Glukosemessung bei Typ-1-Diabetes anno 2013

„Häusliche Gewalt“: Eltern stechen Kind 17.000 Mal

Seit 2006 existiert durch die Zusammenführung von Insulinpumpe und kontinuierlichem Glukosemonitoring, kurz CGM, die sensorunterstützte Pumpentherapie (SuP). Während diese neue Therapieform vor allem Typ 1-Diabetikern in anderen europäischen Ländern sehr viel stärker verordnet wird, es in den Niederlanden, der Schweiz, in Israel, Slowenien, Schweden, Irland, der Slowakei, in Estland und in Österreich schon heute eine generelle Kostenerstattung existiert, ist die Durchdringung in Deutschland eher gering. Denn CGM ist eben hierzulande bisher nicht erstattungsfähig – somit entscheidet jede Krankenkasse nach Einzelfalllage. Der G-BA hat am 23. November letzten Jahres das IQWiG beauftragt, das am 18. April dieses Jahres einen vorläufigen Berichtsplan zur „Kontinuierliche Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten“ veröffentlicht hat, der nach einer Anhörung am 9. Juli am 20. Oktober finalisiert wurde. Der ist nun Basis einer im ersten Quartal 2014 erscheinenden, vorläufigen Bewertung, die dann erneut zur Anhörung gestellt wird. Danach erst – im 3. Quartal nächsten Jahres – wird der G-BA über die Erstattungsfähigkeit entscheiden.

>> Das kontinuierliche Glukosemonitoring (CGM) ist hierzulande bisher nicht erstattungsfähig – somit entscheidet jede Krankenkasse nach Einzelfalllage. Der G-BA hat am 23. November letzten Jahres das IQWiG beauftragt, das am 18. April dieses Jahres einen vorläufigen Berichtsplan zur „Kontinuierlichen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten“ veröffentlicht hat, der nach einer Anhörung am 9. Juli am 20. Oktober finalisiert wurde. Der ist nun Basis einer im ersten Quartal 2014 erscheinenden, vorläufigen Bewertung, die dann erneut zur Anhörung gestellt wird. Danach erst – im 3. Quartal nächstes Jahres – wird der G-BA über die Erstattungsfähigkeit entscheiden.

Vielleicht wird dann das Martyrium der Familie Abel, die auf Einladung des Unternehmens Medtronic zu einer Podiumsdiskussion unter dem Titel „Wie viel Technologie darf es sein in der Diabetestherapie? – Mehr Patientenautonomie mit CGM?“ verdeutlichten, was es heißt, gleich zwei kleine Kinder mit Typ 1-Diabetes in der Familie zu haben. Seit Jahren haben weder Mutter noch Vater, noch die zwei Kinder durchgeschlafen. Alle zwei Stunden muss der Blutzucker gemessen werden, indem die Eltern ihren Kinder mit einer Minilancette in eine Fingerkuppe stechen, einen Bluttropfen auf ein Messstäbchen aufbringen, den Messvorgang starten und dann die entsprechend nötige Menge Insulin in der Pumpe programmieren. Eine Arbeit, die ein im Unterhautfettgewebe vom Patienten selbständig platzierter Glukosesensor erledigen könnte, der so fortlaufend den Glukosespiegel im Abstand von wenigen Minuten misst, die dann auf dem Display der Insulinpumpe angezeigt werden, die regelmäßig Insulin abgibt und bei drohender Unterzuckerung, vor der Betroffene, vor allem aber bei Kindern, deren Eltern eine tiefsitzende Angst haben, zeitlich begrenzt ganz abschalten kann – denn Krämpfe, Koma oder gar Tod können ab 2, sicher bei mehr als 4 Stunden Unterzucker die Folge sein. So aber stechen die Eltern ihre beiden Kinder weiter, seitdem Diabetes Typ 1 bei ihnen diagnostiziert wurde bereits mehr als 17.000 mal, davon 13.000 Mal nachts. Bis der G-BA dann endlich entscheidet, kommen sicher noch einige tausend kleine Stiche hinzu, die die kleinen Fingerkuppen immer ein wenig mehr vernarben. Oder gar noch einige hunderttausend Mal, falls der Bundesausschuss die Erstattungsfähigkeit nicht anerkennen sollte. Denn die Krankenkasse der Familie Abel, eine kleinere BKK, erstattet die sensorunterstützte Pumpentherapie nicht.

Dahinter steht zum einen die Angst der Kassen vor Präzedenzfällen, zum anderen vor den Kosten durch eine mögliche Überinanspruchnahme. Dabei kostet eine solche Therapieform pro Jahr weniger als ein Notarzteinsatz samt Einlieferung in eine Klinik, die jede schwere Hypoglykämie nach sich zieht. Zum anderen gibt es in Deutschland für den Einsatz von CGM ein Konsensus-Statement der „Arbeitsgemeinschaft Diabetologische Technologie“ (AGDT) innerhalb der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Als relevante Indikationen sehen die Experten:

- Hypoglykämien
- häufige schwere Hypoglykämien (mit Notwendigkeit für Fremdhilfe)
- schwere nächtliche Hypoglykämien
- nachgewiesene Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen
- Unbefriedigende Stoffwechselkontrolle, wenn trotz Nutzung aller zur Verfügung stehenden Therapieformen (auch Insulinpumpentherapie, CSII), guter Compliance und
- Ausschluss schwerer psychologisch-psychiatrischer Störungen der angestrebte HbA1c-Wert nicht erreicht wird
- Vor und während der Schwangerschaft mit unbefriedigender Stoffwechselkontrolle unter Einsatz konventioneller Therapieformen
- Notwendigkeit von mehr als zehn Blutzuckermessungen täglich zur Erreichung des angestrebten Stoffwechselkontrollziels

Desweiteren wurden als Voraussetzungen definiert:

- gute Compliance des Patienten
- Ausschluss von Kontraindikationen: mangelnde Compliance/Motivation,
- Angst vor technischen Systemen,
- Alkohol- und/oder Drogen-Missbrauch, schwerwiegende psychiatrische/psychologische Probleme,
- Ausschöpfung aller anderen verfügbaren Maßnahmen zur Stoffwechseloptimierung inklusive der Insulinpumpentherapie,
- Teilnahme an CGM-Schulung und -Training,
- Betreuung durch einen geschulten und CGM-erfahrenen Diabetologen zusammen mit einem entsprechenden Behandlungsteam,
- gegebenenfalls eine individuelle Erprobungsphase des CGM über einige Wochen mit erfolgreichem Wirkungsnachweis.

Die Gesamtzahl der Patienten (Prävalenz) mit Typ-1-Diabetes wird in Deutschland auf etwa 300.000 geschätzt, was rund 5 Prozent aller Diabetiker in Deutschland entspricht. Derzeit geht man von etwa 15.000 Kindern und Jugendlichen (bis zum Alter von 14 Jahren) mit Typ 1-Diabetes aus. Das umschriebene Patientenkollektiv schätzt Prof. Dr. Thomas Danne, Präsident der DDG, wiederum auf nur rund 10 bis 15 Prozent aller Betroffenen. Dannes Plädoyer: „Unterzuckerungen können lebensbedrohlich sein, vor allem nachts. Aus eigener Betroffenheit heraus kann ich nur sagen, dass wir uns bei aller sachlichen Diskussion stärker dafür einsetzen müssen, dass den Patienten eine lebensrettende Technologie wie CGM nicht verwehrt wird.“ <<