

## Nachrichten aus der AG Diabetes

Der DEGAM-Kongress, der dieses Jahr in Salzburg stattfand, widmete sich insbesondere dem Thema Polypharmazie und der Frage, welche Therapie verzichtbar sei. Unter diesem Motto möchte ich Ihnen heute verschiedene neuere (und nicht mehr ganz neue) Erkenntnisse in der Diabetologie zusammenstellen.

Alle Beiträge finden DEGAM-Mitglieder auch auf der DEGAM-Homepage unter der Sektion Versorgungsaufgaben.

### Vorschriften für Diabetiker-Lebensmittel aufgehoben

„**Diätetische Lebensmittel** haben eine spezielle Zusammensetzung, damit sie den besonderen Ernährungserfordernissen zum Beispiel von Kranken gerecht werden. Nach aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand benötigen jedoch Personen mit Diabetes mellitus keine speziellen diätetischen Lebensmittel mehr, da für sie inzwischen die gleichen Empfehlungen für eine **gesunde Ernährung** gelten wie für die Allgemeinbevölkerung. Daher wurde von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und dem Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) empfohlen, die Diätverordnung zu ändern und sie dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand anzupassen. Das BMELV ist dieser Empfehlung gefolgt: Die spezifischen Anforderungen an diätetische Lebensmittel für Diabetiker wurden aufgehoben.“ schreibt das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz: <http://www.bmelv.de>

Fragt sich, auf welcher Grundlage die zum Teil heftig verteidigten Empfehlungen ursprünglich ausgesprochen worden waren, und wem sie letztlich dienen – den Patienten jedenfalls nicht! Ob die anderen auf der BMELV-Seite noch zu findenden **Ernährungsempfehlungen** mehr Evidenz aufweisen? Nicht nur ich wage, dies zu bezweifeln. Hier daher gleich noch ein Buch-Tipp, geschrieben von einem niedergelassenen Kollegen, Hausarzt und Allgemeinmediziner, der genüsslich alle möglichen Ernährungsempfehlungen auf Herz und Nieren bzw. Magen und Darm prüft: Gunter Frank. Lizenz zum Essen: Stressfrei essen, Gewichtssorgen vergessen. München, Piper 2009.

### IQWiG-Vorbericht: Wertvolle Evidenz aus systematischen Übersichten zur Behandlung der Adipositas bei Diabetes mellitus gibt es nicht!

Also gar kein Wunder, wenn das IQWiG, das im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Behandlung der **Adipositas von Patienten mit Diabetes** untersuchte, in einem Vorbericht zum traurigen Schluss kommt: „Aufgrund der fehlenden Ergebnisse aus systematischen Übersichten war eine Bewertung der Evidenzbasis der Leitlinienempfehlungen auf Basis der systematischen Übersichten nicht möglich.“ [https://www.iqwig.de/download/V09-02\\_Kurzfassung\\_VB\\_Behandlung\\_der\\_Adipositas\\_bei\\_Patienten\\_mit\\_Diabetes\\_mellitus\\_Typ\\_2.pdf](https://www.iqwig.de/download/V09-02_Kurzfassung_VB_Behandlung_der_Adipositas_bei_Patienten_mit_Diabetes_mellitus_Typ_2.pdf)

### Die Early ACTID-Studie, kein Bedarf für zusätzliche Aktivität?

Bevor man jetzt alle gewachsenen und langjährigen Überzeugungen über den Haufen wirft: Andere Töne findet die Early ACTID-Studie, die eine **intensive Ernährungsberatung** und eine **frühe Aktivitätssteigerung** bei frisch diagnostizierten Diabetikern untersuchte und als effektive Maßnahme darstellte. Sie fand sehr wohl einen deutlichen Einfluss intensiver Ernährungsberatungen auf die Stoffwechselkontrolle, kam aber erstaunlicherweise zum Ergebnis, dass man dafür den Diabetikern die Bewegung ersparen darf.

Diese schlaue gemachte prospektive und randomisierte Studie lohnt die Lektüre, kommt sie doch unserer Hausarzt-tätigkeit und unserem **Beratungsauftrag** sehr nahe. Was die Autoren – wie so oft bei Diabetes-Studien – leider vergaßen: Sie fragten nicht, welchen Benefit denn nun die „gute Stoffwechselkontrolle“ für den Einzelnen hatte (hier wurde dieses Ziel an sich wertgeschätzt) und sie vergaßen auch, ihre Patienten zu fragen, wie sie sich denn unter dieser Kontrolle fühlten ... Schon vergessen, dass die meisten Inhalte aus **Studien zur Gewichtsreduktion** kurz nach der Intervention von den Betroffenen



Deutsche Gesellschaft für  
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

nicht fortgeführt werden? (DEGAM-Mitglieder finden alle Studien zum Nachlesen auf den Seiten der DEGAM)

### Normnahe Blutzuckersenkung bei Diabetes mellitus Typ 2?

Ebenfalls im Auftrag des G-BAs untersuchte das IQWiG den Effekt einer **normnahen Blutzuckereinstellung** (langfristige HbA1c-Senkung auf Werte mindestens unter 7,5%, oder langfristige Senkung des Nüchternblutzuckers auf Werte mindestens unter 126 mg/dl).

Trotz wissenschaftlich klar belegtem Zusammenhang zwischen einem erhöhten Nüchternblutzucker und einer chronisch erhöhten Blutzuckerstoffwechsellage mit kardiovaskulären Erkrankungen kommen die Autoren bei der Frage, inwieweit die medikamentöse BZ-Senkung das **Herz-Kreislauf-Risiko** mindert, zu einem vernichtenden Urteil: „... in keiner [der Studien] wurde eine statistisch signifikante Reduktion der Gesamt mortalität durch die „normnahe“ Blutzuckersenkung beobachtet [...] Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für keinen der hier [...] untersuchten patientenrelevanten Endpunkte ein Nutzen bzw. Schaden einer „normnahen“ Blutzuckersenkung belegt, d.h. weder für die **Gesamt mortalität** noch für **Folgekomplikationen** des Diabetes mellitus (tödliche oder nicht-tödliche Myokardinfarkte, tödliche oder nicht-tödliche Schlaganfälle, terminale Niereninsuffizienz, Amputationen oder Erblindung) und auch nicht für die gesundheitsbezogene **Lebensqualität**. Ein belegter Nutzen bzw. Schaden hinsichtlich therapieassoziierter Faktoren (schwere Hypoglykämien oder schwerwiegende unerwünschte Ereignisse) liegt ebenfalls nicht vor. Auch ein vor-

teilhafter bzw. nachteiliger Effekt auf Surrogate wie Vorstufen der Erblindung oder Vorstufen der terminalen Niereninsuffizienz ist nicht nachgewiesen. [...] allerdings bestehen Hinweise auf eine Schädigung durch vermehrte schwere Hypoglykämien und vermehrte schwerwiegende unerwünschte Ereignisse unabhängig von Hypoglykämien. Dem steht ein Hinweis auf einen Nutzen bezüglich der Vermeidung nicht-tödlicher Herzinfarkte gegenüber.“

Warum findet sich diese Erkenntnis, anders als marginale HbA1c-Verschiebungen, nicht auf den Seiten 1 und 2 der wissenschaftlichen Streuzeitschriften oder den Gesundheitsseiten unserer Tageszeitungen? Apropos Medikamente für die es bestenfalls „Hinweise“ auf einen Nutzen gibt:

### Lilly verzichtet auf den deutschen Markt für sein Gliptin

Das von mir im letzten Newsletter noch geschmähte **AMNOG** (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) führte erstmals schon vor Beginn der sogenannten „vergleichenden Bewertung“ zur Verhinderung eines weiteren Me-Toos in der Diabetologie: Das mittlerweile **vierte Gliptin** – Linagliptin, dieses Mal von Boehringer-Ingelheim marktreif entwickelt und europaweit zugelassen – muss hierzulande darstellen, welchen zusätzlichen Benefit es gegenüber Altbewährtem birgt. Es könnte dabei versagen, befürchtet die Firma. Wenn sich z.B. im direkten Vergleich zu anderen Wirkstoffen **keine Vorteile** für diesen PP4-Antagonisten fänden, könnte diese Verordnung allenfalls zum Preisniveau von z.B. Sulfonylharnstoffen auf den Markt gebracht werden. Mit landesweiten Informationsschreiben verzichtet der Pharmakonzern daher auf die Zulassung. Warum eigentlich? Ein **angemessener Preis** hätte den derzeit aufwendigen Werbefeldzügen der Konkurrenz zur Etablierung dieser Stoffgruppe, von deren Anwendung das „arzneitelegramm“ wiederholt abrät (zuletzt 4–2011), vielleicht Einhalt geboten. „Nicht jeder neue Wirkstoff ist, nur weil er neu ist, eine Innovation.“ (ATI 9–2011)

Und noch etwas von der Herstellerseite: In einem Schreiben an Hausärzte nutzt die Firma Novo-Nordisk die Gunst

der Stunde, den Lieferengpass der Konkurrenz für Apidra®, um auf die mögliche Umstellung auf ihr eigenes Analoginsulin hinzuweisen. Da lohnt es sich doch, an die Cochrane-Reviews zu erinnern, die sowieso keinen generellen Vorteil für Analoga zeigten und auf die hier gleich genannte DDG-LL zu verweisen. Letztere votiert, wenn auch nicht einstimmig, erstmals aus den wissenschaftlichen Gesellschaften heraus dafür, primär Humaninsuline anstelle von Analoga einzusetzen. „Zur Therapie von Menschen mit Typ-1-Diabetes sollen bevorzugt Humaninsuline (Normalinsulin oder Verzögerungsinsulin) eingesetzt werden“. Also nutzen Sie die Chance – zurück zum Normalinsulin.

### Die DDG-Leitlinie zum Typ-1-Diabetes fordert moderatere Ziele

Frisch verabschiedet wurde die vorerst jüngste Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG): Zumindest **die radikalsten Ziele sind mittlerweile Vergangenheit**: Mit der DDG-Leitlinie zum Diabetes mellitus Typ1, die erstmals auch durch die DEGAM konsentiert werden konnte, findet sich nun schon die vierte nationale Leitlinie, die **das HbA1c-Ziel auf 7,5%** angehoben hat. Die Empfehlung erscheint, obwohl es zur spezifischen Erkrankung Diabetes mellitus weder für die strenge Zielsetzung, noch für das Verlassen derselben ausreichende Daten gibt. Insbesondere der potenzielle Schaden, der durch Hypoglykämien verursacht werden kann, lässt den Ehrgeiz von früher schwinden. [http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/AktualisierungTherapieTyp1Diabetes\\_1\\_20110929.pdf](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/AktualisierungTherapieTyp1Diabetes_1_20110929.pdf)

### Bei mildem Diabetes und bei normalem Augenbefund reichen 3-Jahres-Abstände bei den Fundus-Kontrollen

E. Agardh beschäftigt sich mit der Suche nach Augenerkrankungen bei Diabetikern. Die Auffassung, dass eine **Augenhintergrunduntersuchung** zum Aufspüren einer Retinopathie bei Erstdiagnose sinnvoll ist, wird heute von aller Welt geteilt. Wertvolle Hinweise, wie

oft sich dann Folgekontrollen anschließen sollen, konnte man jedoch bisher nicht finden. Allgemein empfohlen wird daher in Leitlinien eine Ein- oder Zwei-Jahresfrist.

Bei knapp 1.700, immerhin in 20% mit Insulin behandelte Patienten, die im Mittel bereits sechs Jahre erkrankt waren, entwickelte sich zwar bei jedem vierten eine Retinopathie in einer Studiendauer von drei Jahren (in keinem Fall jedoch eine schwere proliferative Verlaufsform, die sofort einer Intervention bedürftig hätte). Schwedische Leitlinien haben diese Erkenntnis bereits in einer Leitlinien-Empfehlung umgesetzt und sehen – bei fehlender Retinopathie – **Verlaufskontrollen nur noch nach drei Jahren vor**.

Frei verfügbarer Artikel:

<http://care.diabetesjournals.org/content/34/6/1318.long>

Wenn man denn so manches, was bisher als **good clinical practice** verkauft wurde, jetzt besser unterlassen kann, dann stellt sich auch die Frage, welchen Sinn macht denn ein Screening auf Diabetes?

### Die ADDITION-Studie und das DEGAM Positionspapier HbA1c

343 Arztpraxen in Großbritannien, den Niederlanden und Dänemark wurden aufgefordert unter ihren 40 bis 69-jährigen Nicht-Diabetikern nach solchen zu suchen, die doch „erkrankt“ sein könnten: Und sie wurden fündig – in der Regel mit dem OGT: **Fast jeder 10. Gesunde war krank!** Die Hälfte der Praxen startete daraufhin laut Studienprotokoll eine intensive kardiovaskuläre Primärprophylaxe mit ASS, ACE-Hemmern, dann im Laufe der Studie vor allem mit Statinen.

Doch auch hier fand sich fünf Jahre später allenfalls eine Tendenz, jedoch keine statistische Signifikanz bei der Senkung kardiovaskulärer Ereignisse. Aber selbst wenn dieses Ergebnis statistische Signifikanz erreicht hätte, wäre der Aufwand bei einer absoluten Risikoreduktion von 8,5 auf 7,2% bzw. 1,3%, (NNT von 1:76 über 5 Jahre) trotzdem **mehr als fragwürdig**, läge aber im üblichen Bereich der bereits bekannten Effekte von Statinen bei sonst gesunden Risikopatienten (Studie im Anhang).

Nach den derzeit gültigen Vorschriften zur Verordnungsfähigkeit von Statinen (Risiko für die kommenden 10 Jahre > 20%, BAnz. Nr.45; S.1090 vom 23.03.2010), müsste somit der orale Glukosetoleranztest (OGT) auch bei gezieltem Einsatz aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen werden.

Eine Sichtweise, die das Positionspapier der DEGAM „**Position der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin**

**(DEGAM) zur Verwendung des HbA1c und des OGTT als Kriterien zur Diabetesdiagnose“** und den darunter liegenden Grenzbereichen bestätigt.

Es stellt sich also auch bei vermeintlich klaren Indikationen wie der Suche nach diabetischen Stoffwechsellagen unter unseren Patienten die Frage des DEGAM-Kongresses aus Salzburg: „Polypharmazie oder vielleicht ist weniger doch mehr?“

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Til Uebel  
FA für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin  
und Diabetologie  
Akademische Lehrpraxis der Universität  
E-Mail: til.uebel@t-online.de

## Bewerbungsfrist für DEGAM-Nachwuchsakademie verlängert

Das Ende der Bewerbungsfrist für die neu gegründete DEGAM-Nachwuchsakademie wird vom 15. auf den 31. Januar 2012 verlängert. Medizinstudierende ab dem 5. Semester haben so noch bis Ende Januar die Möglichkeit, ihre Be-

werbungsunterlagen an die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle in Frankfurt zu senden.

Ausführlichere Informationen zur DEGAM-Nachwuchsakademie finden Sie unter:

<http://www.degam.de/index.php?id=nachwuchsakademie>.

Für Fragen steht die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle jederzeit gerne zur Verfügung.

## Fachtagung zur „Verbundweiterbildung plus“ in Baden-Württemberg: Wirksame Rezepte gegen den drohenden Hausärztemangel

Am 28. Februar 2012 wird in Heidelberg vorgestellt, wie in Baden-Württemberg in den letzten drei Jahren flächendeckend ein für Deutschland neues Programm entwickelt und umgesetzt wurde. Dem Beispiel Europäischer Nachbarländer wie Dänemark oder den Niederlanden folgend, aber doch eigene Akzente setzend, hat das Curriculum und die Verankerung der „Verbundweiterbildung plus“ bis in die kommunale Ebene hinein eine enorme Attraktivität bei jungen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Fast 200 von ihnen nehmen inzwischen in 32 Klinikverbänden und zahlreichen Praxen daran teil. Und es werden kontinuierlich mehr. Weitere Informationen finden Sie unter

[www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de<outbind://39/www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de>](http://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/outbind://39/www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de)

Das Programm wird vom Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg, einem Verbund von fünf universitären Abteilungen und Lehrbereichen der Allgemeinmedizin, umgesetzt. Unterstützt wird es von den Landesministerien für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz, dem Ministerium für Wissenschaft und Kunst und dem Sozialministerium. Ein Beirat, in dem die ärztliche Selbstverwaltung, die Kostenträger und die Kommunen vertreten sind, sorgt für die notwendige Verankerung auf allen relevanten Ebenen.

Gerne möchten wir Ihnen unsere Konzepte und Ergebnisse vorstellen und mit Ihnen diskutieren, inwieweit diese Erfahrungen auch für andere Regionen nutzbar sind.

Die Veranstaltung findet am Dienstag, den 28. Februar 2012 von 10:00 Uhr bis 17:00 Uhr in Heidelberg im Hörsaalbereich der Medizinischen Klinik, Im Neuenheimer Feld 410 statt. Die Teilnahme ist kostenfrei. Wegen begrenzter Raumkapazitäten ist eine vorherige Anmeldung unbedingt erforderlich. Das detaillierte Tagungsprogramm und eine Möglichkeit zur online-Anmeldung steht über o.a. Internetadresse zur Verfügung.

*Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi*