



Vorbericht Berichtnr: V24-11

Titel: Leitliniensynopse

für die Aktualisierung des DMP Diabetes Mellitus Typ 2

Tabellarische Stellungnahme der DGfN

Allgemeines / Terminologie	<p><u>Anmerkung:</u> Die internationale, gemeinnützige Organisation Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) hat 2019 in einem Konsensus-Prozess ein englischsprachiges Glossar entwickelt, um die Begriffe zur Beschreibung von Nierenfunktion, Nierenstruktur und Nierenkrankheiten zu vereinheitlichen. Leitprinzipien bei der Entwicklung dieser Nomenklatur waren Präzision, Patientenzentrierung und Konsistenz mit bisherigen KDIGO-Leitlinien¹. Das entsprechende Positionspapier beinhaltet eine deutsche Übersetzung dieses Glossars, die im Auftrag der nephrologischen Fachgesellschaften in Deutschland, Österreich und der Schweiz entwickelt wurde².</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Den Empfehlungen der Konsensuskonferenz sollte gefolgt werden. Der Terminus „Niereninsuffizienz“ sollte ersetzt werden durch „chronische Nierenkrankheit (CKD)“; oder es sollte von einer „Nierenfunktionseinschränkung“ gesprochen werden.</p>
----------------------------	--

1 Hintergrund Betreffendes Krankheitsbild (S.1)	<p><u>Anmerkung:</u> Bei der Beschreibung der CKD bei Diabetes geht der Vorbericht von der Prämisse aus, dass es sich dabei um eine mikrovaskuläre Erkrankung handelt. Damit wird den unterschiedlichen entzündlichen und profibrogenen Mechanismen in der Niere jedoch nicht ausreichend Rechnung getragen. Dies vereinfacht zwar die Darstellung, führt jedoch dazu, ausschließlich die kleinen Gefäße in den Fokus der Therapie zu stellen und nicht ein ganzheitliches Konzept³ (wie es jetzt durch die neuen Medikamentenklassen SGLT-2-Inhibitoren und GLP-1-Rezeptor-Agonisten möglich ist).</p> <p>Zudem sollte nicht davon ausgegangen werden, dass bei CKD und Diabetes in jedem Fall der Diabetes ursächlich ist. Dies ließe unberücksichtigt, dass auch Menschen mit einer CKD anderer Ursache zusätzlich an Diabetes erkranken können.</p>
--	--

¹ [Levey AS, Eckardt KU, Dorman NM. et al. Nomenclature for kidney function and disease: report of a Kidney Disease: Improving Global Outcomes \(KDIGO\) Consensus Conference. Kidney Int 2020; 97 \(06\) 1117-1129](#)

² [Eckardt KU et al., Nomenklatur für Nierenfunktion und Nierenkrankheiten. Dtsch Med Wochenschr 2022; 147\(21\): 1398-1406; DOI: 10.1055/a-1908-5163](#)

³ [Chronic kidney disease, Kamyar Kalantar-Zadeh 1, Tazeen H Jafar 2, Dorothea Nitsch 3, Brendon L Neuen 4, Vlado Perkovic 5 PMID: 34175022 DOI: 10.1016/S0140-6736\(21\)00519-5](#)



<p>Diese Änderungsvorschläge betreffen auch weitere Textpassagen (4.4.4.2.1; 4.4.4.2.2, 4.4.4.2.4, 4.4.6.2.2, Tabelle 21, 4.4.7.2, 5.1, 6, A3.5.5.1.1, A3.5.5.1.2, Tabellen 50 und 51, A3.5.5.1.4, A3.5.6.2.1, Tabelle 83).</p>	<p>Um die ursächliche Wirkung des Diabetes darzustellen und von einer diabetischen Nierenkrankheit zu sprechen, bedarf es einer Nierenbiopsie. Der Begriff „diabetische Nephropathie“ ist zudem ein veralteter Begriff, für dessen Nutzung es aktuell keinen Konsens mehr gibt⁴.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Es sollte wie folgt formuliert werden: „Ein dauerhaft erhöhter Blutglukosespiegel erhöht das Risiko für mikro- und makrovaskuläre Begleit- und Folgeerkrankungen wie einer diabetischen Nephropathie-Nierenkrankheit, Retinopathie oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.“</p>
<p>Tabelle 1 (S.6f)</p>	<p><u>Anmerkung:</u> die Leitlinie “KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE⁵” wurde in der Übersicht über die Versorgungsaspekte, zu denen die Leitlinien Empfehlungen, beziehungsweise diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR (LoE) enthalten, nicht berücksichtigt. Die KDIGO Leitlinie erfüllt die Vorgaben einer S3-Leitlinie und ist weltweit und in Deutschland maßgeblich für die Versorgung nephrologischer Patientinnen und Patienten. Sie enthält neben allgemeinen Empfehlungen auch zahlreiche Empfehlungen für die spezifische Versorgung der diabetischen Nephropathie.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Die Leitlinie „KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE“ sollte in der Übersicht über die Versorgungsaspekte, zu denen die Leitlinien Empfehlungen beziehungsweise diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR (LoE) enthalten, berücksichtigt werden.</p>
<p>Tabelle 2 (S.11)</p>	<p><u>Anmerkung:</u> Die Tabelle 2 führt die KDIGO Leitlinien nicht als Quelle auf, in der die UACR-Bestimmung empfohlen wird. Sowohl die Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease KDIGO 2022⁶, als auch KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE⁷ fehlen in der Zusammenstellung.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Die genannten Leitlinien sind einschlägig und sollten berücksichtigt werden.</p>

⁴ [KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease](#) (S.17)

⁵ KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE; [KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf](#)

⁶ [KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease](#)

⁷ KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE; [KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf](#)



<p>4.4.1 Diagnostik (Eingangsdiagnose) (V1.2), Berücksichtigung der UACR (S.8ff)</p>	<p><u>Anmerkung:</u> Die klinische Diagnose und Prognose⁸ einer CKD bedarf des Einbezugs der UACR⁹. Im DMP wurde die Testung der UACR aufgrund der nicht-einheitlichen Voten in der NVL 2023 nicht aufgenommen. Ausweislich der Auflistung der Voten in der NVL S. 47 empfehlen die klinischen Fachgesellschaften DDG, DGIM, DGfN und DGEM zum Screening auf Nephropathie bei Diabetes die Bestimmung der eGFR, der UACR und eines U-Status für alle Menschen mit Typ-2-Diabetes sowohl bei der Eingangsuntersuchung als auch im regelmäßigen Verlauf¹⁰. Lediglich die DEGAM und die AkdÄ hatten im Prozess ein abweichendes Votum abgegeben – allerdings nicht gegen eine grundsätzliche Berücksichtigung der UACR, sondern für eine individuell zu prüfende Bestimmung bei Risikogruppen.</p> <p>Zudem hat die DEGAM 2024 in ihrer aktuellen Leitlinie „<i>Versorgung von Patient*innen mit chronischer nicht nierenersatztherapie-pflichtiger Nierenkrankheit in der Hausarztpraxis</i>“ die Empfehlungen zur UACR überarbeitet und empfiehlt nun eine breitere Nutzung der UACR (Empfehlung 5.3: Bei einer eGFR < 60 ml/ min/1,73 m2 soll eine Urinuntersuchung auf Albumin und Kreatinin (UACR) empfohlen werden)¹¹.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Der Einschätzung der Mehrheit der klinisch tätigen Fachgesellschaften sollte gefolgt, und die diagnostische Bedeutung der UACR entsprechend reevaluiert werden.</p>
<p>4.4.2.2 Differenzierte Therapieplanung (V1.3.2) 4.4.2.2.1 Allgemein (V1.3.2.1) und 4.4.2.3 Ärztliche Kontrolluntersuchungen (V1.3.3)</p>	<p><u>Anmerkung:</u> Zu Diagnostik und Monitoring der Nierenfunktion wurden keine Leitlinien aus der Nephrologie betrachtet. Insbesondere die Leitlinie „KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE¹²“ wurde nicht für den Abgleich herangezogen.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> die Empfehlungen der Leitlinie „KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE“ sollten in den Vergleich mit der DMP-Richtlinie einbezogen werden.</p>

⁸ Lancet Diab & Endokrinol Volume 3, Issue 7p514-525 July 2015, Estimated glomerular filtration rate and albuminuria for prediction of cardiovascular outcomes: a collaborative meta-analysis of individual participant data, Kunihiro Matsushita, MDa · Prof Josef Coresh, MDa ckdpc@jhmi.edu · Yingying Sang, MSa · Prof John Chalmers, MDb · Caroline Fox, MDC · Prof Eliseo Guallar, MDa · et al. [doi: 10.1016/S2213-8587\(15\)00040-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00040-6).

⁹ [KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease](https://www.kdigo.org/clinical-practice-guidelines-for-diabetes-management-in-chronic-kidney-disease)

¹⁰ [Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Langfassung, Version 3.0 \(https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-001l_S3_Typ-2-Diabetes_2024-12.pdf\)](https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-001l_S3_Typ-2-Diabetes_2024-12.pdf)

¹¹ DEGAM Leitlinie: S3 053-048, Versorgung von Patient*innen mit chronischer nicht-nierenersatztherapiepflichtiger Nierenkrankheit in der Hausarztpraxis - Chronisch eingeschränkte Nierenfunktion in der Hausarztpraxis <https://www.degam.de/leitlinie-s3-053-048>

¹² KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE; [KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf](https://www.kdigo.org/clinical-practice-guidelines-for-chronic-kidney-disease)



<p>4.4.3 Basistherapie (V1.4) (S.19ff)</p>	<p><u>Anmerkung:</u> Zur Basistherapie wurde die Leitlinie „KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE¹³“ nicht für den Abgleich herangezogen; sie enthält jedoch umfangreiche Angaben zur Basistherapie (Ernährung, Bewegung, Meidung von NSAR etc.).</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> die Empfehlungen der Leitlinie „KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE“ sollten berücksichtigt werden.</p>
<p>4.4.4.2 Bevorzugt einzusetzende Wirkstoffe für eine definierte Patientengruppe (V1.5.2) Tabellen 10 und 12 (S.31-S.38)</p>	<p><u>Anmerkung:</u> Zur medikamentösen Therapie wurde die Leitlinie „KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE¹⁴“ nicht für den Abgleich herangezogen. Auf S.36 wird ausgeführt: „Patientinnen und Patienten mit einer klinisch relevanten Nephropathie sollen frühzeitig eine Kombinationstherapie aus Metformin plus einem SGLT-2-Inhibitor oder GLP-1-Rezeptor-Agonist erhalten, wenn Patientinnen und Patienten nach Abwägung der Wirkungen und Nebenwirkungen dazu bereit sind.“ Die Therapiealternative Eskalation mit SGLT2I plus GLP1A wird nicht aufgeführt. Dies wäre jedoch eine Alternative zu der genannten Insulintherapie.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> die Empfehlungen der Leitlinie „KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE“ sollten berücksichtigt werden.</p>
<p>4.4.6.1.1 Arterielle Hypertonie (V1.7.1.1) und Tabelle 18 (S.60 und S.65)</p>	<p><u>Anmerkung:</u> Die genannten Blutdruckziele sind diskrepant zu den KDIGO 2024 und KDIGO 2022 Leitlinien. Bei den Ausführungen zur medikamentösen Blutdrucktherapie fehlen wichtige Aspekte.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> die Empfehlungen der Leitlinie „KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE“ sollten berücksichtigt werden: Zudem sollte ein Hinweis auf chronische Nierenkrankheiten und die besondere Bedeutung zur Prävention von Progression einer CKD erfolgen. Es sollte auf die komplexen Zusammenhänge und Interaktionen bei therapie-refraktärer Hypertonie oder Hyperkaliämie eingegangen werden.</p>

¹³ KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE; [KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf](#)

¹⁴ KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE; [KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf](#)



<p>4.4.6.2.2 „Nephropathie“ bei Diabetes mellitus Typ 2 (V1.7.2.2) (S.69f)</p>	<p><u>Anmerkung:</u> Im Text wird ausgeführt: „Die Ärztin oder der Arzt hat auf Grund des individuellen Risikoprofils (insbesondere Diabetesdauer, Alter, Retinopathie, weitere Begleiterkrankungen) zu prüfen, ob eine Patientin oder ein Patient von einer regelmäßigen Bestimmung der Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR) im Urin (z. B. einmal jährlich) profitieren kann. Zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie ist der Nachweis einer normalen Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR) oder einer normalen Urin-Albumin-Konzentration im ersten Morgenurin ausreichend.“</p> <p>Da Patienten auch ohne erhöhte AKR bzw. UACR eine progrediente CKD bei Diabetes haben können, kann ein Ausschluss dieser Diagnose einer diabetischen Nierenkrankheit nicht durch eine normale UACR-Bestimmung erfolgen¹⁵ und ¹⁶.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Es sollte klar dargestellt werden, in welchen Fällen eine UACR erfolgen muss, idealerweise in einer Risikostratifizierungstabelle: Sollte die UACR hoch sein, so wäre eine Verlaufsmessung sinnvoll. Sollte die UACR niedrig sein, so müsste erläutert werden, wann eine Wiederholung der UACR-Messung empfohlen wird.</p>
--	---

¹⁵ [KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease](#)

¹⁶ KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE; [KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf](#)