

Die Nationale Versorgungsleitlinie Diabetes (Deutschland)



Günther Egidi, Innsbruck 14.9.2020

Angaben zu Interessenkonflikten Egidi 1

Geschäftsanteile/Aktien an Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (Patente, Urheberrechte, Verkaufslizenzen)	nein
persönliche Beziehungen zu Vertreter eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Partner dort angestellt)	nein
Honorare für Berater-/Gutachtertätigkeit außerhalb der üblichen Patientenbetreuung als Hausarzt/-ärztin , bezahlte Mitarbeit im wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneiindustrie, Medizinprodukte), eines kommerziellen Auftragsinstituts oder	JA

1000 € für ein Vortragsmodul zu den umsatzstärksten Medikamenten von Seiten der AOK Bremen
1000 € vom PROFIL-Institut für Teilnahme an Experten-Workshop zu Patienten-relevanten Endpunkten bei Diabetes

Angaben zu Interessenkonflikten Egidi 2

400 € Tagungskosten und Fahrtkosten nach Köln für die Mitarbeit an Medikamentenliste für den Hausarzt-Vertrag mit der Techniker-Krankenkasse

Erstattung von Reise- oder Übernachtungskosten für einen Kongress oder eine Fortbildungsveranstaltung durch ein Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	JA
Honorare für Anwendungsbeobachtungen oder klinische Auftrags-Studien der pharmazeutischen oder Medizin-Geräte-Industrie	nein
Gelder (auch Geräte, Materialien, organisatorische Hilfestellung oder Unterstützung bei der Abfassung von Manuskripten) für ein von mir initiiertes Forschungsvorhaben aus einem Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein
Ich verdiene Geld mit der klinischen Prozedur, über die ich in diesem Vortrag berichte	DMP Diabetes ?, Med-Budget ?

Wo sieht sich die Hausärztin heute?



Nr. 138 / Februar 2016

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Februar 2016

Informationsstand Februar 2016

ROT → GRÜN

NOGKK
NO Gebietskrankenkasse
Wir versorgen Sie!

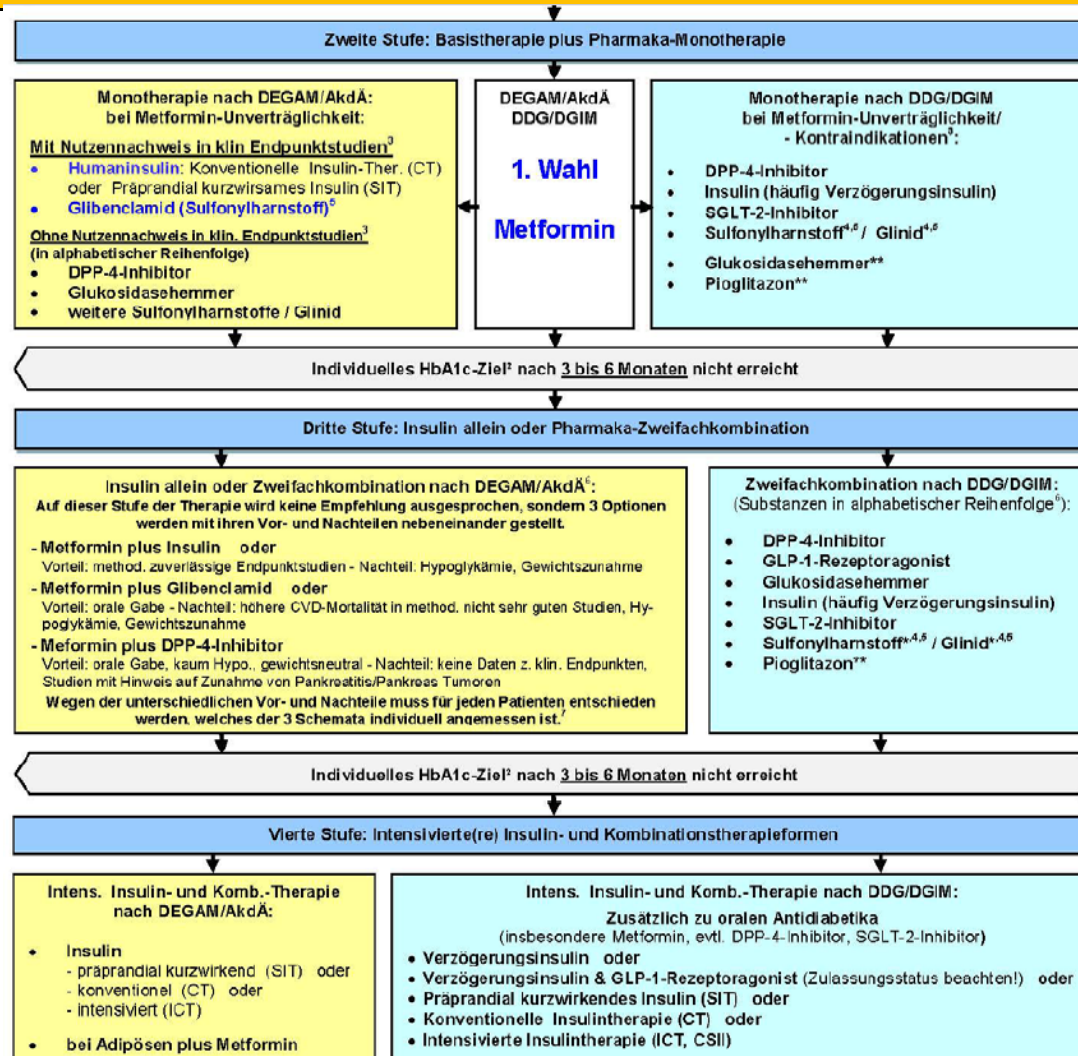


Wofür überhaupt eine Nationale Versorgungs-Leitlinie (NVL)?

- 2002 Erste Version NVL Diabetes – ohne die hausärztliche Fachgesellschaft DEGAM – u.a. Beginn und Eskalation med. Therapie ab/bei HbA1c 7,0%. Alle Player hatten relevante Interessenkonflikte
- 2003 Einführung des DMP Diabetes in Deutschland – betrieben u.a. vom wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen
- 2013 Veröffentlichung 2. Version NVL – MIT DEGAM und Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ). In dieser Version keine Festlegung zu Abstimmungen bei relevanten Interessenkonflikten
- 2020 Aktualisierung zur 3. Version. Ausgiebige Vorab-Diskussion in Diabetes-AG der DEGAM, AKdÄ und Ges. für Pflegewissenschaft. **Klargestellt: bei dissenten Voten doppelte Abstimmungen (einmal mit, einmal ohne Interessenkonflikte). Unter dieser Drohung gelang es, dissente Voten zu vermeiden.**
- Ziel einer NVL: GEMEINSAME Definition von Diagnose, Therapie und Therapie-Zielen über Fachgruppen und Versorgungs-Kontexte hinweg.

Nationale Versorgungsleitlinie Diabetes (Version 2013)

HbA1c-Zielkorridor: 6,5 % bis 7,5 %



Dissens 2013 - lesbar

AKdÄ/DEGAM

Kontraindik gegen Metformin

=> Glibenclamid oder Humaninsulin

Metformin reicht nicht

=> Metformin + Insulin
PLUS: Endpunkts

MINUS: Hypos, G

=> Metformin + Glib

PLUS: orale Gabe

MINUS: kardiovas

methodisch nicht

=> Metformin + DPP

PLUS: orale Gabe

MINUS: keine En

vermehrt Pankrea

DDG/DGIM

Kontraindik gegen Metformin

=> DPP4-Hemmer, Insulin, SGLT-2-
Sulfonylharnstoff, Glinid,
Hemmer oder Pioglitazon

nicht

P4-Hemmer, GLP1-

osidasehemmer,

Hemmer, Sulfonyl-

, Pioglitazon



Nationale Versorgungsleitlinie Diabetes (Version 2020)

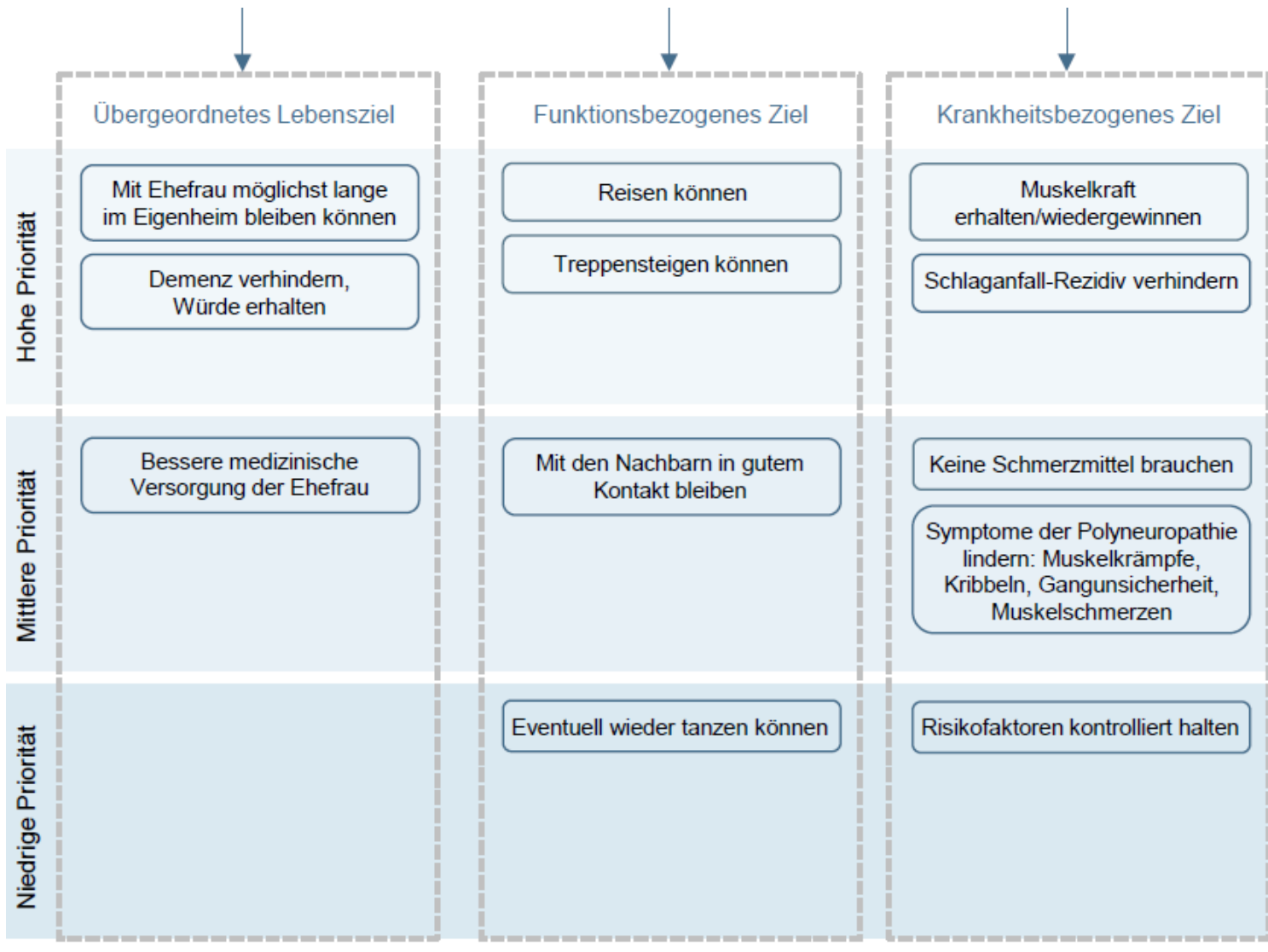
Neu: Einbezug der Patient/innen-Perspektive

Tabelle 2: Ziel-Kategorien und Beispiele aus Sicht des Menschen mit Typ-2-Diabetes (modifiziert nach [28])

Ziel-Kategorien	beispielhaft ausgewählte Ziele*	Mögliche ermutigende Fragen
Übergeordnete Lebensziele („ <i>fundamental goals</i> “)	• Erhalt und Wiederherstellung der Lebensqualität • Teilhabe am Leben erhalten • Unabhängigkeit erhalten • Verhinderung vorzeitiger Mortalität	„Wenn Sie an Ihren Diabetes denken, was ist Ihnen dann für Ihr Leben besonders wichtig?“
Funktionsbezogene Ziele („ <i>functional goals</i> “)	• Sehkraft erhalten, Auto fahren • Tätigkeiten alleine verrichten können (Gehstrecke erhalten) • Arbeitsplatz erhalten • Minimierung der Belastung und der Nebenwirkungen durch die Therapie • Sexualität erhalten	„Wenn Sie an mögliche Einschränkungen durch Ihren Diabetes denken, was möchten Sie dann erreichen?“ „Welche Aktivitäten möchten Sie gern weitermachen können?“
Krankheitsbezogene Ziele („ <i>disease specific goals</i> “)	• Schmerzen reduzieren • Besser schlafen • Bessere Stoffwechsel-Kontrolle • Kein schlechtes Gewissen beim Essen • Folgeschäden vermeiden (Nierenfunktion erhalten, Blasenfunktion erhalten, keine Vorlagen benötigen)	„Wenn Sie an Ihren Diabetes denken: Welche Beschwerden oder Aspekte Ihrer Erkrankung möchten Sie verändern?“

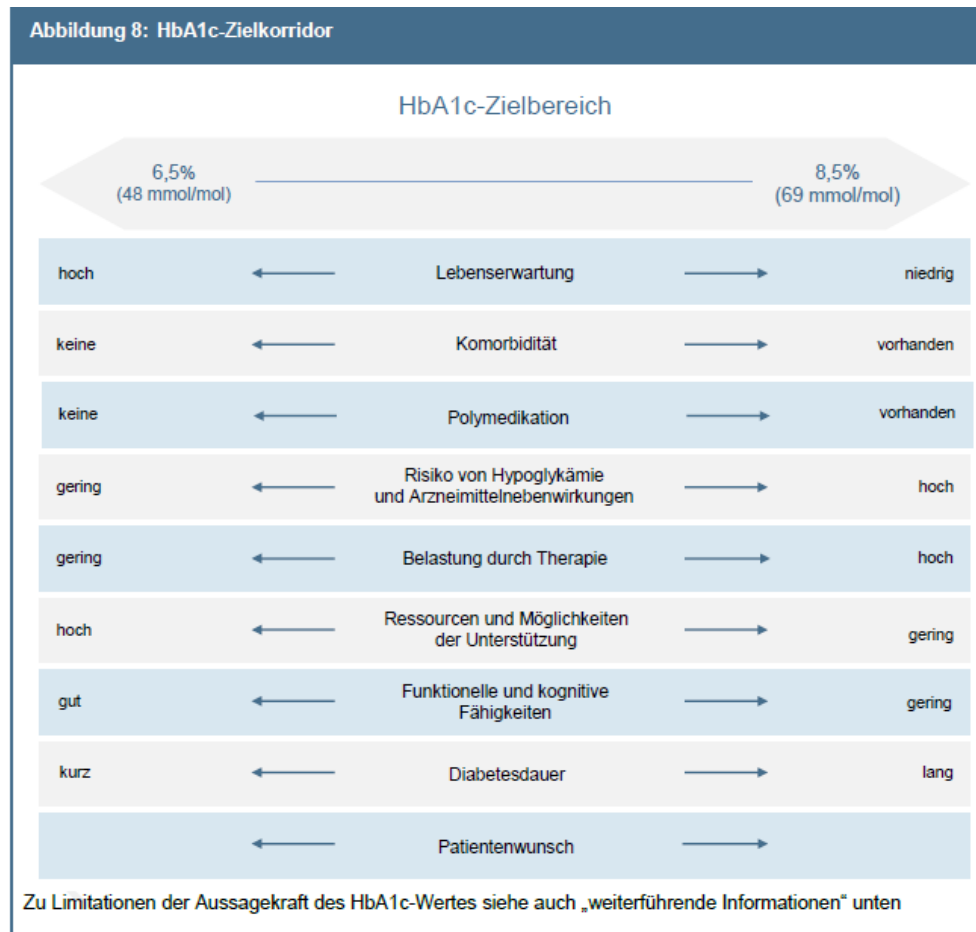
* Die Tabelle erhebt keinen Anspruch darauf, alle potenziellen Krankheitsziele bei einer komplexen Erkrankung wie Diabetes abzubilden.

Nationale Versorgungsleitlinie Diabetes (Version 2020)

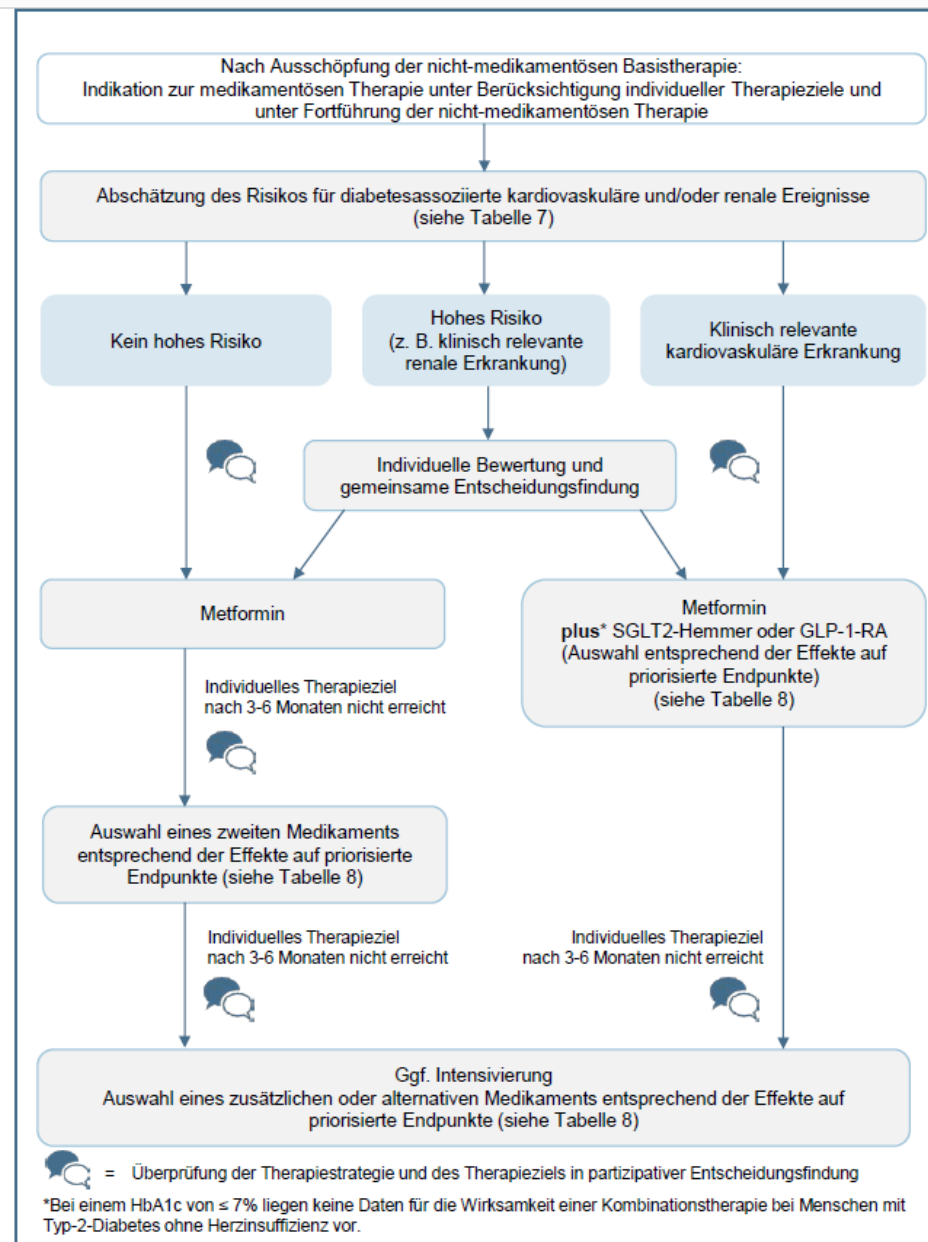


Nationale Versorgungsleitlinie Diabetes (Version 2020)

- Bei allen diagnostischen und therapeutischen Schritte Vor- und Nachteile verständlich darstellen
- Auch ÄRZTLICHE Kontext-Faktoren benannt
- Regelmäßig prüfen, ob die Therapie **de**-eskaliert werden kann



NVL Diabetes – zentraler Algorithmus



NVL 2020 – am Beispiel von 4 Patient/innen



Frau Geffken



56 Jahre alt
BMI 35 kg/m² mit
steigender Tendenz
Unter 5 mg Ramipril RR
meist 150/90 mm Hg

Keine kardiovask. Vorerkrankungen

Nichtraucherin

HbA_{1c} steigt unter max. Dosis Metformin
nach und nach auf 9,5%

Sollte die Therapie verändert werden?

Wenn ja, wie?

Herr Yildirim



62 Jahre alt

BMI 29 kg/m²

RR meist unter 140/90 mm Hg

Vor 2 Jahren Stent RIVA

Er raucht und hat eine COPD

HbA1c unter 2x1000 mg Metformin

konstant zwischen 8,0 und 9,0%

Sollte die Therapie verändert werden?

Wenn ja, wie?

Frau Grotheer



83 Jahre alt

BMI 26 kg/m²

RR meist um 140/90 mm Hg

Bis auf Osteoporose keine
Vorerkrankungen

Sie sorgt sich wegen eines HbA_{1c} von
7,8%

eGFR 45 ml/min, darum nicht mehr als
2x500 mg Metformin

Sollte die Therapie verändert werden?
Wenn ja, wie?

Herr Sturm



88 Jahre alt

HbA1c ließ sich jahrelang gut kontrollieren, aber allmählich arbeitet die Niere nicht mehr mit - eGFR unter auf 500 mg

reduzierter Metformin-Dosis um 30 ml/min. Jetzt ist sein HbA1c auf 9,8% gestiegen

Sollte die Therapie verändert werden?
Wenn ja, wie?

Und was empfiehlt die hausärztliche Fachgesellschaft DEGAM?

- Medikamente **erst ab** HbA1c 7,5% beginnen
- Unter Medikation HbA1c-Korridor 7,0-8,0%
- Bei über 70-Jährigen/Lebenserwartung unter 10 Jahre HbA1c nicht regelmäßig über 8,5%
- **Keine** SGLT-2-Hemmer/GLP1-Analoga **ohne** präzedente kardiovaskuläre Krankheiten
- Sitagliptin allenfalls bei eGFR < 30 ml/min, wenn Insulin abgelehnt wird oder kontraindiziert – sonst **nicht**

Empfehlungen DEGAM 2

- Ohne kardiovask. Erkrankungen als nächstes Glibenclamid zu Metformin dazu
- Wenn das nicht reicht, Glibenclamid ab und basales Humaninsulin zur Nacht dazu
- Insulin Glargin **nur**, wenn die Betroffenen den Pen nicht schwenken können => Pflegedienst? Sonst **keine** Indikation für Insulin-Analoga
- Nächster Schritt: 2x am Tag Mischinsulin bei stabilem Ess-Rhythmus
- Intensivierte Insulin-Therapie wegen Hypo-Risiko vermeiden
- Wenn individuelles HbA1c-Ziel bei Personen mit kardiovask. Erkrankungen nicht erreichbar => Liraglutid oder Empagliflozin

Vorschlag für Frau Geffken



56 Jahre alt
BMI 35 kg/m² mit
steigender Tendenz
Unter 5 mg Ramipril RR
meist 150/90 mm Hg

Keine kardiovask. Vorerkrankungen

Nichtraucherin

HbA1c steigt unter max. Dosis Metformin
nach und nach auf 9,5%

- Ramipril auf 10 mg steigern (effektiver
als antihyperglykämische Behandlung!)
- Glibenclamid 3,5 mg dazu

Vorschlag für Herrn Yildirim



62 Jahre alt

BMI 29 kg/m²

RR meist unter 140/90 mm Hg

Vor 2 Jahren Stent RIVA

Er raucht und hat eine COPD

HbA1c unter 2x1000 mg Metformin

konstant zwischen 8,0 und 9,0%

Liraglutid oder Empagliflozin dazu

Vorschlag für Frau Grotheer



83 Jahre alt

BMI 26 kg/m²

RR meist um 140/90 mm Hg

Bis auf Osteoporose keine
Vorerkrankungen

Sie sorgt sich wegen eines HbA_{1c} von
7,8%

eGFR 45 ml/min, darum nicht mehr als
2x500 mg Metformin

- Therapie **de**-eskalieren auf 1 Metformin 500
- Positive Botschaft an Pat: „genießen Sie Ihr Leben“

Vorschlag für Herrn Sturm



88 Jahre alt

HbA1c ließ sich jahrelang gut kontrollieren, aber allmählich arbeitet die Niere nicht mehr mit - eGFR unter auf 500 mg

reduzierter Metformin-Dosis um 30 ml/min. Jetzt ist sein HbA1c auf 9,8% gestiegen

- Humaninsulin zur Nacht – evtl. über Pflegedienst
- Bei Ablehnung von Insulin evtl. Versuch mit Sitagliptin

Noch Fragen?

Dann gerne an

guenther.egidi@posteo.de