

Auch ohne Medikamente

Deutliche Risikoreduktion bei Diabetes

Mithilfe eines multidisziplinären Behandlungsansatzes gelang es einer Gruppe des Joslin Diabetes Center in Boston, die Stoffwechselsituation und das Risikoprofil von übergewichtigen Diabetikern dramatisch zu verbessern.

— Was die 14 übergewichtigen Typ-2-Diabetiker (Durchschnittsalter 61 Jahre, Diabetesdauer neun Jahre, Durchschnittsgewicht 109 kg, BMI 37) während der zwölfwöchigen Pilotstudie zu leisten hatten, dürfte einer radikalen Umstellung der Lebensgewohnheiten gleichgekommen sein:

- Ein Trainingsprogramm mit Dehnübungen, Kraft- und Ausdauertraining, zunächst drei- bis viermal pro Woche 20–30 Minuten, später sechsmal pro Woche 45–60 Minuten, eine Trainingseinheit pro Woche unter Aufsicht.



Foto: Beekman/Laif

Radikale Lebensstiländerung: Sechsmal pro Woche traten die Diabetiker zum Sport an.

- Strukturierte Diätintervention, wobei den Teilnehmern die Wahl zwischen 15 Abendmenüs offenstand, die frei-

lich nach einer speziellen Diätempfehlung für Diabetiker zusammengestellt waren und eine Kalorienreduktion um 500 kcal/d anstrebten. Zusätzlich gab es zweimal einen Mahlzeitenersatz.

- Abgerundet wurde das Programm durch kognitive Gruppen-Verhaltensinterventionen.

Die Ergebnisse sind beeindruckend: In zwölf Wochen verloren die Patienten im Schnitt 11 kg und 11,7 cm Taillenumfang. Die Triglyzeride sanken um 30,4%, das LDL-Cholesterin um 21,8%, das HbA_{1c} von 6,95 auf 6,2%. Die Hälfte aller antidiabetischen Medikamente wurde überflüssig. Keiner der Patienten brach die Behandlung ab, und alle stimmten zu, weitere zwei Jahre an monatlichen Kontrolluntersuchungen teilzunehmen.

DR. MED. DIRK EINECKE ■

- O. Hamdy et al., Weltdiabetes-Kongress, Kapstadt, Südafrika, Dezember 2006

Neue Diabetes-Leitlinien der WHO und IDF

Schwellenwert für gestörte Nüchtern glukose bleibt bei 110 mg/dl

— Beim Weltdiabetes-Kongress in Kapstadt stellten WHO und International Diabetes Federation ihre gemeinsamen neuen Diabetes-Leitlinien vor. Die wichtigste Entscheidung: Im Gegensatz zu den US-amerikanischen Leitlinien wird der Schwellenwert für die gestörte Nüchtern glukose nicht von 110 mg/dl auf 100 mg/dl abgesenkt. Damit würden wir viele Menschen als Prädiabetiker definieren, ohne dass sie davon irgendeinen Nutzen haben, begründen IDF und WHO ihre Entscheidung.

Seit 1965 publiziert die WHO Leitlinien zur Definition, Diagnostik und Klassifikation des Diabetes mellitus. Das letzte Update stammt aus dem Jahr 1999. Im Jahr 2006 wurden die

Leitlinien aktualisiert. Hier die wichtigsten Empfehlungen:

- 1 Die diagnostischen Kriterien für den manifesten Diabetes werden nicht verändert: Nüchtern glukose über 7,0 mmol/l (126 mg/dl) oder 2-Std.-Glukosewert postprandial über 11,1 mmol/l (200 mg/dl). Patienten, die diese Werte überschreiten, haben ein signifikant erhöhtes Risiko für mikrovaskuläre und kardiovaskuläre Komplikationen sowie für eine reduzierte Lebenserwartung.

- 2 Die Definition für gestörte Glukosetoleranz (IGT) bleibt unverändert: Nüchtern glukose unter 7,0 mmol/l (126 mg/dl) und 2-Std.-Wert postprandial zwischen 7,8 und 11,1 mmol/l (140–200 mg/dl).

- 3 Auch die Definition für die gestörte Nüchtern glukose bleibt, wie sie ist: Nüchtern glukose 6,1–6,9 mmol/l (110–126 mg/dl) und 2-Std.-Wert postprandial unter 7,8 mmol/l (140 mg/dl).

- 4 Die Diabetesdiagnose sollte sich auf einen oralen Glukosetoleranztest (OGTT) stützen, da die alleinige Bestimmung der Nüchtern glukose 30% aller Diagnosen verfehlt. Nur mit dem OGTT kann die Diagnose einer gestörten Glukosetoleranz gestellt werden.

- 5 Die Bestimmung des HbA_{1c}-Wertes wird zur Diagnosestellung von Diabetes oder Prädiabetes nicht empfohlen.

DE ■

- Weltdiabetes-Kongress, Kapstadt, Südafrika, Dezember 2006

Folgen der globalen Epidemie

Diabeteskosten senken Wirtschaftswachstum

Die Gelder zur Behandlung von Diabetes sind in der Welt extrem ungleich verteilt. Schon bald droht die weltweite Diabetesepidemie einzelne Länder in wirtschaftliche Schwierigkeiten zu bringen. Die Gründe: Produktionsausfall und vorzeitiger Tod jüngerer Menschen.

— Die Zahl der Diabetiker weltweit wird mit knapp 250 Millionen angegeben – in 20 Jahren geht man von über 350 Millionen aus. Schon heute leben die meisten Patienten in Entwicklungs- und sich entwickelnden Ländern. Bald werden vier von fünf Diabetikern außerhalb der Industrienationen leben.

Die globale Diabeteslawine hat ökonomische Folgen. Eine Studie der WHO kommt zu dem Ergebnis, dass sich das Volkseinkommen in China in den nächsten zehn Jahren durch Diabetes um 555 Milliarden Dollar schmälern wird. Russland und Indien werden über 300 Milliarden draufzahlen, Tan-

sania 2,5 Milliarden Dollar – ein hoher Betrag für afrikanische Verhältnisse.

USA: 50% der weltweiten Diabetesaussgaben

Heute werden 80% aller Gelder zur Diabetesbehandlung in Ländern ausgegeben, in denen nur 20% aller Diabetiker leben. Der krassste Fall sind die USA: 8% aller Diabetiker in der Welt, 50% aller Kosten. Am anderen Ende der Welt fehlt es am Allernötigsten: In Burundi stehen jedem Diabetiker sechs Dollar pro Jahr zur Verfügung, in Tadschikistan zehn Dollar, in Haiti 48 Dollar. Generell geben arme Länder alles Geld für die notwendigsten Medikamente aus. Für Frühdiagnostik, Prävention und Aufklärung fehlt das Geld.

In vielen ärmeren Ländern müssen Familien die Versorgung diabetischer Patienten nahezu komplett selbst tragen. Selbst in Südamerika zahlt die Bevölkerung 40–60% der Diabeteskosten

aus der eigenen Tasche. Wer sich das nicht leisten kann, hat schlechte Karten. Spätestens wenn ein Diabetiker auf Insulin angewiesen ist, wird es tragisch. In Sambia beträgt die Lebenserwartung dann noch elf Jahre, in Mali 2,5 Jahre, in Mozambique nur ein Jahr.

Sich an den Industrienationen ein Beispiel zu nehmen, ist für diese Länder keine Option, sagt die International Diabetes Federation. Dort wird zu viel Geld aufgewendet für die Behandlung vermeidbarer Komplikationen. Das ist wenig kosteneffektiv. Laut Analyse der Weltbank können folgende Maßnahmen in Entwicklungsländern am kosteneffektivsten implementiert werden: Blutdruck- und Blutzuckerkontrolle mit billigen Generika, Fußpflege bei Patienten mit Ulkusrisiko, Diabetes-Screening bei Schwangeren, täglich ASS. **DE ■**

■ Pressekonferenz der IDF „The economic impact of diabetes“, Weltdiabetes-Kongress, Kapstadt, Südafrika, Dezember 2006

Diabetikerversorgung

Bessere Einstellung, größeres Arzthonorar

Sollen Ärzte mehr Geld verdienen, wenn ihre Diabetiker besser eingestellt sind? In Großbritannien geht man diesen Weg. Wie sich zeigt, bessert sich dadurch die Versorgungsqualität der Patienten.

Der britische Weg zu einer besseren Diabetesversorgung heißt Anreize oder Bonus für den Hausarzt – und nicht etwa Malus, wie im deutschen Gesundheitssystem diskutiert. Seit 2004 können Hausärzte dort Verträge abschließen, die ihnen einen Bonus garantieren, sofern sie ihre Diabetikerpatienten gut versorgen. Das Diabetikerprogramm überwacht 18 Parameter. Beispiele: Sind Glukose- und Lipidmetabolismus im Lot? Ist

der Blutdruck gut eingestellt? Findet regelmäßig ein Check der Füße, Augen und der Nierenfunktion statt? Ein Bonus winkt, wenn es dem Hausarzt gelingt, mindestens bei 25% seiner Patienten eine HbA_{1c}-Einstellung unter 7,4% zu erreichen. Gelingt ihm das gar bei 50%, erhält er den Maximalbonus. Dabei geht es nicht um ein kleines Zubrot. 7400 englische Pfund erhielt die durchschnittliche Praxis in England pro Jahr zusätzlich dank dieses Programms.

Wie R. Gadsby aus Coventry berichtete, erhöht das Programm den Versorgungsstandard. Die meisten klinischen Parameter wurden von den teilnehmenden Ärzten zu über 90% regelmäßig überwacht und doku-



Foto: Arteria Photography

Gut versorgter Diabetespatient: Britische Ärzte erhalten dafür einen Bonus.

mentiert. Auch die Defizite werden deutlich: bei den Fußkontrollen (nur 79%), bei den Retinakontrollen (nur 83%), bei der Blutdruckkontrolle (nur 70% < 145/85 mmHg), beim HbA_{1c} (nur 58% der Patienten ≤ 7,4%). **DE ■**