

Nach aktuellen Daten haben 4,3 Millionen Deutsche (7,2 %) im Alter von 18 - 79 Jahren einen Typ-2-Diabetes. Dies entspricht einer Zunahme seit 1998 um rund 40 %. Die wichtigsten Risikofaktoren sind Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen, Alkohol, geringer Sozialstatus, ungünstiges Wohnumfeld mit hoher Lärm- und Luftschadstoffbelastung und Leben in wirtschaftlich schwachen Regionen.

Auf jeden entdeckten Fall kommt - infolge Symptomarmut - ein unentdeckter. Es besteht ein Süd-Nordost-Gradient: In Bayern liegt die Diabetesrate bei 5,8 % in Ostdeutschland bei 10,9 – 12,0 %. Die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes mellitus vom März 2013 stellt 12 allgemeine Behandlungsziele heraus, die hier vorgestellt und an Beispielen erläutert werden sollen.

1. Erhaltung und Wiederherstellung der Lebensqualität

Die schmerzhaft diabetische Polyneuropathie schränkt soziale Aktivitäten ein, führt zu Schlafmangel und depressiver Verstimmung. Hier ist eine adäquate Schmerztherapie indiziert.

2. Kompetenzsteigerung der Betroffenen im Umgang mit der Erkrankung

Die Stärkung des Patienten (Empowerment) erfolgt durch zertifizierte Diabetes-Schulungen.

Ziel ist ein an den Alltag angepasstes Selbstmanagement des Diabetes, sei es durch richtige Auswahl von Speisen und Getränken beim Einkauf oder die zeitgerechte und richtige Insulininjektion.

3. Verminderung des Krankheitsstigmas

Diabetes-Patienten sollen am Arbeitsplatz und in der Öffentlichkeit nicht diskriminiert werden. Die Insulininjektion und das Blutzuckermessen gehören nicht auf die Restaurant-Toilette. Viele Berufe können heute trotz Pharmakotherapie ausgeübt werden, z. B. Lastwagenfahrer. Eine Ablehnung zur Übernahme als Beamter nur wegen Diabetes ist gesetzeswidrig.

4. Behandlungszufriedenheit

Dies ergibt sich aus der Bewertung im Patient-Arzt-Gespräch. Die Therapie darf nicht zur Last werden, sondern soll für die Bedürfnisse des Patienten maßgeschneidert sein. Auch unnötige Verabreichung der Pharmakotherapie von Pflegediensten wird von alleinstehenden Älteren als Bevormundung und Verletzung ihrer Intimsphäre empfunden.

5. Förderung der Therapieadhärenz

Adhärenz wird häufig mit Compliance verwechselt. Adhärenz teilt sich auf in Akzeptanz (Patient löst das Rezept ein), Persistenz (Patient behält die vereinbarte Therapie bei) und Compliance (Patient hält Arzttermine und die Zeiten der Medikamenteneinnahme ein, verändert die Dosis nicht und macht keine Therapiepausen). Veränderungen der Medikation durch den Patienten und Versäumen von Arztterminen erhöhen sein Sterberisiko.

6. Reduktion des Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Letalität

Die großen Blutgefäße werden ge-

schützt durch Zigarettenverzicht, Lipidsenkung (insbesondere von LDL-Cholesterin <100 mg/dl) und Blutdrucksenkung <140/90 mm Hg. Eine zu scharfe Blutdruckabsenkung muss aber vermieden werden.

7. Vermeidung mikrovaskulärer Folgekomplikationen

Die mikrovaskulären Schäden treten an der Netzhaut (Retinopathie), den Glomerula (Nephropathie) und den sensiblen, motorischen und autonomen Nerven (Neuropathie) auf. Im Mittelpunkt steht die Sekundärprävention durch jährliche Funduskopie in Mydriasis, Albumin-Screening und klinisch-neurologische Untersuchung.

8. Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms

Im Jahr 2010 wurden bei Diabetes-Patienten in Deutschland mehr als 40.000 Minor- und Majoramputationen durchgeführt, davon die Hälfte unnötig. Das diabetische Fußsyndrom wird bekämpft durch regelmäßige ärztliche Fußinspektion bei Risikofüßen, Schulung der Patienten und ihrer Angehörigen in adäquater Fußpflege und konsequente und regelmäßige podologische Komplexbehandlungen auf Rezept z. B. bei allen Füßen der Klassifikation Wagner 0 mit ausgeprägter Polyneuropathie. Amputationen lassen sich auch durch interventionelle oder chirurgische Therapie der pAVK vermeiden.

9. Vermeiden u. Behandlung von Symptomen durch die Verbesserung der Stoffwechseleinstellung

Durch Absenken der Hyperglykämie durch Basismaßnahmen und Pharma-

kotherapie können Polyurie, Polydipsie, Gewichtsverlust, Harnwegsinfektionen, Sehstörungen, Konzentrationsmängel und Müdigkeit/Abgeschlagenheit, ja selbst depressive Stimmungslagen verbessert werden.

10. Behandlung und Besserung von Begleiterkrankungen

Im Vordergrund stehen hier die Behandlung von Blutdruck, KHK, pAVK, NASH, Schmerzen, Depressionen, Alkoholabhängigkeit und geriatrischen Funktionsstörungen.

11. Minimierung der Nebenwirkungen der Therapie und der Belastungen der Patienten durch die Therapie

Bei älteren, polymedikalisierten Patienten mit eingeschränkter Nierenleistung ist jede orale diabetische Pharmakotherapie kritisch zu prüfen und häufig eine konventionelle Insulintherapie zielführend. Komplizierte Einnahme-

vorschriften für Tabletten oder eine intensivierte Insulintherapie für betagte Patienten sind eine Überforderung und gefährlich. Polymedikation bedeutet immer: Interaktionen mit ungewollten Wirkungsverstärkungen oder -verlusten sind möglich.

12. Reduktion von Morbidität und Mortalität

Hier spielen alle besprochenen Therapieziele zusammen. Zusätzlich werden die Einflüsse des Diabetes auf das Krankheitsgeschehen oder die Sterblichkeit durch eine gleichzeitig vorhandene Adipositas verstärkt. Daher stellt heute die bariatrische Chirurgie bei ausgeprägter Adipositas und noch jungem Lebensalter zwar keine Heilung des Diabetes dar aber eine Option, die mit den Patienten besprochen werden muss. Ein Adipositaszentrum sollte rechtzeitig in die Beurteilung einbezogen werden.

Fazit

Die aufgeführten Therapieziele führen im Gespräch mit dem Patienten zu individualisierten Therapiezielen, die von ihm akzeptiert werden sollen sowie umsetzbar sein müssen und für deren Erreichen er vom Praxisteam unterstützt wird. Die Therapieziele werden im Gesundheitspass Diabetes eingetragen, dem Reisedokument der Patienten zur Vorlage bei den verschiedenen ärztlichen Fachgebieten.

HKI

Nächste Folge 19:

Der geriatrische Patient mit Diabetes

**Helmut Kleinwechter
Norbert Demandt**

**diabetologikum kiel
arzt@diabetologikum-kiel.de**