

Therapie beim Diabetes mellitus Typ 2: praktische Anleitung zum Scheitern bzw. zum Unglücklichsein?¹

Die TeilnehmerInnen werden provokativ gefragt, ob es sich wirklich lohne, den «schlecht eingestellten» Diabetiker besser zu behandeln. Die Geschichte zeigt ja immer wieder Katastrophen und Unglücksfälle, die sich trotz viel Wissen und Engagement ereignen ... Die Tatsachen sprechen aber trotzdem dafür, den Versuch zu wagen, nicht gemeinsam mit der Patientin unglücklich zu werden.

Une question provocante est posée aux participants: cela vaut-il la peine de chercher un meilleur traitement pour le diabétique «mal motivé». L'histoire nous montre tant de catastrophes ou de malheurs qui se produisent malgré beaucoup de savoir et d'engagement ... Les faits parlent cependant en faveur de l'effort de ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain.

Jörg Rohrer

Diabetes mellitus Typ 2 – ein Risikofaktor in einem komplexen Risikosystem

Wir wissen, dass PatientInnen mit Diabetes mellitus innert 9 Jahren in 20% makrovaskuläre und in 9% mikrovaskuläre Komplikationen entwickeln. Wahrscheinlich beunruhigend! Und im 20-Jahres-Follow-up der Framingham-Studie sterben von 1000 Männern pro Jahr 17 an einer koronaren Herzkrankheit. Bei Männern ohne Diabetes sind es nur 8!

Dabei gibt es die mit klinischen Daten abgestützten, modifizierbaren Risikofaktoren für die makrovaskulären Komplikationen, zu denen neben der Hyperglykämie auch die arterielle Hypertonie, die Dyslipidämie, die gesteigerte Albuminurie und die Hyperkoagulabilität gehören.

Natürlich gibt es die Glukose-Toxizität. Wir sehen sie tagtäglich im klinischen Bild der Nephrotoxizität/Retinopathie/Neuropathie/Kardiopathie/Betazell-Schädigung/Insulinresistenz. In der bekannten UKPDS-Studie wurde gezeigt, dass eine intensivierte BZ-Kontrolle mit einer 0,9%-Reduktion des HbA_{1c} während 10 Jahren nach der Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 2 das Risiko für einen Myokardinfarkt um 16% senkt. Für alle Diabetes-assoziierten Komplikationen beläuft sich die Reduktion auf immer noch eindruckliche 12%.

Wo beginnen mit welchen Zielen?

Den Diabetes mellitus behandeln heisst also nicht nur «Kampf gegen die Hyperglykämie». Die anderen Risikofaktoren dürfen wir nicht aus dem Auge verlieren.

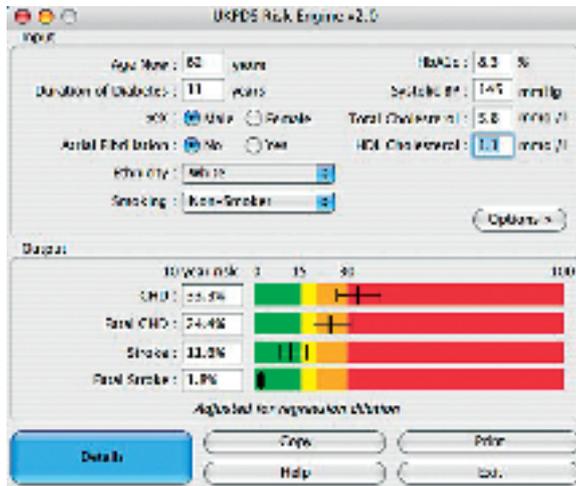
Welchem Risiko sollen wir uns zuwenden, wenn uns das metabolische Syndrom mit der Hyperglykämie, der arteriellen Hypertonie, der Dyslipidämie und der Adipositas herausfordert? – Meist kommt das Rauchen noch dazu!

Die UKPDS hält für uns geplagte GrundversorgerInnen auf dem Internet eine gute Hilfe bereit: Die *ukpds² risk engine* (www.dtu.ox.ac.uk) ermöglicht eine anschauliche Risikoberechnung für eine koronare Herzkrankheit und/oder eine Apoplexie. Die Daten basieren auf den über 20 Jahren gesammelten Daten von 5102 PatientInnen mit Diabetes mellitus unter Einbezug des HbA_{1c}. Die übrigen Faktoren sind neben Alter und Geschlecht auch der systolische Blutdruck, das totale Cholesterin, das HDL-Cholesterin, der Nikotinkonsum, die ethnische Gruppe und eventuelles Vorhofflimmern.

Die Risk engine motiviert v.a. den Arzt / die Ärztin! Meine eigene Erfahrung zeigt, dass ich nach der Konsultation der Risk engine genauer weiss, wo ich die Patientin «abholen» will. Sie macht mich realisti-

¹ Workshop am SGAM-Kongress 2004 in Bern (21.–23.10.2004). Moderation: Bruno Müller; Co-Moderation Jörg Rohrer.

² UK Prospective Diabetes Study



dem gilt der abschliessende Ratschlag, dass das Ausprobieren erstaunlich leicht fällt und sich erste Erfolge auch rasch beobachten lassen.

Wir müssen unsere PatientInnen motivieren – das Empowerment ist überlebenswichtig. Wir können auch mit gutem Beispiel vorangehen, sei es bei der Bewegung im Alltag oder bei der vernünftigen Ernährung. Die Ziele müssen realistisch sein, für die Gewichtsabnahme gilt die Regel «1 kg weniger in 1 Jahr»! Manchmal gibt es damit sogar für beide Seiten ein «happy landing» ...

Literaturhinweis

1 Müller B. Wie motiviere ich meine Patienten? Schweiz Med Forum 2005;5:1045–53. Internet: http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2005/2005-42/2005-42-011.pdf

scher, ruhiger und kompetenter in bezug auf das Beratungsziel. Ich kann mich auf den wichtigsten Risikofaktor fokussieren und überfordere mich bzw. die Patientin nicht.

In der Diskussion gab es auch skeptische Stimmen, die den vom häufigen motivatorischen Misserfolg geprägten Alltag zu repräsentieren scheinen. Trotz-

Dr. med. Jörg F. Rohrer-Christ
 Facharzt für Innere Medizin FMH
 Weissenbühlweg 3
 CH-3007 Bern
 jf.rohrer@bluewin.ch