



- Im Zuge des Ende Juni von der Österreichischen Diabetes Gesellschaft organisierten Webinars „Wrap-Up Diabetologie“ gab Univ.-Prof. Dr. Susanne Kaser, Präsidentin der Österreichischen Diabetes Gesellschaft, einen **Überblick zu den aktualisierten Leitlinien** der Europäischen, Amerikanischen und Österreichischen Diabetes Gesellschaften (EASD/ADA/ÖDG).

Update der EASD/ADA- und ÖDG-Leitlinien

Redaktion: Dr. Iris Hoch

HbA_{1c}-Wert weiter wichtiger Zielparameter

Prof. Kaser begann ihre Präsentation mit der Frage nach den Zielwerten und nahm gleich einleitend vorweg, dass der HbA_{1c}-Wert in allen Leitlinien ein ganz wesentlicher Parameter in der Einstellung von Diabetespatienten bleibt. Die Strenge der HbA_{1c}-Einstellung hänge allerdings von der jeweiligen Situation ab: Patienten mit kurzer Diabetesdauer, also relativ kurz nach der Diagnose, brauchen eine strengere Einstellung – hier empfiehlt die ÖDG einen HbA_{1c} < 6,5 %. Für den Großteil der Patienten, also jene mit bereits längerer Diabetesdauer, die meist auch schon Komorbiditäten aufweisen, ist laut ÖDG-Leitlinien ein HbA_{1c} von < 7 % für einen mikro- und makrovaskulären Schutz ausreichend. Für Patienten mit schweren Hypoglykämien, eingeschränkter Lebenserwartung und/oder multiplen Spätkomplikationen hingegen kann ein höherer HbA_{1c} von < 8 % festgesetzt werden. Darüber sollte der HbA_{1c} nicht liegen, weil es sonst zu Symptomen und auch zu akuten Komplikationen (z. B. zu akutem Nierenversagen) kommen könne, so Prof. Kaser. Bezüglich der Blutzuckerwerte liegen die Empfehlungen der ÖDG bei der Nüchternblutglukose bei < 130 mg/dl (ideal < 110 mg/dl) und zwei Stunden postprandial bei < 180 mg/dl.

Um die Relevanz des HbA_{1c}-Wertes in Bezug auf die Entstehung mikrovaskulärer Erkrankungen hervorzuheben, verwies Prof. Kaser auf zahlreiche Studien, die zeigen konnten, dass das Risiko für mikrovaskuläre Komplikationen stark ansteigt, je höher der HbA_{1c}-Wert ist. Auch für den Zusammenhang mit makrovaskulären Ereignissen sowie mit der Mortalität gebe es ausreichend aussagekräftige Daten.

Allgemeine Therapie-Guidelines

Sehr wohl Änderungen gebe es allerdings bei den Guidelines zum Lipidmanagement: Für den Großteil der Patienten mit sehr hohem bzw. extrem hohem Risiko lautet die Empfehlung weiterhin LDL-Cholesterin < 70 mg/dl. Für Patienten mit bereits klinisch manifester kardiovaskulärer Erkrankung (Myokardinfarkt) wird dieser Wert allerdings auf < 55 mg/dl revidiert.

Auch hinsichtlich des Blutdruckmanagements wurden die rezenten Entwicklungen in den aktualisierten Leitlinien berücksichtigt: Eine medikamentöse antihypertensive Therapie soll bei Menschen mit Diabetes ab einem Blutdruck von $\geq 140/90$ mmHg begonnen werden. Die Zielwerte liegen für den Großteil der Patienten zwischen 120 und 130 mmHg (für ältere Patienten ≥ 65 Jahre bei 130–139 mmHg) systolisch bzw. bei < 80 mmHg diastolisch.

Es wird empfohlen, die Behandlung mit einer Kombination von RAS-Blockern und Kalziumkanalblockern bzw. einem Thiazid- bzw. Thiazid-ähnlichen Diuretikum zu beginnen.

Glukosesenkende Therapie bei Typ-2-Diabetes

Hier verwies Prof. Kaser auf die bereits seit zwei Jahren gültigen Empfehlungen der ADA und EASD. In diesen wurde nach Erstlinientherapie bisher zwischen Patienten mit und ohne manifeste atherosklerotische Erkrankung oder chronischer Niereninsuffizienz unterschieden, genauere Definitionen suchte man in den Guidelines bisher allerdings vergeblich. Das wurde in den neuen Leitlinien geändert: Nach der (unveränderten) Erstlinientherapie wurde die „manifeste atherosklerotische Erkrankung“ nun ersetzt durch „Hochrisikofaktoren“.

Wesentliche Änderungen der ADA/EASD-therapieempfehlungen bzgl. Substanzklasse

- kardiovaskuläre Vorerkrankung oder hohes kardiovaskuläres Risiko → präferenziell GLP-1-RA oder SGLT-2-Inhibitor mit nachgewiesenem kardiovaskulärem Benefit
- Herzinsuffizienz (besonders HF_{rEF}) → SGLT-2-Inhibitoren mit nachgewiesener HI-Reduktion oder GLP-1-RA mit nachgewiesenem kardiovaskulärem Benefit
- chronische Niereninsuffizienz Stadium III und/oder Albuminurie → SGLT-2-Inhibitoren mit nachgewiesener Nephroprotektion (Reduktion des eGFR-Abfalls) oder GLP-1-RA mit nachgewiesenem kardiovaskulärem Benefit

Abb. 1: Vorgehen zur blutzuckersenkenden Therapie bei Diabetes mellitus Typ 2

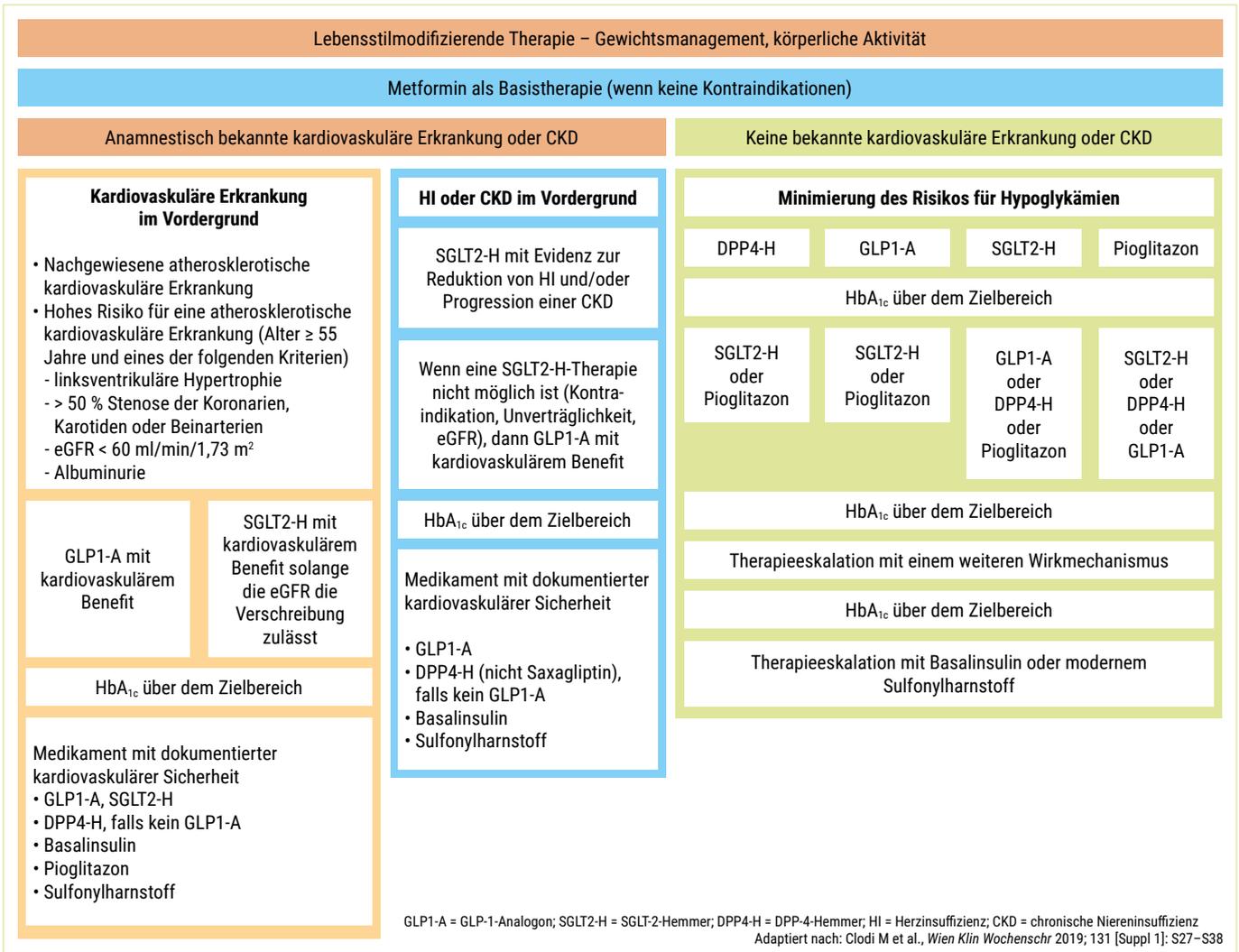
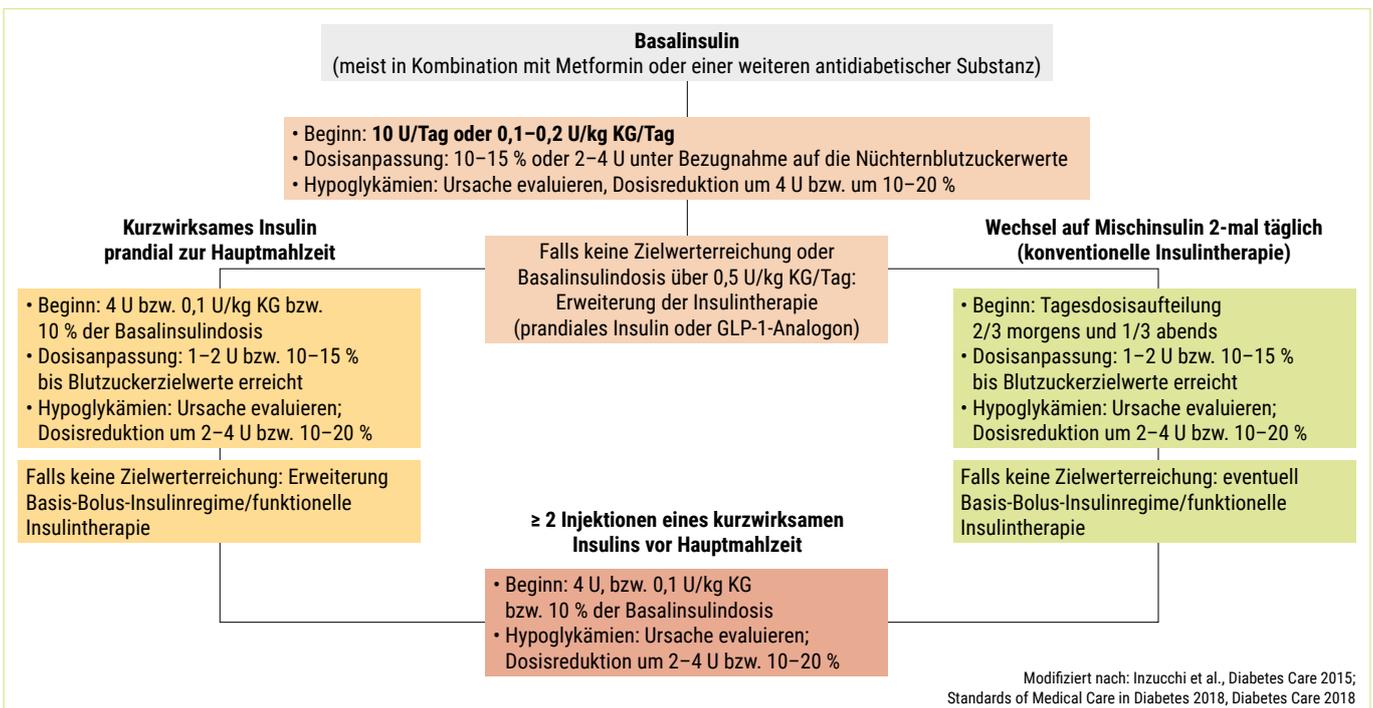


Abb. 2: Insulintherapie nach aktuellen ÖDG-Leitlinien



ODER atherosklerotische Erkrankung, chronische Niereninsuffizienz oder Herzinsuffizienz“. Sowohl die Hochrisikoindikatoren als auch atherosklerotische Erkrankung, chronische Niereninsuffizienz und Herzinsuffizienz werden nun noch genauer definiert. Bei allen Patienten, die in diese Gruppe fallen, soll nach den neuesten EASD/ADA-Guidelines HbA_{1c}-unabhängig ein SGLT-2-Inhibitor (Herzinsuffizienz und/oder Niereninsuffizienz) bzw. ein GLP-1-Agonist oder SGLT-2-Inhibitor (sehr hohes kardiovaskuläres Risiko oder manifeste kardiovaskuläre Erkrankung) mit Metformin kombiniert werden. Abhängig von der im Vordergrund stehenden Erkrankung wird in den neuen EASD/ADA-Guidelines nun auch die bevorzugt zu verwendende Substanzklasse genau definiert (**siehe Kasten**).

Die ÖDG-Richtlinien wurden entsprechend angepasst (**Abb. 1**), die Hochrisikofaktoren für eine atherosklerotische, kardiovaskuläre Erkrankung wurden zusätzlich genauer definiert:

- Alter ≥ 55 Jahre und eines der folgenden Kriterien:
- linksventrikuläre Hypertrophie
- 50 % Stenose der Koronarien, Carotiden oder Beinarterien

- eGFR < 60 ml/min/1,73 m²
- Albuminurie

Außerdem empfiehlt die ÖDG, die entsprechende Therapie in Ergänzung zu Metformin rasch zu beginnen, da GLP-1-Rezeptoragonisten und SGLT-2-Inhibitoren massive Vorteile für die entsprechenden Patienten bringen.

Für Patienten ohne bekannte kardiovaskuläre Erkrankungen oder Herz- bzw. Niereninsuffizienz (z. B. bei Erstmanifestation) habe sich gegenüber den Leitlinien von 2019 nichts geändert. „Metformin bleibt, ebenso der HbA_{1c}, als ganz wesentliches Target, und es ist bestmöglich dafür zu sorgen, dass diese Patienten keine Hyperglykämien bekommen. Die Kombinationspartner, die hier zur Auswahl stehen, sind DPP4-Hemmer, GLP-1-Analoga, SGLT-2-Hemmer und Pioglitazon. Erst danach werden Insulin und Sulfonylharnstoff erwogen, da diese Substanzen das Risiko für Hypoglykämien potenziell erhöhen können“, so Prof. Kaser. Der Algorithmus zur Verabreichung von Insulin wurde aus den ÖDG-Leitlinien von 2019 beibehalten (**Abb. 2**); auch dies in Übereinstimmung mit ADA und EASD. Die aktuellen Leitlinien der ÖDG sind abrufbar unter: www.oedg.at/oedg_leitlinien.html ■