

Übersicht über Indikationen sowie Vor- und Nachteile der verschiedenen Antidiabetika

	Wirkstoff	Hypoglykämiegefahr	Relevant für Endpunkte	Einsatz bei Niereninsuffizienz	Gewichtszunahme	Besonderer Einsatz/Gefahren
STARKE BLUTZUCKERSENKUNG	Metformin (Medikament der ersten Wahl)	keine	Bei adipösen Patienten mit 10-15 J. Lebenserwartung Verhinderung makrovaskulärer Ereignisse NNT: 14 pro 18 Jahre (UKPDS follow up) NNT1a: 252 Kein Effekt auf mikrovaskuläre Folgen	GFR >60 ml/min: 2 x 1000 mg GFR 30-60 ml/min: 1000 mg „Nierendosis“ GFR < 30 ml/min: kein Einsatz	keine	Medikamentöse Firstline-Therapie Gefahr der Lactatacidose (selten), Pausierung in besonderen Situationen
	Glibenclamid (Sulfonyl-Harnstoff der ersten Wahl)	gering Cave deutlich erhöht bei Niereninsuffizienz	Geringe Vorteile hinsichtlich Nephropathie/Retinopathie Unklare Datenlage bei KHK NNT 26-31 pro 17 Jahre (UKPDS follow up) NNT1a: 442-527	GFR >60 ml/min: 2-3 x 3,5 mg GFR 30-60 ml/min: erhöhte Vorsicht GFR < 30 ml/min: kein Einsatz	Gering, 1-2 Kg/10 Jahre	Medikamentöse Secondline-Therapie bei kardialen Vorerkrankungen zurückhaltende Indikationsstellung wegen unklare Datenlage
	Alternative SH: Gliclazid/Glimepirid (kürzere HWZ), Gliquidon, Repaglinid		Es sind keine Endpunktverbesserungen für diese Alternativen nachgewiesen	GFR <30 ml/min: kein Einsatz Ausnahme Gliquidon, Repaglinid siehe rechts		Vorteil von Gliquidon und Repaglinid: Optionale Therapie bei hochgradiger Nephropathie GFR <15 ml/min
	NPH Insulin zur Nacht	Bei vorsichtiger Dosierung: keine	Kein Nutzensnachweis	Keine Einschränkung	keine	Möglicher Beginn einer Insulin-therapie, Suspension, muss aufgeschüttelt werden
	Andere Basal Insuline	Erhöhte Hypoglykämiegefahr nur tags (im Vergleich zu NPH)	Kein Nutzensnachweis	Keine Einschränkung	geringe Gewichtszunahme	Wenn Selbstapplikation zur Nacht nicht möglich
	Prandiale Insulin/andere intensivierte Insulintherapien	Stärkste Hypoglykämiegefahr	Kein Nutzensnachweis	Keine Einschränkung	Stärkste Gewichtszunahme (6 kg/6 Monaten)	i.d.R. keine Indikation für Basalinsulin am Tag bei Typ-2-Diabetes
MÄßIGE BLUTZUCKERSENKUNG	Liraglutid (GLP-1-Rezeptor-Antagonist der ersten Wahl)	Sehr gering, aber häufig bei Kombinationen mit Sulfonylharnstoffen und Insulin	Nur bei Komorbidität KHK Mortalität NNT1a: 202	Nicht bei terminaler Niereninsuffizienz, keine Dosisanpassung bei schwerer Niereninsuffizienz	mäßige Gewichtsabnahme	Besondere Indikationsstellung bei kardialer Vorerkrankung insbesondere koronare Herzkrankheit
	Alternative GLP-1-Rezeptor-Antagonisten: Semaglutid (oral)		Mortalitätssenkung NNT: 106, Mortalität NNT1a: 140 CAVE: Retinopathie NNH1a: 124	Nicht bei terminaler Niereninsuffizienz, fehlende Studien bei schwerer Niereninsuffizienz GFR <30 ml/min		Orales Semaglutid nur am Morgen in nüchternem Zustand mit bis zu 120 ml Wasser mindestens 30 Minuten vor dem ersten Nahrungs- oder Getränkeverzehr oder der Einnahme anderer Medikamente
	Semaglutid, Exenatid, Lixinatid, Albiglutid		Kein Nutzensnachweis			Kontraindikation: Tumore der endokrinen Organe, Pankreatitisgefahr, häufig gastrointestinale Nebenwirkungen
	Pioglitazon	mäßig	Kein Nutzensnachweis	Nicht bei terminaler Niereninsuffizienz	mäßige Gewichtszunahme	Keine Verordnungsfähigkeit GKV, Harnblasen-Karzinome, Frakturgefahr Mehrere Verordnungshinweise, u.a. Kontraindikation: bei Herzinsuffizienz NYHA 1-IV und bei eingeschränkter Leberfunktion
GERINGE BLUTZUCKERSENKUNG	Arcabose/Miglitol	keine	Kein Nutzensnachweis	Nicht bei GFR <25 ml/min	keine	Besondere Indikation: posthyperglykämische Hypoglykämien
	Empagliflozin (SGLT-2-Hemmer der ersten Wahl)	sehr gering	5-Jahres-NNT für Mortalität bei Herzkranken 40, bei Pat. mit 3 Risikofaktoren (RF) 67, bei <3 RF 200, Mortalität NNT1a: 78 Kein weiterer Nutzen bei Dosierung >10 mg	Ersteinsatz nur bei GFR >45 ml/min GFR <30 ml/min Kontraindikation	geringer Gewichtsverlust	Besondere Indikationsstellung bei kardialer Vorerkrankung insbesondere Herzinsuffizienz
	Alternative SGLT-2-Hemmer: Dapagliflozin, Ertugliflozin		Kein Nachweis eines Nutzens bei Diabetes (aber bei Herzinsuffizienz für Dapagliflozin)	Alle Gliflozine scheinen die Nierenfunktion zu verbessern		Mykosen der Genitalregion, Gefahr der Ketoazidose (bis zu 4 %, insbesondere bei schlanken Patienten) Pausierung in besonderen Situationen
	Sotagliflozin (Zulassung nur Typ 1)		Kein Nutzensnachweis			
Sitagliptin (DPP4-Hemmer der ersten Wahl) Alternative DPP4-Hemmer: Saxagliptin	sehr gering	Kein Nutzensnachweis	GFR >30-60 ml/min: 100 mg bis GFR 15-30 ml/min: 50 mg	keine	Kontraindikation: Tumore der endokrinen Organe, Pankreatitisgefahr, Herzinsuffizienzgefahr	