nagement-Programm (DMP) für Diabetes mellitus Typ 2 „wohl aufgrund des hohen Preises nicht adäquat berücksichtigt“ seien, zu kurz. Wir verwehren uns allerdings entschieden gegen den Vorhalt, dass die Aussage spekulativ, tendenziös und unzutreffend sei und somit der Anspruch einer qualitätsgesicherten, zertifizierten Fortbildung nicht erfüllt sei. Im Gegenteil: Wir halten die Darstellung der Glitazone in unserem Beitrag für durchaus ausgewogen, ohne inadäquate oder unkorrekte Daten zu dieser Substanzgruppe zu präsentieren, mit Ausnahme der o. g. Aussage zu dem Disease-Management-Programm. Angesichts des Umfangs des Beitrages sahen wir es auch nicht als unsere Aufgabe an, die zu den Glitazonen vorliegenden Studienergebnisse, insbesondere aber die Ergebnisse der PROactive-Studie, bis ins Detail zu bewerten.

Korrekt haben wir in unserem Beitrag dargelegt, dass eine signifikante Senkung kardiovaskulärer Endpunkte im sekundären Endpunkt in dieser Studie gesehen wurde. Einen „angeblichen klinischen Nutzen“ haben wir in unserem Text nie aus den Ergebnissen der PROactive-Studie hergeleitet. Wir haben lediglich die aktuelle Datenlage beschrieben und nicht bewertet. Der von Herrn Kollegen Willeke aufgeführten „erhöhten Inzidenz von Herzinsuffizienz“ in sämtlichen derzeit vorliegenden Glitazonstudien wurde in unserem Beitrag durch Erwähnung in den Kontraindikationen und dem Nebenwirkungsprofil ausreichend Rechnung getragen.

Im Übrigen stimmen wir mit Herrn Kollegen Willeke überein, dass die PROactive-Studie viele neue Fragen aufwirft und nicht dazu geeignet ist, den klinischen Nutzen dieser Substanzgruppe im Allgemeinen zu belegen. Allerdings sind wir der Meinung, dass ein signifikantes Ergebnis in einem sekundären Endpunkt einer Studie bei nicht signifikanten Ergebnissen im primären Endpunkt dennoch ein valides Ergebnis einer Studie darstellt. Dies wird in der evidenzbasierten Medizin nicht in Frage gestellt. Insofern ist die Aussage, dass „Pioglitazon neben Metformin das einzige orale Antidiabetikum ist, für das die Verhinderung von kardiovaskulären Endpunkten in einer prospektiven Studie nachgewiesen wurde“, aus un-

serer Sicht auch für einen Weiterbildungsbeitrag korrekt. Es handelt sich hierbei nicht um eine „Kernbotschaft“, sondern um eine wertfreie Beschreibung der aktuellen Datenlage.

Abschließend halten wir die Frage, ob ein Medikament adäquat in einem Disease-Management-Programm berücksichtigt ist, in einer Rubrik „Weiterbildung“ der Fachzeitschrift *Der Internist* für unerheblich, da nach unserer Ansicht hier der Stand der Medizin unabhängig von gesundheitspolitischen Gegebenheiten dargestellt werden sollte. Aus diesem Grund wurde in unserem Beitrag auch in Abbildung 2 der Stufenplan der medikamentösen Therapie des Typ-2-Diabetes in Anlehnung an die Praxisleitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft dargestellt und eben nicht als Algorithmus aus dem Disease-Management-Programm.

Korrespondenzadresse

J. Seufert

Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie
Abteilung Innere Medizin II,
Universitätsklinikum Freiburg
Hugstetter Str. 55
79106 Freiburg/Brsg.
jochen.seufert@uniklinik-freiburg.de

Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (2005) Begründung zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2. <http://www.gba.de/downloads/40-268-39/2005-01-18-dmp-dia2-begrue.pdf>
2. Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJA et al. (2005) Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial. *Lancet* 366: 1279–1289

Erratum

Internist 2007 · 48:750
DOI 10.1007/s00108-007-1880-3
Online publiziert: 21. Juni 2007
© Springer Medizin Verlag 2007

K. Laubner · J. Seufert

Abteilung Innere Medizin II,
Schwerpunkt Endokrinologie
und Diabetologie,
Universitätsklinikum Freiburg

Medikamentöse Therapie des Diabetes mellitus Typ 2

***Internist* (2007) 48: 297–310**

In den oben genannten Beitrag hat sich leider ein Fehler in Tab. 3 eingeschlichen: Unter dem Medikament Repaglinide (Novonorm®) ist die Anfangsdosis mit 500 mg angegeben. Diese Angabe ist zu hoch – die korrekte Anfangsdosis beträgt 0,5 mg.

Wir bitten um entsprechende Beachtung.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J. Seufert

Abteilung Innere Medizin II, Schwerpunkt
Endokrinologie und Diabetologie,
Universitätsklinikum Freiburg
Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg
jochen.seufert@uniklinik-freiburg.de

Die Online-Version des Originalartikels können Sie unter <http://dx.doi.org/10.1007/s00108-006-1789-2> finden.