

## Bariatrische Chirurgie

## Wenn Diabetologen gern Chirurgen wären

Die deutliche Zunahme von Adipositas und Typ-2-Diabetes in Deutschland erfordert die Intensivierung aller bekannten therapeutischen Maßnahmen. Neben den konservativen Therapien sollten hierzu auch Adipositas-chirurgische (= bariatrische) Operationen gehören, so der Konsens von Experten aus Diabetologie, Chirurgie und Ernährungsmedizin auf dem 16. Weltkongress der IFSO, der vom 31. August bis 3. September in Hamburg stattfand [1]. Aktuell haben in Deutschland bariatrische Operationen nicht den Stellenwert, der ihnen zusteht, so die Experten. Etwa 6000 Patienten werden hierzulande jährlich bariatrisch operiert. Nach Schätzungen von Prof. R. Weiner, Frankfurt, Chirurg und Kongresspräsident des IFSO 2011, kämen aber pro Jahr mehr als 20000 für einen entsprechenden Eingriff in Frage.

### Metabolische Chirurgie

Adipositaschirurgie ist zugleich auch Metabolische Chirurgie. Sie hat direkte Wirkungen auf den Stoffwechsel bei Typ-2-Diabetikern und das weitgehend unabhängig von der Gewichtsabnahme. L. Sjöström, Schweden, stellte teils noch unveröffentlichte 20 Jahres-Follow-up-Daten aus der SOS-(Swedish Obese Subjects) Studie vor. Von den insgesamt eingeschlossenen rund 4000 adipösen Patienten wurde eine Hälfte chirurgisch behandelt und die andere Hälfte blieb unbehandelt. In der Gruppe der Operierten war die Gesamtsterblichkeit nach 10 Jahren um 29% verringert. Dieser Effekt sei zum Teil auf die deutlich stärkere Gewichtsabnahme bei den operierten Patienten zurückzuführen, so Sjöström. Die operierten Patienten verloren während der ersten 10 Jahre im Durchschnitt 19,2kg, während die konservativ behandelten 1,3kg zunahmen.

Mehr als 70% der zuvor mit Insulin behandelten Diabetiker konnten ein Jahr nach der Operation auf Insulin verzichten. Nach 10 Jahren waren zwar viele Patienten zu einer Insulintherapie zurückgekehrt, aber immerhin noch bei der Hälfte konnte auch ohne Insulin eine gute Stoffwechsellage erreicht werden. All diese Ergebnisse werden Sjöström zufolge durch die kurz vor der Publikation stehenden 20-Jahresdaten bestätigt.

### Adipositas-Programm anerkannt

B. Schilling-Maßmann, niedergelassene Ernährungsmedizinerin aus Tecklenburg bei Münster, empfiehlt vor der Operation in der Regel eine konservative Behandlungsphase, bestehend aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstraining. Einen Großteil der Kosten hierfür mussten die Patienten bislang selbst übernehmen. Das wird sich nach Einschätzung von Schilling-Maßmann ändern, denn im August 2011 hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK) erstmals bundesweit ein einjähriges, ambulantes, multimodales Adipositas-Programm anerkannt. DOC WEIGHT® könne künftig von den gesetzlichen Krankenversicherungen anteilig finanziert werden, so die Hoffnung der Ernährungsmedizinerin.

### Nachsorge muss finanziert werden

Auch nach der Operation benötigen die Patienten eine regelmäßige medizinische Betreuung, um den Behandlungserfolg zu sichern und die Versorgung mit Mineralstoffen und Vitaminen aufrecht zu erhalten. Dazu Schilling-Maßmann: „Der MDK macht eine gesicherte Nachsorge zur Voraussetzung für die Genehmigung der Operation – die gesetzliche Krankenkasse aber zahlt die dazu notwendigen Leistungen gar nicht oder nur unvollständig.“ In der Nachsorge sei insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Diabetologen, Ernährungsmedizinern, Chirurgen und Hausärzten wichtig.

### Metabolische Effekte auch bei Patienten mit BMI unter 35

Oft erreichen Patienten mit Diabetes und Adipositas trotz konservativer Therapie keine zufriedenstellenden Ergebnisse, berichtete M. Blüher, Diabetologe aus Leipzig. Daher begrüße er die randomisierte Studie DiaSurg-2 der Universität Heidelberg, in der die Effekte der Chirurgie auf die Stoffwechsellage bei insulinpflichtigen Typ-2-Diabetikern mit einem BMI unter 35kg/m<sup>2</sup> untersucht wird. Durch welche Mechanismen sich insbesondere unmittelbar nach Anlage eines Magenbypass die Stoffwechsellage verbessert, sei nicht abschließend geklärt, so Blüher. Klar sei lediglich, dass die Ausschüttung gastrointestinaler Hormone verändert werde.

### Workshop Metabolische Chirurgie bei Typ-2-Diabetes

In einem ganztägigen Workshop wurden aktuelle Forschungsergebnisse vorgestellt [2]. Im Fokus stand dabei das Phänomen, dass sich bereits unmittelbar nach Magenbypass-Operation eine Verbesserung der diabetischen Stoffwechsellage zeige, wohingegen nach Magenband eine solche Verbesserung erst nach Gewichtsreduktion auftrete.

Blüher beleuchtete die Bedeutung der Inflammation von viszeralem Fettgewebe auf hepatische und periphere Insulinresistenz. Nach Magenbypass-Operationen komme es unter anderem zum Anstieg von Glucagon-like-peptid- (GLP) 1 und dadurch zu einer Verbesserung der Insulinresistenz.

Auch Gallensäuren haben Einfluss auf die Regulation von Energieverbrauch, Lipid- und Glukosestoffwechsel, so H. Lebovitz, USA. Die Gallensäurekonzentration im Serum erhöhe sich nach Magenbypass postprandial um ein vielfaches und korreliere stark mit dem postprandialen Anstieg von PYY und GLP-1 sowie mit dem Abfall der Plasma-Ghrelin-Konzentration.

G. Milthieux, Frankreich, beleuchtete die Rolle der intestinalen Glukoneogenese, welche durch die Wahrnehmung mittels Glukosensensor in der Pfortader in der Lage sei ein neuronales Signal zu initiieren, welches wiederum in vermehrter Sättigung und erhöhter Insulinsuppression in der Leber resultiere.

In der abschließenden Diskussion bestand Einigkeit, dass weitere Forschung nötig ist, um die Effekte bariatrischer Operationen besser verstehen zu lernen. Auch wurde die Erwartung geäußert, dass eines Tages der BMI als aktuell wichtigstes Kriterium für die Operationsindikation von solchen Kriterien abgelöst werden wird, welche auch die metabolischen Aspekte berücksichtigen.

Dr. med. Winfried Keuthage, Münster  
Dr. med. Klaus Winckler, Frankfurt

### Quellen

- 1 Pressekonferenz im Rahmen des 16. Weltkongresses der International Federation for Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) am 31. August 2011 in Hamburg
- 2 Post Graduate Course B „State of the art and clinical outcomes of metabolic operations in patients with type 2 diabetes mellitus“ im Rahmen des 16. Weltkongress am 31. August 2011 in Hamburg

## IQWiG: Vorbericht zu Recherche



Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat am 11. Oktober 2011 die vorläufigen Ergebnisse einer systematischen Recherche nach evidenzbasierten Leitlinien sowie systematischen Übersichten zur Behandlung von Adipositas bei Diabetes mellitus Typ 2 vorgelegt. Ziel des Berichts ist es, aus aktuellen, methodisch hochwertigen Leitlinien diejenigen Empfehlungen zu identifizieren, die für ein mögliches neues Modul Adipositas im Disease-Management-Programms (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 von Bedeutung sein könnten.

### Ablauf der Berichterstellung

Zu diesem Vorbericht können bis zum 8. November 2011 Stellungnahmen abgegeben werden. Den vorläufigen Berichtsplan für dieses Projekt hatte das IQWiG im März 2010 vorgelegt und um Stellungnahmen gebeten. Diese wurden zusammen mit einer Würdigung und dem überarbeiteten Berichtsplan im August 2010 publiziert. Stellungnahmen zu dem jetzt veröffentlichten Vorbericht werden nach Ablauf der Frist gesichtet. Sofern diese Fragen offen lassen, werden die Stellungnehmenden zu einer mündlichen Erörterung eingeladen. Danach wird der Vorbericht überarbeitet und als Abschlussbericht an den Auftraggeber G-BA weitergeleitet.

Pressemitteilung IQWiG, 11.10.2011

**Schlaganfallpatienten****Bald einfacher Score zur Abschätzung der Genesungschancen?**

Wer in den Tagen nach einem schweren Schlaganfall seine Beine übereinander schlagen kann, hat deutlich bessere Überlebens- und Erholungschancen als Patienten, die dazu nicht in der Lage sind. Von diesem verblüffenden Ergebnis berichten PD Dr. Dr. Berend Feddersen und seine Kollegen von der Klinik für Neurologie des Klinikums der Universität München. Bestätigen sich die Befunde in weiteren Studien, könnte jeder Arzt künftig mit dem simplen Mittel herausfinden, welche Patienten noch früher und intensiver mit der Rehabilitation beginnen sollten, weil ihre Aussichten besonders günstig sind. Bislang brauchen die Mediziner für derlei Prognosen aufwendige Technik und Berechnungsverfahren.

**Zufallsbeobachtung führte auf die Spur**

„Die Aussagekraft unserer Studie ist wirklich gut“, sagt der Neurologe und erzählt, dass die neue Erkenntnis aus einer Zufallsbeobachtung der Ärzte auf der Intensivstation im Klinikum in Großhadern

entstanden ist. Immer wieder kreuzten manche Patienten spontan ihre Beine, „was zunächst nur gemütlich ausgesehen hat; aber irgendwann hatten wir das Gefühl, dass es genau denen später besser geht als den anderen.“ Was bei genauerer Betrachtung auch nicht unlogisch erscheint, denn das Überschlagen der Beine ist ein Zeichen von unwillkürlicher Bewegung, die die Ärzte meist gar nicht wahrnehmen und die vielen der Patienten kaum mehr möglich ist.

Um ihre Beobachtung auf wissenschaftliche Füße zu stellen, bildeten die Münchener Ärzte aus ihrer Patienten-Klientel in der Neurologischen Intensivstation 2 Gruppen: 34 Patienten, die nach dem Schlaganfall während ihres Aufenthaltes auf der Neurologischen Intensivstation spontan ihre Beine kreuzten und 34 Patienten, die das nicht taten. Alle Patienten waren ungefähr gleichen Alters und mit schweren Schlaganfällen eingeliefert worden, wurden künstlich beatmet und waren meist bewusstlos. „Alle hatten ex-



Foto: Photo Disc

**Deutsche Diabetes Gesellschaft warnt vor Rationierung****Zugang zu innovativen Arzneien durch neues Gesetz erschwert**

Menschen mit Diabetes Typ 2 und einer gestörten Nierenfunktion steht ein neues Medikament in Deutschland nicht zur Verfügung, weil die herstellenden Pharmafirmen es aufgrund landesüblicher bürokratischer Hürden nicht auf den Markt bringen. Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) befürchtet, dass Auseinandersetzungen zwischen Gesetzgeber und Pharmaindustrie über die Regelungen des Arzneimittelmarkt-Neu-

ordnungsgesetzes (AMNOG) Menschen mit Diabetes den Zugang zu neuen Medikamenten zukünftig erschweren könnten.

**Neues Antidiabetikum in Deutschland nicht auf dem Markt**

Seit wenigen Tagen ist ein neues Antidiabetikum mit dem Wirkstoff Linagliptin nicht

mehr nur in Amerika, sondern auch in Ländern der Europäischen Union zugelassen. Linagliptin kann auch bei Diabetespatienten mit einer gestörten Nierenfunktion eingesetzt werden. Nicht so in Deutschland. Denn die Pharmafirma Boehringer Ingelheim hat sich mit ihrem Partner Eli Lilly dafür entschieden, das Präparat in Deutschland nicht auf den Markt zu bringen. Boehringer Ingelheim begründet die Entscheidung mit der seit Januar 2011 neu geregelten Preisbildung für neu zugelassene Arzneimittel. Seit dem Inkrafttreten des AMNOG am 1. Januar 2011 bewertet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Regel auf Basis eines Gutachtens des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) den sogenannten Zusatznutzen neuer Arzneimittel. Der G-BA prüft den Zusatznutzen des neuen Medikaments gegenüber einer „zweckmäßigen Vergleichstherapie“. Die richtige Wahl dieser „zweckmäßigen Vergleichstherapie“ ist entscheidend und – daher – stark umstritten.

**Nicht Priorisierung sondern Rationierung durch AMNOG befürchtet**

Abhängig vom Ergebnis handelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem pharmazeutischen Unternehmen den Erstattungsbetrag aus, sofern dafür kein Festbetrag vereinbart wurde. „Offensichtlich befürchtet die Industrie, dass das AMNOG-Verfahren den Nutzen des neuen Medikaments nicht ausreichend berücksichtigt“, kommentiert Prof. Dr. med. Andreas Fritsche, Pressesprecher der DDG, diesen bislang für ein neues Diabetesmedikament einzigartigen Vorgang.

Steht der Betrag für eine Pharmafirma in einem ungünstigen Verhältnis zu den Entwicklungskosten, kann sie sich gegen die Markteinführung eines neuen Präparats entscheiden. Daraus ergebe sich laut DDG grundsätzlich die Gefahr, dass beispielsweise in den USA oder in anderen europäischen Ländern zugelassene Medikamente in Deutschland nicht mehr auf den Markt kommen: „Hierbei handelt es



Foto: Fotolia, Fotograf: D. Fleck

trem schlechte Ausgangswerte bei der Aufnahme in unsere Klinik“, sagt Berend Feddersen. Ihre weitere Entwicklung beobachteten die Forscher ein Jahr lang.

#### **Bein-Kreuzer leben länger**

Ergebnis: In der Gruppe der „Bein-Kreuzer“ starb nur ein Patient, in der Vergleichsgruppe hingegen 18 Patienten! Bei Entlassung aus dem Krankenhaus hatten die „Bein-Kreuzer“ deutlich weniger neurologische Symptome wie Sprach- oder Bewegungsstörungen. Die Unterschiede hielten sich bis ans Ende des Beobachtungszeitraums. Die „Bein-Kreuzer“ konnten auch selbstständiger leben. Interessanterweise waren diese positiven Effekte jedoch nur zu sehen, wenn das Kreuzen der Beine in den ersten 15 Tagen nach dem Schlaganfall auftrat. „Wir verfolgen diesen neuen Ansatz in jedem Fall weiter“, erklärt Dr. Feddersen, „und wollen die neue Methode noch einmal intensiv mit den etablierten Prognose-Verfahren vergleichen.“

Pressemitteilung idw, 11.10.2011

sich dann nicht mehr um eine Form der Priorisierung, die die wirksamsten Präparate dem Patienten zugute kommen lässt, sondern um eine Form der Rationierung, die Patienten den Zugang dazu versagt“, erläutert Fritsche.

#### **DDG befürwortet Kosten-Nutzen-Bewertung im Sinne der Patienten**

Die DDG bemüht sich um bestmögliche medizinische Behandlung von Menschen mit Diabetes mellitus. Dazu gehört auch, ihnen die sichersten und wirksamsten Medikamente zugute kommen zu lassen. Die Fachgesellschaft befürwortet deshalb eine Kosten-Nutzen-Bewertung im Sinne des Patienten. Dafür müssen Kostenträger und Pharmaindustrie besser zusammenarbeiten. Zweifelsfrei gilt für die DDG: Erweist sich ein neues Präparat gegenüber seinen Vorgängern als vorteilhaft, sollte es Patienten verfügbar gemacht werden.

Pressemeldung der Deutschen Diabetes Gesellschaft