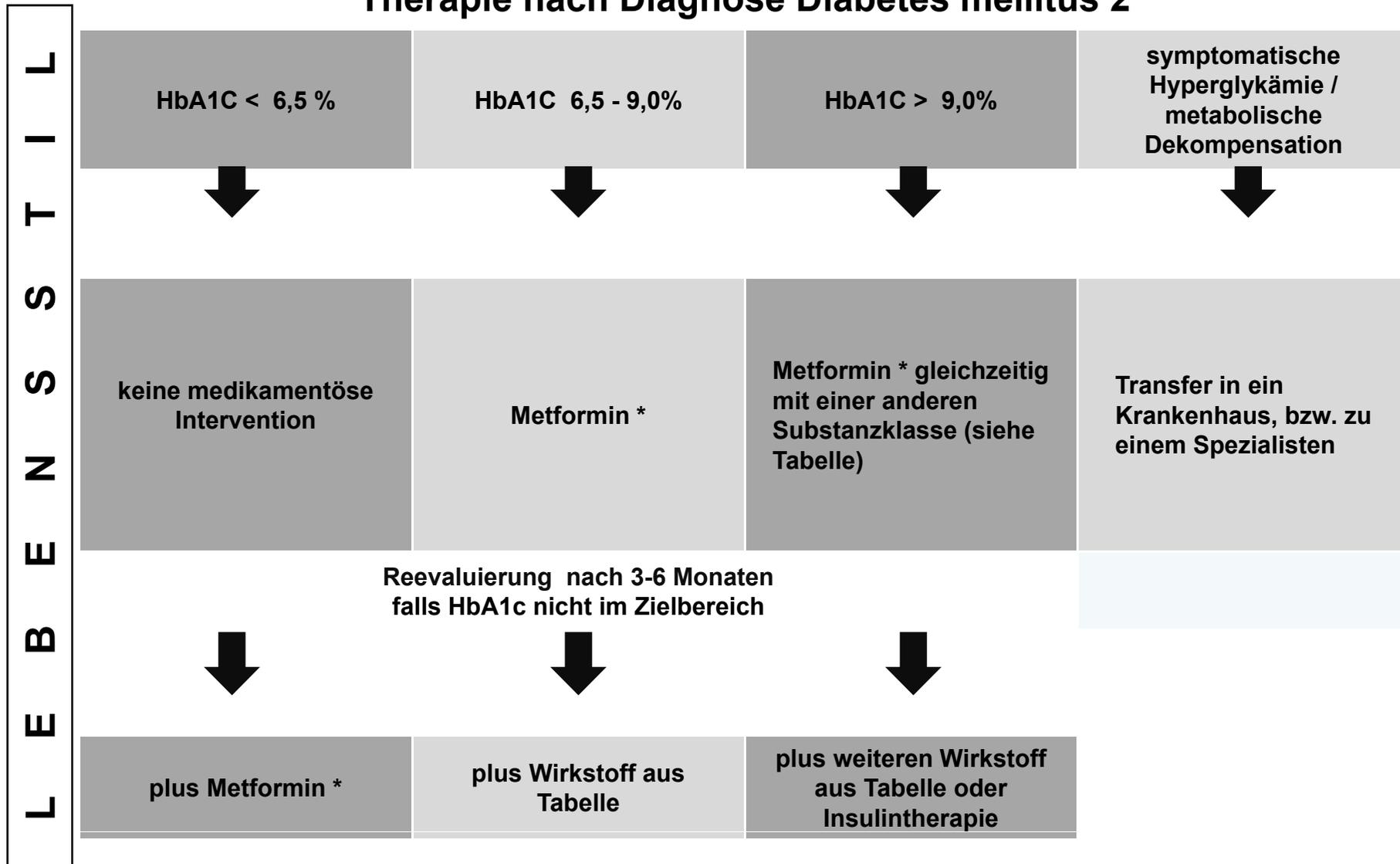


# **ANTIDIABETISCHE THERAPIE DES DM-2**

**ÖDG Leitlinien 2009  
modifiziert September 2010**

# Leitlinie ÖDG 2009, modifiziert September 2010

## Therapie nach Diagnose Diabetes mellitus 2



\* bei BMI < 22 kg/m<sup>2</sup> / KI / Unverträglichkeit: Wirkstoff einer anderen Substanzklasse aus Tabelle

## Leitlinie ÖDG 2009, modifiziert September 2010

Klasse	HbA1c	Hypoglykämie	Vorteile	Nachteile
<b>Metformin *</b>	↓↓	nein	Gewichtsneutralität, Reduktion makrovaskulärer Ereignisse	KI und GI Nebenwirkungen
Hinzufügen eines Wirkstoffes, der für den einzelnen Patienten auf Basis der unten angeführten Vor- und Nachteile am besten geeignet ist (Wirkstoffe in alphabetischer Reihenfolge)				
Klasse	HbA1c	Hypoglykämie	Vorteile	Nachteile
<b>Alpha-Glucosidase-Inhibitoren</b>	↓	nein	Verbesserte postprandiale BZ-Kontrolle, gewichtsneutral	GI Nebenwirkungen
<b>DPP-4-Hemmer</b>	↓ bis ↓↓	nein	Verbesserte postprandiale BZ-Kontrolle, gewichtsneutral, mögliche Betazellprotektion	Neuer Wirkstoff (unbekannte Langzeitsicherheit)
<b>Inkretinmimetika</b>	↓↓	nein	Gewichtsreduktion, mögliche Betazellprotektion	Neuer Wirkstoff (unbekannte Langzeitsicherheit), Nausea
<b>Insulin</b>	↓↓↓	ja	Keine Dosisobergrenze viele Arten, flexible Regelungen	Gewichtszunahme
<b>Insulinsekretagoga:</b>				
<b>Sulfonylharnstoffe</b>	↓↓	ja	Gliclazid und Glimperid sind mit weniger Hypoglykämien und Gewichtszunahme verbunden als Glibenclamid	mögliche Gewichtszunahme
<b>Glinide</b>	↓ bis ↓↓	ja	Verbesserte postprandiale BZ Kontrolle	Dreimal tägliche Dosierung, mögliche Gewichtszunahme
<b>Pioglitazon</b>	↓↓	nein	Mögliche Betazellprotektion, Reduktion makrovaskulärer Ereignisse	Gewichtszunahme, periphere Ödeme, Frakturen bei Frauen
↓ = <1,0% HbA1c Senkung, ↓↓ = 1,0-2% HbA1c Senkung, ↓↓↓ = >2,0% HbA1c Senkung				

Reevaluierung alle 3 Monate

Falls HbA1c nicht im Zielbereich plus weiteren Wirkstoff aus Tabelle oder Insulintherapie