

ZB MED DER ARZNEIMITTELBRIEF

UNABHÄNGIGES INFORMATIONSBLETT

Gegründet von: H. Herxheimer, M. Schwab, H.-W. Spier

Herausgeber: D. von Herrath, W. Thimme

Schriftleitung: D. von Herrath, W.-D. Ludwig,
W. Oelkers, J. Schuler, W. Thimme

Mitarbeiter: A. Michalsen



Beirat: J. Bircher, Meikirch (Schweiz); H. Coper, Berlin; W. Creutzfeldt, Göttingen; M. Gregor, Tübingen; R. Gross, Köln; U. Hagemann, Berlin; H. Hahn, Berlin; H. Kewitz, Berlin; H. Kolbe, Hannover; J. Kotwas, Berlin; C. Lauritzen, Ulm; M. Rothmund, Marburg; T. Schaberg, Rotenburg/Wümme; W. Schwab, München; G. Stüttgen, Berlin; W. Thies, Berlin; H.-U. Wahn, Berlin; H. Zeidler, Hannover; M. Zeitz, Berlin

Schriftleitung: Potsdamer Straße 17, 12205 Berlin, Telefon (030) 84314361, Fax (030) 84314362, Internet: www.der-arzneimittelbrief.de · **Verlag:** Westkreuz-Verlag GmbH Berlin/Bonn, Töpchiner Weg 198/200, 12309 Berlin, Telefon (030) 7452047, Fax (030) 7453066, Internet: www.westkreuz.de, E-mail: vertrieb@westkreuz.de
Konto: Postbank Berlin 47428-101 (BLZ 10010010) · Jährlicher Bezugspreis 41 € inklusive Versandkosten im Inland, Preis des Jahresabonnements für Studenten 25 € inklusive Versandkosten im Inland · Erscheinungsweise monatlich · Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Herausgeber gestattet · Kündigung des Abonnements jeweils 3 Monate zum Jahresende · Gerichtsstand: Berlin

Jahrgang 36 · Nr. 10

Berlin

Oktober 2002

Diabetes mellitus Typ 2: Unterschiedliche Richtlinien zur Behandlung

Richtlinien zu Diagnostik und Therapie von Erkrankungen sollten „Evidenz-basiert“ sein. Daß man Evidenz unterschiedlich bewerten oder klinische Studien für mehr oder weniger mangelhaft halten kann, zeigt ein Vergleich der neuen therapeutischen Richtlinien für den Diabetes mellitus Typ 2 (DM2). Erstens gibt es die Nationale Versorgungs-Leitlinie (NL), die von der Bundesärztekammer, der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) und anderen Fachgremien in 1. Auflage im Mai 2002 herausgegeben worden ist (1). Zweitens ist eine spezielle Leitlinie der AkdÄ im Druck (2). Drittens gibt es eine Leitlinie des Koordinierungsausschusses nach § 137 e SGB V (3). Dieser Ausschuß ist mit Vertretern der Krankenkassen, der medizinischen „Leistungserbringer“ und mit 3 „unparteiischen“ Mitgliedern besetzt. Diabetologische Expertise kam überwiegend von einem einzigen Berater aus Köln. Der Koordinierungsausschuß soll „Disease-Management-Programme“ (DMP) für spezielle Erkrankungen (hier DM2) erarbeiten. Patienten mit den betreffenden Einschlusskriterien können dann bei den Krankenversicherungen angemeldet werden. Der behandelnde Arzt muß sich an die Therapierichtlinien des betreffenden Programms halten, wird von den Kassen in dieser Hinsicht auch kontrolliert und entsprechend fallbezogen bezahlt. Nicht präzise formuliert ist, wann er seinen Patienten an einen Diabetologen oder an ein (spezielles?) Krankenhaus überweisen soll (oder muß?). Klingt ganz schön, beinhaltet aber eine bürokratische Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit. Denn wer entscheidet wohl im Konfliktfall? Ganz sicher zunächst Nichtärzte am Schreibtisch der Krankenkasse!

Hier können nur die Empfehlungen zur medikamentösen Blutzuckersenkung, zur antihypertensiven und „renoprotektiven“ Therapie bei DM2 abgehandelt werden, also zu Themen, zu denen sich der ARZNEIMITTELBRIEF in den letzten Jahren bereits in vielen Einzelmitteilungen kritisch geäußert hat (4–12).

In allen Leitlinien wird selbstverständlich die Notwendigkeit der Ernährungsumstellung, der vermehrten körperlichen Aktivität, der Gewichtsreduktion als Basistherapie des DM2 sowie die systematische Schulung und Ernährungsberatung in den Vordergrund gestellt.

Blutzuckersenkung: Die NL empfiehlt bei HbA_{1c} -Werten > 7 % drei Monate nach Beginn der Basistherapie den Be-

Inhalt dieser Ausgabe

Diabetes mellitus Typ 2: Unterschiedliche Richtlinien zur Behandlung	73
Thrombolysetherapie beim Schlaganfall. Wurden die Leitlinien von der Industrie beeinflusst?	75
Welcher GP IIb/IIIa-Rezeptor-Blocker ist bei Koronarinterventionen zu empfehlen? Die TARGET-Studie	76
Inhalatives Iloprost bei pulmonaler Hypertonie. Die AIR-Studie	77
Ist der Extrakt aus Weißdorn-Blüten oder -Blättern (Crataegus) doch wirksam bei Herzinsuffizienz?	78
Wechselwirkung zwischen Tramadol und Antikoagulanzen	78
Behandlung der Mundtrockenheit bei Sjögren-Syndrom oder Strahlentherapie	79
Ödeme als Nebenwirkung von Pioglitazon (Actos)	79
Das BfArM gibt bekannt: QT-Zeit-Verlängerungen nach Einnahme des Antihistaminikums Loratadin	79
Leserbriefe	
Pankreatitis durch Mumps-Masern-Röteln-Impfung?	80
Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns nach Doxycyclin?	80

Dosisangaben ohne Gewähr!

ginn der medikamentösen Therapie mit Glibenclamid (Euglucon u. v. a.) oder, bei Übergewicht, mit Metformin (Glucophage u. v. a.). Ist nach nochmals drei Monaten unter dieser Therapie der HbA_{1c} -Wert weiter > 7 %, wird ein zweites orales Antidiabetikum empfohlen, und zwar bei vorheriger Sulfonylharnstoff (SH)-Therapie (in alphabetischer Reihenfolge) ein Alpha-Glukosidase-Hemmer (z. B. Acarbose = Glucobay) oder ein Glitazon (z. B. Pioglitazon = Actos oder Rosiglitazon = Avandia). Eine im Mai 2002 erschienene Richtlinie der DDG (13) enthielt an dieser Stelle noch Metformin. Bei Vorbehandlung mit Metformin wird (in alphabetischer Reihenfolge) die Zweittherapie mit Acarbose oder Glinid (z. B. Repaglinid = NovoNorm oder Nateglinid = Starlix) oder Glitazon oder SH empfohlen. In einer fett gedruckten Note des Therapieschemas der NL ist vermerkt: „Die Kombination von Glibenclamid und Metformin wird zur Zeit häufig angewendet. Neuere Studien (gemeint ist UKPDS 33; 10) ergeben Hinweise

Zs. B
1375
ZB MED