

DEGAM aktuell 4/2011 – Nachrichten aus der AG Diabetes

Til Uebel¹

1. Neues aus der NVL-Arbeit

Die NVL Diabetes mellitus, erstmals 2002 noch ohne Mitarbeit der DEGAM veröffentlicht, ist seit 2007 in mittlerweile sechs Teilen unter zum Teil führender Mitarbeit der DEGAM runderneuert worden. In Kürze wird für das vorerst letzte **Kapitel „Therapieplanung“** die erste Online-Veröffentlichung, die sogenannte Konsultationsphase, erwartet. Im Jahre 2010 sind zwei der Leitlinienteile der NVL Diabetes mellitus publiziert worden. Auch diese **Original-Leitlinien „Nephropathie“ und „Neuropathie“** finden Sie hier: <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2> oder unter www.degam.de.

Die Besonderheit dieser nationalen Versorgungsleitlinien ist deren – in der Regel – sehr breiter Konsens aller Fachgesellschaften. Ausnahme zur Regel: das Sondervotum der DEGAM zum Nicht!-Screenen auf Mikroalbuminurie (in der NVL oder ZFA 1/2011).

2. Das Ziel einer extrem strengen Blutdruckeinstellung wurde verlassen.

Eine der entscheidenden Neuerungen in der NVL ist die **Liberalisierung** der Therapieziele. Erstmals werden die – international bereits 2009 angehobenen **Blutdruckziele** – auch in deutschen Leitlinien umgesetzt. Die ehemalige Forderung, Diabetiker besonders streng einzustellen, ist verlassen worden. Diabetiker sollen, wie andere auch, möglichst einen systolischen Blutdruck unter **140 mm Hg** und einen diastolischen Blutdruck von **80 mm Hg** haben. Individuelle Ziele sind aber notwendig. Wie die Blutdrucksenkung zu erreichen ist, bleibt weiterhin umstritten. Auch ein HTA-Bericht „Diabetesneuentstehung unter antihypertensiver Therapie“ von Grimm et al. hat die Diskussion neu entfacht. Die HTA-Berichte sind in der

DAHTA-Datenbank beim DIMDI bzw. im HTA-Journal bei German Medical Science (GMS) kostenfrei als Volltext abrufbar: <http://www.egms.de/static/pdf/journals/hta/2010-6/hta000081.pdf>.

Letztlich bleiben ACE-Hemmer Empfehlung der ersten Wahl, wenn auch der interessierte Leser in Wirklichkeit keine guten Daten findet, die die bevorzugte Nutzung dieser Medikamentengruppe rechtfertigt. Die effektive Blutdrucksenkung ist wichtiger und Begleiterkrankungen geben die Wahl des Ersttherapeutikums vor. Beste Evidenz für die Wahl des Diuretikums Chlortalidon bietet weiterhin die Meilensteinstudie ALLHAT. Das hierzulande häufiger eingesetzte HCT ist gerade in einer Metaanalyse zumindest in der häufig eingesetzten Niedrigdosierung erneut in Frage gestellt worden: Franz et al. Antihypertensive Efficacy of Hydrochlorothiazide as Evaluated by Ambulatory Blood Pressure Monitoring; A Meta-Analysis of Randomized Trials. JACC 2011/5. Da das Original auch als PDF 5MB umfasst sei hier nur auf den Abstract verwiesen: <http://content.onlinejacc.org/cgi/content/abstract/57/5/590>.

3. Erstmals Einführung eines Zielkorridors für den HbA1c von 6,5–7,5 %

Neu ist auch die Einführung des HbA1c-Therapiezielkorridors von 6,5–7,5 % in der NV-Leitlinie „Nephropathie“ und die erstmals zu lesende Forderung, einen zu niedrigen HbA1c über den Wert von 7,0 % bei **Patienten mit Diabetes und Herzerkrankungen** auf jeden Fall **anzuheben** (!) (siehe auch ZFA 1/2011). Diese Forderung, die sich zunächst aus den ineffektiven bzw. gefährlichen Blutzucker-Senkungen als Schlussfolgerungen der großen Studien VADT, ADVANCE und ACCORD begründete, findet sich auch in neueren Beobachtungsstudien bestätigt. Dass die über-



Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

triebene Senkung des HbA1c-Wertes auch unabhängig von Hypoglykämien vielleicht sogar langfristig schaden könnte, lehrt die **aktuellste Veröffentlichung der ACCORD-Publikation** (hier effektive Senkung auf 6,4%), in der am offiziellen Studienende auch 17 Monate nach Beendigung der „Intensivierung“ immer noch eine Übersterblichkeit zu verzeichnen ist. Gerstein et al. for the ACCORD Study Group, Long-Term Effects of Intensive Glucose Lowering on Cardiovascular Outcomes; NEJM 364;9 – 818; 3, 2011.

4. Individuelle Therapieziele

„Den vorhandenen Daten kann derzeit kein definitiver HbA1c-Schwellenwert für die Betreuung aller Typ 2 Diabetiker entnommen werden. Eine Individualisierung der Therapie ist demnach unumgänglich, insbesondere bei älteren und kränkeren Typ 2 Diabetikern“ schrieb schon B. Richter in seiner Metaanalyse 2009. Der frei verfügbare ZFA-Artikel ist damit aktueller denn je: Metabolische Kontrolle beim Typ 2 Diabetes mellitus – alles unter oder außer Kontrolle?

5. Neues zum Metformin

Spannend ist die steigende Wertschätzung des Metformins. Werden innerhalb von Studien die strengen Kreatinengrenzwerte schon länger verlassen und war zuletzt nachgewiesen worden, dass Metformin auch nicht häufiger Lactatacidosen verursacht als andere Antihyperglykämika, ist eine weitere Studie, von Evans, erschienen, die auch bei Herzinsuffizienz unter enger Kon-

¹ FA für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin und Diabetologie, Akademische Lehrpraxis der Universität Heidelberg; DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

trolle einen Vorteil für Metformin sieht: Evans et al.: Effect of Metformin on Mortality in Patients With Heart Failure and Type 2 Diabetes Mellitus; Am J Cardiol 2010;106:1006–1010. Eine Beobachtung, die englische Hausärzte schon 2009 gemacht haben: <http://care.diabetesjournals.org/content/33/6/1213.long> (Text frei lesbar).

6. Die Beschlüsse des GBA zu den Glitazonen, Gliptinen und Gliniden

Glitazone sind jetzt keine GKV-Leistung mehr. Das Bundesgesundheitsministerium hat als Aufsichtsbehörde den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses genehmigt, wonach Pioglitazon und Rosiglitazon zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 als Kassenleistung ausgeschlossen worden sind. Der Beschluss des GBA war am 18. November 2010 im Bundesanzeiger veröffentlicht worden. Er trat am 1. April 2011 in Kraft. Spätestens ab diesem Zeitpunkt dürfen die betroffenen Arzneimittel nicht mehr auf Kassenrezept verordnet werden. Zur Erinnerung: Das Bundesgesundheitsministerium hatte Anfang November dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zum Ausschluss der **Verordnungsfähigkeit der Gli-**

tazone zugestimmt, dieser Beschluss tritt nun zum 2. Quartal 2011 in Kraft. Als Gründe für seinen Beschluss nannte der GBA, dass es für Glitazone keine Belege für einen Zusatznutzen, aber eine Reihe von Belegen und Hinweisen für schwerwiegende schädliche Wirkungen gebe, etwa ein erhöhtes Frakturrisiko bei Frauen und ein gesteigertes Herzinsuffizienzrisiko.

„Demgegenüber stehen die Studienergebnisse zu **Gliptinen**, die über Zeiträume von zwei Jahren weder Hinweise noch Belege für ein relevantes Schädigungspotenzial ergeben haben. Besonders betont werden müssen zudem ihre Vorteile der Gewichtsneutralität und der glukoseabhängigen Wirkung.“ Soweit die „Ärzte Zeitung“ vom 15.2.2011. ... aber wer benötigt ein Medikament, dessen einziger Vorteil die Abwesenheit von Nebenwirkungen zu sein scheint?

„Im Hinblick auf den **Verordnungsausschluss der Glinide** hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) den GBA zu einer weiteren Stellungnahme aufgefordert. Nach Auffassung des Ministeriums müssen noch hinreichende Belege vorgelegt werden, dass die Verordnung von Gliniden unter Berücksichtigung der neuen Rechtslage des **AMNOG** tatsächlich unzweckmäßig sei.“ [MMW 12/2010] Kein Kommentar, die schlimmsten Befürchtungen zum

AMNOG scheinen bereits Realität geworden zu sein!

7. Neues Kriterium zur Diabetesdiagnose: das HbA1c

Die WHO hat im März dieses Jahres erstmals wieder die Diagnosekriterien für den Diabetes mellitus Typ 2 verändert und eine Bestätigung der Diagnose auch mit einem **HbA1c ab 6,5%** anerkannt: http://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c_2011.pdf. Anders als die amerikanische und auch die deutsche diabetologische Fachgesellschaft sieht sie aber keinen Anlass bei Werten knapp darunter, weitere Glykämie-Diagnostik zu veranlassen, auch wenn ein HbA1c-Grenzbereich natürlich ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko unterstreichen kann. Die DEGAM schließt sich dieser Empfehlung an und wird in Kürze ein eigenes **Positionspapier** zur Nutzung des HbA1c und des OGTT zur Diabetesdiagnose veröffentlichen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Til Uebel
Burgtorstraße 2, 74930 Ittlingen
Tel.: 07266 914141
Fax: 07266 914142



DEGAM im Netz

www.degam.de
www.degam-leitlinien.de
www.degam-patienteninfo.de
www.tag-der-allgemeinmedizin.de
www.degam2011.de
www.online-zfa.de