

Was ist neu beim Update 2022?

Guideline Diabetes mellitus Typ 2

Das Hausärztenetzwerk *mednetbern* fokussiert beim Update der Guideline Diabetes mellitus Typ 2 [1] auf die evidenzbasierte Etablierung neuer Medikamente und die damit verbundenen Therapieumstellungen. Neue Zielwerte bei den kardiovaskulären Komorbiditäten arterielle Hypertonie und Hyperlipidämie, aber auch hausärztlich wichtige Aspekte wie Fahreignung und Arbeitsfähigkeit ergänzen diese Leitlinie für den Grundversorger.

Amato Giani^a, Stefan Schäfer^a, Beat Müller^b

^a mednetbern; ^b beratender Arzt

Ergebnisse [2, 3]

An den Basics hat sich nichts geändert!

- Der FINDRISK-Screening-Fragebogen [4, 5] bleibt Herzstück beim Case-Finding.
- Die Diagnose wird durch jeden der folgenden vier Laborwerte gestellt: Venöse Nüchtern glukose $\geq 7,0$ mmol/l oder venöse Zufallsglukose $\geq 11,1$ mmol/l. HbA1c $\geq 6,5\%$. Orale Glukosetoleranztest OGTT: $\geq 11,1$ mmol nach zwei Stunden.
- Die Zielwerte für HbA1c betragen für Diabetiker <70-jährig: <7%; ≥ 70 -jährig: 7–7,5% (bei Frailty 8–8,5% mit Fokus auf Vermeidung von Hypoglykämien).
- Allgemeine Therapiemassnahmen (Lifestyle-Modifikation, Aufklärung, Vereinbarung der Therapieziele und deren Kontrolle, Mobilisierung der Selbsthilfe, Pflegeinstruktionen) stehen nach wie vor an oberster Stelle bei der Behandlung

Neu

- Die Diagnose Prädiabetes ICD-10 R73 wird im Abschnitt Case-Finding mit den Laborwerten definiert: venöse Nüchtern glukose: 5,6–6,9 mmol/l; oder venöse Zufallsglukose 7,8–11,0 mmol/l; oder HbA1c 5,7–6,4%.
- Pharmakotherapie:
Eine medikamentöse Therapie ist notwendig, wenn nach einer 3-monatigen Umstellung des Lifestyles der HbA1c-Zielwert

nicht erreicht worden ist. Bei sehr hohen Werten (HbA1c $>10\%$) wird sofort medikamentös therapiert.

Wir unterscheiden zwischen initialer Therapie und Add-on-Therapie. Das Konzept der First-Line- bis Fourth-Line-Therapie wird verlassen.

Initialtherapie

Metformin (Dosisreduktion um 50% bei Niereninsuffizienz Stadium KDIGO 3b, Stopp ab KDIGO 4).

Bei Metformin-Unverträglichkeit oder Niereninsuffizienz sind SGLT-2-Hemmer (offiziell bis KDIGO 3b), GLP-1-RA oder DPP-4-Hemmer empfohlen.

Bei kardiovaskulären Komorbiditäten soll Metformin schon früh mit einem SGLT-2-Hemmer und/oder GLP-1-RA kombiniert werden. Insulin hat seinen Platz in der Initialtherapie bei akuter Dekompensation des Glukose-Stoffwechsels.

Add-on Therapie

Bei Nichterreichen des HbA1c-Zielwerts mit der Initialtherapie (Limitationen versicherungsmedizinischer Art müssen beachtet werden, siehe Spezialitätenliste!) [6].

SGLT-2-Hemmer bei Herz- und/oder Niereninsuffizienz und/oder kardiovaskulärem Risiko.

GLP-1-RA bei Priorisierung der Gewichtsreduktion und/oder erhöhtem kardiovaskulärem Risiko.

DPP-4-Hemmer geeignet bei schwerer Niereninsuffizienz.

Basalinsulin (evtl. plus schnellwirksames meal-time Insulin) oder Mischinsulin.

Neueinstellungen mit Sulfonylharnstoffen sollten nur noch in begründeten Fällen erfolgen.

Eine praktische Tabelle zur Wahl der verschiedenen Medikamentenklassen, je nach klinischem Szenario ist in die Guideline integriert.

Eine zusätzliche separate Bedeutung in der Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 hat die bariatrische Chirurgie.

Zielwerte für Blutdruck und LDL-Cholesterin

- Für Typ-2-Diabetikerinnen und Diabetiker gilt ein Blutdruck-Zielwert <130/90 mm Hg.
- Zielwerte für das LDL-Cholesterin werden je nach Krankheitslast differenziert: Diabetes mit Endorganschäden: <1,4 mmol/l. Diabetes ohne Endorganschäden: <1,8 mmol/l. Bei Diabetes ohne Endorganschäden und Diabetesdauer <10 Jahre gilt: <2,6 mmol/l.

Arbeitsfähigkeit

Die Folgen der chronischen Hyperglykämie (Visus, Polyneuropathie) oder drohende Hypoglykämien (Berufsfahrerinnen und Berufsfahrer) können die Ausübung des bisherigen Berufs gefährden. Für jüngere Typ-2-Diabetikerinnen und Diabetiker empfehlen wir deshalb je nach Tätigkeit das Instrument der Früherfassung und Frühintervention der Invalidenversicherung [7].

Fahreignung [8]

1. Gruppe (Personenwagen, Motorrad): Es gilt bei informierten Patientinnen und Patienten der Grundsatz der stabilen Blutzuckereinstellung ohne verkehrsrelevante Unter- oder Überzuckerungen. Wenn möglich sollten keine Sulfonylharnstoffe oder Insulin verordnet werden. Wenn eine Behandlung mit diesen Präparaten notwendig ist, muss eine präzise Instruktion erfolgen (Merkblatt für das Autofahren mit Diabetes mellitus).

2. Gruppe (Lastwagen, Personentransport, Autobus): Die Überweisung an Diabetologinnen und Diabetologen oder Verkehrsmedizinerinnen und Verkehrsmediziner ist empfehlenswert. Beruflicher Personentransport ist bei Insulin-Therapie in der Regel verboten.

Schlussfolgerung, Ausblick

Die ausführliche Betrachtung der medikamentösen Therapie in dieser Guideline soll den zahlreichen neuen Erkenntnissen und der erfreulicherweise dynamischen Entwicklung Rechnung tragen. Die zunehmende Verjüngung der betroffenen Population (Adipositas-Epidemie, Bewegungsmangel) verdeutlicht die Notwendigkeit präventiver Massnahmen im Sinne der Lifestyle-Modifikation. Verkehrsmedizinisch tätige Mitglieder von mednetbern empfehlen eine intensivere Instruktion der Autofahrerinnen und Autofahrer, welche mit Insulin oder Sulfonylharnstoffen behandelt werden müssen. Anscheinend sind betroffene Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetiker oft ohne Kenntnisse des Diabetes-Merkblatts fürs Autofahren.

Die Guideline ist als separater Online-Appendix verfügbar unter www.primary-hospital-care.ch

Korrespondenz

Dr. med. Amato Giani
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin
Praxis Giani, mednetbern AG
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
[amato.giani\[at\]hin.ch](mailto:amato.giani[at]hin.ch)

Literatur

- 1 <https://www.mednetbern.ch/publications/mellitus-update-2022.pdf>
- 2 2019 update to: Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). www.easd.org/statements.html
- 3 Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED/SSD) für die Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 (2020). www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/2020_Swiss_Recomm_Medis_DE_def.pdf
- 4 Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*. 2003 Mar;26(3):725–31. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.3.725> PMID:12610029
- 5 <https://www.mednetbern.ch/publications/fragebogen.pdf>
- 6 <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html>
- 7 <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagen-gesetze/leistungen-iv/iv-eingliederung/iv-frueherfassung.html>
- 8 Richtlinien bezüglich Fahreignung und Fahrfähigkeit bei Diabetes mellitus. https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/2018_10_10_Neue-Auto-Richtlinien_SGED_final_DE.pdf

Conflict of Interest Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.