Dipl. Oek./Med. (FH) Wiebke Hoffmann-Eßer
Dr. med. Carmen Bartel
Dipl.-Ges.Oek. Susanne Ein Waldt
Dr. rer.nat. Eva Höfer
Dipl.-Stat. Corinna Kiefer
Dipl.-Soz. Ulrich Siering
Dr. med. Alric Rüther

DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2: Überarbeitungsbedarf

Zusammenfassung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 17.12.2009 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, eine Recherche nach Leitlinien zum Thema Diabetes mellitus Typ 1 und 2 durchzuführen. Die hierbei aus evidenzbasierten Leitlinien extrahierten Empfehlungen dienen als Grundlage der gesetzlich festgelegten regelmäßigen Aktualisierung der Disease-Management-Programme (DMP).
Ziel der Untersuchungen war es daher, auf Basis der Empfehlungen der systematisch recherchierten Leitlinien einen möglichen Überarbeitungsbedarf zu spezifizieren. Die Empfehlungen aus den in die Untersuchungen eingeschlossenen Leitlinien wurden zu den Gliederungspunkten der DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 extrahiert. Im Anschluss erfolgten die Synthese der Empfehlungen sowie eine inhaltliche Gegenüberstellung dieser mit den bestehenden DMP. Ein möglicher Überarbeitungsbedarf der DMP wurde identifiziert, wenn eine Leitlinie neue Inhalte mit hohem Empfehlungsgrad darstellt oder mehrere Leitlinien im Vergleich zu bestehenden DMP abweichende Inhalte mit mehrheitlich hohem Empfehlungsgrad liefern. Auf Basis dieses methodischen Vorgehens wurde für einige Gliederungspunkte der beiden DMP ein möglicher Überarbeitungsbedarf spezifiziert.

Schlüsselwörter

Disease-Management-Programm (DMP), nichtinsulinpflichtig, insulinpflichtig, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, evidenzbasierte Leitlinien.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit für die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V Anforderungen an die Ausgestaltung von Disease-Management-Programmen (DMP). Dabei soll der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz für den jeweiligen Versorgungssektor beachtet werden. Der G-BA ist darüber hinaus verpflichtet, die DMP regelmäßig auf ihre Aktualität hin zu prüfen. Eine letzte Aktualisierung der DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 erfolgte per Verordnung im Juni 2009 (Bundesministerium für Gesundheit 2009). Im Dezember 2009 hat der Gemeinsame Bundesausschuss das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, eine Recherche nach evidenzbasierten Leitlinien zum Thema Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 durchzuführen. Die hierbei aus den identifizierten Leitlinien extrahierten Empfehlungen bilden die Grundlage der gesetzlich festgelegten Aktualisierung der DMP Diabetes mellitus.

>> Ziel der Untersuchungen war es, einen möglichen Überarbeitungsbedarf der bestehenden DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 zu prüfen.

Methoden

Eine systematische Recherche nach Leitlinien zum Thema Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 wurde durchgeführt. Die Recherche erfolgte in Leitliniendatenbanken der deutschen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, des Guidelines International Network und des National Guideline Clearinghouse. Zusätzlich fand eine Suche auf den Internetseiten von fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern sowie in den bibliografischen Datenbanken MEDLINE und EMBASE statt.

In die Untersuchung wurden Leitlinien eingeschlossen, die im Zeitraum Januar 2005 bis April 2011 in den Sprachen Deutsch, Englisch oder Französisch publiziert worden waren. Da nur Leitlinien ausgewählt werden sollten, die auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind, wurde die Recherche auf Staaten des Stratum A der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschränkt (WHO 2003). Die WHO unterteilt ihre Mitgliedsstaaten in 5 Strata (A bis E) in Abhängigkeit von der geografischen Region, der ökonomischen und demografischen Entwicklung sowie den beobachteten Mortalitätsraten. Deutschland wird dabei dem Stratum A zugeordnet. Ein weiteres Einschlusskriterium war die Evidenzbasierung einer Leitlinie. Unter evidenzbasierten Leitlinien werden Leitlinien verstanden, deren Empfehlungen grundsätzlich mit einer Evidenz- und/oder Empfehlungseinstufung (Level of Evidence und/oder Grade of Recommendation) versehen und deren Empfehlungen mit den Referenzen der ihnen zugrunde liegenden Primär- und/oder Sekundärliteratur verknüpft sind.

Aus den in die Untersuchung eingeschlossenen Leitlinien wurden für die Fragestellung relevante Empfehlungen extrahiert und den Gliederungspunkten der DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 zugeordnet. Diese Gliederungspunkte sind in den Anlagen 7 und 1 der 20. Risikostrukturausgleichs-Änderungsverordnung (RSA-ÄndV) vom 23.06.2009 festgelegt (Bundesministerium für Gesundheit 2009). Die extrahierten Empfehlungen wurden anschließend für jeden Gliederungspunkt zusammengefasst und inhaltlich mit den bestehenden DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 abgeglichen.

Für die Identifizierung eines möglichen Überarbeitungsbedarfs wurde folgendermaßen vorgegangen: Bei im Vergleich zum bestehenden DMP abweichenden Empfehlungen, die in verschiedenen Leitlinien inhaltlich konsistent und mehrheitlich mit hohem Empfehlungs- bzw. Evidenzgrad versehen sind, wurde ein möglicher Überarbeitungsbedarf festgestellt. Dieser wurde bei im Vergleich zum bestehenden DMP abweichenden Empfehlungen zur Diskussion gestellt, die in verschiedenen Leitlinien inhaltlich konsistent und mindestens teilweise mit einem hohen Empfehlungs- bzw. Evidenzgrad belegt sind. Des Weiteren wurde ein möglicher Überarbeitungsbedarf zur Diskussion gestellt, wenn neue Aspekte für das DMP von nur einer einzelnen Leitlinie dargelegt werden und mit hohem Empfehlungs- bzw. Evidenzgrad versehen sind. Dabei wurden die beiden höchsten Empfehlungsgrade des jeweiligen Graduierungssystems für die Empfehlungs- und Evidenzgrade der Leitlinienanbieter berücksichtigt. Die Graduierungssysteme sind von Organisation zu Organisation unterschiedlich.

Wurde für einen Gliederungspunkt des bestehenden DMP ein möglicher Überarbeitungsbedarf identifiziert, dann wurde durchgehend geprüft, ob bereits abgeschlossene IQWiG-Berichte zu diesem Thema exi-

stieren. Entsprechende IQWiG-Berichte und die indikationsspezifische Verordnungsfähigkeit der Medikamente für gesetzlich Versicherte in Deutschland wurden bei der abschließenden Festlegung eines möglichen Überarbeitungsbedarfs berücksichtigt.

Ergebnisse

Für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 (DM 1) wurden insgesamt 23, für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 (DM 2) 35 evidenzbasierte Leitlinien eingeschlossen. Die Leitlinien stammen aus Deutschland (n = 8), Europa (n = 4), den USA (n = 14), Kanada (n = 4) und Australien (n = 8) sowie von internationalen Arbeitsgruppen (n = 2). 17 Leitlinien thematisieren sowohl den Typ-2- als auch den Typ-1-Diabetes.

5 der 23 eingeschlossenen Leitlinien zum DM 1 und 2 der 35 eingeschlossenen Leitlinien zum DM 2 behandeln fast alle Versorgungsaspekte des jeweiligen DMP. Jeweils eine der eingeschlossenen Leitlinien zum DM 1 konzentriert sich auf die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen bzw. auf die Betreuung von Schwangeren. In 16 eingeschlossenen Leitlinien zum DM 1 werden Empfehlungen zu einzelnen oder mehreren ausgewählten Versorgungsaspekten gegeben. 21 Leitlinien zum DM 2 thematisieren Teilaspekte zur Therapie (einschließlich Basistherapie, blutglukosesenkende Therapie und Behandlung hyper- und hypoglykämischer Stoffwechselentgleisungen). 26 Leitlinien zum DM 2 geben Empfehlungen zu makro- und mikrovaskulären Begleit- und Folgeerkrankungen. Psychische, psychosomatische und psychosoziale Beeinträchtigungen sowie Schulungen der Versicherten thematisieren 18 der 35 eingeschlossenen Leitlinien zum DM 2. Von insgesamt 8 deutschen Leitlinien beinhalten 5 Empfehlungen zur Kooperation der Versorgungssektoren.

Potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf

Die Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien (siehe Tabelle 1) zum DM 1 und DM 2 stimmen im Wesentlichen mit den bestehenden DMP überein. Die Leitlinien sind einerseits meist ausführlicher als die DMP, thematisieren aber andererseits nicht alle relevanten Aspekte der medizinischen Versorgung. Darüber hinaus finden sich für einige Gliederungspunkte der bestehenden DMP Abweichungen von den Empfehlungen der Leitlinien. Tabellen 2 und 3 zeigen Gliederungspunkte der DMP, für die ein möglicher Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde bzw. diskutiert werden kann. Im Folgenden wird zunächst der mögliche Überarbeitungsbedarf für das DMP DM 2 dargelegt, danach für das DMP DM 1.

DMP Diabetes mellitus Typ 2

Für die folgenden Gliederungspunkte des bestehenden DMP DM 2 geben die Leitlinien mit mehrheitlich hohem Empfehlungs- bzw. Evidenzgrad, inhaltlich konsistent und vom bestehenden DMP abweichend Empfehlungen, so dass ein möglicher Überarbeitungsbedarf vom IQWiG festgestellt wurde:

Gliederungspunkt „Antihypertensive Therapie“: Die von den Leitlinien empfohlenen Blutdruckzielwerte liegen unterhalb der im DMP DM 2 (< 140/90 mmHg) genannten Therapiezielwerte. Zum Nutzen einer langfristigen Blutdrucksenkung in den unteren normotonen Bereich bei Diabetikern wird darüber hinaus vom IQWiG in Kürze der gleichnamige Rapid Report A05-10 veröffentlicht.

Gliederungspunkt „Statintherapie“: Mehrere Leitlinien empfehlen Blutfettzielwerte und die Therapie mit Fibraten bei Statinunverträglichkeit, beides wird im DMP bisher nicht erwähnt.

Gliederungspunkt „Nephropathie bei Diabetes mellitus Typ 2“: Die Leitlinien geben im Gegensatz zum DMP DM 2 Referenzwerte für die glomeruläre Filtrationsrate an. Wenn diese erreicht werden, sollte eine Überweisung an den qualifizierten Facharzt erfolgen. Außerdem nennen die Leitlinien Kriterien für die Diagnosestellung der chronischen Niereninsuffizienz. Auch diese Punkte finden sich bisher nicht im DMP.

Gliederungspunkt „Diabetische Neuropathie“: Drei Leitlinien sprechen sich für Opioidanalgetika zur Behandlung der schmerzhaften diabetischen Polyneuropathie aus. Zwei weitere Leitlinien empfehlen dafür die topische Anwendung von Isosorbiddinitrat. Laut DMP sollen dazu bevorzugt Antikonvulsiva und Antidepressiva eingesetzt werden.

Gliederungspunkt „Das diabetische Fußsyndrom“: Drei Leitlinien geben Empfehlungen zur Überprüfung des Gefäßzustands mittels Knöchel-Arm-Index, der bisher nicht Bestandteil des DMP ist.

Für die folgenden Gliederungspunkte des bestehenden DMP DM 2 kann ein möglicher Überarbeitungsbedarf diskutiert werden. Die Empfehlungen sind in verschiedenen Leitlinien inhaltlich konsistent und mindestens teilweise mit einem hohen Empfehlungs- bzw. Evidenzgrad belegt oder neue Aspekte für das DMP werden von einer einzelnen Leitlinie dargelegt und sind mit hohem Empfehlungs- bzw. Evidenzgrad versehen:

Gliederungspunkt „Antihypertensive Therapie“: Eine Leitlinie rät vom Einsatz eines Betablockers oder eines Alphablockers als Medikament der ersten Wahl zur Hypertoniebehandlung ab. Betablocker werden im DMP neben Diuretika und ACE-Hemmern als Antihypertensiva genannt, Alphablocker werden im DMP nicht erwähnt.

Eine Leitlinie empfiehlt für hypertone Diabetiker, und zwar ohne Erwähnung einer diabetischen Nephropathie, entweder einen AT1-Rezeptorantagonisten oder einen ACE-Hemmer als Mittel der ersten Wahl. Eine weitere Leitlinie bezeichnet ACE-Hemmer und AT1-Rezeptorantagonisten als gleichwertig für die Behandlung von Diabetikern mit arterieller Hypertonie.

Gliederungspunkt „Diabetische Neuropathie“: Eine Leitlinie empfiehlt, die topische Anwendung von Capsaicin-Spray zur Behandlung der schmerzhaften diabetischen Neuropathie zu erwägen.

Für die Gliederungspunkte **„Definition des DM 2“** und weitere Unterpunkte des Gliederungspunkts **„Antihypertensive Therapie“** wurden keine Empfehlungen in den Leitlinien identifiziert, so dass keine Aussagen über einen möglichen Überarbeitungsbedarf gemacht werden können. Alle weiteren Gliederungspunkte des bestehenden DMP DM 2 entsprechen entweder den aktuellen Leitlinienempfehlungen oder es ergab sich unter Berücksichtigung weiterer IQWiG-Berichte und der indikationsspezifischen Verordnungsfähigkeit kein Überarbeitungsbedarf.

DMP Diabetes mellitus Typ 1

Für die folgenden Gliederungspunkte des bestehenden DMP DM 1 geben die Leitlinien mit mehrheitlich hohen Empfehlungs- bzw. Evidenzgrad, inhaltlich konsistent und vom bestehenden DMP abweichend Empfehlungen, so dass ein möglicher Überarbeitungsbedarf vom IQWiG festgestellt wurde:

Gliederungspunkt „Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme“: Die Leitlinien empfehlen eine Ernährungsberatung oder eine Ernährungstherapie. Sie wird bisher im DMP DM 1 nicht erwähnt.

Gliederungspunkt „Hypoglykämische und ketoazidotische Stoff-

wechselentgleisungen": Drei Leitlinien empfehlen die Anhebung des $HbA1_C$-Werts nach mehreren Hypoglykämien. Im DMP wird bisher nur auf die zeitnahe Ursachenklärung nach schwerer Hypoglykämie und Notfallbehandlung hingewiesen.

Gliederungspunkt „Allgemeinmaßnahmen" (bei mikrovaskulären Folgeerkrankungen): Zwei Leitlinien empfehlen für Patienten mit Typ-1-Diabetes und fortgeschrittener Niereninsuffizienz sowie potenziell reversiblen diabetesassoziierten Komplikationen, die Option der Nieren-/Pankreastransplantation zu überprüfen. Transplantationen werden bisher im DMP DM 1 nicht erwähnt.

Gliederungspunkt „Diabetische Retinopathie": Mehrere Leitlinien geben Empfehlungen zur Therapie des klinisch relevanten Makulaödems, diese Therapie ist bisher nicht Bestandteil des DMP DM 1.

Gliederungspunkt „Diabetische Neuropathie": Drei Leitlinien geben verschiedene Empfehlungen zum Vorgehen bei der Untersuchung auf eine Neuropathie bei Diabetikern. Darüber hinaus geben drei Leitlinien Empfehlungen zur Behandlung mit Opioidanalgetika. Diese Punkte werden bisher im DMP nicht erwähnt.

Gliederungspunkt „Therapeutische Maßnahmen bei Hypertonie": 2 Leitlinien empfehlen den Einsatz von Kalziumkanalblockern. Das DMP sieht Kalziumantagonisten bei der antihypertensiven Behandlung bisher nicht vor.

Gliederungspunkt „Statintherapie": Zwei Leitlinien raten in der Primärprävention bei Patienten mit Typ-1-Diabetes im Alter von 40 Jahren und älter zu einer Statintherapie. Darüber hinaus empfehlen mehrere Leitlinien Statine für Patienten mit moderatem Risiko für Folgeerkrankungen und Alternativmedikamenten bei Statinunverträglichkeit. Das DMP sieht bisher Statine nur für Typ-1-Diabetiker mit stark erhöhtem Risiko für makroangiopathische Komplikationen bzw. mit koronarer Herzkrankheit vor.

Gliederungspunkt „Schwangerschaft bei Diabetes mellitus Typ 1": Mehrere Leitlinien empfehlen eine Folsäuresubstitution vor und während der Schwangerschaft. Zusätzlich raten zwei Leitlinien Schwangeren eine sonografische Untersuchung des fetalen Herzens anzubieten. Beide Punkte werden bisher im DMP nicht genannt.

Für die folgenden Gliederungspunkte des bestehenden DMP DM 1 kann ein möglicher Überarbeitungsbedarf diskutiert werden. Die Empfehlungen sind in verschiedenen Leitlinien inhaltlich konsistent und mindestens teilweise mit einem hohen Empfehlungs- bzw. Evidenzgrad belegt oder neue Aspekte für das DMP werden von einer einzelnen Leitlinie dargelegt und sind mit hohem Empfehlungs- bzw. Evidenzgrad versehen:

Gliederungspunkt „Hypoglykämische und ketoazidotische Stoffwechselentgleisungen": Eine Leitlinie empfiehlt, Patienten mit nicht leichten Ketoazidosen stationär zu behandeln. Im DMP wird dabei bisher nicht zwischen ambulanter und stationärer Behandlung unterschieden.

Gliederungspunkt „Diabetische Nephropathie": Eine Leitlinie gibt mehrere Empfehlungen zur Nierenersatztherapie. Im DMP wird bisher nur auf die Vermeidung einer Nephropathieprogression und der Nierenersatztherapie hingewiesen.

Gliederungspunkt „Diabetische Neuropathie": Eine Leitlinie empfiehlt beim Restless-Leg-Syndrom den Einsatz von Dopamin oder Dopaminagonisten. Das Restless-Leg-Syndrom und seine Behandlung werden bisher im DMP nicht angesprochen.

Gliederungspunkt „Therapeutische Maßnahmen bei Hypertonie": Mehrere Leitlinien geben Empfehlungen zu den Blutdruckzielwerten (130/80 mmHg), die unterhalb der im DMP genannten Therapieziele (< 140/90 mmHg) liegen.

Des Weiteren rät eine Leitlinie von Alpharezeptorblockern als Medikament der ersten Wahl zur antihypertensiven Behandlung ab. Alphablocker werden im DMP nicht erwähnt.

Gliederungspunkt „Schulung" (von Kindern und Jugendlichen): Eine Leitlinie gibt mehrere Empfehlungen zum Umgang mit Nadeln und Spritzen sowie Injektionstechniken, die im DMP bisher nicht enthalten sind.

Gliederungspunkt „Ausschluss von Folgeschäden und assoziierten Erkrankungen" (bei Kindern und Jugendlichen): Eine Leitlinie empfiehlt, zur Verringerung von Folgeschäden alle drei Monate den $HbA1_C$-Wert zu kontrollieren. Diese Untersuchungshäufigkeit für den $HbA1_C$-Wert ist im DMP bisher nicht vorgesehen.

Eine Leitlinie empfiehlt außerdem bei schlecht eingestelltem Diabetes bzw. ab einer Krankheitsdauer von 5 Jahren Kinder auf Neuropathie hin zu untersuchen. Eine Untersuchung auf Neuropathie für Kinder wird im DMP für Kinder nicht erwähnt.

Darüber hinaus rät eine Leitlinie zur Untersuchung auf Dyslipidämien bei Kindern und ggf. zu einer Ernährungsberatung. Auch diese Maßnahme wird im DMP bisher nicht genannt.

Eine Leitlinie empfiehlt, Kinder mit Typ-1-Diabetes regelmäßig auf Schilddrüsenerkrankungen hin zu untersuchen, diese Untersuchung ist bisher nicht Bestandteil des DMP.

Mehrere Leitlinien äußern sich zum Thema Zöliakie. Eine Leitlinie rät zur Untersuchung auf eine Zöliakie bei symptomatischen Kindern und ggf. zur Behandlung bei pathologischem Befund. Das Thema Zöliakie wird im DMP bisher nicht genannt.

Für die Gliederungspunkte **„Definition des DM 1"** wurden keine Empfehlungen in den Leitlinien identifiziert, so dass keine Aussage über einen möglichen Überarbeitungsbedarf gemacht werden kann. Alle weiteren Gliederungspunkte des bestehenden DMP DM 1 entsprechen entweder den aktuellen Leitlinienempfehlungen, oder es ergab sich unter Berücksichtigung weiterer IQWiG-Berichte und der indikationsspezifischen Verordnungsfähigkeit kein Überarbeitungsbedarf.

Diskussion und Schlussfolgerung

Im Wesentlichen entsprechen die bestehenden DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 den aktuellen evidenzbasierten Leitlinien. Durch den Abgleich der extrahierten Empfehlungen aus den in die Untersuchung eingeschlossenen Leitlinien mit den bestehenden DMP zum Diabetes mellitus konnte aber für einige Gliederungspunkte ein möglicher Überarbeitungsbedarf identifiziert werden. Dabei wurden die Qualität der zugrundeliegenden Evidenz einschließlich der Empfehlungsgraduierung, die Konsistenz der Empfehlungen zwischen den Leitlinien und die Abweichungen der Empfehlungen von den bestehenden DMP berücksichtigt. Der mögliche Überarbeitungsbedarf wurde in Abhängigkeit von der Belastbarkeit der Informationen, die den Empfehlungen zugrunde liegen, in 2 Stufen als „festgestellt" oder als „zu diskutieren" beschrieben.

Im Folgenden werden ausgesuchte Ergebnisse der Untersuchung (IQWiG 2011: 22; 2011: 23) diskutiert:

Blutzuckersenkende Medikamente

Für Medikamente zur blutzuckersenkenden Therapie wurde in der

In die Untersuchung eingeschlossene Leitlinien			
Leitlinien	**Herausgeber / Publikationsjahr**	**Berücksichtigt für**	
		DMPDM1	**DMPDM2**
Deutsche Leitlinien			
NVL Typ-2-Diabetes: Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen	BÄK, KBV, AWMF 2010		JA
NVL Typ-2-Diabetes: Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen	BÄK, KBV, AWMF 2010		JA
Nierenerkrankungen bei Diabetes mellitus im Erwachsenenalter	BÄK, KBV, AWMF 2010	JA	
Diabetes mellitus Typ 2	AkdÄ 2009		JA
Therapie des Diabetes mellitus Typ I	DDG 2011	JA	
Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter	DDG 2009	JA	JA
Medikamentöse antihyperglykämische Therapie des Diabetes mellitus	DDG 2009		JA
Diagnostik und Therapie von Herzerkrankungen bei Diabetes mellitus	DDG 2006	JA	JA
Europäische Leitlinien			
Recommendations for the use of cardiovascular tests in diagnosing autonomie neuropathy	Spallone et al. 2011		JA
T1D: diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults	NICE 2010	JA	
Management of diabetes	SIGN 2010	JA	JA
Traitement medicamentaux du diabete type 2. Recommendation de bonne pratique	HAS 2006		JA
Außereuropäische Leitlinien			
Evidence-based guideline: Treatment of painful diabetic neuropathy	AAN 2011		JA
Standards of medical care in diabetes	ADA 2011		JA
Standards of medical care in diabetes	ADA 2010	JA	
Assessment of kidney function in type 2 diabetes	CARI 2010		JA
Prevention and management of chronic kidney disease in type 2 diabetes	CARI 2010		JA
New injection recommendations for patients with diabetes	Fridetal.2010	JA	JA
Diagnosis and management of type 2 diabetes mellitus in adults	ICSI 2010		JA
Consensus Statement on perioperative blood glucose management in diabetic patients undergo. ambulant surgery	SAA 2010		JA
Guidelines for the practice of diabetes education	AADE 2009	JA	JA
Exercise training for t2dm: impact on cardiovascular risk; a scientific statement from the AHA	AHA 2009		JA
National evidence based guideline for blood glucose control in type 2 diabetes	NHMRC 2009		JA
National evidence based guideline for diagnosis, prevention + management of chronic kidney disease in t2d	NHMRC 2009		JA
National evidence based guideline for patient education in type 2 diabetes	NHMRC 2009		JA
Best practice guideline for the subcutaneous administration of insulin in adults with t2d	RNAO 2009		JA
Diabetic retinopathy	AAO 2008	JA	JA
Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada	CDA 2008	JA	JA
Guidelines for the management of diabetic retinopathy	NHMRC 2008	JA	JA
Guidelines for the prevention of diabetic ulcers	WHS 2008	JA	JA
Medical guidelines for clinical practice for the management of diabetes mellitus	AACE 2007	JA	JA
Guideline for management of postmeal glucose	IDF 2007	JA	JA
Clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for diabetes and chronic kidney disease	NKFKDOQI 2007	JA	JA
Reducing foot complications for people with diabetes	RNAO 2007	JA	JA
Teratogenicity associated with pre-existing and gestational diabetes	SOGC 2007	JA	
Practice Advisory: Utility of surgical decompression for treatment of diabetic neuropathy	AAN 2006	JA	JA
Evidence-based practice for point-of-care testing, Chapter Diagnosis and management of diabetes mellitus	NACB 2006	JA	JA
Guidelines for the treatment of diabetic ulcers	WHS 2006	JA	JA
National evidence based guideline for the management of t2dm: detection + prevention of foot problems	NHMRC 2005		JA
Clinical practice guidelines: type 1 diabetes in children and adolescents	NHMRC 2005	JA	
Assessment and management of foot ulcers for people with diabetes	RNAO 2005	JA	JA

Tab. 1: In die Untersuchung eingeschlossene Leitlinien.

Identifikation: Mögl. Überarbeitungsbedarfs des DMP DM Typ 2		
	Möglicher Überarbeitungsbedarf	
Gliederungsp. DMP DM2 (Anlage 1 RSA-ÄndV)	**festgestellt**	**diskutabel**
1.1 Definition des Diabetes mellitus Typ 2	Keine Empfehl. gef.	
1.2 Diagnostik (Eingangsdiagnose)		
1.2 Diagnostik (Eingangsdiagnose)		
1.3.1 Therapieziele		
1.3.2 Differenzierte Therapieplanung		
1.4.1 Ernährungsberatung		
1.4.2 Tabakverzicht		
1.4.4 Stoffwechsel Selbstkontrolle		
1.5 Blutglukosesenkende Therapie		
1.6 Behandl. hyper- und hypoglyk. Stoffwechselentgl.		
1.7.1 Makroangiopathie		
1.7.1.1 Antihypertensive Therapie		
Sekundäre Hypertonie	Keine Empfehlungen gef.	
Therapieziele		
Basistherapie	Keine Empfehlungen gef.	
Strukt. Hypertonie-Beh.- und Schulungsprogramm		
Medikamentöse Maßnahmen bei Hypertonie		
Diuretika		
Beta-1 -Rezepetor-selektive		
Betablocker		
ACE-Hemmer und AT1-		
Rezeptorantagonisten		
1.7.1.2 Statintherapie		
1.7.1.3 Thrombozytenaggregationshemmer		
1.7.2.1 Allgemeinmaßnahmen		
1.7.2.2 Nephropathie bei Diabetes mellitus Typ 2		
1.7.2.3 Diabetische Retinopathie		
1.7.2.4 Diabetische Neuropathie*		
1.7.2.5 Das diabetische Fußsyndrom		
1.7.3 Psych., psychoso. + psychosoz. Beeinträchtigung		
4.2 Schulungen der Versicherten		
* Für einen Unterpunkt des Gliederungspunkts wurde ein möglicher Überarbeitungsbedarf festgestellt, für einen anderen Unterpunkt wurde ein möglicher Überarbeitungsbedarf zur Diskussion gestellt.		

Tab. 2: Identifikation eines möglichen Überarbeitungsbedarfs des DMP Diabetes mellitus Typ 2.

Identifikation: Mögl. Überarbeitungsbedarfs des DMP DM Typ 1		
	Möglicher Überarbeitungsbedarf	
Gliederungsp. DMP DM1 (Anlage 7 RSA-ÄndV)	**festgestellt**	**diskutabel**
1.1 Definition des Diabetes mellitus Typ 2	Keine Empfehl. gef.	
1.2 Diagnostik (Eingangsdiagnose)		
1.3.1 Therapieziele		
1.3.2 Differenzierte Therapieplanung		
1.3.3 Strukt. Schulungs- und Behandlungsprogramme		
1.3.4 Insulinsubstitution		
1.4 Hypoglyk.+ ketoaz. Stoffwechselentgleisungen*		
1.5.1.1 Allgemeinmaßnahmen		
1.5.1.2 Diabetische Nephropathie		
1.5.1.3 Diabetische Retinopathie		
1.5.2 Diabetische Neuropathie*		
1.5.3 Das diabetische Fußsyndrom		
1..5.4.1.1 Def. und Diagnosestellung der Hypertonie	.	
1.5.4.1.2 Therapeutische Maßnahmen bei Hypertonie*		
1.5.4.2 Statintherapie		
1.5.4.3 Thrombozytenaggregationshemmer		
1.5.5 Psychische, psychosom. + psychosoz. Betreuung		
1.6 Schwangerschaft bei Diabetes mellitus Typ 1		
1.7.1 Therapieziele bei Kindern		
1.7.2 Therapie von Kindern		
1.7.3 Schulung von Kindern		
1.7.4 Psychosoziale Betreuung von Kindern		
1.7.5 Ausschluss von Folgeschäden und assoziierten Erkrankungen bei Kindern		
* Für einen Unterpunkt des Gliederungspunkts wurde ein möglicher Überarbeitungsbedarf festgestellt, für einen anderen Unterpunkt wurde ein möglicher Überarbeitungsbedarf zur Diskussion gestellt.		

Tab. 3: Identifikation eines möglichen Überarbeitungsbedarfs des DMP Diabetes mellitus Typ 1.

zu Tab 1. Erläuterung Organisationen: AAN: American Academy of Neurology, AAO: American Acaderay of Ophthalmology, AACE: American Association of Clinical Endocrinologists, AADE: American Association of Diabetes Educators, ADA: American Diabetes Association, AHA: American Heart Association, AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AkdÄ: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, BÄK: Bundesärztekammer, CARI: Caring for Australasians with Renal Impairment, CDA: Canadian Diabetes Association, DDG: Deutsche Diabetes Gesellschaft, HAS: Haute Autorite de Sante - Agence Francaise de Securite Sanitaire des Produits Sante, ICSI: Institute for Clinical Systems Improvement, IDF: International Diabetes Federation, KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung, NACB: National Academy of Clinical Biochemistry, NHMRC: National Health and Medical Research Council, NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence, NKFKDOQI: National Kidney Foundation, Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, RNAO: Registered Nurses Association of Ontario, SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SAA: Society for Ambulatory Anesthesia, SOGC: Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, NACB: The National Academy of Clinical Biochemistry, WHS: Wound Healing Society.
Erläuterung Abkürzung: NVL: Nationale Versorgungsleitlinie.

Literatur

1. Abholz, H.H./ Ellger, B./ Gries, F.A./ Haller, N./ Haslbeck, M./ Hübner, P. et al (2010). Nationale VersorgungsLeitlinie: Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter; Langfassung; Konsultationsfassung; Entwurfsversion Konsultation 1.1 [online]. In: http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/nvl-archiv/vorversionen-dm2-neuropathie/nvl-dm2neuro-lang-k1.1.pdf (abgerufen am 03.01.2011)
2. Abholz, H.H./ Ellger, B./ Gries, F.A./ Haller, N./ Haslbeck, M./ Hübner P et al (2011). Nationale VersorgungsLeitlinie: Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter; Langfassung. In: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_neuro/pdf/nvl-t2d-neuro-lang.pdf (abgerufen am 24.08.2011)
3. American Diabetes Association (2007). Standards of medical care in diabetes 2011. In: Diabetes Care 2011; 34(Suppl 1): S11-S61.
4. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2009). Diabetes mellitus Typ 2. In: Arzneiverordnung in der Praxis 2009; 36(Sonderheft 1): 1-43.
5. Bril, V./ England, J./ Franklin, G.M./ Backonja, M./ Cohen, J./ Del Toro, D. et al. (2011) . Evidence-based guideline: treatment of painful diabetic neuropathy: report of the Amercian Academy of Neurology, the American Association of Neuromuscular and Electrodiagnostic Medicine, and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. In: Neurology 2011; 76(20): 1758-1765.
6. Bundesministerium für Gesundheit (2009). Zwanzigste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (20. RSA-ÄndV). In: Bundesgesetzblatt Teil 1 2009; (35): 1542-1569.
7. Canadian Diabetes Association (2008). Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. In: Canadian Journal of Diabetes 2008; 32(Suppl 1): ii-xi, S1-S201.
8. Deutsche Hochdruckliga, Deutsche Hypertonie Gesellschaft (2008). Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie. In: http://leitlinien.net/046-001.pdf (abgerufen am 29.10.2010)
9. Deutsche Hochdruckliga (2010). Blutdruck bei Diabetes-Patienten nicht zu niedrig einstellen [online]. In: http://www.diabsite.de/aktuelles/nachrichten/2010/100909.html (abgerufen am 10.09.2010)
10. DiabetesDE. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes (2010) In: http://profi.diabetesde.org/fileadmin/users/Fachleute_und_Mediziner/Gesundheitsberichte/Gesundheitsbericht_2011_Imprimatur_20_10_2010.pdf (abgerufen am 20.01.2011)
11. Gemeinsamer Bundesausschuss (2010). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL); Anlage III: Übersicht der Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2. In: http://www.g-ba.de/downloads/40-268-1258/2010-06-17_AM-RL3_Glitazone_TrG.pdf (abgerufen am 20.01.2011)
12. Gemeinsamer Bundesausschuss (2010). G-BA schließt Glinide und Glitazone zur Diabetes-Therapie von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV aus: Pressemitteilung. In: http://www.g-ba.de/informationen/aktuell/pressemitteilungen/342/ (abgerufen am 20.01.2011)
13. Gemeinsamer Bundesausschuss (2010). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage III: Übersicht der Verordnungseinschränkung und -ausschlüsse; Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2. Bundesanzeiger 2010; 62(175): 3855.
14. Haute Autorité de Santé (2006). Traitement médicamenteux du diabete du type 2 (actualisation): recommendation de bonne practique; recommendations. In: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recos_diabete-2006.pdf (abgerufen am 03.08.2010)
15. Holterhus, P.M./ Beyer, P./ Bürger-Brüsing, J./ Danne, T./ Etspüler, J./ Heidtmann, B. et al (2009). Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter. In: http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/EBL_Kindesalter_2010.pdf (abgerufen am 28.06.2010)
16. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2005). Kurzwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2: Abschlussbericht; Auftrag A05-04 (IQWiG-Berichte; Band 3). In: http://www.iqwig.de/download/A05-04_Abschlussbericht_Kurzwirksame_Insulinanaloga_bei_Typ_2_Diabetes_mellitus.pdf (abgerufen am 14.10.2008)
17. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2007). Kurzwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1: Abschlussbericht; Auftrag A05-02 (IQWiG-Berichte; Band 22). In: http://www.iqwig.de/download/A05-02_Abschlussbericht_Kurzwirksame_Insulinanaloga_bei_Diabetes_mellitus_Typ_1.pdf (abgerufen am 14.10.2008)
18. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2008). Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2: Abschlussbericht; Auftrag A05-05A. (IQWiG-Berichte; Band 40). In: http://www.iqwig.de/download/A05-05A_AB_Glitazone_zur_Behandlung_des_Diabetes_mellitus_Typ_2.pdf (abgerufen am 04.02.2009)
19. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009). Kurzwirksame Insulinanaloga bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1: Abschlussbericht; Auftrag A08-01 (IQWiG-Berichte; Band 66). In: http://www.iqwig.de/download/A08-01_Abschlussbericht_Kurzwirksame_Insulinanaloga_bei_Kindern_und_Jugendlichen.pdf (abgerufen am 27.11.2009)
20. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009). Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2: Abschlussbericht; Auftrag A05-03 (IQWiG-Berichte; Band 42). In: http://www.iqwig.de/download/A05-03_Abschlussbericht_Langwirksame_Insulinanaloga_bei_Diabetes_mellitus_Typ_2_V1.1.pdf (abgerufen am 02.06.2009)
21. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2010). Langwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1: Abschlussbericht; Auftrag A05-01 (IQWiG-Berichte; Band 70). In: http://www.iqwig.de/download/A05-01_Abschlussbericht_Langwirksame_Insulinanaloga_bei_Diabetes_mellitus_Typ_1.pdf (abgerufen am 03.05.2010)
22. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2011). Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 (IQWiG-Berichte – Jahr: 2011 Nr. 88). In: https://www.iqwig.de/download/V09-03_Abschlussbericht_Leitlinienrecherche_und%20_bewertung_fuer_das_DMP_Diabetes_mellitus_Typ_1.pdf (abgerufen am 11.01.2012)
23. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2011). Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 (IQWiG-Berichte – Jahr: 2011 Nr. 99). In: https://www.iqwig.de/download/V09-04_Abschlussbericht_Leitlinienrecherche_und-bewertung_fuer_das_DMP_Diabetes_mellitus_Typ_2.pdf (abgerufen am 11.01.2012)
24. Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for diabetes and chronic kidney disease. Am J Kidney Dis 2007; 49(2 Suppl 2): S12-S154.
25. National Collaborating Centre for Chronic Conditions, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2010). Type 1 diabetes: diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults. London: National Institute for Clinical Excellence
26. Rodbard, H.W./ Blonde, L./ Braithwaite, S.S./ Brett, E.M./ Cobin, R.H./ Handelsman, Y. et al. (2007) . American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the management of diabetes mellitus. Endocr Pract 2007; 13(Suppl 1): 1-68.
27. Ryden, L./ Standl, E./ Bartnik, M./ Van Den Berghe, G./ Betteridge, J./ De Boer, M.J. et al. (2007). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: full text. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 2007; 16(7): C3-C74.
28. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). Management of diabetes. Edinburgh: SIGN
29. World Health Organization (2003). The world health report 2003: shaping the future. Genf: WHO.

Es handelt sich bei diesem Artikel um eine verkürzte Darstellung der IQWiG-Berichte V09-03 und V09-04. Die vollständigen Berichte können von der Website des Instituts (www.iqwig.de) heruntergeladen werden.

Untersuchung kein Überarbeitungsbedarf identifiziert. Das bestehende DMP DM 2 gibt Glibenclamid, Metformin oder Humaninsulin als bevorzugt zu verordnende Medikamente an. Dies steht teilweise im Gegensatz zu den Empfehlungen der Leitlinien. Sie empfehlen für die blutglukosesenkende Therapie bei Diabetikern mehrere Substanzgruppen, z. B. auch Glitazone, die nach der Arzneimittelrichtlinie des G-BA vom 17.06.2010 von der Verordnung verschreibungspflichtiger Arzneimittel ausgeschlossen sind (Gemeinsamer Bundesausschuss 2010: 11; 2010: 12; 2010: 13). Dieser Ausschluss erfolgte wegen des belegten Schadenpotenzials, z. B. der Verstärkung einer Herzinsuffizienz (Gemeinsamer Bundesausschuss 2010: 11; 2010: 13; IQWiG 2008). Andere von den Leitlinien empfohlene Medikamente sind in Deutschland nur eingeschränkt verordnungsfähig; so ist z. B. Vildagliptin nur in Kombination mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2009) verordnungsfähig.

Einige der in die Untersuchung eingeschlossenen Leitlinien (National Collaborating Centre for Chronic Conditions 2010, Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2010, Canadian Diabetes Association 2008) empfehlen kurz- und langwirksame Insulinanaloga als Alternative zu einer Therapie mit Humaninsulinen, und zwar zum Teil mit hohem Empfehlungsgrad. Diese Empfehlung wird auch für diabetische Kinder gegeben (Canadian Diabetes Association 2008, Holterhus 2009, Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2010). Diese Empfehlungen zu den Insulinanaloga stehen im Gegensatz zu den Ergebnissen der IQWiG-Berichte A05-01, A05-02 und A08-01 (IQWiG 2010; 2007; 2009: 19) zur Nutzenbewertung von Insulinanaloga für Typ-1-Diabetiker und A05-03, A05-04 (IQWiG 2009: 20, IQWiG 2005) entsprechend für Typ-2-Diabetiker. Sowohl für kurz- als auch für langwirksame Insulinanaloga ließen sich in den systematischen Übersichtsarbeiten keine Vorteile bezüglich patientenrelevanter Endpunkte gegenüber Humaninsulin belegen. Über die Gründe für diese Unterschiede zwischen Leitlinien und Nutzenbewertungen kann diskutiert werden. Möglicherweise wurden von den Leitlinienautoren andere Publikationszeiträume oder andere Endpunkte für die Bewertung herangezogen als für die IQWiG-Berichte. Auch die Einbeziehung unpublizierter Daten in die IQWiG-Berichte könnte zu den Unterschieden in der Bewertung geführt haben.

Behandlung der schmerzhaften diabetischen Polyneuropathie

Lokal anzuwendendes Capsaicin wird von 2 Leitlinien neben Antidepressiva, Antikonvulsiva und Opioiden für die Therapie der schmerzhaften Polyneuropathie bei Patienten mit Typ-2-Diabetes als zu erwägen empfohlen (Bril et al. 2011, Rodbard et al. 2007). Mögliche Nebenwirkungen werden jedoch nicht erwähnt (Bril et al. 2011). Eine amerikanische Leitlinie weist aber auf die mögliche Neurotoxizität bei längerfristigem Gebrauch von lokal angewandtem Capsaicin hin (Rodbard et al. 2007). Die Leitlinie NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ (Abholz et al. 2011) rät von Capsaicin zur Behandlung der schmerzhaften Polyneuropathie ab. Die analgetische Wirksamkeit von Capsaicin bei schmerzhafter diabetischer Neuropathie sei laut NVL nicht ausreichend belegt. Darüber hinaus bestehe die Gefahr irreversibler Nebenwirkungen, z. B. von Sensibilitätsstörungen (Abholz et al. 2011). Da die NVL zum Zeitpunkt der letzten Recherche für die IQWiG-Berichte nur in einer Konsultationsfassung vorlag (Abholz et al. 2010), konnte sie für die Ermittlung des möglichen Überarbeitungsbedarfs der DMP aber nicht berücksichtigt werden.

DMP for diabetes type 1 and type 2: potential need for revision

The Federal Joint Committee (G-BA) commissioned the Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG) to conduct a literature search for clinical practice guidelines on diabetes mellitus types 1 and 2 (resolution of 17.12.2009). The recommendations extracted from these evidence-based guidelines were consequently to serve the legally specified regular update of the disease management programmes (DMP) for diabetes mellitus types 1 and 2. The aim of our investigations was therefore to determine a potential need for revision of the two DMP on the basis of recommendations included in guidelines identified by a systematic search. The recommendations of the guidelines considered in our investigations were extracted and allocated to the DMP items. The recommendations were then summarized and compared with the content of the corresponding DMP. A potential need for revision was determined if a guideline presented new information with a high grade of recommendation or if several guidelines presented deviating information (largely with a high grade of recommendation) compared with the corresponding DMP. On the basis of this methodological approach, a potential need for revision was determined for some items in both DMP.

Keywords

disease management programme (DMP), non-insulin-dependent, insulin-dependent, diabetes mellitus type 1, diabetes mellitus type 2, evidence-based guidelines

Therapiezielwerte für den Blutdruck

Mehrere Leitlinien empfehlen Blutdruckzielwerte unterhalb von 130/80 mmHg bei einer antihypertensiven Therapie bei Patienten mit Diabetes (Canadian Diabetes Association 2008, Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2010, Rodbard et al. 2007, Haute Autorité de Santé 2006, American Diabetes Association 2011, Kidney Disease Outcomes Quality Initiative 2007). Die in den bestehenden DMP genannten Therapiezielwerte liegen mit < 140/90 mmHg darüber (Bundesministerium für Gesundheit 2009). Eine Leitlinie der European Society of Cardiology rät für hypertone Diabetiker zu einer Senkung des Blutdrucks unter 130/80 mmHg (Ryden et al. 2007). Die Deutsche Hochdruckliga (DHL) empfahl 2008 ebenfalls diese Blutdruckzielwerte (Deutsche Hochdruckliga 2008). Im Herbst 2010 diskutierte die DHL jedoch die Blutdruckzielwerte auf der Grundlage neuer klinischer Studien erneut (Deutsche Hochdruckliga 2010). Danach konnte nicht gezeigt werden, dass eine intensive Blutdrucksenkung bezüglich patientenrelevanter Endpunkte einen Vorteil gegenüber einer moderaten Blutdrucksenkung bietet. Im Gegensatz dazu gibt auch der Bericht „Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011“ von diabetesDE und der DDG (DiabetesDE 2010) die von den Leitlinien empfohlenen Blutdruckzielwerte von unter 130/80 mmHg an.

Übertragbarkeit von Leitlinienempfehlungen

Empfehlungen von Leitlinien, die in einem anderen als dem deutschen Gesundheitssystem erstellt worden sind, sind nicht ohne weiteres auf das deutsche System übertragbar. Im Zweifelsfall muss eine umfassende Prüfung der Übertragbarkeit einzelner Empfehlungen auf das deutsche Gesundheitssystem erfolgen. Dies würde eine Analyse einerseits der zugrunde liegenden Evidenz und andererseits der landes-

spezifischen Bedürfnisse, Wertesysteme, Organisations- bzw. Versorgungsstrukturen des Gesundheitssystems, Kosten-Nutzen-Verhältnisse, Zulassungsbedingungen und Verfügbarkeit der Ressourcen voraussetzen.

Basierend auf den Ergebnissen der Untersuchung (IQWIG 2011: 22; 2011: 23) müssen die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 nicht unbedingt überarbeitet werden, Ergänzungen für einzelne Gliederungspunkte könnten aber erfolgen. Die Entscheidung über die Überarbeitung der bestehenden DMP trifft der Gemeinsame Bundesausschuss. <<

Dipl. Oek./Med. (FH) Wiebke Hoffmann-Eßer
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Ressort Versorgungsqualität des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Studium der Medizin-Ökonomie an der Rheinischen Fachhochschule Köln; Abschluss: Diplom Medizin-Ökonomin (FH), seit dem 01.10.2008 im IQWiG als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig.
Kontakt: wiebke.hoffmann-esser@iqwig.de



Dr. med Carmen Bartel
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Ressort Versorgungsqualität des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Studium der Medizin an der RWTH Aachen, Studium der Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin an der Heinrich Heine-Universität Düsseldorf, 1992 Promotion im Bereich der Urologischen Onkologie.
Kontakt: carmen.bartel@iqwig.de



Dipl.-Ges.Oek. Susanne Ein Waldt
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Ressort Versorgungsqualität des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Ausgebildete Krankenschwester mit Weiterbildung zur Fachschwester für Anästhesie und Intensivmedizin, Studium der Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln, Abschluss: Diplom Gesundheitsökonomin.
Kontakt: susanne.einwaldt@iqwig.de



Dr. rer.nat. Eva Höfer
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Ressort Versorgungsqualität des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Studium der Chemie an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, 3,5 Jahre wissenschaftliche Mitarbeiterin der IMMEDIS GmbH im Bereich Nichtinterventionelle Studien, seit Dezember 2009 im IQWiG.
Kontakt: eva.hoefer@iqwig.de



Dipl.-Stat. Corinna Kiefer
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Ressort Medizinische Biometrie des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Studium der Statistik an der Technischen Universität Dortmund; Abschluss: Diplom Statistikerin (Schwerpunkt: Biometrie), seit November 2010 im IQWiG als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig.
Kontakt: corinna.kiefer@iqwig.de



Dipl.-Soz. Ulrich Siering
ist stellvertretender Ressortleiter des Ressort Versorgungsqualität des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Nach dem Studium der Soziologie wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und anschließend Referent für die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Seit 2005 im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Kontakt: ulrich.siering@iqwig.de



Dr. med. Alric Rüther
ist Ressortleiter des Ressorts Versorgungsqualität des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Studium der Medizin in Budapest, München und Alicante. Ausbildung Innere Medizin und Hämatologie/Onkologie in München und Freiburg.
Lehre in Health Technology Assessment an den Universitäten Bielefeld und Berlin (Charité).
Kontakt: alric.ruether@iqwig.de

