

BUNDESÄRZTEKAMMER

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Mitteilungen



Nationale VersorgungsLeitlinie „Therapie des Typ-2-Diabetes“ veröffentlicht

Im Rahmen des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) steht die NVL „Therapie des Typ-2-Diabetes“¹ seit September 2013 im Internet bereit: www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_therapie.

Hintergrund und Inhalte

Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm) steht unter der Trägerschaft von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Mit der Durchführung wurde das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) beauftragt. Zu ausgewählten Krankheitsbildern arbeiten Expertengruppen verschiedener Organisationen zusammen, um im Rahmen der strukturierten Versorgung chronisch kranker Menschen die angemessene und evidenzbasierte ärztliche Versorgung darzustellen.

Die NVL „Therapie des Typ-2-Diabetes“ ist Bestandteil eines umfangreichen NVL-Konzepts zum Thema Diabetes. Sie ergänzt die bisher veröffentlichten Module zu Fuß-, Netzhaut-, Nieren- und Nervenkomplikationen sowie zur Schulung bei Diabetes. Die NVL beschreibt neben Empfehlungen zur Diagnostik und nichtmedikamentösen Behandlung insbesondere die Pharmakotherapie des Typ-2-Diabetes.

Tabelle 1: Themenschwerpunkte der NVL „Therapie des Typ-2-Diabetes“ *

Definition/manifestationsfördernde Faktoren des Typ-2-Diabetes, Therapieziele
Diagnostik, Verlaufskontrolle, Untersuchungen auf Folge- und Begleiterkrankungen
Therapie-Indikationen: Basistherapie (Schulung, Glukoseselbstmessung, Ernährung, Körperliche Aktivität/Bewegung, Tabakentwöhnung)
Pharmakotherapie: Grundsätze der Wirkstoffauswahl, Therapiealgorithmen
Besondere Situationen: Hypoglykämie, Perioperatives Management, Koma, Arbeitswelt, Alter/ Altenpflege
Versorgungskoordination und Nahtstellenmanagement

*Detaillierte Empfehlungen: siehe Originaldokumente: www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_therapie

Empfehlungen zur Pharmakotherapie: Aufgrund unterschiedlicher Konzepte der Experten der die Inhalte der NVL verantwortenden Organisationen – inklusive unterschiedlicher Interpretation und unterschiedlicher klinischer Gewichtung der berücksichtigten Evidenz – konnte bei einzelnen Schritten der Pharmakotherapie des Typ-2-Diabetes keine Einigung erreicht werden. DDG/DGIM bzw. AkdÄ/ DEGAM empfehlen ein in einigen Punkten voneinander abweichendes therapeutisches Vorgehen.

Der Dissens spiegelt die Komplexität einer noch unzureichend untersuchten Krankheit und deren Behandlung wider. Es besteht in diesem Sinne auch die gemeinsame Überzeugung, dass Nationale VersorgungsLeitlinien nicht nur Einigkeit, sondern auch Divergenzen begründet transparent formulieren sollten. Dies hilft auch im nationalen Interesse der Politik, der Ärzteschaft, Kostenträgern und den betroffenen Patienten Problemfelder und Forschungsbedarf aufzuzeigen. ►

¹**Autoren der NVL:** H. H. Abholz (DEGAM), G. Egidi (DEGAM), A. Gries (AkdÄ), N. Haller (VDBD), R. Landgraf (DDG/DGIM), H. Loskill (BAG Selbsthilfe), St. Matthaei (DDG/DGIM), U. A. Müller (AkdÄ), J. Spranger (AkdÄ), A. Suchowerskyj (DDB), M. Toeller (DDG) – Mitautorin, Kapitel Ernährungstherapie.

Beteiligte: C. Khan, F. Greiner, B. Weikert, S. Weinbrenner (alle ÄZQ – Redaktion), I. Kopp (AWMF – Moderation), G. Ollenschläger (ÄZQ – Koordination, Moderation, Endredaktion).

Zusammenfassung der Empfehlungen

(A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, 0 = Option)

Allgemeine Therapieziele	Empfehlungsgrad
Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen für folgende Parameter individualisierte Therapieziele vereinbart werden: Lebensstil, Glukosestoffwechsel, Lipidstatus, Körpergewicht, Blutdruck.	A
Die Therapieziele der Menschen mit Typ-2-Diabetes hängen unter anderem ab von: Patientenpräferenz, (Ko-)Morbidity, Alter und Lebenserwartung, Lebensqualität, sozialen und kulturellen Faktoren (z. B. Migrationshintergrund, Arbeitsmarktsituation).	Statement
Die Behandlungsziele sollten individuell mit dem Patienten unter vollständiger und verständlicher Aufklärung über Nutzen und Schaden (mit Angaben über absoluten Nutzengewinn bzw. Schadensreduktion) vereinbart werden.	B
Individuell mit dem Patienten vereinbarte Therapieziele sollten im Laufe der Behandlung mindestens einmal jährlich und darüber hinaus je nach Bedarf evaluiert und entsprechend den Ergebnissen erneut verfolgt oder korrigiert werden.	B
Die individuell mit dem Patienten vereinbarten Therapieziele oder deren eventuell begründetes Nichtzustandekommen sollten – nachvollziehbar für Arzt, diabetologisch geschulte Fachkraft und Patient – dokumentiert (z. B. DMP, Gesundheitspass Diabetes) werden.	B
Aufgrund der für die Betroffenen nicht selten als schwere Lebenseinschränkung erlebten Diagnose des Typ-2-Diabetes sollte eine Strategie der gemeinsamen Entscheidungsfindung und der langsamen Therapieeskalation verfolgt werden.	B
Spezifische Therapieziele: HbA _{1c} , Plasmaglukose, Lipide, Körpergewicht, Blutdruck	
Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen individualisierte Therapieziele für HbA _{1c} mit dem Patienten vereinbart werden. Bei Wahl des individualisierten HbA _{1c} -Therapiezieles sollen folgende Aspekte berücksichtigt werden: Patientenpräferenz nach Aufklärung, Alter und (Ko-)Morbidity, Abwägung zwischen Nutzen (Risikoreduktion hinsichtlich diabetesbedingter Folgeerkrankungen) und Schaden (z. B. Risiko für Hypoglykämien und Gewichtszunahme) der Substanzen, Art der einzusetzenden Therapie.	A
Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes soll zur Prävention von Folgekomplikationen ein HbA _{1c} -Korridor von 6,5 % bis 7,5 % unter Berücksichtigung der individualisierten Therapieziele angestrebt werden.	A
Eine Absenkung des HbA _{1c} -Wertes auf unter 6,5 % sollte nur unter folgenden Bedingungen erfolgen: Absenkung durch eine alleinige Änderung des Lebensstils erreichbar oder Absenkung durch Medikamente erreichbar, die kein erhöhtes Risiko für bedeutende Nebenwirkungen (zum Beispiel schwere Hypoglykämien, substantieller Gewichtsanstieg, Herzinsuffizienz, Pankreatitis) tragen und deren Nutzen in Bezug auf klinische Endpunkte belegt ist.	B
Diagnostik	
Die NVL äußert sich im Kapitel Diagnostik zu Glukosestoffwechselstörung, Anamnese, Untersuchung, Technik der Plasmaglukosemessung, Verlaufskontrolle, Untersuchungen auf weitere Folge- und Begleiterkrankungen. Empfehlungen zur Diagnostik: siehe Originaldokumente: www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_therapie .	
Therapieindikationen und allgemeine Therapiealgorithmen	
Bei der Indikationsstellung zur Therapie sollen die Symptome und das individuelle Risiko für die Entwicklung von Komplikationen, (Ko-)Morbidity, Alter und Lebenserwartung, Lebensqualität, Patientenpräferenz und soziales Umfeld des Patienten berücksichtigt werden.	A
Ist eine Therapie bei Menschen mit Typ-2-Diabetes indiziert, sollte zunächst dem Algorithmus 1 „Grundzüge der Behandlung des Typ-2-Diabetes“ gefolgt werden. Im Weiteren gilt entweder der Algorithmus zur differenzierten Pharmakotherapie von AkdÄ und DEGAM oder alternativ derjenige von DDG und DGIM (beide im Algorithmus 2 „Medikamentöse Therapie des Typ-2-Diabetes“) inklusive der jeweiligen Begründungen. (siehe Originaldokumente: www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_therapie).	B

Basistherapie	Empfehlungsgrad
In Abhängigkeit von den genannten individuellen Therapiezielen soll primär mit einer Basistherapie (Schulung, Ernährungstherapie, Steigerung der körperlichen Aktivität und Raucherentwöhnung) begonnen werden (siehe Algorithmus 1 „Grundzüge der Behandlung des Typ-2-Diabetes“).	A
Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes, bei denen keine ausreichenden Erfolge durch nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen allein abzusehen sind (Adhärenzprobleme, Schweregrad, Multimorbidity), kann die Therapie sofort mit einem Medikament (in der Regel Metformin) kombiniert werden.	0
Wenn die medikamentöse Therapie mit minimaler Wirkstoffdosis zum Ziel führt, sollte ein Auslassversuch unter Kontrolle des HbA _{1c} angeboten werden.	B
Konkrete Empfehlungen zu: Patientenschulung, Ernährungs-Therapie und -Beratung, Steigerung der körperlichen Aktivität und Bewegung, Nichtraucher – siehe Originaldokumente: www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_therapie.	
Pharmakotherapie: Grundsätze der Wirkstoffauswahl	
Bei der Behandlung von Menschen mit Typ-2-Diabetes sollte einem der beiden Algorithmen – von AkdÄ und DEGAM (gelb unterlegt in Therapie-Algorithmus 2) bzw. von DDG und DGIM (türkis unterlegt in Therapie-Algorithmus 2) gefolgt werden.	B

Grundsätze der Wirkstoffauswahl: Bei der Wirkstoffauswahl zur antidiabetischen Therapie sind neben der Beachtung von Zulassung und Kontraindikationen prinzipiell folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- Beleg der Wirksamkeit anhand klinisch relevanter mikro- und makrovaskulärer Endpunkte; Eignung von Wirkungsmechanismus, Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil (z. B. Risiko von Hypoglykämien und Gewichtszunahme), Arzneimittelinteraktionen und Pharmakokinetik für die individuelle Indikationsstellung; individuelle Wirkung und Verträglichkeit; Patientenpräferenzen und Patientensicherheit.

Kontrollierte Studien mit klinischen Endpunkten (Tod, Infarkt, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Amputation u. a.) sind das wichtigste Instrument zum Wirksamkeitsnachweis einer Therapie und daher auch wichtigste Grundlage aller Therapieentscheidungen.

Orale Antidiabetika mit gesicherter günstiger Beeinflussung klinischer Endpunkte:

- Metformin, Sulfonylharnstoffe (SH).

Orale Antidiabetika ohne gesicherte günstige Beeinflussung klinischer Endpunkte:

- Alpha-Glukosidasehemmer, DPP-4-Inhibitoren (Dipeptidyl-Peptidase-4-Inhibitoren, Gliptine), SGLT2-Inhibitoren (Gliflozine), Glinide, Glitazone (Thiazolidendione).

Parenterale Antidiabetika ohne gesicherte günstige Beeinflussung klinischer Endpunkte

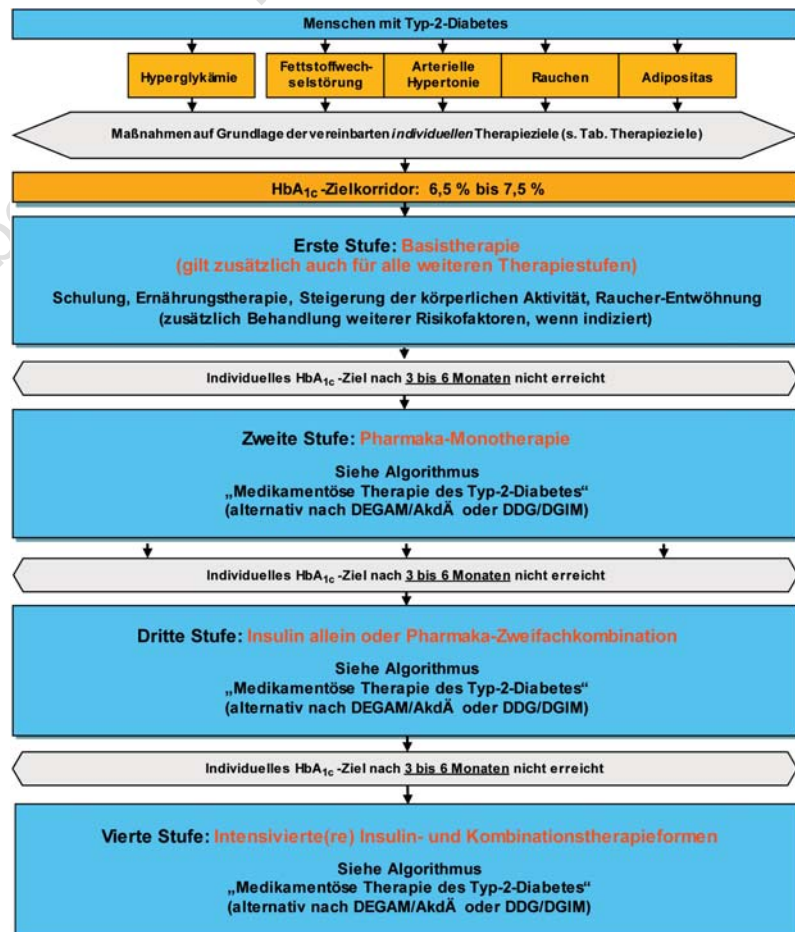
- GLP-1-Rezeptoragonisten (Inkretinmimetika, GLP-1-Analoga).

In Deutschland nicht zugelassene Wirkstoffe werden in der vorliegenden NVL nicht diskutiert.

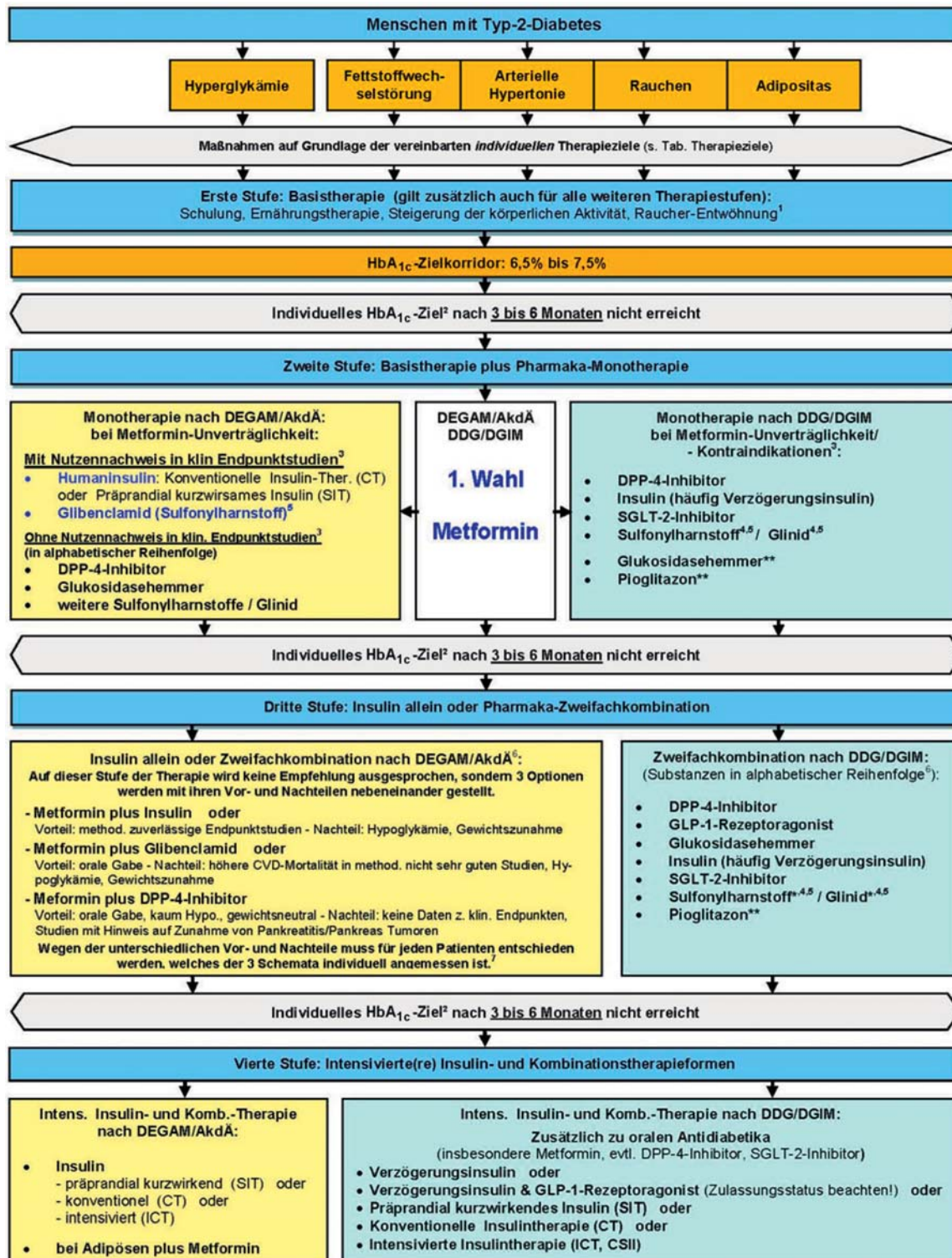
Insulintherapie	Empfehlungsgrad
Da bei der Insulintherapie keine Daten vorliegen, die die konsistente Überlegenheit einer bestimmten Insulinart belegen, kann diese deshalb nur individuell für jeden Patienten gewählt werden.	0
Grundsätzlich sollte die Insulintherapie in der niedrigsten, wirksamen Dosierung begonnen werden. Die Dosis ist stufenweise bis zum Erreichen des individuellen Therapieziels zu steigern.	B

Insulin ist das älteste und effektivste Medikament zur Glukosesenkung. Heute werden fast nur noch Humaninsuline und daraus entwickelte Insulinanaloga angewandt. Zur Gruppe der Humaninsuline gehören die sogenannten Normalinsuline und die Verzögerungsinsuline (NPH-Insuline, Neutrales Protamin Hagedorn). Zur Gruppe der Insulin-Analoga zählen die kurzwirksamen Insulinanaloga Insulin lispro, Insulin aspart und Insulin glulisin sowie die langwirksamen Insulinanaloga Insulin glargin und Insulin detemir. Weiterhin stehen Mischinsuline zur Verfügung.

Algorithmus 1: Grundzüge der Behandlung des Typ-2-Diabetes (Algorithmus A.2. der Originaldokumente – dort weitere Informationen zu den Verweisen und Begründungen)



Algorithmus 2: Medikamentöse Therapie des Typ-2-Diabetes (Algorithmus A.5. der Originaldokumente – dort weitere Informationen zu den Anmerkungen, Verweisen, Abkürzungen, Begründungen)



Korrespondenzadresse:

C. Khan – Internistin, Prof. Dr. Dr. med. G. Ollenschläger
 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Gemeinsames Institut von BÄK und KBV)
 TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106–108; 10623 Berlin. E-Mail: mail@azq.de