

Welche Therapie für welchen Patienten?

Praxiserfahrungen mit GLP-1-Rezeptor-Agonisten

Dr. med. Rosina Herold-Beifuss, Internistin und Diabetologin DDG aus Bad Staffelstein, berichtet über ihre Praxiserfahrungen mit kurz- und langwirksamen GLP-1-Rezeptor-Agonisten.

? Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Exenatide 1 × wöchentlich gemacht?

Herold-Beifuss: Unter der kontinuierlichen Wirkung von Bydureon® hat sich die Blutzuckereinstellung meiner Patienten verbessert. Gleichzeitig kam es auch zu Gewichtsreduktionen. Die spürbaren Erfolge können sie motivieren und ihnen helfen, sich besser und konsequenter um ihren Diabetes zu kümmern. Durch einen geringen zusätzlichen Therapieaufwand fügt sich die 1 × wöchentliche Gabe gut in den Alltag der Patienten ein. Nach der Schulung in der Praxis kommen sie in der Regel gut mit dem Injektions-Set zurecht und können die 1 × wöchentlichen Injektionen problemlos zu Hause durchführen.

? Wie bewerten Sie die Kombinationstherapie von Basalinsulin und Exenatide 2 × täglich?

Herold-Beifuss: Bei Patienten, die mit Basalinsulin nicht mehr ausreichend gut eingestellt sind, eröffnen sich durch die zusätzliche Gabe von Exenatide 2 × täglich ganz neue Möglichkeiten, den Typ-2-Diabetes effektiv zu behandeln, ohne dabei das Hypoglykämierisiko zu erhöhen. Neben positiven Effekten auf den HbA_{1c}-Wert konnten meine Patienten unter der Kombination auch ihr Gewicht reduzieren. Die beiden Therapien ergänzen sich: Byetta® wird mahlzeitenbezogen verabreicht und hat daher vor allem Effekte auf die postprandialen Blutglukosewerte, während das Basalinsulin den Nüchternblutzucker beeinflusst.

? Nach welchen Kriterien entscheiden Sie, welche Therapie für welchen Patienten geeignet ist?

Herold-Beifuss: Kurz- und langwirksame GLP-1-Rezeptor-Agonisten erwei-

tern das Therapiespektrum und bieten eine gute Möglichkeit, auf die individuellen Therapieanforderungen der Patienten einzugehen. Exenatide 1 × wöchentlich kann durch die kontinuierliche Wirkung zu weniger Blutzuckerschwan- kungen und damit zu weniger Leistungsschwankungen führen. Außerdem lässt sich die 1 × wöchentliche Gabe einfach in den Alltag integrieren. Daher profitieren insbesondere adipöse Patienten, die beruflich und privat stark eingebunden sind. Die zusätzliche Gabe von Exenatide 2 × täglich zu Basalinsulin eignet sich besonders für adipöse Menschen mit Typ-2-Diabetes, die unter der bisherigen Therapie nicht mehr ausreichend gut eingestellt sind und Unterstützung bei der Gewichtsreduktion benötigen.

! Frau Herold-Beifuss, vielen Dank für das Interview.

Nach Informationen der Lilly Deutschland GmbH

Typ-2-Diabetes

Neue Option für insulinunabhängige Therapie

Bevor Typ-2-Diabetiker Insulin benötigen, wird wegen des Hypoglykämierisikos versucht, möglichst lange mit Nichtinsulin-Medikamenten auszukommen. Wie Prof. Guntram Scherthaner, Wien, auf einem Symposium in Bezug auf das aktuelle Positionspapier der American Diabetes Association (ADA) und der European Association for the Study of Diabetes (EASD) berichtete, gilt Metformin als optimale Erstlinientherapie. Eine neue monotherapeutische Option bei Metformin-Unverträglichkeit bzw. neue Add-on-Kombinationstherapie bietet die Hemmung des Natrium-Glukose-Cotransporters 2 (SGLT-2).

Die Hemmung dieses insulinunabhängigen SGLT-2-Weges verstärkt die Exkretion überschüssiger Glukose über den Harn. Prof. Jochen Seufert, Freiburg, erläuterte, dass die SGLT-2-Inhibition die Nierenschwelle für Glukose auf 4–5 mmol/l reduziert. Erster, seit Mitte November 2012 zugelassener Vertreter der SGLT-2-Inhibitoren ist Dapagliflozin (Forxiga®). An dem klinischen Entwicklungsprogramm

waren in 11 Phase-III-Studien 5693 Patienten beteiligt, von denen 3939 Dapagliflozin erhielten.

Gute Wirkung auf HbA_{1c} und Gewicht

Im Placebovergleich erreichten mehr Patienten mit dem SGLT-2-Inhibitor das HbA_{1c}-Ziel von < 7%. Im Vergleich zu Sulfonylharnstoff plus Metformin ergab die Kombination aus SGLT-2-Hemmer plus Metformin nach 52 Wochen eine gleichwertige HbA_{1c}-Senkung. Während die Patienten im Sulfonylharnstoff-Arm im Mittel 1,44 kg zunahmen, verringerte sich das Körpergewicht in der Dapagliflozin-Gruppe um durchschnittlich 3,22 kg. Das Hypoglykämierisiko sank durch die SGLT-2-Inhibition um 37,3 auf 3,5%. Entsprechend einer gepoolten Analyse von 12 placebokontrollierten Studien liegt die Häufigkeit leichter Hypoglykämieepisodes unter Dapagliflozin mit 4% auf Placeboniveau. In Abhängigkeit von der Hintergrundtherapie können Hypoglykämien jedoch häufiger auftreten.

Außerdem, so Seufert, reduziere sich – ebenfalls im Vergleich zu Placebo – der systolische Blutdruck um 4–5 mmHG. Insgesamt kann Dapagliflozin zu einer leicht verbesserten kardiovaskulären Sicherheit beitragen: Eine Metaanalyse mit 19 doppelblinden Studien ergab Häufigkeiten schwerer kardiovaskulärer Ereignisse von 1,99% (Kontrolle) und 1,64% pro Patientenjahr (Dapagliflozin, Hazard Ratio 0,82). Bei Patienten mit moderaten Nierenfunktionsstörungen ist zu beachten, dass die Wirksamkeit von Dapagliflozin eingeschränkt ist und bei schweren Funktionsstörungen wahrscheinlich ausbleibt. Aufgrund des Wirkmechanismus kann es auch zu vermehrten genitalen mykotischen Infektionen sowie Harnwegsinfektionen kommen.

Matthias Manych, Berlin

Quelle: Industriesymposium: „SGLT-2-Inhibitoren, GLP-1-Analoga und DPP-4-Inhibitoren bei Typ-2-Diabetes: Patientenzentrierte Perspektive für die Praxis“, im November 2012 in Berlin. Veranstalter: Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA, München, AstraZeneca/Bristol-Myers Squibb GmbH, Wedel

Kombinationstherapie bei Typ-2-Diabetes

Metaanalyse bestätigt synergistische Effekte

Seit März 2012 ist die Kombination von Exenatide 2× täglich (Byetta®) mit allen Basalinsulinen (Insulin glargin, Insulin detemir, NPH) in Europa zugelassen. Die beiden Therapieprinzipien ergänzen sich, denn: Kurzwirksame GLP-1-Rezeptor-Agonisten haben insbesondere Effekte auf die postprandialen Blutglukosewerte, langwirksame Basalinsuline beeinflussen hingegen vor allem die Nüchternblutzuckerwerte.

Effektive HbA_{1c}-Reduktion

In einer aktuellen Metaanalyse [1] wurden insgesamt 9 Studien mit 5594 Patienten (Exenatide 2× täglich: n=3621; Vergleichssubstanz: n=2333) im Hinblick auf die Effekte einer zusätzlichen Gabe von Exenatide 2× täglich zu einem Basalinsulin verglichen. Der Ausgangs-HbA_{1c}-Wert der Patienten lag zwischen 7,8 und 9,52. Neben der Zulassungsstudie [2] wurden 8 weitere Studien betrachtet, die deren Ergebnisse bestätigen konnten: Die Kombinationstherapie führte zu einer effektiven Senkung des HbA_{1c}-Werts und einer Gewichtsreduktion, in einigen Studien konnte auch eine Verringerung der Insulindosis festgestellt werden. Es trat kein signifikanter Anstieg des Hypoglykämierisikos auf.

Bild: Fotolia, S. Bähren

Das moderne Blutglukosemanagement sollte sowohl die Nüchtern- als auch die postprandialen Werte im Blick haben, um eine effektive HbA_{1c}-Reduktion zu erzielen. Durch die synergistischen Effekte der beiden Therapien ist dies auch über ein breiteres Spektrum an HbA_{1c}-Ausgangswerten möglich. Ein Basalinsulin, das insbesondere die Nüchternblutzuckerwerte senkt, und ein kurzwirksamer GLP-1-Rezeptor-Agonist, der vor allem die postprandialen Werte beeinflusst, ergänzen sich daher und können zu einer effektiven Senkung des HbA_{1c}-Werts bei unterschiedlichsten Patienten führen. Eine Subgruppenanalyse der Zulassungsstudie [3], die ebenfalls in die Auswertung einbezogen wurde, zeigte für Exenatide 2× täglich als Add-on zu Basalinsulin außerdem positive Effekte auf die Blutglukosewerte unabhängig von Ausgangs-HbA_{1c}, Diabetesdauer und Ausgangs-BMI.

Basal nicht mehr ausreichend eingestellt – und dann?

Ab einem gewissen Punkt werden die Therapieziele unter Basalinsulin allein nicht mehr erreicht – das kennen viele Patienten. Innerhalb von 3 Jahren ist bei 81,6% eine Intensivierung der Therapie

erforderlich [4]. Eine Möglichkeit ist in diesem Stadium die zusätzliche Gabe des kurzwirksamen GLP-1-Rezeptor-Agonisten Exenatide 2× täglich, der ein breites Zulassungsspektrum bietet. Die Zulassung für die Kombinationstherapie mit Basalinsulin wurde mit oder ohne Metformin und/oder Pioglitazon bei erwachsenen Menschen mit Typ-2-Diabetes erteilt, die mit diesen Substanzen keine angemessene Blutzuckerkontrolle erreicht haben. Neben der Möglichkeit, Exenatide 2× täglich als Add-on zu Basalinsulin zu geben, kann es auch bei zusätzlicher Gabe eines Basalinsulins weiter gegeben werden. Außerdem kann es auch ohne Metformin verabreicht werden, sodass Patienten mit einer Metformin-Unverträglichkeit ebenfalls von der Kombinationstherapie profitieren können.

Literatur

- 1 Tobin GS et al. Int J Clin Pract 2012; 66: 1147–1157
- 2 Buse JB et al. Ann Int Med 2011; 154: 103–112
- 3 Rosenstock J et al. Diabetes Care 2012; 35: 955–958
- 4 Holman RR et al. N Engl J Med 2009; 361: 1736–1747

Pressemitteilung Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg

Hohes kardiovaskuläres Risiko

Mit Kombinationstherapie LDL-Cholesterin senken

Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko sollten gut auf ihr Lipidprofil, insbesondere ihr LDL-Cholesterin, achten. Dies ist in Monotherapie oft nicht auf die anspruchsvollen Zielwerte einstellbar.

Zu den Patienten mit sehr hohem Risiko zählen Menschen mit dokumentierter koronarer Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 2 oder Typ 1 mit Endorganschäden, mit Niereninsuffizienz oder einem SCORE ≥ 10% (Systematic Coronary Risk Evaluation). Nach den Vorgaben der Europäischen Fachgesellschaften für Kardiologie und Atherosklerose sollte hier ein LDL-Cholesterin unter 70 mg/dl angestrebt werden, erklärte Prof. Dr. Christian Schneider, Köln. Den Nutzen eines derartig anspruchsvollen Zielwerts ergibt sich aus der CTTC (Cholesterol Treatment Trials Collaboration) Analyse. Danach ver-

ringert 1 mmol/l LDL-Reduktion (39,5 mg/dl) schwere koronare Ereignisse um 22%. In der medikamentösen lipidsenkenden Therapie stehen die Statine an erster Stelle. Wenn die nicht ausreichen, kann man mit Ezetimib oder Nikotinsäure kombinieren beziehungsweise die Statindosis erhöhen. Mit Simvastatin 10 oder 20 mg nimmt das LDL-Cholesterin um etwa 30% ab. Hoch dosierte Statine ergeben nur einen relativ geringen Zuwachs, sind aber mit entsprechenden Nebenwirkungen verbunden. Eine Alternative ist die Kombination mit Ezetimib. So hatten beispielsweise in einer Studie von Ballantyne CM et al. 57% der Patienten unter Ezetimib/Simvastatin (Inegy®) (10/40 mg) nach 6 Wochen einen Zielwert unter 70 mg/dl erreicht, unter Atorvastatin 40 mg waren es mit 23% signifikant weniger.

Kombination auch bei Niereninsuffizienz wirksam

Die Kombination Ezetimib/Simvastatin bei chronisch nierengeschädigten und teilweise dialysepflichtigen Patienten untersuchte die SHARP-Studie in einem medianen Follow-up von 4,9 Jahren gegen Placebo. Schlussfolgerungen aus dieser Studie waren, so Prof. Dr. med. Matthias Blumenstein, München, dass die Senkung des LDL-Cholesterins atherosklerotische und vaskuläre Ereignisse bei diesen Patienten signifikant verringert.

Martin Bischoff, Planegg

Quelle: Lunch-Symposium „Moderne Lipidtherapie: Statine und darüber hinaus“ anlässlich des 5. Deutscher Atherosklerosekongresses im Dezember 2012 in München. Veranstalter: MSD Sharp & Dohme GmbH, München

Ganzheitliche Behandlung für Typ-2-Diabetiker

Schlaf, Bewegung, Motivation: Wie der Lebensstil den Blutzucker bestimmt

„Diabetesbehandlung: Zwischen Versorgung und Management“, so lautete das Motto der Herbsttagung 2012 der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). In einem Satellitensymposium wurden die Schwerpunkte Schlaf und Bewegung diskutiert und die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betrachtung des Patienten über die reine HbA_{1c}-Einstellung hinaus betont.



Bild: MEV

Schlafstörungen weit verbreitet

Prof. Werner Kern, Ulm, zeigte zunächst den Rückgang der Schlafdauer vom Anfang des vergangenen Jahrhunderts bis heute auf. Die Schlafzeit pro Nacht sei demnach von 9 Stunden auf mittlerweile 7 Stunden pro Nacht gesunken. Auch sehr kurze Schlafzeiten von unter 6 Stunden pro Nacht sowie Ein- und Durchschlafstörungen seien heute weit verbreitet. Gleichzeitig nehme die Inzidenz von Adipositas und Diabetes zu. Gibt es hier einen Zusammenhang? Es ist bekannt, dass eine U-förmige Korrelation zwischen Schlafdauer und Adipositas besteht: Sowohl eine reduzierte (< 6 Stunden) als auch eine gesteigerte Schlafdauer (> 9 Stunden) gehen oft mit einem erhöhten Gewicht einher. Während sich Letzteres durch eine allgemein reduzierte Aktivität leicht erklären lasse, griffen bei reduzierter Schlafdauer anderweitige metabolische Mechanismen, so Kern. So stünde eine verminderte Schlafdauer sowohl mit der Prävalenz

des metabolischen Syndroms als auch mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes in Zusammenhang. Bedeutsam sei außerdem die Häufigkeit nächtlicher Hypoglykämien, die auch die Schlafqualität beeinträchtigen. Diesen „circulus vitiosus“ gelte es zu durchbrechen. Dazu sollten insbesondere Schlafstörungen gezielt bei Patienten angesprochen werden und Maßnahmen zur Verbesserung der Schlafhygiene erarbeitet werden.

Fitness reduziert relatives Sterberisiko

Die Bedeutung der körperlichen Fitness für die Therapie des Diabetes mellitus verdeutlichte Privatdozent Dr. Martin Füchtenbusch, München. So reduziere sich das relative Sterberisiko von Diabetespatienten über einen Zeitraum von 6,2 Jahren bei höherer körperlicher Fitness (>8 vs. < 5 so genannte „Metabolic Equivalents“, MET) um mehr als die Hälfte. „Training führt zur muskulären Sekretion von Myokinen, die metabolisch

Typ-2-Diabetes

Neue Optionen zur Erreichung des individuellen Blutzuckerspiegels

Auch unter konstanter antidiabetischer Therapie steigt bei Patienten mit Typ-2-Diabetes das HbA_{1c} kontinuierlich an. Dabei tritt der Wirkungsverlust der Therapie unter Sulfonylharnstoffen, die in Deutschland noch immer die meisten Typ-2-Patienten erhalten, am schnellsten ein, erklärte Prof. Baptist Gallwitz, Tübingen. Etwa die Hälfte aller Patienten benötigt bereits 6 Jahre nach Diagnosestellung eine Therapie mit Insulin [1]. Dringend notwendig sind deshalb zusätzliche effektive und sichere Therapiestrategien. Nach einem gemeinsam von der Amerikanischen und der Europäischen Diabetesgesellschaft vorgeschlagenen Behandlungs-Algorithmus [2] sollte die medikamentöse Therapie des Typ-2-Diabetes mit Metformin beginnen. Für die 2. Stufe stehen zusätzlich zu Metformin nun Sulfonylharnstoffe, Thiazolidine, DPP-4-Inhibitoren, GLP-1-Rezeptor-Agonisten und Insulin (i.d.R. Basalinsulin) zur Verfügung. Als noch relativ neue „Variante“ kann, z.B. bei Metformin-Unverträglichkeit oder wenn

Metformin kontraindiziert ist, ein DPP-4-Hemmer bereits in Monotherapie eingesetzt werden, in der 2. Stufe steht er in Kombination mit Insulin zur Verfügung, auch in der 3. Stufe ist die Kombination von Insulin und einem DPP-4-Hemmer bereits „eingepreist“, erklärt Gallwitz.

Erweiterte Zulassung für DPP-4-Hemmer

Kürzlich erhielt der DPP-4-Hemmer Vildagliptin (Galvus®) die erweiterte Zulassung zur Kombination mit Insulin – mit oder ohne Metformin (eine feste Kombination aus Vildagliptin + Metformin liegt als Eucreas® vor). Basis für die Zulassung der Kombination war eine multizentrische Doppelblindstudie, in der 228 Patienten täglich 2 × 50 mg Vildagliptin und 221 die entsprechende Menge eines Placebopräparates erhielten. Ausgehend von einem durchschnittlichen HbA_{1c}-Wert von 8,8% sank in der Verumgruppe das HbA_{1c} um zusätzliche 0,8%, in der Placebogruppe dagegen nur um 0,1% (p < 0,001) [3, 4]. Überzeugend auch die Sicherheit der

Therapie: Die zusätzliche Therapie mit Vildagliptin erwies sich als gewichtsneutral und auch die Hypoglykämie-Inzidenz bewegte sich auf Placeboniveau [3, 4]. Insgesamt 4 Therapieerweiterungen erteilte in den vergangenen 12 Monaten die Europäische Kommission für Vildagliptin – es ist nun neben der Kombinationstherapie mit Insulin auch bei Typ-2-Diabetes und moderater bis schwerer Niereninsuffizienz, in Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder bei Kontraindikationen sowie in Dreifachtherapie mit Metformin und Sulfonylharnstoff einsetzbar [5].

Vorteil: Einfacher Einsatz bei niereninsuffizienten Patienten

Entscheidend bei niereninsuffizienten Patienten mit Typ-2-Diabetes ist, dass es dabei nicht zu einer toxischen Akkumulation des Medikamentes kommt, erklärt Priv.-Doz. Jens Aberle, Hamburg. Hier hat Vildagliptin einen besonderen Vorteil, denn das Dosierungsschema bei modera-

günstige Effekte im Fettgewebe haben“, so Füchtenbusch. So induziere das Myokin PGC-1 α eine metabolisch günstige Umwandlung von weißem in braunes Fettgewebe. Füchtenbusch betonte, dass für eine Reduktion des Mortalitätsrisikos vor allem die Gesamtdosis und die Regelmäßigkeit körperlicher Aktivität entscheidend seien, wobei der größte Benefit durch den Schritt von gar keiner Aktivität hin zu wenig bis mäßiger Aktivität erzielt werden könne. Körperliche Fitness gehe zudem oftmals eng mit den Ernährungsgewohnheiten einher, führte Füchtenbusch weiter aus. Er machte in diesem Zusammenhang aber auch deutlich, dass die Zusammensetzung der Nahrung (Stichworte „low carb“, „low fat“, „high protein“) keinen wesentlichen Einfluss auf das Gewicht habe, sondern für eine erfolgreiche Gewichtsabnahme vor allem die Kalorienreduktion maßgeblich sei.

Pressemitteilung BERLIN-CHEMIE AG

ter bis hin zur schweren Niereninsuffizienz ist recht einfach. Als Faustregel kann gelten, dass bei einer Kreatinin-Clearance unter 50 ml/min eine Dosisanpassung auf 50 mg einmal täglich erfolgt. Für Aberle erfüllt Vildagliptin die Ansprüche, die an ein modernes Antidiabetikum gestellt werden: Starke HbA_{1c}-Senkung, keine Hypoglykämiegefahr, keine Gewichtszunahme und einsetzbar auch bei älteren Patienten mit Niereninsuffizienz.

Günther Buck, Weilheim

Literatur

- 1 Wright A et al. Diabetes Care 2002; 25: 330–336
- 2 Inzucchi SE et al. Diabetes Care 2012; 35: 1364–1379; Diabetologia 2012; 55: 1577–1596
- 3 Novartis Pharma, data on file
- 4 Kothny W et al. Diabetes Obes Metab 2012; DOI 10.1111/dom.12020
- 5 Fachinformation Galvus®; Stand Oktober 2012

Quelle: Pressekonferenz im Rahmen der Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) am 16. November 2012 in Berlin. Veranstalter: Novartis Pharma GmbH, Nürnberg

Abnehmen am Arbeitsplatz

Ran an den Männerspeck

Ein Ernährungsprogramm, das auch bei einer überwiegend männlichen Klientel zur deutlichen Gewichtsreduktion führt, ist möglich. Allerdings müssen die Männer dort angesprochen werden, wo sie einen Großteil des Tages verbringen – am Arbeitsplatz. Dr. Hardy Walle aus Kirkel berichtete vom Erfolg des Bodymed®-Ernährungskonzepts im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Programm zielt auf eine langfristige Umstellung auf eine eiweißoptimierte, fettmodifizierte und moderat kohlenhydratreduzierte Ernährung. Über 3 Monate nahmen 144 Teilnehmer mit einem Body Mass Index (BMI) von mehr als 30 im Alter von 24–72 Jahren (im Mittel 48,2 Jahre) teil, davon 73,3% Männer. Im Durchschnitt reduzierte sich das Gewicht von initial 105,5 kg signifikant auf 96,8 kg. Der Bauchumfang verringerte sich im Mittel um 11,8 cm (9,7%) und dabei bei den Männern noch stärker als bei den Frauen. Die Fettmasse reduzierte sich durchschnittlich um 7,1 kg oder 19,5%; die Gewichtsreduktion erfolgte also nicht zu Lasten der Muskelmasse.

Bild: PhotoDisc

Erfolg langfristig nachweisbar

Die günstigen Auswirkungen der Gewichts- und Fettreduktion ließen sich direkt dokumentieren: Der mittlere systolische Blutdruck sank von 144,6 auf 128,4 mmHg, der diastolische von 93,4 auf 85,1 mmHg. Die Triglyzerid-Spiegel lagen zu Beginn des Programms bei durchschnittlich 141,8 mg/dl, am Ende des dreimonatigen Programms bei 91,0 mg/dl (–35,8%). Dabei basiert das hier verwendete Ernährungskonzept auf einer Reduktion vor allem der Kohlenhydrate, nicht aber der Eiweiße, betonte Walle. Trotzdem sank auch der Gesamtcholesterinspiegel im Mittel von 226,0 auf 182,7 mg/dl (–19,2%) und das LDL-Cholesterin von 147,6 auf 113,5 mg/dl ab. Der HDL-Wert blieb dagegen über die 3 Monate stabil bei im Mittel knapp 53 mg/dl. Der Nüchternblutzucker normalisierte sich bei den initial durchweg adipösen Teilnehmern von 104,8 auf 91,6 mg/dl. Durch die verschiedenen Veränderungen minderte sich das Herzinfarktrisiko nach dem PROCAM-Score um mehr als 40%, betonte Walle.

Um bei den überwiegend männlichen Teilnehmern nicht nur eine Gewichtsreduktion, sondern auch eine Ernährungsumstellung zu erreichen, waren in die Ernährungsschulung auch die Ehefrauen mit eingeladen worden. Mit Erfolg: 86,7% der Teilnehmer einer Umfrage am Pilotstandort gaben an, nach den 3 Monaten mehr Gemüse und Salat zu essen, 66,7% nahmen mehr Vollwertprodukte zu sich, 73,3% weniger Fertiggerichte. Ebenfalls 73,3% gaben an, ihr Gesundheitszustand habe sich verbessert und immerhin jeder zweite bewegte sich auch mehr als zuvor. Das Gesamturteil der Teilnehmer über die Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung fiel eindeutig aus. 96,6% waren mit dem erzielten Gewichtsverlust zufrieden, 100% gaben an, das Programm sei für sie erfolgreich gewesen.

Friederike Klein, München

Quelle: Pressekonferenz „Trio infernale – Adipositas, Diabetes mellitus und Metabolisches Syndrom: Erfolgreiches Gesundheitsmanagement mit Bodymed“, in München, 5.12.2012. Veranstalter: Bodymed AG, Kirkel

Von DAWN™ zu DAWN™2

Wie steht es um die psychosoziale Betreuung der Diabetespatienten?

„Ein großer Teil der Patienten mit Diabetes hat Probleme, mit der Krankheit zu leben und hat Bedürfnisse, die vom Gesundheitssystem nicht befriedigt werden“, stellte Prof. Norbert Hermanns, Bad Mergentheim, fest.

2001 führte Novo Nordisk mit DAWN™ (Diabetes Attitudes Wishes and Needs = Ansichten, Wünsche, Nöte) in Zusammenarbeit mit der International Diabetes Federation (IDF) eine der weltweit größten Studien zur Diabetesversorgung durch. Am Anfang von DAWN™ stand die Idee, Wünsche der Betroffenen, Wünsche der Ärzte und Wünsche der Gesellschaft festzustellen und die Situation in verschiedenen Ländern zu vergleichen, so PD Bernhard Kulzer, Bad Mergentheim.

Für die meisten Betroffenen ist die Diagnose Diabetes mit negativen Emotionen und mit Ängsten belastet. Die Frage ist, ob die betreuenden Berufsgruppen diese Ängste auch wahrnehmen und in der Therapie berücksichtigen. Und genau

dies, zeigte DAWN™, ist sehr häufig nicht der Fall. Ein deutlicher Auftrag an Ärzte, hier etwas zu ändern, meint Kulzer. Auch Sorgen um die finanzielle Zukunft wegen der Krankheit und wegen der Behandlungskosten treibt deutsche Diabetespatienten um. Deutlich festgestellt wurde auch eine Schnittstellenproblematik: Deutsche Ärzte überweisen zu selten und/oder zu spät Patienten an Psychologen und Psychiater zur Mitbetreuung. Wie und ob sich die Situation seit DAWN™ verbessert hat, wird sich in der

DAWN™2-Studie erweisen, die auf die Dauer von 2 Jahren angelegt ist (2011–2013) und von einem Aktionsprogramm begleitet wird. Gemeinsam mit den wichtigsten Interessengruppen will Novo Nordisk neue nachhaltige Wege suchen und aufbauen, damit Menschen mit Diabetes ein erfülltes, gesundes Leben führen können und aktiv am Management ihrer Krankheit beteiligt sind. Ziel von DAWN™2 ist es, das Bewusstsein und das Verständnis für die unerfüllten Bedürfnisse von Menschen mit Diabetes und ihrer Behandler zu fördern und auch ein internationales Benchmarking für die Einstufung des psychosozialen Befindens zu etablieren.

Günther Buck, Weilheim an der Teck

Quelle: Symposium „Changing Diabetes® – DAWN™2: Neue Impulse für die Novo Nordisk Akademie“ im Rahmen der Herbsttagung der Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) in Berlin am 16.11.2012. Veranstalter: Novo Nordisk GmbH, Mainz



Bild: Fotolia, WavebreakMediaMicro