

# Der schwierige Diabetiker

Zusammenfassung des Seminars am JHaS-Kongress in Solothurn, 31.3.2012

**Jeder Arzt kennt ihn – den schwierigen Diabetiker. Doch wer ist «der schwierige Diabetiker»? Man denkt sofort an einen Patienten mit metabolischem Syndrom, der nicht krankheitseinsichtig ist, seine Lebensgewohnheiten nicht ändern möchte, die Medikamente nicht nimmt bzw. das Insulin nicht in ausreichendem Masse spritzt, bei dem letzten Endes eine gute Einstellung des Blutzuckers und der Risikofaktoren nicht gelingen will. Doch liegt dies nur am «schwierigen Diabetiker»? Oder könnte es am «schwierigen Arzt» liegen oder daran, dass die Kommunikation so schwierig ist?**

### Der innere Schweinehund und andere Hindernisse

Zum einen liegen viele Probleme beim Patienten. Das grösste Problem ist der Kampf mit dem inneren Schweinehund, wenn es um die sogenannte Lifestyle-Modifikation geht, die viel Kraft, Selbstbeherrschung und Ausdauer erfordert.

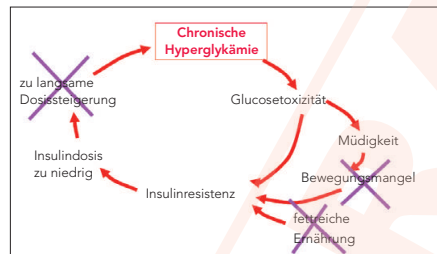


Abbildung 1 Problem: Durchbrechung der Insulinresistenz.

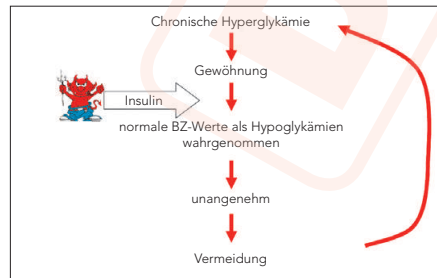


Abbildung 2 Gewöhnung an hohe Blutzuckerwerte.

Beim Typ-2-Diabetiker mit chronischer Hyperglykämie muss die Insulinresistenz durchbrochen werden (Abb. 1). Dies gelingt nur, wenn der Arzt beherrzt und rasch die Insulindosis steigert und wenn der Patient für einige Tage auf eine fettreduzierte, kalorienarme Ernährung achtet und sich vermehrt bewegt.

Auf der anderen Seite sind die Patienten an eine chronische Hyperglykämie gewöhnt – sinkt der Blutzucker zu rasch, bekommt der Patient unangenehme Hypoglykämiesymptome, z.B. Schweissausbrüche und Heisshunger, schon bei Blutzuckerwerten oberhalb des Normbereichs.

Viele Patienten leiden an Ängsten (vor Hypoglykämien, davor, «abhängig zu werden», vor Gewichtszunahme usw.). Es gilt, diese Ängste herauszufinden und sie den Patienten zu nehmen.

Demenz und psychiatrische Erkrankungen sind weitere Faktoren, die eine Blutzuckereinstellung unmöglich machen können, ebenso wie Probleme im sozialen Umfeld des Patienten. Hier muss häufig zunächst das grundlegende psychiatrische oder soziale Problem gelöst werden.

Beim Typ-1-Diabetes oder beim pankreopriven Diabetes gibt es zahlreiche krankheitsbedingte Schwierigkeiten, v.a. bedingt durch die hohe Insulinempfindlichkeit, die im Laufe eines Tages und von Tag zu Tag unterschiedlich sein kann. Mechanismen wie Dawn-Phänomen (Blutzuckeranstieg in den frühen Morgenstunden), Gegenregulation nach Hypoglykämien, Einflüsse durch körperliche Aktivität und Alkohol (bzw. Energy-Drinks bei jungen Diabetikern), ein evtl. begleitender M. Addison und der Wunsch nach möglichst wenig Einschränkungen durch den Diabetes machen die Einstellung schwierig.

### Rolle des Arztes

Natürlich kann auch ein «schwieriger Arzt» die Ursache einer schlechten Diabeteseinstellung sein. Manche Ärzte bagatellisieren den Diabetes, verschreiben zunächst erst einmal nur ein orales Antidiabetikum, ohne eine systematische Patientenschulung zur

### Laienmeinungen und Ängste: Patientenzitate

«Es ist ärztlich erwiesen, dass Insulin dick macht.»  
 «Meine Schwester ist aufgegangen wie ein Pfnankuchen, seit sie Insulin spritzt.»  
 «Meine Mutter musste Insulin spritzen und war zwei Monate später tot.»  
 «Wenn man anfängt, Insulin zu spritzen, wird man abhängig und muss immer mehr spritzen.»  
 «Wenn ich mit einer Hypoglykämie bewusstlos alleine zu Hause liege, hilft mir niemand.»  
 «Ich verliere meinen Job, wenn mein Chef erfährt, dass ich spritzen muss.»

<sup>1</sup> Oberärztin Endokrinologie/Diabetologie, Kantonsspital Aarau AG

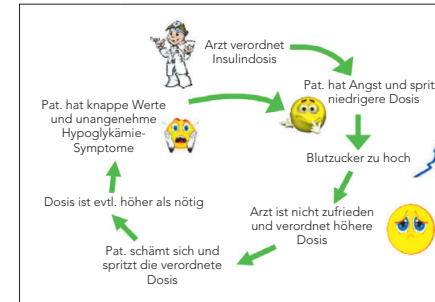


Abbildung 3 Die Sache mit der Dosis ...

Lifestyle-Modifikation zu veranlassen. Manchen Ärzten fehlt das Einfühlungsvermögen: Sie überprüfen nicht, welches Verständnis der Diabetiker von seiner Krankheit hat, bemerken nicht die Ängste der Diabetiker oder bagatellisieren sie.

Es kann sein, dass ein Arzt gar nicht bemerkt, wenn ein Patient sich zwischenzeitlich angestrengt hat, und dann den Patienten kritisiert. Oder der Arzt wählt von vornherein eine Therapieform, die für den Patienten nicht angemessen oder nicht ausreichend ist.

Typ-1-Diabetiker müssen sich täglich mit ihrem Diabetes auseinandersetzen und haben zum Teil einen erheblichen Wissensvorsprung gegenüber dem behandelnden Arzt, was ihren Diabetes angeht. Dies muss dann der behandelnde Arzt bemerken und darauf aufbauen.

### Kommunikation

Nicht zuletzt erschwert die «schwierige Kommunikation» erheblich die Therapie. Dies beginnt verbal, wenn ein Patient eine andere Sprache spricht, ist aber auch bedingt durch eine andere Ausdrucksweise (z.B. Arzt Akademiker, Patient Nicht-Akademiker, oder z.B. Schweizer und Deutsche), durch ein unterschiedliches soziales Sprachverständnis, durch die Sympathie füreinander und wird entscheidend auch durch die nonverbale Kommunikation mitbestimmt. Es lohnt sich, die Ziele des Patienten mit den Zielen des Arztes zu vergleichen: Welche Ziele sind es und wie lassen sie sich in Deckung bringen?

Wie kommt man nun bei einem schwierigen Diabetiker weiter? Oder wie vermeidet man, dass ein Patient zum schwierigen Diabetiker wird? Zunächst ist Anerkennung entscheidend: Es ist schon eine grosse Leistung, regelmässig Blutzucker zu messen, Insulin zu spritzen, eine gewisse Mahlzeitenstruktur zu haben sowie stets Messgerät und Insulinpens dabeizuhaben.

Jeder Arzt sollte sich einmal für ein paar Tage so verhalten, wie er es von seinen insulinpflichtigen Diabetikern erwartet. Von Termin zu Termin sollten erreichbare Ziele vereinbart werden. Entscheidend ist die frühzeitige Schulung der Diabetiker mit einem strukturierten Schulungsprogramm durch ausgebildete Diabetesberaterinnen, am besten bereits bei Prädiabetes.

Beim Typ-2-Diabetes bieten sich neue medikamentöse Möglichkeiten wie DPP-IV-Inhibitoren, GLP-1-Analoga oder GLP-1-Mimetika an, oder bei schwer adipösen Diabetikern eine bariatrische Operation. Manchmal kann es helfen, dem Patienten zu vermitteln, dass er mit einer chronischen Hyperglykämie nicht fahrtüchtig ist [1].

Neue technische Möglichkeiten können ebenfalls die Einstellung erleichtern und die Motivation der Patienten verbessern (elektronisches Auslesen der Blutzuckermessgeräte, Diabetes-Apps für Smartphones, Messgeräte mit Boluskalkulator, kontinuierliches Glukosemonitoring bei Typ-1-Diabetes).

Für Typ-2-Diabetiker gibt es inzwischen an zahlreichen Orten Diabetis-Rehabilitationsprogramme (Diabetes-Rehabilitation) und anschliessende wöchentliche Diabetis-Gruppen, www.diafit.ch, welche den Patienten helfen können, einen aktiveren Lebensstil anzunehmen.

**Anerkennung ist entscheidend: Es ist eine grosse Leistung, regelmässig Blutzucker zu messen, Insulin zu spritzen, eine gewisse Mahlzeitenstruktur zu haben sowie stets Messgerät und Insulinpens dabeizuhaben ...**

Pocket Guide (Konsensus des EndoDiabNet™ Aarau – Basel und der assoziierten Kliniken): <http://www.ksa.ch/public/pocketguide/pocket-guide.pdf>

### Literatur

- Lehmann R, Fischer-Taeschler D, Iselin HU, Pavan M, Pralong F, Seeger R, Suter S. Richtlinien bezüglich Fahreignung bei Diabetes mellitus. Schweiz Med Forum. 2011;11(15):273-5. <http://www.medicaforum.ch/docs/smf/archiv/de/2011/2011-15/2011-15-067.pdf>

Korrespondenz:  
 Dr. med. Anne Katrin Borm  
 Oberärztin Endokrinologie/Diabetologie  
 Kantonsspital Aarau AG  
 Tellstrasse  
 5001 Aarau  
 annekatrin.borm[at]ksa.ch