverändert belassen worden. Ab Diagnosestellung soll jährlich eine Kontrolle von Albumin im Urin sowie Creatinin im Serum mit oben aufgeführter Berechnung der GFR erfolgen.

Die erste Schnittstelle besteht bei Patienten mit Diabetes zum Diabetologen, hier sollte die Überweisung bei  $HbA_{1C} > 6,5 - 7,0\%$ ,  $RR > 140/90$  mm Hg trotz hausärztlicher Einstellungsbemühungen sowie Hypoglykämien und anderen Komplikationen erfolgen.

Die zweite Schnittstelle besteht zum Nephrologen, hier sollte die Überweisung bei ebenso fortbestehendem Bluthochdruck  $> 140/90$  mm Hg, Proteinurie  $> 0,3$  g/l sowie Anstieg Crea und/oder Harnstoff  $> 30\%$  und einem wiederholt pathologischen Harnsediment erfolgen.

In den Therapierichtlinien hat sich der Zielblutdruck auf einen Zielwert von 130/80 mm Hg entspannt. Eine Blutdruckeinstellung < 120/80 mm Hg soll nicht angestrebt werden. In der First-Line-Therapie stehen ACE-Hemmer, bei Unverträglichkeit Sartane und als Kombinationspartner kommen vor allem langwirksame Calcium-Antagonisten sowie Beta-Blocker, besonders bei KHK, und ggf. Diuretika infrage. Ab einem Creatinin-Wert > 150 sollten Schleifendiuretika bevorzugt werden. Weitere Allgemeinmaßnahmen sind der Rauchverzicht, die Beschränkung der Proteinzufuhr auf 0,8 g pro kg Körpergewicht, Eisensubstitution und ggf. EPO mit einem Ziel-Hb-Wert von 7 – 8 mmol/l. Röntgenkontrastmittel und NSAR sowie weitere nephrotoxische Medikamente sollten möglichst gemieden werden. Auch in der Diabeteseinstellung gibt es eher eine Entspannung, als HbA<sub>1C</sub>-Zielwert wird etwa 7% angestrebt. Nur wenn der Patient keine Makroangiopathie hat und keine Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen vorliegen, kann bei einer bestehenden Mikroalbuminurie ein kleinerer HbA<sub>1C</sub>-Wert angestrebt werden.

Bezüglich der spezifischen Diabetestherapie sind alle oralen Antidiabetika bis zu einer GFR von 60 unkritisch, danach sind nur wenige orale Antidiabetika bis zu einer GFR von 30 derzeit zugelassen. Ansonsten verbleibt, ebenso wie bei Neigungen zu Hypoglykämien sowie Verschlechterung der Allgemeinzustandes, derzeit nur die Einstellung auf Insulin. Der Hintergrund dieser Empfehlungen aus großen Megastudien der letzten Jahre wie UKPDS, Proactive, Advance, VADT und ACCORD wurde im Qualitätszirkel dargestellt.

Im Weiteren soll nochmals auf die Differenzialtherapie mit oralen Antidiabetika bei Niereninsuffizienz Stadium III und schlechter, also bei einer GFR < 60, eingegangen werden. In einer großen amerikanischen Versorgungsstudie zeigt sich, dass dieses Stadium ungefähr 20% aller Patienten mit Diabetes betrifft. Diese wurden in dieser Studie zunehmend mit Insulin (ca. 30%) sowie weiterhin mit Sulfonylharnstoffen (ebenfalls ca. 30%) und Glitazonen (ca. 20 – 25%) behandelt. Als Besonderheit ist in den USA Metformin bis zu einer GFR 30 zugelassen, so dass im Stadium III noch etwa 25% der Patienten mit Metformin behandelt worden sind. Dies ist in Deutschland aufgrund der Zulassungslage (Rote Liste) nicht möglich. Ebenso ist eine Versorgung mit Pioglitazone nach Verordnungsausschluss durch den GBA-Beschluss im November letzten Jahres praktisch nicht mehr möglich. Verbleiben tut die Medikation mit Novonorm, welches bis zu einer GFR von 30 zugelassen ist. Allerdings liegen für dieses Präparat keinerlei Endpunktstudien vor. Die Therapie mit Sulfonylharnstoffen bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz muss ebenfalls kritisch gesehen werden. Nach Roter Liste ist eine Therapie mit Glurenorm möglich, allerdings bestehen hierzu in Deutschland kaum Erfahrungen. Sowohl Amaryl als auch Glibenclamid können bereits im normalen Creatininbereich durch schwere prolongierte Hypoglykämien den Patienten schädigen, so dass nach meiner Empfehlung der Einsatz dieser Präparate bereits ab einer GFR unter 60 und insbesondere auch bei älteren Patienten mit schlechter Hydratation zu vermeiden ist. Eine mögliche Alternative wären SGL2-Inhibitoren wie Dapagliflozin gewesen, welche aber aufgrund erhöhter Krebsraten weder von der FDA noch von der EMEA derzeit eine Zulassung erhalten haben. Eine weitere Substanzgruppe sind die Gliptine, von denen 4 Präparate auf dem europäischen Markt vertreten sind: Sitagliptin (Januvia als Handelsname) Saxagliptin (Onglyza), Vildagliptin (Galvus) und Linagliptin (Tradjenta). Letztes Präparat der Firma Boehringer wird aber auf dem deutschen Markt nicht vertrieben, da derzeit im AMNOG ein Preisvergleich mit Sulfonylharnstoff-Generika erfolgt und die Firma daher die Zulassung in Deutschland nicht beantragt hat. Sitagliptin und Vildagliptin sind bereits seit 2007 zugelassen, Saxagliptin seit 2011. Nur für Sitagliptin besteht eine Zulassung in Monotherapie und in Kombinationstherapie mit Insulin, aufgrund fehlender Kombinationspartner ist daher nur Sitagliptin für Niereninsuffizienz und Diabetes einsetzbar. Die Präparate unterscheiden sich in Dosierung und geringfügig in der Effektivität. Die Zulassung bei Niereninsuffizienz liegt für alle Präparate bis zu einer GFR von 50 vor sowie für die

halbtherapeutische Dosis von Saxagliptin bis zu einer GFR von 30. Besonders interessant wäre Linagliptin in dieser Indikation gewesen, da diese Substanz 95% biliär und nur 5% renal ausgeschieden wird und eine Zulassung in den anderen europäischen Ländern bereits bis zu einer GFR von 30 besteht. Auch für die anderen Gliptine laufen derzeit Studien für die Zulassung bis zu einer GFR von 15. Mit einer Zulassung ist evtl. im nächsten Jahr zu rechnen. Eine weitere Substanzgruppe stellen die GLP-Analoga (Exenatide = Byetta und als Wochenpräparat Bydureon sowie Victoza = Liraglutide) dar. Diese sind allerdings ab einer GFR von unter 30 nicht zugelassen. Ebenso ist der Einsatz in der Niereninsuffizienz GFR 30 bis 60 kritisch zu sehen, da in den Studien unzureichend geprüft.

Bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz verbleibt somit nur die Therapie mit Insulin, auch hier ist unbedingt auf Hypoglykämien zum Beispiel bei Creatinin-Schwankungen zu achten. Bei einer GFR unter 50 sollte die Dosis um 25%, bei einer GFR unter 15 um 50% reduziert werden. Oft ist bei Dialysebeginn nochmals eine Dosisreduktion erforderlich, da dort eine Abnahme der Insulinresistenz vermutet wird. Kurzwirksame Insulinaloga sind zugelassen, oft besser steuerbar und nach vorliegenden Studien möglich und sicher. Bei sehr adipösen Patienten (BMI über 35 kg/m<sup>2</sup>) kommt ebenfalls eine bariatrische Operation auch bei Patienten mit Niereninsuffizienz infrage. Dies sollte nur in zertifizierten und erfahrenen Zentren erfolgen, wie an einem Fallbeispiel dargestellt wird.

Zusammenfassend empfiehlt die Nationale Versorgungsleitlinie von 2011 weniger strenge Blutdruck- und HbA<sub>1C</sub>-Kriterien bei Patienten mit Diabetes und Niereninsuffizienz, ein gewisser Nutzen einer HbA<sub>1C</sub>-Senkung < 7% besteht lediglich bei der Primärprävention und in dem Stadium der Mikroalbuminurie. Zur Blutdrucktherapie sollten primär ACE-Hemmer (Sartane), langwirksame Calciumantagonisten, Beta-Blocker und Diuretika eingesetzt werden. OAD sind ab einer GFR von 60 problematisch. Derzeit verbleiben dort nur Novonorm, Glurenorm und einige Gliptine, ab einer GFR von 30 ist derzeit nur der Einsatz von Insulin möglich. Bei einer morbidem Adipositas (BMI > 35 kg/m<sup>2</sup>) kann auch bei Niereninsuffizienz ein bariatrischer Eingriff erwogen werden.

Tabelle 1

Stadium der Niereninsuffizienz nach GFR

<b>Stadium</b>	<b>GFR</b>
<b>I</b>	>90
<b>II</b>	60-90
<b>III</b>	30-60
<b>IV</b>	15-30
<b>V</b>	<15

Prof. Dr. med. habil. T. Lohmann  
Chefarzt der Medizinischen Klinik

### 3 Sonstiges

#### Fortbildungsveranstaltung für Ärzte

Die satzungsgemäße Fortbildungsveranstaltung der KV Sachsen Bezirksgeschäftsstelle Dresden fand am 26. November 2011 in der MESSE Dresden statt. Ca. 75 Ärzte und Psychotherapeuten erfuhren Neuigkeiten zum GKV-Versorgungsgesetz, erhielten Informationen zur Einführung einer einheitlichen Bereitschaftsdienstnummer für Deutschland sowie einen Einblick in die Arbeit der Prüfungsstelle Ärzte und Krankenkassen Sachsen.

Mit großem Interesse verfolgten die Teilnehmer den Vortrag von Herrn Professor Dr. med. Reinhard Sternitzky zum Thema „Leitliniengerechtes Management der Peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) Update 2011 – Neue ESC Guidelines“. Viele Fragen konnten hierzu in einer angeregten Diskussion erörtert und beantwortet werden.

Eine gelungene Veranstaltung die sicherlich von vielen Teilnehmern mit einem anschließenden Besuch der Weihnachtsmärkte in Dresden abgerundet wurde.

#### **Bitte vormerken!**

Für Ihre langfristige Terminplanung möchten wir Sie schon jetzt auf unsere diesjährige satzungsgemäße Fortbildungsveranstaltung hinweisen.

Sie findet am **Mittwoch, dem 7. November 2012** statt.

Information zum Programm und dem Veranstaltungsort erhalten Sie rechtzeitig mit einer Einladung per Post.