ein Vorteil für das Basalinsulin. Die Hypoglykämieraten glichen sich in den Therapiejahren zwei und drei an. Unter dem Strich blieb aber auch hier der Vorteil des Basalinsulinarmes aus dem ersten Jahr.

Bestes Nutzen-Risiko-Verhältnis für Basalinsulin

„Wenn man mit einem Basalinsulin startet und später wenn nötig kurz wirksame Insuline addiert, erreicht man die beste Kombination aus Wirksamkeit, Sicherheit und Patientenzufriedenheit“, resümierte Dr. Jonathan Levy, Chefarzt des Diabeteszentrums an der Universität Oxford beim 20. World Diabetes Congress in Montreal. Diese Schlussfolgerung unterstützt das Konzept, demzufolge die Nüchtern glukose bei schlecht eingestelltem Diabetes einen größeren Einfluss auf das HbA_{1c} hat als die postprandialen Glukosewerte.

In einem begleitenden Editorial des „New England Journals of Medicine“ erkennt auch der Düsseldorfer Diabetologe Michael Roden an, dass ein Therapiealgorithmus aus Metformin, Sulfonylharnstoff und dann Basalinsulin relativ einfach, sicher und patientenfreundlich ist. Er verweist aber darauf, dass die 4-T-Studie nur Analoginsuline miteinander verglich. Deren Überlegenheit gegenüber Humaninsulin ist aber bzgl. Glukosekontrolle, Endpunktreduktion, Sicherheit und Kosteneffektivität noch nicht endgültig geklärt.

Dr. med. Dirk Einecke

Quellen: 20th World Diabetes Congress, Montreal, Oktober 2009; Rury R. Holman et al. N Engl J Med 2009;361:1736-47 u. 1801-3.

Tab. 1: Wichtige Ergebnisse der 4-T-Studie nach drei Jahren

Insulin	Biphasisch	Prandial	Basal
Glukosekontrolle			
HbA_{1c}-Senkung	-1,3%	-1,4%	-1,2%
HbA_{1c} unter 6,5	32%	45%	43%
HbA_{1c} unter 7%	51%	67%	63%
Insulindosis IU/d	70	86	88
Patienten mit zwei Insulintypen	68%	74%	82%
Gewichtszunahme	5,7 kg	6,4 kg	3,6 kg
Hypoglykämien (Grad 2/3) (pro Patientenjahre)	3	5,5	1,7

Kurz notiert

Diabetesursachen auf der Spur

Sind Eltern oder Geschwister an einer Autoimmunkrankheit wie Typ-1-Diabetes (T1D) erkrankt, steigt das T1D-Risiko eines Kindes. Neue Zahlen dazu liefert eine Publikation aus Schweden [1]. Das T1D-Risiko für Kinder war etwa 8-mal höher bei erkranktem Elternteil und 12-mal höher bei erkranktem Geschwisterkind. Wenn beides zutrifft, war das Risiko zu erkranken um den Faktor 39 erhöht. In Schweden liegt zwar die Neuerkrankungsrate bis 14 Jahre bei 40 T1D-Fällen pro 100 000 Menschen pro Jahr höher als hierzulande mit 15 pro 100 000 Menschen pro Jahr, jedoch steigt die Neuerkrankungsrate in Deutschland jährlich um 4%. Auch die Forschergruppe Diabetes der TU München beschäftigt sich mit diesem Thema: An der Studie **TEENDIAB** können Kinder mit mind. einem erstgradigen Verwandten mit T1D teilnehmen. Sie erhalten u. a. Untersuchungen zur Einschätzung des Erkrankungsrisikos. Interessierte wenden sich bitte an die: Forschergruppe Diabetes der TU München, Kölner Platz 1, 80804 München, Tel. 0800 8284868, E-Mail: TEENDIAB@lrz.tu-muenchen.de **red**

1. Hemminki K et al. Diabetologia 2009;52:1820-8.

Neuer Internetauftritt des BNDB

Der Berufsverband niedergelassener Diabetologen in Bayern (BNDB) hat einen neuen Auftritt im Internet. Unter **www.bndb.de** steht Mitgliedern eine neue Kommunikationsplattform zur Verfügung. Ziele, Aktivitäten und Ergebnisse der Vorstandsarbeit im Dialog mit KV und Krankenkassen werden hier dokumentiert; Mitglieder, Vorstand und Verwaltung können direkt kommunizieren. Es werden Publikationen und Veranstaltungen zum Thema „Diabetes“ sowie eine Übersicht der zertifizierten Praxen dargestellt. Die Neuanmeldung beim Verband erfolgt einfach online.

Als gemeinnütziger Verband nimmt der BNDB die Interessen seiner Mitglieder eigenständig wahr und vertritt diese bei Behörden, Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer. Ziel ist die Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Menschen mit Diabetes. Die Mitglieder werden bei der Erfüllung ihrer ärztlichen Aufgaben beraten und ihrer Qualifikationen gefördert. Mit der DDG besteht eine Zusammenarbeit.

Dr. med. Christoph Neumann (BNDB-Vorstand), München