

Nachrichten aus der AG Diabetes

Til Uebel¹

Renale Denervation – eine Option bei Bluthochdruck und Diabetes?

Nach 50 Jahren Abstinenz der Chirurgen, welche die subdiaphragmatische Splanchniektomie wegen zum Teil dramatischer Nebenwirkungen verlassen haben, hat ein **neues invasives Verfahren** Einzug in die Bluthochdruckbehandlung gehalten: **die renale Denervation bei therapierefraktärer Hypertonie**.

Ein Mini-Review von Himmel et al. beschreibt oft vergessene Differenzialdiagnosen der **therapieresistenten Hypertonie**, Möglichkeiten und Grenzen und insbesondere das Nicht-Wissen um diese **neue Therapiemöglichkeit**. Warum nehme ich diesen in den Diabetes-Newsletter? Zum einen, weil man erstaunt festgestellt hat, dass auch der **Nüchtern-Blutzucker** und die **Insulinsekretion sanken**. Zum anderen, weil sich deutsche Experten zusammengesetzt haben und ein **Konsensuspapier** veröffentlicht haben, wem in Zukunft diese Ultima ratio angeboten werden soll: Ein **Kriterium** ist die Erkrankung **Diabetes**, die als so wichtiger Prädiktor für kardiovaskuläre Ereignisse eingeschätzt wird, dass es sich vor allem hier lohnen soll, diese Methode zu nutzen. Weitere Kriterien sind eine **ausgereizte medikamentöse Therapie**, eine **GFR von mindestens 45ml/min** sowie die Behandlung in einem **Zentrum mit mindestens 25 Eingriffen/Jahr**.

Bariatrische Chirurgie

Wenn wir schon von chirurgischen Methoden sprechen, sollte einem relativ **neuen Aspekt der bariatrischen Chirurgie** (das griechische βαρος meint Gewicht, dies ist aber ein Oberbegriff für alle – in der Regel **verstümmelnden – operativen Maßnahmen mit dem Ziel Gewichtsreduktion**) Aufmerksamkeit geschuldet werden. Nicht nur,

dass diese **komplikationsreiche** Operation ihren Weg in die gängigen Therapieleitlinien des Diabetes mellitus gefunden hat. Ein Eingriff, für den es übrigens keinen Nachweis gibt, dass es zu einem Anstieg der Lebensqualität kommt – die **Suizidrate** steigt z.B. aufs Doppelte. Nein – begeistert beschreiben Operateure eine bis heute **nicht geklärte enorm hohe Remissionsrate**: Drei von vier Patienten leiden zum Teil sehr rasch nach OP und unabhängig vom Gewichtsverlauf nicht mehr an einem behandlungsbedürftigen Diabetes; der **Mechanismus** ist noch **nicht geklärt**. Sollten Sie in die Versuchung kommen und Ihre adipösen Patienten beraten wollen, lohnt es sich schon im Vorfeld zu klären, ob alle Bedingungen für eine OP wirklich erfüllt sind. Hier bietet eine **S3-Leitlinie** (spannenderweise nicht mit Diabetologen oder Allgemeinmedizinerinnen konsentiert – also eher „S3 mit relevanten Abzügen“) eine auch für die regelmäßig einzuholenden Gutachten entscheidende Übersicht: www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/ADIP-6-2010.pdf. **50%** der Patienten müssen zwei Jahre später mit **Vitaminen und Spurenelementen substituiert** werden. Das in der Regel dramatische optische Resultat macht **weitere Operationen** notwendig. Die hyperinsulinämische Hypoglykämie, eine Erkrankung, die es sonst in der Hausarztpraxis nicht gibt, sei hier beispielhaft genannt für das außerordentlich **schwierige Thema der „Nachsorge“**. Wären bei dieser S3-Leitlinie Hausärzte beteiligt worden, hätte diese sicherlich einen deutlich größeren Raum eingenommen.

CGMS kontinuierliche Glukosemessung

Immer häufiger wird in den diabetologischen Schwerpunktpraxen eine **kontinuierliche Glukosemessung** angeboten. Das Prinzip ist eine subkutan lie-



gende Sonde, die kontinuierlich Glukosewerte entweder über Kabel oder via Bluetooth an ein Messgerät abgibt. Einige Pumpenträger können diese Messungen sogar mit der eigenen Pumpe auslesen. Tatsächlich bieten diese **technischen Spielereien** ein erstaunliches Abbild von Schwankungen unter Insulintherapie, die so manche **Glaubensgrundsätze zur Insulinwirkung** ins Wanken bringen und die nur **sehr bescheidene Effektivität intensiver Insulintherapien** erklärlich machen. Wer es genauer wissen will, kann sich z.B. hier informieren: www.medtronic-diabetes.de/produktinformation/cgm/sensor.html. Vergleichbares findet sich auch bei Abbott oder den anderen Anbietern.

Die Frage **jenseits der Faszination für High-Tech** lautet aber klar: Nutzt das Wissen über die Schwankungen des eigenen Blutzuckerspiegels etwas, um diesem durch eine Insulinanpassung seine **Höhen und Tiefen** zu nehmen? Um es vorwegzunehmen: Daten, die eine Verbesserung klinisch relevanter Endpunkte für Patienten mit Diabetes beschreiben, gibt es nicht. Auch ist die Datenlage zur Verbesserung der Stoffwechsellage bei Kindern und Jugendlichen inkonsistent. Bei allen Veröffentlichungen, welche die Stoffwechselsituation von erwachsenen Typ-1-Diabetikern betreffen, finden sich jedoch **Vorteile**, die eine **Abnahme des HBA1c bei gleichzeitiger Reduktion der Hypoglykämierate** beschreiben. Unter www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0805017 finden sie die m.E. wichtigste Publikation zum Thema. Ein **häufiger Beratungsanlass** in der Hausarztpraxis indes wird diese Neuerung nicht werden. Das ständige

¹ FA für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin und Diabetologie, Akademische Lehrpraxis der Universität Heidelberg; DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Kalibrieren, Nachmessen, die Kosten der Einmalprodukte und das komplizierte Handling sowie nicht zuletzt die hohen Anschaffungskosten bei geringer Langlebigkeit der Geräte werden wohl die **Hemmschwelle** noch lange relativ hoch halten.

Diabetes-Versorgungsforschung in Deutschland Teil I

All diesen Neuerungen, die eventuell wirklich die Versorgung verbessern können, ist gemein, dass die Kosten **nicht durch die Kassen übernommen** werden oder dort durch die Patienten mit Gutachten ihrer Ärzte **gesondert beantragt** werden müssen. Während die Kosten für die Denervierung derzeit noch die Kliniken tragen, werden Patienten bei Adipositaschirurgie und CGMS häufig zu **Selbstzahlern**, zumindest was die **Folgekosten** betrifft.

Während manchmal also **wünschenswerte, sinnvolle Regularien** funktionieren, wurde bei den großen Geldausgaben auf Seite der Politik nicht lange gefackelt: Die **Kosten für die aufwendigste Intervention beim Diabetes**, die Einführung der **DMP**, musste die Gesellschaft bzw. müssen die gesetzlich versicherten Beitragszahler übernehmen. Ob DMP wirken oder ob Ärzte dort die Gesunden einschreiben, ob die dokumentierte Qualität der Wirklichkeit entspricht – wir wissen es nicht! Hochwertige **Effizienzanalysen** sind bei fehlenden Kontrollgruppen nicht mehr möglich. Anders als bei den oben genannten Neuerungen wurde bei dieser **Riesenintervention** auf die notwendige **Zeit für Nutzennachweise verzichtet**. Schade eigentlich!

Diabetes-Versorgungsforschung in Österreich

Anders handhaben dies unsere österreichischen Kollegen. Hier wird **genauer nachgeschaut**, übrigens unter Federführung unseres **DEGAM-Mitglieds Prof. Andreas Sönnichsen**, Lehr-

stuhlinhaber in Salzburg. Mit eher **frustrierendem Ergebnis** muss man feststellen! Während sich die **Prozessqualität** eindeutig **verbesserte**, blieb der Einfluss auf die **Stoffwechselkontrolle** eher **unbedeutend**. Den Artikel von Flamm et al. finden Sie unter www.online-zfa.de. Wollen wir trotzdem hoffen, dass die intensive Beschäftigung der Hausärzte mit den Inhalten der DMP und deren Zielsetzung in den nächsten Jahren doch einen **nachhaltigen Effekt**, z.B. auf die Amputationsrate, zeigt. Eigentlich wäre das ja wichtiger als die Veränderung des HbA1c-Wertes. Im Moment gibt es dafür **allerdings noch keine Hinweise**. Der österreichische Beobachtungszeitraum ist für solche Fragestellungen (noch) zu kurz.

Diabetes-Versorgungsforschung in Deutschland Teil II

Zeit genug für eine Besinnung zur **Versorgungssituation** in Deutschland dachte sich ... Novo-Nordisk und beauftragte das **Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES)** mit einem **Gutachten**, das m.E. mehr als lesenswert ist und in seiner Klarheit und Struktur als würdige Nachfolge des Sachverständigengutachtens aus dem Jahr 2000 betrachtet werden kann. Nicht nur, weil es die **Arbeit der DEGAM** würdigt, sondern weil es erfreulich nüchtern fragt, **welche Intervention wohl sinnvoll** und welche eher zu **unterlassen** ist. Nehmen Sie sich die Zeit und lesen Sie diese wertvolle Übersicht, die wie keine andere den Stand der Diabetologie in Deutschland im Jahr 2012 beschreibt. „Analysiert man den Insulinverbrauch in Deutschland ... so wird deutlich, dass die zu beobachtende Steigerung nicht alleine durch eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit erklärt werden kann“. Haben Sie so etwas aus der „Pharmaecke“ erwartet? Nein? Na, es wird wohl **kaum Zufall** sein, dass ein solch rationales Gutachten ausgerechnet von einer Pharmafirma in den Ring geworfen wurde, die zu Zeiten der **Verteilungskämpfe um Kassen-**

gelder kein Gliptin ins Rennen geschickt hat.

Stevia rebaudiana

Abschließend noch eine kleine Replik zu **Stevia**, seit Dezember letzten Jahres offiziell **zugelassener Lebensmittelzusatz**, z.B. für Getränke. Sind Sie auch schon gefragt worden, ob das nicht der **Zucker der Zukunft** wäre? Zumindest der Coca-Cola-Konzern scheint diesen Gedanken schon 2007 aufgegriffen zu haben. Aber was ist dieses „**Honig/Süßkraut**“ eigentlich, lange **verboten** (FDA) und **verteufelt** („toxisch im Tierversuch“)? Bis zu **300-mal süßer** als Haushaltszucker bei **einem Dreihundertstel der Kalorien** und folglich „**für Diabetiker geeignet**“ (Wikipedia)?

Trotz fast **2,5 Millionen Hits bei Google** ist die Ausbeute wissenschaftlicher Evidenz dünn oder zwischen Werbung zu gut versteckt. Am aufschlussreichsten ist ein WHO-Technical-Report http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_928.pdf, der sich unter anderem auch mit Stevia beschäftigt. Übrig bleibt, dass sich Stevia in **Zahnpasta bewährt** hat, **trotz Süße kein Karies** verursacht und warum auch immer **den Blutdruck senken kann**. Ob dies mit einem relevanten Patientenvorteil einhergeht, bleibt unklar (Cahn et al. 2000). Einen **erkennbaren Vorteil für Diabetiker** habe ich **nicht gefunden**. Dafür ein eher düsteres Bild, gezeichnet von Deutschlands **investigativstem Lebensmittelchemiker Udo Pollmer**, dessen Radiointerview von 2009 doppeldeutig mit „**Gott verhüte: Stevia**“ betitelt war und an dessen Ende weitere Literaturquellen angegeben sind www.dradio.de/dkultur/sendungen/mahlzeit/1086342/.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Til Uebel
Burgtorstraße 2, 74930 Ittlingen
Tel.: 07266 914141
til.uebel@t-online.de