

Vertragspartnerservice

Gruberstrasse 77
4021 Linz, Postfach 61

Tel. +43 05 0766-14102035
Fax +43 05 0766-1466102000

Email: melisa.halilagic@oegk.at

Unsere Servicezeiten finden Sie
unter: www.gesundheitskasse.at

UID-Nr.: ATU74552637

RS Nr. 1954
BÖ
November 2020

Neuerungen in den ÖDG-Leitlinien 2020 – Diabetes mellitus Typ II

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

neue klinische Daten aus dem Jahr 2019 veranlassten die Österreichische Diabetesgesellschaft zur Herausgabe eines Online-Updates 2020 zum Thema „Antihyperglykämische Therapie bei Diabetes mellitus Typ II“.

Änderungen im Update 04/2020

- 1) Es wird empfohlen neben der etablierten kardiovaskulären Erkrankung auch das hohe Risiko für eine atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung als Indikation für eine Therapie für GLP-1 Rezeptoragonisten oder SGLT2 Inhibitoren mit nachgewiesenem kardiovaskulären Benefit anzusehen. Diese Therapie sollte rasch in Ergänzung zu einer Metformintherapie begonnen werden. (siehe Beilage 1)
- 2) Die Daten aus der DAPA-HF Studie ergänzen und verstärken die Empfehlung, dass bei vorbestehender Herzinsuffizienz ein SGLT2 Inhibitor mit Evidenz zur Reduktion von Herzinsuffizienz als Zweitlinientherapie eingesetzt werden sollte. (siehe Beilage 2)
- 3) Die Daten aus der CREDENCE Studie unterstützen die Empfehlung, dass bei chronischer Niereninsuffizienz SGLT2 Inhibitoren mit Evidenz für Reduktion der Progression der chronischen Niereninsuffizienz als Zweitlinientherapie unter Beachtung der Fachinformation eingesetzt werden sollen. (siehe Beilage 2)

Bitte beachten Sie bei der Verordnung die ökonomische Reihung von Antidiabetika unter Beachtung der Preismodelle (siehe Beilage 3):

- Vergleicht man die Preise der SGLT2 Inhibitoren und GLP-1 Rezeptoragonisten, sind **SGLT2 Inhibitoren die kostengünstigere Therapieoption.**
- In der Gruppe der SGLT2 Inhibitoren ist **Forxiga kostengünstiger als Jardiance.** (Preisstand 10/2020)

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe!

(1) Literatur: <https://www.oedg.at/pdf/2004-leitlinien-update.pdf>

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:**Österreichische Gesundheitskasse, Behandlungsökonomie**

Frau Mag. Melisa Halilagic, Tel. 05 0766 14102035, E-Mail: melisa.halilagic@oegk.at

Hinweise:**EKO – Änderungen:**

[wwwhttps://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.834680&portal=oegkportalw.gesundheitskasse.at](https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.834680&portal=oegkportalw.gesundheitskasse.at)

EKO2go (App): Laufend aktualisiertes Infotool zum EKO inklusive Fachinformationen**App Store:** <https://apps.apple.com/at/app/eko2go/id906506388>**Google Play:**https://play.google.com/store/apps/details?id=at.itsv.mobile.eko2go&hl=de_AT**Beilagen:**

- 1: Lebensstilmodifizierte Therapie – Gewichtsmanagement, körperliche Aktivität
- 2: Evidenz zur kardiovaskulärer Sicherheit und Vorteil antidiabetischer Substanzen aus randomisierten, placebo-kontrollierten Studien
- 3: Ökonomische Reihung der SGLT2-Inhibitoren

Mit freundlichen Grüßen

Österreichische Gesundheitskasse

DI Claudia Pirngruber, MPM
Abteilungsleiterin
Behandlungsökonomie



Dr. Thomas Weichselbaumer
Abteilungsleiterstellvertreter
Behandlungsökonomie

Ärztekammer für Oberösterreich

OMR Dr. Wolfgang
Ziegler
Kurienobmann-Stv.
niedergelassene Ärzte



OMR Dr. Thomas
Fiedler
Kurienobmann
niedergelassene Ärzte



Dr. Peter Niedermoser
Präsident

Ergeht an alle niedergelassenen Ärzte für Allgemeinmedizin, Wahlärzte mit Rezepturbefugnis, Fachärzte für Innere Medizin und KH Abteilungen für Innere Medizin / Diabetesambulanzen.

Beilage 1: Lebensstilmodifizierte Therapie – Gewichtsmanagement, körperliche Aktivität

Lebensstilmodifizierende Therapie – Gewichtsmanagement, körperliche Aktivität

+

Metformin als Basistherapie (wenn keine Kontraindikationen)

Anamnestisch bekannte kardiovaskuläre Erkrankung oder chronische Niereninsuffizienz

Kardiovaskuläre Erkrankung im Vordergrund

- Nachgewiesene atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung
- Hohes Risiko für eine atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung (Alter ≥ 55 Jahre und eines der folgenden Kriterien)
 - linksventrikuläre Hypertrophie
 - $>50\%$ Stenose der Koronarien, Karotiden oder Beinarterien
 - eGFR <60 ml/min/1,73 m²
 - Albuminurie

GLP-1 Analogon mit kardiovaskulärem Benefit¹

SGLT2-Hemmer mit kardiovaskulärem Benefit¹ solange die eGFR die Verschreibung zulässt

HbA1c über dem Zielbereich

Medikament mit dokumentierter kardiovaskulärer Sicherheit

GLP-1 Analogon, SGLT-2 Hemmer
DPP-4 Hemmer falls kein GLP-1 Analogon
Basalinsulin
Pioglitazon
Sulfonylharnstoff

Herzinsuffizienz oder chronische Niereninsuffizienz im Vordergrund

SGLT2 – Hemmer mit Evidenz zur Reduktion von Herzinsuffizienz und/oder Progression einer chronischen Niereninsuffizienz¹

Wenn eine SGLT-2 Hemmertherapie nicht möglich ist (Kontraindikation, Unverträglichkeit, eGFR), dann GLP-1 Rezeptoragonist mit kardiovaskulärem Benefit¹

HbA1c über dem Zielbereich

Medikament mit dokumentierter kardiovaskulärer Sicherheit

GLP-1 Analogon
DPP-4 Hemmer (nicht Saxagliptin) falls kein GLP-1 Analogon
Basalinsulin
Sulfonylharnstoff

Keine bekannte kardiovaskuläre Erkrankung oder chronische Niereninsuffizienz

Minimierung des Risikos für Hypoglykämien

DPP-4 Hemmer

GLP1 - Analoga

SGLT2 - Hemmer

Pioglitazon

HbA1c über dem Zielbereich

SGLT2 – H oder Pioglitazon

SGLT2 – H oder Pioglitazon

GLP-1 RA oder DPP-4 Hemmer oder Pioglitazon

SGLT2- H oder DPP-4 Hemmer oder GLP-1 RA

HbA1c über dem Zielbereich

Therapieeskalation mit einem weiteren Wirkmechanismus

HbA1c über dem Zielbereich

Therapieeskalation mit Basalinsulin oder moderner Sulfonylharnstoff

¹ entsprechend der Darstellung in Tabelle 1

Bei Neudiagnose sollte bei einem HbA1c $> 9,0\%$ (75 mmol/mol) eine Kombinationstherapie begonnen werden

Transfer in ein Krankenhaus bzw. zu einem Spezialisten bei symptomatischer Hyperglykämie/metabolischer Dekompensation

Beilage 2: Evidenz zur kardiovaskulärer Sicherheit und Vorteil antidiabetischer Substanzen aus randomisierten, placebo-kontrollierten Studien

Tabelle 1 Evidenz zu kardiovaskulärer Sicherheit und Vorteil antidiabetischer Substanzen aus randomisierten, placebo-kontrollierten Studien

Studiename, Substanz, primärer Endpunkt (CVOT)	Prim. Endpunkt	sekundärer Endpunkt ^a						
		MACE	Gesamt-Mortalität	CV-Mortalität	Myokard-Infarkt	Insult	Hosp. wg. Herzinsuffizienz	Renale Endpunkte
SAVOR TIMI, Saxagliptin	= (3-MACE)	=	=	=	=	=	↑	=
EXAMINE; Alogliptin	= (3-MACE)	=	=	=	=	=	=	=
TECOS, Sitagliptin	= (4-MACE)	=	=	=	=	=	=	=
CARMELINA, Linagliptin	= (3-MACE)	=	=	=	=	=	=	=
ELIXA, Lixisenatid	= (4-MACE)	=	=	=	=	=	=	n. b.
EXCSEL, Exenatid	= (3-MACE)	=	↓	=	=	=	=	n. b.
LEADER, Liraglutid	↓ (3-MACE)	↓	↓	↓	=	=	=	↓
SUSTAIN-6, Semaglutid s.c.	↓ (3-MACE)	↓	=	=	=	↓	=	↓
REWIND, Dulaglutide	↓ (3-MACE)	↓	=	=	=	↓	=	↓
PIONEER-6, Semaglutide oral	= (3-MACE)	=	↓	↓	=	=	=	n. b.
EMPA-REG-OUTCOME, Empagliflozin	↓ (3-MACE)	↓	↓	↓	=	=	↓	↓
CANVAS, Canagliflozin	↓ (3-MACE)	↓	=	=	=	=	↓	↓
DECLARE, Dapagliflozin	↓ (kardiovaskulärer Tod und HHI)	=	=	=	=	=	↓	↓
DAPA-HF ^b , Dapagliflozin	↓ (kardiovaskulärer Tod, HHI, dringende Herzinsuff. Visite)	n. b.	↓	↓	n. b.	n. b.	↓	=
UKPDS, Metformin Studie; Follow Up	↓ (komb. Endpunkt) ^c	n. b.	↓	=	↓	=	=	=
PROACTIVE, Pioglitazon	= (komb. Endpunkt) ^d	↓	=	=	↓	↓	↑	=
ORIGIN, Glargin	= (3-MACE)	=	=	=	=	=	=	=
DEVOTE, Degludec	= (3-MACE)	=	=	=	=	=	=	=

^a hypothesengenerierend; ^b DAPA-HF rekrutierte Patienten mit Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfkraft (HFrEF), ca.42% der Studienteilnehmer hatten einen bekannten Diabetes mellitus

^c jegliche Diabetes-bezogene klinische Endpunkte, Diabetes-bezogener Tod, Gesamtmortalität; ^d Kombiniertes Endpunkt aus Gesamtmortalität, nicht-tödlichem Herzinfarkt, (einschließlich stummer Infarkte), nicht-tödlichem Schlaganfall, akutes Koronarsyndrom, endovaskuläre oder chirurgische Intervention der Koronarien oder Beinarterien, Amputation über dem Knöchel
n.b. nicht berichtet

Beilage 3: Ökonomische Reihung der SGLT2-Inhibitoren

Sodium-Glucose Co-Transporter 2 (SGLT2)-Inhibitoren						
Medikament	Pharmanummer	Wirkstoff	Stk.	Applikation	KVP pro 30 Tage	Box
Steglatro 5mg PM	4481410	Ertugliflozin	28	1 x tägl.	günstig	Y RE2
Steglatro 15mg PM	4481404	Ertugliflozin	28	1 x tägl.		Y RE2
Steglatro 5mg PM	4955799	Ertugliflozin	14	1 x tägl.		Y RE2
Steglatro 15mg PM	4955807	Ertugliflozin	14	1 x tägl.		Y RE2
Forxiga 10mg PM	3910895	Dapagliflozin	28	1 x tägl.		Y RE2
Forxiga 10mg PM	3910889	Dapagliflozin	14	1 x tägl.		Y RE2
Jardiance 10mg PM	3930892	Empagliflozin	30	1 x tägl.		Y RE2
Jardiance 25mg PM	3928197	Empagliflozin	30	1 x tägl.		Y RE2
Jardiance 10mg PM	3930900	Empagliflozin	14	1 x tägl.		Y RE2
Jardiance 25mg PM	3928205	Empagliflozin	14	1 x tägl.		Y RE2
Forxiga 5mg	3910872	Dapagliflozin	28	1 x tägl.		N
Invokana 100mg	3931041	Canagliflozin	30	1 x tägl.		Y RE1
Forxiga 5mg	3910866	Dapagliflozin	14	1 x tägl.		N
Invokana 100mg	3931035	Canagliflozin	10	1 x tägl.		Y RE1
Invokana 300mg	3931064	Canagliflozin	30	1 x tägl.		N
Invokana 300mg	3931058	Canagliflozin	10	1 x tägl.	teuer	N

PM: Preismodell, **Preisstand 10/20**; KVP: Kassenverkaufspreis

Reihung in Farbstufen; Preisangaben in € wegen Preismodellen (**PM**) nicht möglich