

Diabetes-Newsletter

Til Uebel¹

Aus aktuellem Anlass ein weiterer Diabetes-Newsletter: neue deutsche nationale **Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus Typ 2 Therapieplanung** als Konsensusversion publiziert.

Alle Beiträge finden DEGAM-Mitglieder auch auf der DEGAM-Homepage unter der Sektion Versorgungsaufgaben, wobei die heute besprochenen Analysen sämtlich im Internet frei zugänglich sind.

Die letzten Jahre stellten aus diabetologischer Sicht ein Desaster dar:

- Die offensichtliche Korrelation der Diabeteserkrankung mit vorzeitigem Tod, mikro- sowie makrovaskulären Folgeerkrankungen (insbesondere bei jungen Diabetikern) ist immer deutlicher zu erkennen, jedoch
- mit der ACCORD-Studie begann das Wissen um die Ineffizienz antihyperglykämischer Therapien hinsichtlich der Verhinderung diabetesassoziierter Folgeerkrankungen.

Die zuletzt entstandene Evidenz leitete ein Umdenken ein, das vor 5 Jahren kaum einer in dieser Form vermutet hätte, aber die Pharmakotherapie des Diabetes nachhaltig verändern musste. Wenig ist als gesichertes Wissen übrig geblieben.

Tatsächlich gilt heute nicht einmal mehr die Metformintherapie als hundertprozentig gesicherte Option, wie die aktuellste Metaanalyse von Boussageon anschaulich darstellt (<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1001204>).

In diese Metaanalyse wurden viele Einjahresergebnisse eingespeist, bekanntermaßen ein Zeitraum, indem keine erfolgreiche Risikosenkung zu erwarten ist, was das ernüchternde Ergebnis am ehesten erklärt: Trotzdem kommt dem Biguanid **Metformin** eine einzigartige Rolle bei der Behandlung des Typ-2-Diabetes zu, vor allem, weil die Datenlage für alle anderen blutzuckersenkenden Medikamente noch deutlich dürftiger ist.

Als Quintessenz der Forschungsergebnisse seit ACCORD erschienen im

April 2012 zuerst in einem ADA/EASD-Konsensuspapier neue Leitlinienempfehlungen, die eine Individualisierung der Therapieziele forderten und den bisherigen Fokus auf die Senkung des HbA1c deutlich zurücksetzten, diesem stellenweise einen untergeordneten Platz zuwies und als Qualitätsindikator ablehnen: <http://care.diabetesjournals.org/content/35/6/1364.full>.

Jetzt erscheint die seit langem angekündigte deutsche nationale Empfehlung, die eine kleine Revolution darstellt. Ich möchte die Eckpunkte hier kurz umreißen: Verlassen wurde wie schon in der ADA/EASD-Leitlinie die Medikation von Anfang an. Wenn irgendwie zu rechtfertigen, sollte mit der Änderung des Lebensstils begonnen und auf Medikamente bewusst verzichtet werden. Die DDG wendet sich damit komplett von bisherigen Empfehlungen ab.

Als erste Leitlinie überhaupt verlässt die NVL ein festes HbA1c-Ziel und beschreibt lediglich noch einen **HbA1c-Korridor** von 6,5 % bis 7,5 %. Auch betont diese deutsche Leitlinie, dass es vor allem um eine Individualisierung der Therapieziele geht:

- Die genannten HbA1c-Ziele sind vor allem als untere Grenze für medikalisierte Patienten zu verstehen;
- darunter liegende Ziele sollten nicht mit pharmakologischen Substanzen angestrebt werden;
- ein Ziel unter 7 % soll ausschließlich einer Behandlung mit Metformin als Monosubstanz vorbehalten werden.
- Im Gegenzug können deutlich höhere HbA1c-Ziele, z.B. 9 %, als gemeinsam mit dem Patienten vereinbarter Wert eine sinnvolle Therapieentscheidung darstellen.

Neues Element ist die von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) vorgeschlagene Einteilung in Medikamente mit und ohne gesicherten Nutzen. Auch wenn die DDG hier ein Sondervotum einlegt, ist sich die Mehrheit der Fachgesellschaften wohl einig, dass es sich bei die-



sen Substanzen ausschließlich um **Metformin, Glibenclamid** und **Insulin** (vielleicht noch Gliclazid) handelt.

Allen anderen zugelassenen Substanzen (Glimepirid, den Gliptinen, den Inkretinen sowie den Glitazonen, den Gliniden und Acarbose) – soll künftig eine Nischenindikation zugewiesen werden. Sie werden nur noch gebraucht, wenn Metformin und seine Alternative Glibenclamid bzw. Insulin nicht möglich oder unverträglich sind oder Insulin abgelehnt wird. Dabei handelt es sich also um einen Patientenwunsch, der als Folge einer genauen Aufklärung über fehlende Nutzenbelege trotz potenzieller Nebenwirkungen aller anderen Substanzen entstanden sein muss. Das ist das mutmaßliche Ende für die in den letzten zehn Jahren grassierende Polypragmasie mit immer neuen Medikamenten, die ausschließlich den HbA1c beeinflussen. Es ist aber auch ein klares Signal, dass deutsche Wissenschaftler ausschließlich Substanzen eingesetzt wissen wollen, die einen auf harte Endpunkte gesicherten Nutznachweis haben.

Neu ist auch die klare **Absage einer Polymedikation** von allen Fachgesellschaften. Während die DDG eine Zweifachmedikation noch akzeptiert, wird von den anderen Fachgesellschaften ausschließlich die Kombination Metformin/Insulin als evidenzbasierte Medikation empfohlen. Dreifachkombinationen sollten nach Willen aller Fachgesellschaften vermieden werden. Einer Monotherapie wird grundsätzlich der Vorzug gegeben.

Informativ sind die aufwendig gestalteten Kapitel jenseits der Medikation: Basistherapie, Schulung, Blutzuckerselbstmessung, Ernährung und Bewegung sowie perioperatives Manage-

¹ FA für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin und Diabetologie, Akademische Lehrpraxis der Universität Heidelberg

ment. Dies, obwohl in den genannten Bereichen gelegentlich vergessen wurde, ambulante Behandlungsmöglichkeiten ausreichend darzustellen und die Literaturrecherche der Autoren zu ganz anderen Ergebnissen führt als zuletzt z.B. durch die Wissenschaftler des IQWiG. Sie fand keine Evidenz für eine gezielte Bewegungs- oder Ernährungstherapie: <https://www.iqwig.de/download/V09->

02-AB-Behandlung_der_Adipositas_bei_Patienten_mit_Diabetes_mellitus_Typ2. pdf.

Es macht Spaß, sich durch dieses Mammutwerk zu lesen. Noch befindet sich die Leitlinie in der sogenannten Konsultationszeit: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_therapieplanung/pdf/nv1-dm-therapie-lang-konsultation.pdf.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Til Uebel
Burgtorstraße 2
74930 Ittlingen
Tel.: 07266 914141
til.uebel@t-online.de

Einreichung von Abstracts für den Jahreskongress

Das Jahr hat gerade erst begonnen, doch der 47. DEGAM-Jahreskongress, der vom 12.–14. September am Klinikum rechts der Isar der TU München stattfinden wird, kündigt sich bereits heute an: Noch bis Ende April können die Referenten ihre Abstracts auf www.de

[gam2013.de](http://www.degam2013.de) online einreichen. Diese werden wieder in einem gemeinsamen Abstractband, der darüber hinaus auch eine detaillierte Programmübersicht sowie ein Verzeichnis aller Referenten beinhaltet, gesammelt und an alle Teilnehmer verteilt. Seit Anfang Dezember let-

zen Jahres steht die neue Kongresshomepage www.degam2013.de zur Verfügung. Diese bietet ausführliche Informationen zu Programminhalten sowie dem Veranstaltungsort und natürlich die Option, sich direkt verbindlich für den Jahreskongress online anzumelden.

Lehrpreis der GHA an Dr. Kurt Lamprecht aus Kiel verliehen



Die Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA) ehrte anlässlich der diesjährigen Mitgliederversammlung ihr altgedientes Mitglied Dr. med. Kurt Lamprecht mit ihrem Lehrpreis. In der Laudatio wurde besonders Dr. Lamprechts 30-jähriges, kontinuierliches Engagement für den allgemeinmedizinischen Unterricht als Leiter des Lehrauftrages an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel hervorgeho-

ben. Er erreichte einen kontinuierlichen Ausbau und Verbesserung der allgemeinmedizinischen Lehre, Vergrößerung des hausärztlichen Lehrkörpers und engagierte sich auf verschiedenen Ebenen für die Einrichtung eines Instituts und der erneuten Ausschreibung einer Professur. Dr. Lamprecht zeigte sich stets offen für neue didaktische Konzepte und setzte diese auch erfolgreich um.



Abbildung Der 1. Vorsitzende der GHA Prof. Dr. Wilhelm Niebling (rechts) verleiht den Preis an Dr. Kurt Lamprecht.