

Offener Brief

Sehr geehrter Herr van den Bergh, sehr geehrter Herr Döpfner, sehr geehrter Herr Gesundheitsminister Spahn, sehr geehrter Herr DAK-Vorstandsvorsitzender Storm,

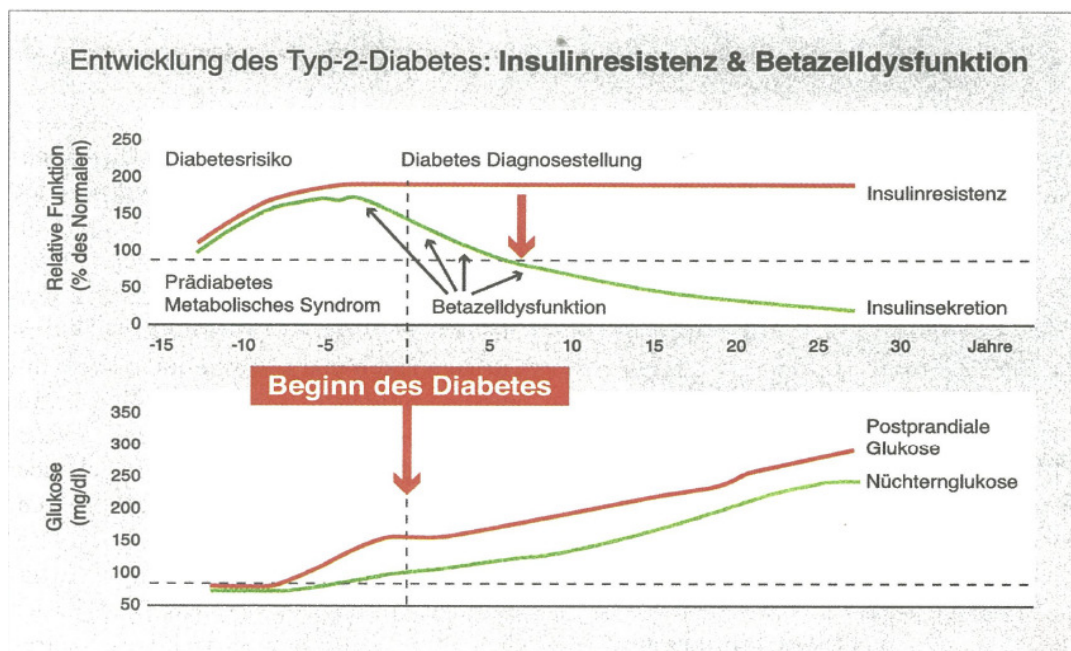
Am 09./10. November 2018 erschien der Artikel: „**Verbindliche Prävention soll die Diabetes-Epidemie eindämmen**“ in der Ärztezeitung, einem Produkt der Springer Science+Business Media (Deutschland).

[Nachzulesen bei Ärzte Zeitung Online unter dem Titel „**DAK macht Vorschläge im Kampf gegen Diabetes**“ siehe dazu auch den Kommentar von Dr. Thomas Georg Schätzler vom 11.11.2018]

Dieser Artikel beantwortet leider keine drängenden Fragen, er wirft dagegen viele auf!

Schon der erste Satz „Jeden Tag erkranken in Deutschland über tausend Menschen neu an Diabetes.“ stellt Fragen an die Qualifikation (oder die Intention) des Verfassers. Es erkranken NICHT jeden Tag über tausend Menschen NEU. Sie werden, nachdem sie schon 10 bis 15 Jahre zuvor erkrankt sind, NEU diagnostiziert! Das ist ein wesentlicher Unterschied, nicht nur für das Verständnis, sondern auch für jedes, wie auch immer geartetes Präventionsbemühen.

Abbildung 1 (mod. nach Pearson and Powers, Diabetes Educator 2006 sowie Kendall and Bergenstal Intern. Diabetes Center 2003)



Wie aus der Abbildung 1 auch für Laien problemlos ersichtlich, sind die sodann in dem Artikel referierten **Vorschläge zur „Früherkennung“ denkwürdig ungeeignet!** Ein nüchtern Blutzucker von 100 - <= 110 mg/dl zeigt gegebenenfalls schon eine wesentliche Einschränkung der Insulin Produktionskapazität an. Das sich für diesen Blutzucker-Bereich „ein Prädiabetes mit mäßig erhöhtem Erkrankungsrisiko“ ergibt, kann nur von jemandem behauptet werden, der von der zugrundeliegenden Pathophysiologie keine Ahnung hat. Ein **nüchtern Blutzucker von 110 bis 120 mg/dl** (in dem Artikel: „ergibt sich an Prädiabetes mit stark erhöhtem Risiko“) steht für den Beginn

eines Diabetes (!), bis zu dessen Diagnose allerdings noch ca. 5 bis 7 Jahre vergehen können. Wenn schon, dann wäre die Messung der postprandialen Glukose ein einfacher aber wesentlich aussagefähigerer Screening-Parameter. Es wäre nicht nur wünschenswert, nein, es ist eine „conditio sine qua non“, dass Autoren, die Artikel für eine Zeitung wie die Ärzte Zeitung schreiben, wissen, worüber sie schreiben!

Ein Beispiel:

6 jähriger Junge, 145 cm Körpergröße, Körpergewicht 59 kg, BMI 28,1 (9 jähriger Bruder Körpergröße 155cm, Körpergewicht 41 kg, BMI 17,1). Intakte Familienverhältnisse. Die Eltern beobachten bei ihrem jüngeren Sohn seit seinem 3. Lebensjahr mit wachsender Sorge die zunehmende Entwicklung eines Übergewichts. Kinderarzt, Charité, diverse Ernährungsberatungen und diverse Ernährungsprotokolle, Diäten und der gleichen Dinge mehr blieben bisher erfolglos. Dafür wurden Eltern und Kind von den verschiedenen „Experten“ (inklusive Charité) stigmatisiert. Ihnen wurde (wie heute üblich) nicht zugehört, Unterstellungen gemacht, verunsichert, und so weiter, wesentlicher: keine von den „Experten“-Stationen, die diese Familie bisher durchlaufen hat, hat sich einmal der Mühe unterzogen, den aussagefähigen Laborstatus des Jungen zu messen! Das habe ich veranlasst. Da die Familie GKV versichert ist, haben wir uns auf die wichtigsten Parameter beschränkt, weil diese Messungen (leider) von der Krankenkasse nicht ersetzt werden, wenn sie von einer Privat-Praxis veranlasst werden, auch dann nicht, wenn sich hernach herausstellt, dass sie notwendig und indiziert waren.

Die gemessenen Labor-Parameter ergaben: Glucose nüchtern im cNaF-PI, **103 mg/dl** (Ref. 60 – 99) [nach diesem Artikel also ein geringes Prädiabetes Risiko]; Cystatin C, 0,97 mg/L (Ref. 0,70 – 1,38) daraus abgeschätzte eGFR 94,8 ml/min (Ref. > 100) [also im Alter von 6 Jahren schon eine leicht eingeschränkte Nierenfiltrationsfunktion]; nüchtern Laktat im NaF-Plasma **20,2 mg/dl** (Ref. 4,9 – 19,8) [schwere Laktat-Azidose]; Pyruvat im NAF-Blut **0,65 mg/dl** (Ref. 0,73 – 0,95) [Pyruvat ist unser „Benzin“ daraus machen wir Energie im Citrat-Zyklus und nachfolgend in der Atmungskette]; Laktat-Pyruvat-Quotient **31,1** (Ref. 10 – 20); Insulin im Serum **24,8 µU/ml** (Ref. 2,6 – 24,9)[der Referenzbereich gibt nicht wieder, dass ein nüchtern Insulin > 4.0 µU/ml pathologisch ist]; HOMA-Index 6,31 [ein HOMA von < 1.0 ist normal, ein HOMA von > 5.0 Durchschnittswert bei Typ II-Diabetes]; 25-Hydroxy-Vitamin-D3 **17 ng/ml** (Ref. 30 – 100) [das ist ein schwerer Vitamin D3 Mangel, der untere Grenzwert des Referenzbereichs ist nach der gegenwärtigen Erkenntnislage zu niedrig, er müsste mindestens bei 50 ng/ml liegen]; 1,25-Dihydroxy-Vitamin-D3 66,2 pg/ml (Ref. 19,9 – 79,3); Vitamin-D Status **3,9** (Ref. < 1,0) [ein hohes 1,25-Dihydroxy-Vitamin-D3 und ein D-Status > 1,0 sind Indikatoren für chronische Entzündung]; Interleukin 6 im Serum **2,8 pg/ml** (Ref. < 3,8; ideal < 2,0), Interleukin 8 nach Lyse im EDTA-Blut **159 pg/ml** (Ref. < 150; ideal < 100); CRP hoch sensitiv im Serum **1,43 mg/L** (Ref. < 3,0; ideal < 0,3) [der Junge hat eine chronische Entzündung]; Vitamin B1 bioaktiv im EDTA-Blut **31,7 µg/L** (Ref. > 39,8); Vitamin B12 bioaktiv im Serum **188 ng/L** (Ref. > 358) [Der Junge hat einen schweren Mangel an zumindest zwei Vitaminen, die essentiell für den Kohlehydrat- und den Fettstoffwechsel sind].

Zweites Beispiel: Patientin, 68 Jahre, nüchtern BZ 101 mg/dl. „Prädiabetes mit mässig erhöhtem Erkrankungsrisiko“? Weit gefehlt! HbA1c 4,8% (29 mmol/mol), nüchtern Insulin 3,6 µU/ml, Triglyceride 48 mg/dl, HOMA 0,90, BMI 25,6 kg/m². Die Patientin ist meilenweit von einem Prädiabetes-Risiko entfernt.

Drittes Beispiel: Patientin, 24 Jahre, nüchtern BZ 85 mg/dl, HbA1c 5,0% (31 mmol/mol). Kein Prädiabetes-Risiko? Weit gefehlt! BMI 35,34 kg/m², Triglyceride 246 mg/dl, nüchtern Laktat 14,5 mg/dl, nüchtern Insulin 24,1 µU/ml, HOMA 5,06, Vitamin B1 31,8 µg/L, Vitamin B6 5,59 µg/L (Ref. > 10,1). Die Patientin hat ein metabolisches Syndrom, ein NAFLD (non-alcoholic-fatty-liver-disease) und ein massives Prädiabetes-Risiko!

Schon diese drei Beispiele demonstrieren eindrücklich, dass die auf dem Symposium von DAK und dem Pharmakonzern Sanofi vorgeschlagenen Maßnahmen mit Sicherheit nicht von Erfolg gekrönt sein werden, zumindest nicht vom Erfolg der Prävention.

Am 8. Mai 2013 titelte die Ärzte Zeitung. „Adipositas Prävention muss schon bei Kindern beginnen“ zu einem Titelbild Seil springender, übergewichtiger Kinder. Allein das Titelbild war schon eine Herausforderung, zumindest für Orthopäden. In dem Artikel war dann auf Seite 2 der Ärzte Zeitung unter anderem zu lesen: „Etwa 20 Prozent der Gesundheitskosten in den USA werden durch Adipositas und dessen Folgen verursacht“. Eine dieser Folgen heißt Diabetes Typ II.

„Prävention“ wie auch „Gesundheit“ sind in der Presse massiv missbrauchte Begriffe! Es gibt keine „Gesundheitskosten“, zumindest nicht in unserem System, aber dafür steigende Krankheitskosten! Brustkrebs-Prävention zum Beispiel, in der propagierten Form der Mammographie ab 50zig, ist keine „Prävention“ sondern im besten Fall eine Früherkennung. „Gesundheitskosten“ würden entstehen, wenn unser System und Krankenkassen in Prävention investieren würden, was sie flächendeckend genauso wenig tun wie unser „Gesundheitsministerium“, das wohl richtiger Krankheitswirtschaftsministerium heißen sollte, solange es sich nur um die Verteilung von Ressourcen in diesem System kümmert.

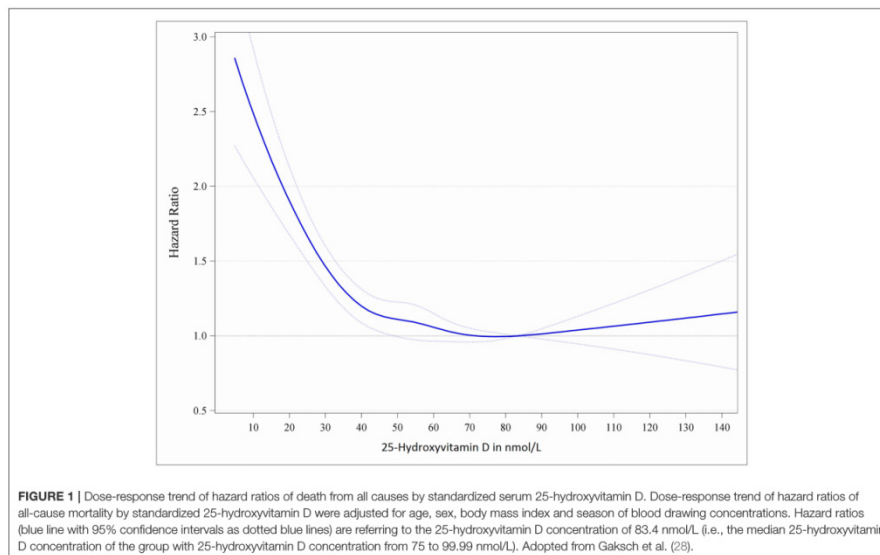
Ergebnis aus Beispiel 1: Der Junge hat einen nüchtern Blutzucker, der (nach dem Artikel) eher „unspektakulär“ ist. Das wäre ja dann auch der einzige Parameter, der nach dem Vorschlag von Herrn Storm gemessen würde (allerdings ja erst ab dem 35. Lebensjahr!), die für den Status des Patienten, und für die Erklärung seiner Probleme entscheidenden Parameter werden im Normalfall (beim Hausarzt, Kinderarzt, Internist, und in der Spezial-Abteilung der Charité) NICHT gemessen. Das Kind hat einen schweren Vitamin D3 Mangel, eine schwere - einem Typ II-Diabetes - entsprechende, Insulin-Resistenz mit dem daraus folgenden Stoffwechsel, einen schweren Vitamin B1 und B12 Mangel. Das entspricht einem metabolischen Syndrom. Eine schwere Laktazidose. Zusätzliche Messwerte, wie zum Beispiel Leber-Werte einschließlich GLDH, Triglyceride, Harnsäure, ATP, α -Liponsäure, hätten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein NAFLD (nicht-alkoholische-Fettleber) weiter bestätigt, waren/sind aber für eine zielführende Therapie entbehrlich, wenn auch für die Abrundung des pathobiochemischen Bildes wünschenswert.

Die Literatur dazu ist eindeutig:

Ein Vitamin D3 Mangel ist ein wesentlicher, ursächlicher Faktor bei der Entwicklung eines metabolischen Syndroms und in der Folge eines Typ II-Diabetes. *Health Risks of Hypovitaminosis D: A Review of New Molecular Insights. Caccamo D et al. 2018 Int J Mol Sci 19:892; doi:10.3390/ijms19030892*, um nur einen aus der Fülle von Übersichtsartikeln zu zitieren. In der Zusammenfassung (Abstract) heist es: „The insufficiency/deficiency of vitamin D has long been known for its association with osteoporosis and rickets. However, in the last few decades it has become a serious public health concern since it has been shown to be independently associated with various chronic pathological conditions such as cancer, coronary heart disease, neurological diseases, **type II diabetes**,

autoimmune diseases, depression, with various inflammatory disorders, and with increased risk for all-cause mortality in the general population.” Stattdessen wird über die deutsche Bevölkerung in schöner Regelmäßigkeit realitätsverzerrende Schmähartikel über Vitamin D und die Notwendigkeit einer bevölkerungsweiten Substitutionsstrategie ausgeschüttet. Daran beteiligen sich Spiegel, Focus, Süddeutsche Zeitung und dieses Jahr das Handelsblatt. Das Handelsblatt bemüht als „Experten“ zum Beispiel Professor Curt Diehm, der zwar nicht eine einzige wissenschaftlich ernst zu nehmende Publikation zu Vitamin D geschrieben hat (was ihn zweifelsfrei zum „Experten“ macht), aber im Handelsblatt unter dem Titel: „Der Vitamin D Hype ebbt ab – zum Glück“ sich und das Handelsblatt blamiert. Wirkliche „Experten“ kommen hier nie zu Wort, wie zum Beispiel Herr Professor Armin Zittermann, der Mitautor des gerade erschienen Artikels: „*Rational and Plan for Vitamin D Food Fortification: A Review and Guidance Paper*“ Pilz S. et al. 2018 *Front Endocrinol* 9:373; doi:10/3389/fendo.2018.00373. Dem Artikel, unter dessen Autoren sich die internationale Spitze der Vitamin D3 Forschung versammelt, kann man nicht nur entnehmen, wie dramatisch sich das allgemeine Sterblichkeitsrisiko erhöht, bei 25-Hydroxy-Vitamin-D3 Werten, wie sie mein kleiner Patient aufzuweisen hat, sondern auch, dass die Referenzbereiche und offiziellen Empfehlungen von zum Beispiel der Deutschen Gesellschaft für Ernährung völlig unzureichend sind.

Abbildung 2 (entnommen Pilz S. et al. 2018 *Front Endocrinol* 9:373)



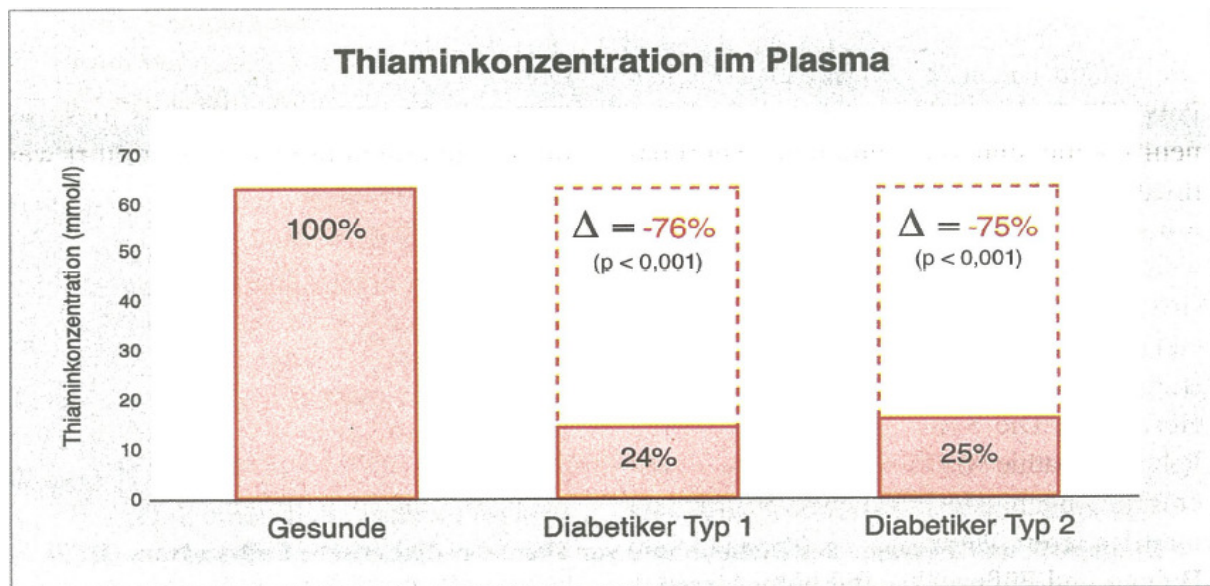
Der Junge hat mit 17 ng/ml = 40 nmol/L ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko.

Aber – die offizielle Medizin in Deutschland, das Gesundheitsministerium, und alle, die hier noch zum Handeln aufgerufen wären, schweigen nicht nur zu der ideologischen Propaganda in den öffentlichen Medien, sie schweigen überhaupt und handeln nicht.

Ein Vitamin B1 Mangel ist typisch für Typ I- und II-Diabetes.

Wie in Abbildung 1, 3 und 4 dargestellt, hat Vitamin B1 (Thiamin) eine zentrale Bedeutung für den Kohlehydrat-Stoffwechsel. Eines der wichtigsten Enzyme für die Verstoffwechslung von Glukose und Fruktose die Pyruvat-Dehydrogenase (PDH) ist Vitamin B1, B2 und α -Liponsäure abhängig. Eine auch nur teilweise Blockierung der PDH durch einen Thiamin (B1) Mangel führt nicht nur zu einem Energie-Mangel sondern auch zur Laktazidose (wie bei unserem kleinen Beispiel Patienten). Darüber hinaus ist Vitamin B1 aber auch noch notwendig für die Funktion des Enzyms Transketolase (TK, Abb.

Abbildung 3 (modifiziert nach Thornally et al. Diabetologica 2007)



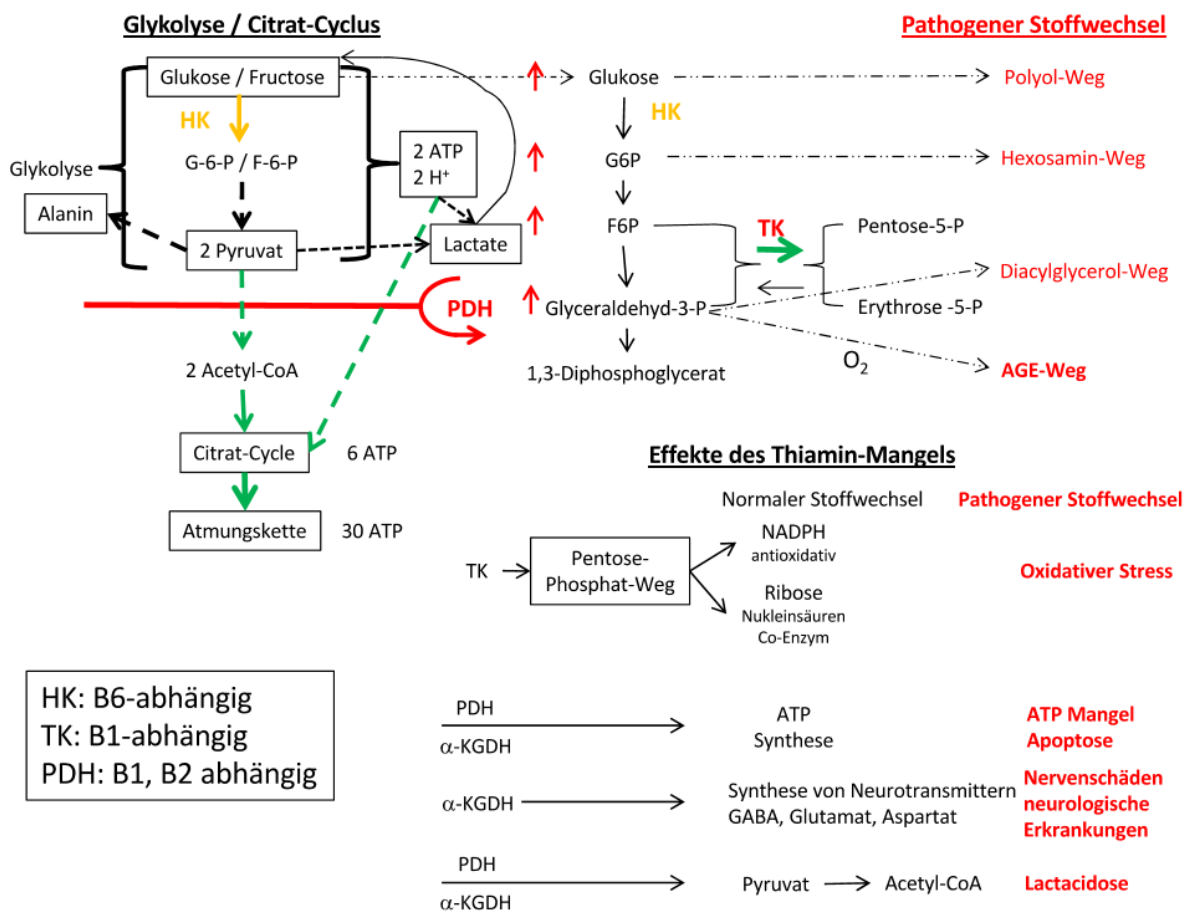
Diese, wie auch die Abbildung 1 sind übrigens beide einem Artikel in der Diabetes Zeitung, entnommen, die der Ärztezeitung regelmäßig beiliegt. Ich verweise dazu exemplarisch auf den Artikel von Kanova K „Evidence for altered thiamine metabolism in diabetes: Is there a potential to oppose gluco- and lipotoxicity by rational supplementation?“ *World J Diabetes* 2014 5(3): 288-295; doi:10.4239/wjd.v5.i3.288.

4), die am Beginn des Pentose-Phosphat Weges steht, über den wir ca. 80% des für reduktive Enzymfunktionen notwendigen NADH produzieren. **Ein Mangel von Vitamin B1 führt – über kurz oder lang - in den Typ II-Diabetes.** Nicht zuletzt wird Vitamin B1 aber auch noch für die Citrat-Zyklus Enzyme α -Ketoglutarat-Dehydrogenase (α KGDH) [Aminosäure Synthese] und die Succinyl-CoA-Dehydrogenase [Fettverbrennung im Citrat-Zyklus] benötigt, um nur die wichtigsten Funktionen zusammenzufassen.

Der Mangel an Vitamin B1 erklärt zum einen, warum bisher alle Bemühungen, die Gewichtszunahme des Jungen zu normalisieren, gescheitert sind. Es **erklärt des Weiteren, warum die „Anregungen“ mehr Bewegung, mehr Sport, zum Scheitern verurteilt** sind. Der Junge hat schon in Ruhe eine **schwere Laktazidose**, Sport verschlechtert diese Situation und verringert damit weiter die Fähigkeit des Körpers zur Fettverbrennung. Das führt konsekutiv zu einer weiteren Erhöhung der Insulin Ausschüttung. Die Hyperinsulinämie führt zum einen zu einer **weiter erhöhten Fettspeicherung** im Fettgewebe, zu einer noch **stärkeren Überlastung der β -Zellen der Bauchspeicheldrüse**, und damit noch schneller in den Typ II-Diabetes, und zu einem in die „Zuckersucht“ führenden Kohlehydrat-Hunger. Unabhängig von seiner zentralen Bedeutung von **Vitamin B1** für den Kohlehydrat-Stoffwechsel wird sein Mangel inzwischen auch **für die Entwicklung der Alzheimer'schen Erkrankung** verantwortlich gemacht, was hinsichtlich der Bedeutung des Kohlehydrat-Stoffwechsels für das Gehirn „pathophysiologisch“ Sinn macht.

Ich habe, nachdem 2016 die **„bioaktive“ B-Vitamin Bestimmung** beim Menschen durch das Berliner Labor IMD verfügbar wurde, die B-Vitamin Versorgung in 309 Patienten (161 Männer, Altersrange 9,1 – 89,7 Jahre und 148 Frauen, Altersrange 9,8 – 82,7 Jahre) bestimmt. Das Ergebnis war/ist

Abbildung 4: Glykolyse und Citrat-Zyklus und die Bedeutung von Vitamin B1, B2, und B6 Mängeln



erschreckend. 70 Prozent wiesen einen Vitamin B1 Mangel (altersunabhängig), 30 Prozent einen Vitamin B2 Mangel und 33 Prozent einen Vitamin B6 Mangel auf (Werte jeweils unterhalb der unteren Referenz-Grenze) auf. Die Daten sind in der Zeitschrift OM&Ernährung veröffentlicht worden.

Die Ursachen? Wer hier an "falsche" oder "schlechte" Ernährung denkt liegt falsch. Es ist schon lange bekannt, dass u.a. durch die Produktionstechniken von Getreide- und Reis-Produkten, die zwei wichtigsten Vitamin B1-Lieferanten, Vitamin B1 entleert sind. Deshalb setzten inzwischen 70 Länder weltweit Mehl und Reis wieder Vitamin B1 zu. Gehört Deutschland dazu? Natürlich NICHT!

Wir, das heißt die politisch und medizin-politisch Verantwortlichen, züchten geradezu die „Diabetes-Epidemie“ in Deutschland. Berücksichtigt man jetzt noch die ungehemmte „Verzuckerung“ der Bundesrepublik durch ein ungehemmtes Wirken der Nahrungsmittel-Konzerne, denen die offizielle Politik unseres Landes nur Kraftlosigkeit, und die Medizin nur Hilflosigkeit (Aufruf zu einer Zuckersteuer!) entgegen zu setzen hat, dann darf sich wirklich niemand mehr über eine „Diabetes-Epidemie“ wundern. Vielmehr drängt sich die Frage auf, ob das nicht nur geduldet, sondern gewollt ist?!

Als „Ausweg“ wird übergewichtigen Menschen, die sich alle auf dem Weg in den Typ II-Diabetes befinden, Produkte mit künstlichen Süßstoffen empfohlen (wieder einmal von der Nahrungsmittel Industrie). Diese führen nicht nur zu weiterer Gewichtszunahme [Yang Q „Gain weight by „going diet?“ *Artificial sweeteners and the neurobiology of sugar cravings* 2010 *Yale Journal of Biology and Medicine* 83:101-108; Kuk JL and Brown RE (2016) “Aspartame intake is associated with greater glucose intolerance in individuals with obesity” *Appl Physiol Nutr Metab* 24:1-4], sondern sie - Saccharin, Sucralose, Acesulfame, Aspartame, oder die Kombination von Erythriol und Aspartam - verursachen auch eine erhöhte Kalorien Aufnahme, erniedrigte post-prandiale Wärmeproduktion, erhöhtes Körpergewicht und erhöhten Körper-Fettanteil, eine erniedrigte GLP-1 Freisetzung (das wichtigste Hormon, das die Insulin-Freisetzung in der Bauchspeicheldrüse regelt, und in Anti-Diabetika wie DPP-IV Inhibitoren und GLP-1-Analoga ihren Niederschlag in der Diabetes Therapie gefunden haben), Hyperinsulinämie, und ein erhöhtes Risiko einen Bluthochdruck, metabolisches Syndrom, Diabetes, Depression, Koronare Herzkrankheit zu entwickeln, sowie eine gesteigerte kardiovaskulärer und allgemeine Sterblichkeit. Es gibt inzwischen über 6000 Nahrungsmittel Produkte und über 500 Medikamente, denen künstliche Süßstoffe zugesetzt werden. Die WHO warnt seit inzwischen 10 Jahren in steigendem Diskant vor Süßstoffen, und mahnt ein Umdenken an – bisher verhalten diese Notrufe ungehört.

Mein kleiner „Beispiel-Patient“ weist einen schwere Vitamin B12 Mangel auf. Damit lässt sich – zumindest zu einem weiteren Teil – die erhebliche Gewichtszunahme des Kindes erklären. Frenkel EP at al. (1975) „Biochemical and Ultrastructural Hepatic Changes during Vitamin B12 Deficiency in Animals and Man” *JBC* 251:2174-2154 wies schon vor 43 Jahren nach, das ein Vitamin B12 Mangel zu einer Hochregulierung der Citrat-Synthase führt (sowohl Menge als auch spezifische Aktivität), die ansonsten eines der am meisten konstant gehaltenen Enzyme im menschlichen Stoffwechsel ist. Die Citrat-Synthase ist für die Produktion von Fett aus Kohlenhydraten zuständig! Die Aktivität dieses Enzyms wird ansonsten NICHT von diätetischen und hormonellen Veränderungen beeinflusst. Auch das passt zu meinem kleinen Patienten und dazu, dass alle bisherigen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion gescheitert sind.

Last not least leidet der Junge an einer schweren Insulin-Resistenz, die sich bei der simplen Messung des nüchtern Blutzuckers NICHT offenbart! [Der Vollständigkeit halber sei hier angemerkt, dass **weder die Messung des nüchtern Blutzuckers, noch weniger die des nüchtern Insulins trivial** ist. Wird der nüchtern Blutzucker in Natrium-Fluorid-EDTA-Plasma gemessen, sind diese **Werte falsch niedrig**, weil die Glucose hier nicht stabil ist, sondern weiter abgebaut wird. Sie müsste mindestens in Citrat-Na-Fluorid-EDTA-Plasma gemessen werden, was in Deutschland erstaunlicher Weise (oder auch nicht) immer noch nicht verbindlicher Standard ist. **Insulin ist im Serum noch viel instabiler**. **Lege artis müsste das Serum sofort nach der Gewinnung eingefroren werden**, sonst zumindest innerhalb von 3 Stunden gemessen werden. Aber, je nach Standpunkt können niedrigere Werte ja auch „dienlich“ sein. Man sieht nicht, was man sehen könnte, und wie es so schön heißt „Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß“] Der hier gemessene Insulin Wert (24,8 µU/ml) ist der tiefste des Tages (nach 12 Stunden Nahrungskarenz) bei dem Jungen. Ich habe schon darauf hingewiesen, dass der Referenzbereich für die Beurteilung der Pathophysiologie ungeeignet ist. Unabhängig davon, was der Betroffene isst, und welches „Diät-Regiment“ ihm von einem Ernährungsberater empfohlen wird, sind **alle anderen Insulin-Werte im Tagesverlauf höher**. Mit einer solchen Insulin-Resistenz ist Abnehmen kaum möglich. Das hat der Kollege Dr. Detlev Pape in dem seinerzeitigen Bestseller „Schlank im Schlaf“ allgemeinverständlich, wenn auch im Detail nicht richtig, dargestellt. Darüber hinaus führt eine Hyperinsulinämie zu einem ständigen Kohlehydrat Hunger. Mit den gängigen

„Handlungsanweisungen“, Reduktionsdiäten (600 Kcal/Tag) und so weiter wird diese Situation sogar noch verschlechtert. Was Herr Storm sich hier von einer Ernährungsberatung nach den gängigen Richtlinien verspricht, wird wohl sein Geheimnis bleiben.

Was würde „mein kleiner Beispielpatient“ als Therapie benötigen: 1) Eine Vitamin D3 Substitution mit 5000IE D3/Tag (Ziel: Plasma 25OH-D3 von 50 ng/ml), 2) Eine Calcium/Magnesium Substitution, 3) Eine Substitution mit Hydroxycobalamin (zunächst 1500 µg 2x pro Woche, später 1x pro Woche) 4) eine basische Ernährung (Vermeidung von tierischem Protein) mit Ergänzung der essenziellen Aminosäuren nach der Formel von Professor Luca-Moretti [Lucà-Moretti M et al. (2003) „Master Amino acid Pattern as substitute for dietary proteins during a weight-loss diet to achieve the body's nitrogen balance equilibrium with essentially no calories.“ Adv Ther 2003 Sep-Oct;20(5):282-91], 5) KEINEN „klassischen“ Sport, dafür leichte Bewegung zum Beispiel Fahrrad-Ergometer Training für 30 – 60 Minuten am Tag bei einer Belastung von 30 Watt, oder „Wassertreten“ im Schwimmbad (im Schwimmreifen), später Schwimmen mit steigender Bahnenzahl. 6) Benfothiamin 2x100 mg pro Tag bei Kontrolle von B2, B6, α -Liponsäure [deren Verbrauch bei Ausgleich des B1-Mangels sonst in ein Defizit führen kann]. 7) Bestimmung des Energie-Ruhe-Umsatz mit einer Ruhe-Respirometrie und einen danach erstellten Ernährungsplan, in dem die Zufuhr einer Kcal/Tag Menge sicher gestellt wird, die dem Ruheumsatz entspricht [Ernährungspläne, die das nicht tun, z.B. 600 Kcal/Tag Ernährungspläne, führen zu einer Absenkung des Ruhe-Umsatzes und damit in der Folge zu weiterer Gewichtszunahme].

Was bekommt er? Der Junge befindet sich gerade in einer Mutter-Kind-Kur, die von der Krankenkasse bezahlt wird. Die von uns erhobenen Messwerte hat die Mutter dabei. Der „Kur-Arzt“ hat sie nicht verstanden. Die pathophysiologischen Zusammenhänge kennt er auch nicht. Die Vorschläge, die Mutter und Kind bekommen, sind exakt die gleichen, die schon in den letzten 3 Jahren immer weiter ins Abseits geführt haben! Die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind die „Kur“ mit einem höheren Körpergewicht verlässt, als es sie begonnen hat, liegt über 90 Prozent.

Auf den Vorschlag der DAK, und des DAK-Vorstandsvorsitzenden im Artikel der Ärztezeitung will ich hier nicht mehr im Einzelnen eingehen. Die Vorschläge führen sich selbst (gemessen an meinen „Beispiel-Patienten“) ad Absurdum. Diese Patienten aus drei Altersgruppen – wie schon gesagt - nur drei Beispiele, sind ausreichend um diese Absurdität zu illustrieren. Der Satz „Eignet sich ein Prädiabetiker nicht für die Lebensstiländerungen oder verschlechtern sich die BZ-Werte (wieder), ist alternativ auch an eine Prophylaxe mit Metformin möglich (initial 500 mg täglich, eventuell bis auf 2000 mg gesteigert).“ Verdient allerdings zumindest zwei Anmerkungen: Erstens ist mir in meiner Praxis noch kein Patient unter gekommen, der sich für eine Lebensstiländerung NICHT eignet. Diese in einer 3-Minuten Medizin erreichen zu wollen, ist allerdings wohl illusorisch. Es ist auch illusorisch anzunehmen, dass sie mit den Vorschlägen der in Deutschland praktizierten „Ernährungsberatung“ eintritt. Diabetikern, denen regelmässig von Ernährungsberatern „erzählt“ wird“, dass schnelle Kohlenhydrate „lebensnotwendig“ sind, und dass sie dann ja „ein paar Einheiten Insulin mehr spritzen können“ sind dafür ungeeignet! Zweitens, unabhängig von allem anderen, was man noch zu Metformin als „Standard Medikation“ auf der geltenden S3 Lei(d)tline der deutschen Diabetologie sagen könnte, führt eine Dauertherapie mit Metformin zu einem Vitamin B12 Mangel! Chapman LE et al. (2016) „Association between metformin and vitamin B12 deficiency in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis.“ *Diabetes Metab* 42(5):316-327; Thomas-Valdes S et al. (2017) „Association between vitamin deficiency and metabolic disorders related to obesity.“ *Crit Rev Food Sci Nutr* 57(15):3332-3343; Aroda VR et al. (2016) „Long-term Metformin Use and Vitamin

B12 Deficiency in the Diabetes Prevention Program Outcome Study.” *J Clin Endocrinol Metab* 101(4):1754-1761. Und **Metformin ist bei einer bestehenden Laktazidose kontraindiziert** (S3-Leitlinie der Diabetologie/Nephrologie). Ob eine Laktazidose vorliegt, weiß ich natürlich nur, wenn ich den **Ruhe-Laktat-Spiegel messe**. Das sieht aber der Vorschlag von Herrn Storm nicht vor! Was für ein Vorschlag Herr Storm?! Berücksichtigt man allerdings, dass dieser Vorschlag der DAK in engem Schulterschluss mit dem Pharma-Riesen Sanofi erarbeitet wurde, macht er schon wieder Sinn. Nur einen ganz anderen!

Den „krönenden“ Abschluss des Ärzte Zeitung Artikels bildet der Satz: „Nach einer IGES-Analyse **ließen sich mit der Prävention 275'000 Erkrankungen [Diagnosen, der Autor] binnen 50 Jahren verhindern, bei Kosten von 689 Euro für die Intervention.**“ In dubio pro reo will ich einmal annehmen, dass hier 5 und nicht 50! Jahre gemeint waren. Wer sich nach 9 Seiten noch an den Anfang meines Briefes erinnern kann, erinnert sich auch, dass der Autor des Artikels in der Ärzte Zeitung im Auftakt Satz „über tausend neu Erkrankungen (Diagnosen) an Diabetes pro Tag“ beklagte. Der Einfachheit halber nehme ich 1'000. Das wären 365'000 pro Jahr oder 1,825 Millionen neu Diagnosen in 5 Jahren. Das heißt, das Programm nimmt für sich **eine „Erfolgsquote“ von 15 Prozent** in Anspruch. Offen bleibt die wichtige Frage, wie viele Personen denn dafür individuell über 18 Monate „gecoacht“ werden sollen/müssen. Nimmt man die Neudiagnosen pro Jahr und die gleiche Erfolgsquote an, wären das **2,433 Millionen pro Jahr**, was bei der Größe des Problems eine eher konservative Annahme ist. Das wären dann in 5 Jahren also rund **12,2 Millionen Personen** und somit **Coaching Kosten von 8,4 Milliarden Euro**. Legt man die Diabetes Kosten auf der Basis der KoDiM Studie der PMV Forschungsgruppe der Universität zu Köln zu Grunde, würden durch die „Einsparung“ von 275000 Neudiagnosen 1,2 Milliarden Euro eingespart werden. Selbst mit einer großzügigen Rechnung käme man wohl nicht über 2 Milliarden. Dies beträfe zwar nur die direkten Kosten der Krankenversicherer, aber es ist aus dem Artikel der Ärzte Zeitung auch nicht ersichtlich, dass hier etwas anderes gemeint sein könnte. Daraus ergibt sich zumindest der Verdacht, dass das von Herrn Storm vorgeschlagene Programm eher eines ist, das auf **„Umsatzerweiterung“ in der Krankheitswirtschaft** zielt, weniger auf eine wirkliche Problemlösung.

Warum spreche ich Sie, meine Herren, an?

Nun, Sie Herr **van den Bergh** sind für das, was in der Ärzte Zeitung gedruckt erscheint, als Chefredakteur verantwortlich. Dieser Artikel, wie übrigens auch einige andere, fällt in die Rubrik **ideologisch-demagogische-Propaganda**, oder in der Nach-Trump-Ära unter das Schlagwort Fake-News. Ich erwarte eigentlich von der Ärzte Zeitung ein deutlich höheres Niveau was Qualität und Inhalt anlangt.

Sie, Herr Döpfner, habe ich das Vergnügen gehabt, persönlich kennen zu lernen. Aus der Erinnerung unserer Gespräche und der Verfolgung weiterer öffentlicher Stellungnahmen von Ihnen zu verschiedenen brennenden Themen, habe ich den Eindruck gewonnen, dass sie **für einen kritischen fundierten und an Fakten orientierten Journalismus** stehen. Der wäre bei diesem, ganz Deutschland betreffenden Thema dringend nötig.

Auch Sie, Herr Gesundheitsminister Spahn, durfte ich persönlich kennen lernen. Aus unseren gemeinsamen Gesprächen, da bin ich mir sicher, haben Sie – auch als Nicht-Mediziner – zumindest einen groben Eindruck davon mitnehmen können, was präventive Medizin ist, und zu leisten im Stande wäre, wenn sie endlich in Deutschland etabliert würde. Als Gesundheitsminister ist es eine ihrer vordringlichsten Aufgaben, nicht nur aber auch im Bereich der Diabetes Prävention endlich (alle

ihre Vorgänger/innen haben hier kläglich versagt) tätig zu werden. Dies bedeutet aber wesentlich mehr, als der vollmundige allerdings im Wesentlichen inhaltsleere Vorschlag von Herrn Storm beinhaltet. **Prävention würde bedeuten**, dass Sie – in Zusammenarbeit mit dem Landwirtschafts-, Wirtschafts- und Familien Ministerium ein den Namen auch verdienendes Programm für Diabetes-Prävention initiieren. Das würde bedeuten, dass in Deutschland endlich der **pandemische Vitamin D3 und B1 Mangel** zur Kenntnis genommen, und in entsprechende Programme zu deren Behebung umgesetzt, die **Nahrungsmittelproduktion qualitativ verbessert** und die Nahrungsmittel herstellenden Großkonzerne zu einer **Reduktion von Zucker** in ihren Produkten verbindlich verpflichtet würden, das Thema Zuckerersatzstoffe an prominenter Stelle auf die Tagesordnung kommt, und die Medizin dazu verpflichtet (ggf. fortgebildet) würde, eine den Anforderungen des komplexen Problems genüge tunende **Diagnostik und individualisierte Therapie** anzubieten. Herr Professor Armin Zittermann hat schon vor einigen Jahren in einem international publizierten Artikel, die wirtschaftlichen Kosten des Vitamin D Mangels in Deutschland auf 37,5 Milliarden Euro pro Jahr beziffert. Kein Grund zum Handeln?

Sie Herr DAK-Vorstandsvorsitzender Storm sind mit diesem Vorschlag, sei er auch gut gemeint gewesen, einfach durchgefallen. Angesichts meines kleinen Zahlenspiels könnte man aber auch auf einen ganz anderen Gedanken kommen. Den nämlich, dass **das „Gesundheitssystem“ der Bundesrepublik Deutschland schon längst zu einer „Krankheitswirtschaft Industrie“ mutiert** ist, in dem der Gesundheitsminister dann Krankheitswirtschaft Minister heißt, und in dem die **Krankenkassen genauso an Umsatz Ausweitung interessiert** sind, wie die anderen „Major Players“, Pharmaindustrie und Krankenhaus Industrie. Der größte Wirtschaftszweig der Republik, in dem jedes Jahr mehr als 320 Milliarden Euro Umsatz erzielt werden, und jeder 7. Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt wird, ist die „Krankheitswirtschaft Industrie“. Das wollte schon der Vorgänger von Herrn Spahn, Herr **Daniel Bahr** (seines Zeichens **„Gesundheitsökonom“**, wobei mir bis heute noch niemand erklären konnte, wie man Gesundheit ökonomisiert – bei Krankheit klappt das dagegen sehr gut) auf jeden 5ten Arbeitsplatz in der Republik „weiterentwickeln“. **Eigentlich müssten doch „Krankenkassen“ an Gesundheit ernsthaft interessiert sein**. Die Ist-Situation macht da aber bisher eher wenig Hoffnung. Ihr vorgeschlagenes Programm, Herr Storm, liest sich – in der Ärzte Zeitung – (und ich gehe davon aus, dass Ihnen dieser Artikel vor der Veröffentlichung vorgelegt wurde), wie ein **Umsatz-Beschaffungs-Programm für Krankenkassen und Pharmaindustrie auf Kosten und zu Lasten** der deutschen Bevölkerung aber nicht wie ein Diabetes-Epidemie Präventionsprogramm.

In meinen 16 Jahren bei F.Hoffmann-La Roche in Basel war ich in den ersten 10 Jahren an der Entwicklung des später unter dem Namen Tracleer® auf den Markt gekommen Medikaments beteiligt. Das Roche-Management hat dessen Entwicklung in der Phase III abgebrochen. Dass es dieses Medikament heute gibt, ist 3 ehemaligen Kollegen zu verdanken, nicht F.Hoffmann-La Roche. In den letzten 6 Jahren war ich präklinisch für die **Entwicklung von Antidiabetika** verantwortlich. Unter meiner Führung konnten wir als erste, die dreidimensionale Struktur von DPP-IV aufklären. Eine der Substanzen, die ich als DPP-IV Inhibitor selektiert habe, hat es wieder bis in die späte Phase III geschafft. Sie wurde ebenfalls vom Roche-Management nicht weiter verfolgt, obwohl sie die beste ihrer Klasse hätte werden können, sondern zum Verkauf freigestellt, weil das Management **„woanders“ größere Gewinnaussichten** witterte.

Ich kann aus 16 jähriger Erfahrung sagen, dass **Big-Pharma NICHT an Gesundheit interessiert** ist, vielmehr an **maximalem Gewinn, und der wird mit kranken Menschen gemacht**, und dieses Gebaren wird von unserem jetzigen „Gesundheitssystem“ sanktioniert. Der in diesem Jahr erschiene Artikel

von Goldman Sachs „Is curing patients a sustainable business model?“

(<https://www.cnbc.com/2018/04/11/goldman-asks-is-curing-patients-a-sustainable-business-model.html>) spricht Bände.

Es sollte eine politische und wirtschaftliche (hier wären dann die Krankenkassen gefordert) Aufgabe ersten Ranges sein, die „Krankheitsgewinnler“, zu denen nicht nur die Pharmaindustrie gehört, in die Schranken zu weisen.

Sie, meine Herren, könnten dazu, an den verschiedenen Schlüsselpositionen, die sie innehaben, einen wesentlichen Beitrag leisten!

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. med. Bernd-Michael Löffler