

H. Gohlke
R. Landgraf
W. A. Scherbaum
P. Schwandt
E. Standl
D. Tschöpe

Gemeinsame Stellungnahme zur evidenzbasierten Expertenleitlinie „Diabetes und Herz“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) sowie den „Empfehlungen zur umfassenden Risikoverringerung für Patienten mit koronarer Herzerkrankung, Gefäßerkrankungen und Diabetes“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

Der Diabetes bzw. dessen Vorstadien (gestörte Glukosetoleranz) haben in den vergangenen Jahrzehnten an Häufigkeit kontinuierlich zugenommen. Ein Großteil der Patienten, die wegen gefäßbedingter Erkrankungen, insbesondere im Bereich des Herzens behandelt werden müssen, ist der Gruppe der Diabetiker und der Menschen mit gestörter Glukosetoleranz zuzurechnen.

Bereits die Diagnose „Diabetes“ stellt ein interventionsbedürftiges Hochrisiko (>20% vaskuläre Ereignisrate über die nächsten 10 Jahre, sog. „Cardiovascular Risk Equivalent“) dar, bei dem auch eine komplexe medikamentöse Prophylaxe und Therapie

indiziert ist. Der Diabetes trägt erheblich zu der gegenwärtigen und prognostizierten Epidemie kardiovaskulärer Erkrankungen sowie dialysepflichtiger Niereninsuffizienzen bei. Bei koronarkranken Patienten stellt der Diabetes einen der wichtigsten Faktoren für eine deutlich eingeschränkte Prognose dar. Seine angemessene Berücksichtigung ist für den individuellen Patienten, aber auch die weitere gesundheitsökonomische Stabilität von wesentlicher Bedeutung. Der Diabetes ist ebenso wie die koronare Herzkrankheit eine in hohem Maße vermeidbare Erkrankung. Hier sind bevölkerungsweite präventive Maßnahmen gefordert, die – beginnend im Kindergarten – einen günstigen Einfluss auf den Lebensstil nehmen und neben einer Vermeidung von individuellem Leid auch eine ökonomische Entlastung des Gesundheitssystems bewirken können. Leider lässt die gegenwärtige Realität befürchten, dass die Doppelproblematik „Diabetes und Herz“ auf der Versorgungsebene zu kurz kommt. Die Gründe hierfür können wie folgt zusammengefasst werden:

- mangelndes Problembewusstsein
- unzureichende Präventionsmaßnahmen
- hohe Dunkelziffer der Erkrankungen
- unzureichender Diagnostikeinsatz
- restriktiver Behandlungsansatz
- unzureichende Zielwertorientierung
- unzureichende Nachsorge.

Diese Überlegungen haben dazu geführt, dass sich die Fachgesellschaften diesem Problemfeld mit einer sorgfältigen Aufarbeitung der wissenschaftlichen Faktenlage genähert haben: Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie hat ihre Behandlungsempfehlungen aktuell

Prof. Dr. H. Gohlke
(Projektgruppe Prävention der Kommission
Klinische Kardiologie der DGK)

Prof. Dr. R. Landgraf
(Präsident der DDG)

Prof. Dr. W. A. Scherbaum
(Vorsitzender der Leitlinienkommission der DDG)

Prof. Dr. P. Schwandt
(Vorsitzender der Lipidliga
i. d. Nationalen Herzkreislaufkonferenz, NHKK)

Prof. Dr. E. Standl
(Vorsitzender Projektgruppe „Diabetes, Makroangiopathie
und Herz“ der DDG)

Prof. Dr. D. Tschöpe
(Sprecher der Arbeitsgruppen „Diabetes und Herz“,
DDG sowie „Herz und metabolisches Syndrom, DGK
und Kuratoriumsvorsitzender der Stiftung
„Der herzkranken Diabetiker“ i. d. NHKK)

fortgeschrieben und die Deutsche Diabetes Gesellschaft hat erstmals eine umfassende, evidenzbasierte Expertenleitlinie „Diabetes und Herz“ publiziert. Neben der zeitlichen Koinzidenz ist bemerkenswert, dass sich die beiden Fachgesellschaften dabei der jeweils komplementären Expertise entweder über die Arbeitsgemeinschaften oder direkt durch Berufung in die Kerngruppe der Leitlinienerstellung bedient haben. Diese Aktivitäten verstehen sich mit ihrer fachlichen Fundierung in den Gremien der jeweiligen Fachgesellschaften als angemessenes Pendant der nahezu zeitgleich publizierten 6. Präventionskonferenz der American Heart Association, „Diabetes and Cardiovascular Disease“. Diese stellt ein wesentlich detaillierteres, wissenschaftliches Dokument allerdings ohne Evidenzgewichtung dar. Mit diesen Dokumenten liegen damit umfassende, robuste Analysen vor, die eine angemessene Risikobewertung des „herzkranken Diabetikers“ als Grundlage einer rationalen, pathogenetisch begründeten und evidenz-basierten Diagnostik und Therapie ermöglichen. Damit sind die Fachgesellschaften der berechtigten Forderung nach soliden Orientierungshilfen nachgekommen. Es wäre wünschenswert, wenn diese Überlegungen Eingang in den gesundheitsökonomischen Diskurs fänden, wo derzeit unter dem Begriff „Disease Management“ versucht wird, medizinische Exzellenz volks- und betriebswirtschaftlich vertretbar in die Breitenversorgung zu implementieren. Insbesondere wäre zu wünschen, dass interdisziplinär erarbeitete Leitlinien von Verbänden, Versicherern und Politikern ihren Ausgangspunkt und Bezug zu den genannten Leitlinienwerken nehmen werden.

Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass gerade für eine umfassende Leitlinie, die neben präventiven auch interventionelle Prozeduren in Algorithmen abbildet, naturgemäß Evidenzlücken in Kauf genommen werden müssen, die ihrerseits zu einer Präzisierung der Forderungen an die Versorgungsforschung führen. Hier grenzt sich das Empfehlungspapier der

Deutschen Gesellschaft für Kardiologie ab, da es sich strikt auf sekundär- präventive Aspekte erstreckt. Allerdings hat sich der klassische Stratifizierungsalgorithmus, der sich am klinischen Ereignis orientiert aus den oben dargelegten Gründen für Diabetiker als nicht sinnvoll erwiesen. Letztlich gilt der Diabetiker als Sekundärpräventionspatient, wobei eine individuelle Risikobestimmung nach akzeptierten Bewertungskriterien (z. B. Framingham oder PROCAM Algorithmus) aktiven Behandlungsentscheidungen vorausgehen sollte. Die Experten- Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft nimmt darüber hinaus insbesondere auch eine gewichtete Bewertung der Blutglukosekontrolle vor. Es ist wesentlich darauf hinzuweisen, dass jenseits marginaler Differenzen, etwa bei Zielwerten zur Hypertoniebehandlung das übergeordnete Signal an die behandelnde Ärzteschaft in einer intensiveren, vor allem umfassend präventiven Behandlung der Diabetiker sein soll. Ein (wissenschaftlich interessanter) Disput um Grenzwertdetails soll und muss den hierfür vorgesehenen Expertengremien vorbehalten bleiben. Die Expertenleitlinie der DDG wurde daher analog dem Empfehlungspapier der DGK durch eine Anwenderversion ergänzt.

Zwischenzeitlich publizierte Studien, wie etwa die „Heart Protection Study“ oder „Life“ werden die bisherigen Empfehlungen modifizieren oder bestärken. Dies belegt eindrücklich, dass der State-of-the-Art Anspruch nur durch einen dynamischen Ergänzungsprozess erfüllt werden kann.

Zusammenfassend ist zu hoffen, dass es durch die enge Abstimmung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zusammen mit den Gremien in der Nationalen Herz-Kreislauf-Konferenz zu weiterer Konvergenz in der Sicht und Behandlung des Diabetikers als kardiovaskulärem Hochrisikopatienten kommt. Dies sollte zu einheitlichen Empfehlungen an den praktizierenden Arzt führen, denn die Evidenzbasis ist für alle Fachgesellschaften dieselbe.

Literatur

- Standl E, Eckert S, Fuchs C, Horstkotte D, Janka HU, Lenegling HG, Petzoldt R, Redaelli M, Sawicki P, Scherbaum WA, Strasser RH, Tschöpe D (2002) Diabetes mellitus und Herz. In: Scherbaum WA, Landgraf R (Hrsg) Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. 1. Auflage, Deutsche Diabetesgesellschaft
- Standl E, Tschöpe D (2002) Diabetes mellitus und Herz. In: Scherbaum WA, Landgraf R (Hrsg) Praxis-Leitlinien DDG. Diabetes und Stoffw (Suppl 11) 2:22–24
- Gohlke H, Kübler W, Mathes P, Meinertz T, Schuler G, Gysan DB, Sauer G für die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (2001) Empfehlungen zur umfassenden Risikoverringerung für Patienten mit koronarer Herzerkrankung, Gefäßerkrankungen und Diabetes. *Z Kardiol* 90:148–149
- Standl E, Tschöpe D, Scherbaum WA (2000) Kommentar zu den Leitlinien der Deutschen Diabetesgesellschaft: Diabetes, Makroangiopathie und Herz. *Diab Stoffw* 3:111–112
- Grundy S, Howard B, Smith S, Eckel R, Redberg R, Bonow R (2002) Prevention Conference VI: Diabetes and Cardiovascular Disease. Executive Summary. *Circulation* 105:2231–2239