

## Leserbriefe

Dr. med. Jürgen Krug  
Krankenhaus Grimma  
Innere Abteilung

### Leserbrief zu S. Fischer et al.: Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 „Ärzteblatt Sachsen“, 12/2004, 561-2, 571-4

Den Autoren ist für ihren Versuch, die Problematik der Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 in kurzgefasster Form den Lesern des „Ärzteblatt Sachsen“ nahe zu bringen, zu danken.

Allerdings bedürfen einige Aussagen eines Kommentars.

Die pauschale Formulierung eines Stoffwechselfziels für alle Diabetiker („streng euglykämisch“, HbA1c <6,5%) ohne Berücksichtigung von Lebensumständen, bisherigem Therapieverlauf, Begleiterkrankungen und Prognose ist abzulehnen. Die UKPDS hat gezeigt, dass bis zu neun Jahre vergehen, bis sich Unterschiede in der Glykämie Lage in dann auch noch relativ geringen Differenzen der Inzidenz mikrovaskulärer Komplikationen niederschlagen.

Weder wissenschaftlich noch ökonomisch zu rechtfertigen ist auch die Forderung nach extensiven Blutzuckerselbstkontrollen, insbesondere nach häufiger Messung postprandialer Blutzuckerwerte und aufwendiger Tages-Nacht-Profile. Der HbA1c-Wert stellt nach wie vor die entscheidende Größe zur Beurteilung der Stoffwechselqualität dar und korreliert besser als Blutglukosewerte mit der Inzidenz von Komplikationen. Für die Therapiesteuerung durch Insulindosisanpassung bei Typ 2-Diabetikern mit intensivierter Insulintherapie stellen die Nüchtern- bzw. präprandialen Blutzuckerselbstkontrollwerte die relevanten Informationen bereit. Sicher kann in Einzelfällen die Messung postprandialer Werte für therapeutische Entscheidungen hilfreich sein, eine permanente Bestimmung ist nach dem derzeitigen Wissensstand in ihrem Wert insbesondere beim Typ 2-Diabetes nicht belegt.

Auch zu den Ausführungen über die Basistherapie sind einige Anmerkungen notwendig. Die strukturierte Schulung der Typ 2-Diabetiker nach Diagnosestellung wird im Regelfall durch eine dafür ausgebildete Arzthelferin oder eine Diabetesassistentin (DDG) durchgeführt, Diabetesberaterinnen (DDG)

oder Diätassistentinnen stehen für diese Aufgabe im Bereich der Primärversorgung selten zur Verfügung und sind dafür auch nicht erforderlich.

Der Begriff der „Diät“ ist ja zum Glück von den meisten anderen Autoren verlassen wurden. Wichtiger als detaillierte, der Realität mitteleuropäischer Ernährung ohnehin nicht entsprechende und in ihrer Wirksamkeit nicht sicher belegte Angaben zur prozentualen Verteilung der Hauptenergieträger (bezeichnenderweise wird der Alkohol ganz ignoriert) dürfte die Reduzierung der Kalorienzufuhr insgesamt sein. Kenntnisse über den BE/KHE-Gehalt der Nahrungsmittel werden heute aus Gründen der Praktikabilität im täglichen Leben überwiegend in Schätzmaßen vermittelt, auf den Einsatz einer Waage kann verzichtet werden.

Auch wenn man die prinzipielle Einschätzung der Indikationen der Insulintherapie teilen kann, muss doch darauf hingewiesen werden, dass nach den neuesten Ergebnissen der DIGAMI-2-Studiengruppe von einer Überlegenheit der Insulintherapie nach Herzinfarkt nicht mehr ausgegangen werden kann. Die Indikation zur Insulintherapie beim Gestationsdiabetes oder bei schwangeren Typ 2-Diabetikerinnen besteht natürlich nur dann, wenn die sehr strengen Zielwerte den Einsatz einer medikamentösen Therapie erforderlich machen. Die intensivierete Insulintherapie (ICT) des Typ 2-Diabetes wird auch von uns häufig praktiziert. Deren Überlegenheit gegenüber anderen Therapieformen ist allerdings bisher nicht ausreichend belegt, die Ergebnisse der in Japan durchgeführten Kumamoto-Studie sind sicher nur bedingt auf die Situation des europäischen („kaukasischen“) Typ 2-Diabetikers zu übertragen. Eine kleinere deutsche Studie (randomisiert, cross-over) zeigte keine Überlegenheit der ICT bezüglich erreichter Stoffwechselqualität, Lebensqualität und Patientenpräferenz.

Die erst am Ende des Artikels aufgeführten Maßnahmen (konsequente Behandlung der Hypertonie, Therapie mit CSE-Hemmern, Nichtrauchen) sind effektiv bezüglich der Verringerung von Morbidität und teilweise auch Mortalität und gehören damit zur Basistherapie des Diabetes mellitus Typ 2. (Literatur beim Verfasser)

Dr. med. Jürgen Krug  
Krankenhaus Grimma  
Kleiststraße 5, 04668 Grimma

### Antwort auf den Leserbrief von Herrn Dr. med. J. Krug zu dem Artikel S. Fischer et al.: Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 „Ärzteblatt Sachsen“, 12/2004, 561-2, 571-4

*Alles andere als eine nahezu normoglykämische Blutzuckereinstellung ist urethisch (Matthew 1999)*

Vielen Dank für Ihren Leserbrief zu unserem Artikel.

Allerdings können wir Ihrer Argumentation nur teilweise folgen. Auf der Grundlage der Ergebnisse großer Studien (UKPDS, Diabetesinterventionsstudie, Kumamoto-, Steno-Studie) sowie Empfehlungen nationaler und wichtiger internationaler (ADA) Fachgesellschaften ist die Forderung nach streng euglykämischer Einstellung eines Diabetikers heute die Basis einer erfolgreichen Therapie zur Verhinderung mikro- und makrovaskulärer Spätkomplikationen. Wir stimmen mit Ihnen überein, dass es sicher Ausnahmen gibt, zum Beispiel Patienten mit deutlich eingeschränkter Lebenserwartung oder Patienten, die durch eine Hypoglykämie massiv gefährdet werden. Aber für die übergroße Zahl der Diabetiker ist das Anstreben einer nahezu normoglykämischen Stoffwechsellage segensreich für ihr weiteres Leben. So sind die bei Typ 2 Diabetikern im Vergleich zu Nichtdiabetikern höheren Inzidenzen von Herzinfarkt und Schlaganfall, der signifikante Anstieg mikrovaskulärer Komplikationen bei schlechterer vs besserer Glykämie Lage (UKPDS, Kumamoto-Studie) und die hohe Prävalenz von dialysepflichtigen Diabetikern (35 bis 40 Prozent aller Dialysepatienten in Deutschland) hier anzuführen.

Wir fordern keine extensiven Blutzuckerkontrollen, sondern, da die Stoffwechsellage bei Typ 2 Diabetikern stabiler als bei Typ 1 Diabetikern ist, in bestimmten Abständen Blutzuckerprofile unter Einschluss von postprandialen Werten und in größeren Abständen unter Einbeziehung von nächtlichen Blutzuckerkontrollen. Die Häufigkeit von Blutzuckerprofilen wird von der Qualität der Stoffwechseleinstellung bestimmt. Eine gute oder sehr gute Glykämie Lage, die durch intensive Selbstkontrolle erreicht wird, ist, wie auch die CODE-2-Studie gezeigt hat, billiger als die Behandlung der Spätkomplikationen. Die Bedeutung der postprandialen Blut-

---

zuckerwerte wurde unter anderem in der Diabetesinterventionsstudie, der Honolulu Heart Studie, der Chicago Heart Studie und der DECODE-Studie nachgewiesen. Wie Daten von Groop und unserer Arbeitsgruppe gezeigt haben, befinden wir uns über 20 Stunden im postprandialen Status, eine echte Nüchternperiode liegt nur zwischen 0.00 Uhr und 6.00 Uhr morgens vor.

Dass sich kurze postprandiale Blutzuckerspitzen wahrscheinlich nicht im HbA1c Wert niederschlagen, ist in unseren Artikel bereits dargestellt worden.

Empfehlungen zur Ernährung bei Diabetikern sind fester Bestandteil einer strukturierten Schulung. Über die Bedeutung einer Gewichtsabnahme bei Vorliegen eines Typ 2 Diabetes besteht selbstverständlich Konsens, allerdings ist für uns und andere Kollegen interessant zu erfahren, auf welchem Wege von Ihnen bei Typ 2 Diabetikern eine langfristig nachweisbare, signifikante Gewichtsabnahme erreicht wird. Wir halten es nicht für falsch, wenn nach Einstellung auf eine Insulintherapie von den Patienten anfangs eine Waage benutzt wird, um die KHE Entstellung im Alltag umsetzen zu können. Hier bestehen nach unserer Erfahrung bei vielen Patienten Lücken, die sowohl zu hypo- als auch zu hyperglykämischen Entgleisungen führen. Später können die Patienten dann, auf der Grundlage der mit einer Waage gemachten Erfahrungen, die KHE abschätzen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
PD Dr. med. habil. Sabine Fischer

---