

Ärztliche Mitstreiter gesucht

Projekt Medizinische Intervention gegen Gewalt

Berlin ist eine von mehreren Regionen, in denen medizinische Unterstützungs- und Versorgungsmodelle in der ambulanten ärztlichen Versorgung für gewaltbetroffene Patientinnen erprobt werden sollen.

In diesem Rahmen soll ein praxistaugliches Programm entwickelt werden zur Intervention gegen häusliche und sexualisierte Gewalt, für ärztliche Handlungssicherheit im Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen sowie die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Einrichtungen der Krisenintervention sowie der psychotherapeutischen Versorgung. Arztpraxen, die an diesem Projekt teilnehmen, werden u. a. kostenlose zertifizierte Fortbildungen, Kontakther-

stellung zu Einrichtungen der psychosozialen Versorgung für gewaltbetroffene Frauen sowie eine Unterstützung des Austauschs mit anderen Projektbeteiligten geboten. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert und vom zuständigen Bundesministerium für Familie gefördert.

Informationen bei S.I.G.N.A.L. e.V., Rungestr. 22–24, 10179 Berlin (Internet: signal-intervention.de)

Infoveranstaltung

Parodontitis und Diabetes mellitus

Der Diabetologe Prof. Hans Peter Meißner und der Zahnarzt PD Dr. med. dent. Stefan Hägewald (beide Berlin) werden die Referenten eines interdisziplinären Forums zu Parodontitis und Diabetes mellitus sein, das am 12. November von 18–21 Uhr am Phillip-Pfaff-Institut stattfindet. Parodontitis und andere Erkrankungen des Zahnhalteapparates würden mit Diabetes mellitus assoziieren, was die Notwendigkeit einer verstärkten interdisziplinären Zusammenarbeit erfordere, heißt es. Ärztekammer und Zahnärztekammer haben diese Pilotveranstaltung gemeinsam konzipiert und mit jeweils 4 Fortbildungspunkten zertifiziert. Gebühr 48 Euro. Anmeldung unbedingt erforderlich: Tel. 030 / 41 47 25-0, www.pfaff-berlin.de

Die Kostenbombe tickt: Jeder zehnte Patient in der Hausarztpraxis hat eine diabetische Stoffwechsellaage

Weltweit nimmt die Zahl der Diabetiker-Erkrankten rapide zu, so auch in Deutschland. (1) Mindestens jeder zehnte Patient in der hausärztlichen Praxis hat eine diabetische Stoffwechsellaage. Neben der Arbeitsbelastung hier ist die wachsende Diabetesinzidenz von großer werdender gesamtwirtschaftlicher Bedeutung. Die Medikamente und Blutzucker-Selbstkontrollen verschlingen immense Summen – nicht erst in der Phase von Komplikationen. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass immer wieder Forderungen nach Abstrichen bei den Therapiezielen erhoben werden.

So war das Ende der 90er Jahre, als in der englischen UKPD-Study (2) zwar von der Abnahme fataler Komplikationen um ca. 20% je 1% Senkung des HbA1c-Wertes (= Maß der Verzuckerung des Körpers) berichtet wurde, aber sich die Blutdrucknormalisierung noch stärker günstig herausstellte. Ähnli-

ches geschah im Frühjahr dieses Jahres, nachdem wegen erhöhter Sterblichkeit der antihyperglykämisch intensiviert behandelte Therapiearm der ACCORD-Studie (3) vorzeitig abgebrochen wurde. In der Gruppe mit dem Therapieziel von <6% HbA1c traten 257 Todesfälle auf, in der Standardtherapiegruppe mit einem Ziel-HbA1c von 7,0 bis 7,9% waren es 203 Todesfälle. Lässt sich daraus der Schluss ziehen, den Diabetes besser nicht straff zu behandeln?

Nein. Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft hat die Gründe (4) für den Widerspruch zu den Ergebnissen anderer früherer Untersuchungen analysiert – besonders zur jüngsten ADVANCE-Studie (5). Hier sollte in der Intensivgruppe ein HbA1c von <6,5% erreicht werden, bei der Standardtherapie hingegen nur <7,5%. Dabei zeigte die stärkere HbA1c-Senkung keine erhöhte Sterblichkeit, sondern günstige Effekte, am stärksten beim Verhindern des Neuauf-

tretens einer diabetischen Nephropathie. Die unterschiedlichen Ergebnisse entstanden durch eine Polypragmasie bei der ACCORD-Studie, wo ca. 60% der mit Insulin behandelten Patienten gleichzeitig 3–5 (!) orale Antidiabetika (OAD) erhielten. Dagegen wurde bei der ADVANCE-Studie das Therapiergime schrittweise bis hin zur intensivierten Insulintherapie unter Absetzen ineffizienter OAD gesteigert. Bei diesen Therapieunterschieden wurden in der ACCORD-Studie 3,1mal häufiger schwere Unterzuckerungen gegenüber ADVANCE und eine durchschnittliche Körpergewichtszunahme von 3,5 kg (bei 27,8% waren es mehr als 10 kg Gewichtszunahme) gegenüber keiner Gewichtszunahme bei ADVANCE beobachtet. Diese Therapiefaktoren kehrten den Nutzen einer nahe normoglykämischen Einstellung ins Gegenteil.

Es ist schwierig, einen Therapievor- teil bei Diabetes mit Untersuchun-



Fortsetzung von Seite 29

gen erkennen zu wollen, die nur über wenige Jahre laufen. Zweifelsfrei eindeutige Ergebnisse sind oft erst nach über zehn Jahren zu erwarten bzw. fassbar. War der Vorteil einer intensivierten Insulintherapie bei Typ-1-Diabetes schon in der DCCT-Studie⁽⁶⁾ zwischen 1983 bis 1993 bestens belegt, so zeigte die Nachuntersuchung in der EDIC-Studie⁽⁷⁾, dass 17 Jahre später die Zahl der kardiovaskulären fatalen Endpunkte (tödlicher Herzinfarkt, Schlaganfall, Tod) in der Gruppe der intensivierten Therapie sich mehr als halbiert hat, obwohl die Stoffwechsellage nach Studienende sich in beiden Armen wieder angeglichen hatte.

Jetzt ergab auch beim Typ-2-Diabetes die Zehn-Jahre-Nachuntersuchung⁽⁸⁾ der UKPD-Studie, dass in der Gruppe mit ehrgeizigerem Therapieziel 10 Jahre später die makrovaskulären Endpunkte signifikant vermindert wurden – obwohl nach Studienende sich die Therapien und Ergebnisse wieder angeglichen hatten. Eine Phase guter Stoffwechselein- stellung, egal ob Typ-1- oder Typ-2-Diabetes, wirkt sich also noch Jahre später günstig aus. Man spricht von einem „Stoffwechselgedächtnis“. Deshalb nützt eine optimale Stoffwechselsituation dem Diabetiker lebenslang, auch wenn Phasen mit schlechter Stoffwechselsitu- ation immer wieder vorkommen.

„Normnaher Blutzucker senkt Sterblichkeit noch Jahre später“

Eine Durchsicht eigener Patientenge- schichten zeigt, dass bei einem Groß- teil der Diabetiker dauerhaft eine gute Stoffwechselsituation erzielt werden kann. Problematisch für das behan- delnde Team und für die Kostenträ- ger sind hingegen jene Diabetiker, bei denen über mehrere Quartale hinweg keine Verbesserung zu verzeichnen ist und sich dann schrittweise die erwar- teten Komplikationen einstellen. Dabei ist für Außenstehende nicht erkenn- bar, ob und in welchem Umfang sich die Behandler/innen wieder und wieder bemüht haben, die Betroffenen zu moti-

vieren, sich mehr mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen, diese bei der Nahrungsaufnahme bzw. im täglichen Ablauf (Arbeit, Freizeit) zu berücksichti- gen, also auch den Blutzucker zu mes- sen und entsprechend zu korrigieren. Wir werden in solchen Situationen sehr schnell mit dem Vorwurf eines Quali- tätsmangels konfrontiert, ohne Berück- sichtigung der vielen Begleitfaktoren. Der Diabetes-Erkrankte verbringt ja den Großteil seines Lebens, ohne seinen Arzt oder seine Diabetes-Beraterin im Rücken zu haben. Im Alltag behindern subjektiv viel wichtiger genommene Ereignisse wie Konflikte am Arbeitsplatz, Partnerverlust oder ähnlich einschnei- dende Erlebnisse das diabetesgerechte Verhalten. Nichtwissen über die Erkrank- ung und den richtigen Umgang mit ihr sind mittlerweile seltener, die Ignoranz dagegen häufiger.

Hinzu kommt: Ein schlecht eingestell- ter Diabetes tut anfangs erst einmal nicht weh – leider, wie man fast hinzufü- gen möchte. Deshalb ist die Blutzucker- selbstkontrolle so wichtig und nutzbrin- gend – nicht nur in Studien, sondern auch im Praxisalltag. Sätze wie: „Wenn ich sehe, wie diese und jene Speise mei- nen Zucker in die Höhe schießen lässt, verzichte ich lieber gleich darauf“, sind im Praxisalltag häufig zu hören. Hat der Betroffene die Auswirkung seiner Hand- lung vor Augen, kann er besser reagie- ren.

Die Rolle der Schwerpunktpraxen

Bei den „Ignoranten“ unter Diabetes- Patienten sind die Diabetes-Schwer- punktpraxen (DSP) immer wieder gefordert. Gerne greifen Hausärzte bei frustrierenden Verläufen auf uns zurück und leiten ihre Problemfälle weiter. Die Schwerpunktpraxis hat verschiedene Möglichkeiten der Information und Ein- flussnahme, von der professionellen Fehlersuche bis hin zum Motivations- training. Dennoch beißt auch sie sich bei vielen Uneinsichtigen gleichsam die Zähne aus und erreicht nicht den gewünschten Erfolg. Die DSP kennt als

nächste Instanz – wie auch im Disease- Management-Programm (DMP) vorge- sehen – das Krankenhaus, also die Ein- weisung zur stationären Behandlung. Doch auch dies hat nur selten Erfolg, weil das Einverständnis des Patienten für einen stationären Aufenthalt Vor- aussetzung ist. Die Liste der Ausflüchte, nicht ins Krankenhaus gehen zu können, ist lang. Aber immerhin: Einige Pati- enten scheinen sich nach einem solchen Einweisungsvorschlag den Ernst ihrer Erkrankung besser vor Augen zu füh- ren. Wir sehen, dass sie sich (wieder) Mühe geben und ihre Therapie besser als vorher befolgen. Wieder andere Pati- enten bleiben jedoch nach einem ent- sprechenden Gespräch und Kranken- hausvorschlag der Praxis eine Zeit lang fern oder wechseln gar den Arzt. Die Aussicht auf Besserung ist dann meist gering.

Vielleicht kann man den betroffenen und sich selbst schädigenden Patienten nur durch den Griff in sein Portemon- naie dazu zwingen, sein Verhalten zu ändern – auch den sozial Schwachen.

Die Diabetes-Behandlung ist nicht nur frustrierend

Aber Diabetes-Behandlungen bringen oft auch Erfolge und Dankbarkeit. Spä- testens dann, wenn der Senior mit guten Blutzuckerwerten sich wieder zehn Jahre jünger fühlt und sich beim Team für die guten Ratschläge und Kon- zepte bedankt, ist auch bei uns die Welt wieder in Ordnung.

Das DMP Diabetes mellitus Typ 2 sollte erweitert werden

Ein Wort zum DMP Diabetes melli- tus Typ 2: Hier ist es bedauerlich, dass gerade Betroffene mit cerebralen Schä- den (z. B. nach Schlaganfall) oder Pflä- gebedürftigkeit aus anderen Gründen, meist jedoch wegen weit fortgeschritte- ner Diabeteserkrankung, aus dem Pro- gramm ausgeschlossen werden, obwohl das DMP die strukturierte Kontrolle ihrer Stoffwechselgüte beinhaltet. Denn



auch sie würden in der Lebensqualität und -erwartung von guten Blutzuckerwerten profitieren. Aber mit dem derzeitigen Erfordernis für eine Programmeinschreibung, dazu zählt auch die Schulungsfähigkeit, sind diese Diabetiker von der Teilnahme ausgeschlossen. Hier würde es Sinn machen, die entsprechenden Regeln so zu ändern, dass auch die betreuenden Personen, ob Angehörige oder Pflegekräfte, stellvertretend die Einschreibung vornehmen und auch an einer Schulung teilnehmen können.

Überhaupt lässt sich feststellen, dass die Therapie der Volkskrankheit Diabetes in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte gemacht hat – von der Sensibilisierung für die Wichtigkeit einer konsequenten Diabetesbehandlung angefangen, über die Einrichtung von Schwerpunktpraxen mit Strukturverträgen, bis hin zum DMP. Auch Sozialstationen lassen ihre Pflegekräfte regelmäßig in Schwerpunktpraxen fortbilden. Das Maß aller Dinge und des Erfolges bleiben die Erkrankten selbst. Beim Typ-2-Diabetes steht die krankheitsgerechte Lebensführung im Mittelpunkt der Bemühungen. Mit bewusster Nahrungsauswahl, Essgewohnheiten und ausgeprägter körperlicher Betätigung lassen sich in jeder Phase des Typ-2-Diabetes Verbesserungen erzielen.

*Dr. med. Thomas Scholz
Facharzt für Innere Medizin/
Diabetologe DDG
13509 Berlin*

¹ „Epidemiologie des Diabetes mellitus in Deutschland“, Evidenzbasierte Leitlinie DDG, www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

² UKPDS 33, Lancet (1998) 352: 837-853

³ The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group: Effect of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. N Eng J Med (2008) 358: 2545-2559

⁴ http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/news/ACCORD_ADVANCE_DDG_-_Stellungnahme_2008_07_09.pdf

⁵ The ADVANCE Collaborative Group: Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. N Eng J Med (2008) 358: 2560-2572

⁶ The DCCT Research Group (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The New England Journal of Medicine 329: 977-986

⁷ Nathan D M et al. Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. N Engl J Med (2005); 353(25): 2707-2709

⁸ Holman R. et al. 10-Year Follow-up of Intensive Glucose Control in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2008; doi: 10.1056/NEJMoa0806470