

Therapie des Typ-2-Diabetes – Uneinigkeit bei den Medikamenten?

Die Nationale VersorgungsLeitlinie „Therapie des Typ-2-Diabetes“ ist im August 2013 erschienen. Erstmals präsentiert eine NVL einen Therapiealgorithmus, der zwei unterschiedliche Stufenschemata beschreibt und gleichermaßen empfiehlt. Auf einige Leser der NVL wirkte das so, als wüssten die Experten selbst nicht, wie nun die „richtige“ Pharmakotherapie aussieht. Doch hinter der doppelten Empfehlung steckt keine Rat- oder Planlosigkeit – sie ist das Ergebnis einer langen, gewissenhaften und kontroversen Auseinandersetzung mit der verfügbaren Literatur. Ganz kurz skizziert:

Die Experten waren sich einig, dass zunächst das individuell vereinbarte HbA1c-Ziel durch Lebensstiländerungen erreicht werden soll. Erst wenn nach drei bis sechs Monaten keine wesentliche Veränderung eingetreten ist, soll Metformin eingesetzt werden, auch darüber besteht Einigkeit. Dann aber gehen die Meinungen sehr weit auseinander: Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) geben sowohl bei Metformin-Unverträglichkeit wie auch bei nicht ausreichender HbA1c-Senkung durch Metformin-Monotherapie eher dem Sulfonylharnstoff Glibenclamid oder Humaninsulin den Vorzug. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hingegen empfehlen eher andere neue orale Antidiabetika.

Auch wenn sich viele Nutzer von Leitlinien verständlicherweise eindeutige und klare Empfehlungen zum angemessenen Vorgehen wünschen: Der Algorithmus der NVL Therapie des Typ-2-Diabetes zeigt, dass die Datenlage nicht immer so eindeutig und einfach zu beurteilen ist. Beide Expertengruppen haben im Hintergrundtext ausführlich begründet, auf welcher Grundlage sie zu ihrer Empfehlung kommen: AkdÄ und DEGAM empfehlen vorrangig Wirkstoffe, die in Studien gezeigt haben, dass sie klinische Endpunkte wirksam beeinflussen können, das bedeutet: Es wurde belegt, dass diese Wirkstoffe mikro- und/oder makrovaskuläre Ereignisse signifikant reduzieren konnten. Wirkstoffe, für die lediglich eine Senkung des HbA1c-Wertes nachgewiesen ist, werden erst nachrangig empfohlen, weil nach Ansicht der beiden Organisationen unklar ist, ob sie wirklich Folgeschäden des Diabetes vermeiden können. DGIM und DDG hingegen bewerten höher, dass einige neue orale Antidiabetika ein geringeres Risiko für Hypoglykämien aufweisen und damit ein günstigeres Nebenwirkungsprofil haben als Sulfonylharnstoffe. Zudem bewerten sie die Wirksamkeitsnachweise für Sulfonylharnstoffe kritisch.

Auch in einem intensiven, nach strengen Regeln ablaufenden Konsensprozess haben beide Gruppen von Experten keinen Kompromiss für eine einheitliche Vorgehensweise gefunden – zu unterschiedlich waren die Bewertungen der vorhandenen Studien und die vorrangigen Ziele bei der Wirkstoffauswahl. Und keine der Studien war von so unangreifbarer Qualität, dass die Position einer der beiden Gruppen eindeutig hätte widerlegt werden können.

In einem solchen Fall, wenn keine Einigung erzielt werden kann, sieht eine hochwertige Leitlinie die Möglichkeit vor, den Dissens transparent darzustellen und zu begründen. So haben beide Expertengruppen den von ihnen favorisierten Algorithmus so deutlich und nachvollziehbar wie möglich begründet, indem sie Vor- und Nachteile ihrer Empfehlungen diskutieren und die jeweils zugrundeliegenden Werturteile (klinische Endpunkte versus Nebenwirkungsprofile) schildern. So hat jeder Nutzer der NVL die Möglichkeit, sich seine eigene Meinung zu bilden und den Empfehlungen zu folgen, die er für nachvollziehbarer und begründeter hält. Die Alternative wäre gewesen, ab der dritten Therapiestufe keine Empfehlung mehr auszusprechen und alle behandelnden Ärztinnen und Ärzte mit der Evidenz und deren Deutung allein zu lassen. Damit wäre ihnen vermutlich weniger gedient gewesen.

Und: Das Bemerkenswerte an dem doppelten Therapiealgorithmus der NVL ist nicht, dass die beiden Expertengruppen ihren favorisierten Algorithmus „untergebracht“ haben. Sondern dass sie die anderslautenden Empfehlungen der jeweils anderen Gruppe neben ihren eigenen dulden und als Teil der NVL akzeptieren. Nicht immer lassen sich Kompromisse finden, die den Auffassungen, Interpretationen und Werten aller Beteiligten gerecht werden. In diesen Fällen die unterschiedlichen Sichtweisen begründet darzustellen statt zu verschweigen, ist eine Stärke des Verfahrens, keine Schwäche. Denn dies ermöglicht zumindest Orientierung für jede oder jeden Einzelnen. Wenn auch um den Preis einer intensiven Befassung und Auseinandersetzung.

Gültigkeit abgelaufen, NVL-Überprüfung.

Impressum:

NVL-INFO zum Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien in der Trägerschaft von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
Redaktion und Pflege: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin. E-Mail: nvl@azq.de