

Til Ulrich Uebel
Dr. med.

Qualität der ambulanten Diabetes-Betreuung und Therapie - Diagnostische Aspekte beim Diabetes mellitus Typ-2

Geboren am 24.01.1968 in Istanbul (Türkei)
Reifeprüfung am 13.05.1987 in Heidelberg
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1989/90 - SS1995
Physikum am 10.09.1991
Klinisches Studium in Heidelberg
Praktisches Jahr in Sinsheim
Staatsexamen am 7.11.1995 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Promotionsfach: Innere Medizin
Doktorvater: Prof. Dr. med H.D. Klimm

Die Ausgangsfrage, welche Versorgungsqualität der Typ-2-Diabetiker in der Hausarztpraxis erfährt, wird durch drei weitere präzisiert, nämlich: Wer ist der typische Typ-2-Diabetiker in der Hausarztpraxis? Wer bekommt welche Therapie und wer welche Diagnostik?

Hierzu wird eine repräsentative epidemiologische Querschnittstudie an einer Bevölkerung von 72000 Einwohnern präsentiert. Daten von 518 Patienten aus 90% aller Hausarzt-Praxen wurden bezüglich Basisdaten, aktueller Stoffwechseleinstellung, Therapie, Komplikationen und Begleiterkrankungen sowie durchgeführter Diagnostik ausgewertet.

Mit einer Literaturübersicht werden aktuelle Diabetesleitlinien hinsichtlich ihrer Evidenz untersucht und dann jeweils mit der durchgeführten Diagnostik in den Praxen verglichen.

Es wird gezeigt, dass die derzeit zur Verfügung stehenden Studien keine Evidenz für die Therapie des behandelten Typ-2-Diabetikers in der Hausarztpraxis haben. Die Evidenz der Leitlinien bezieht sich auf jüngere und gesündere Typ-2-Diabetiker. Der Patient der Hausarztpraxis ist deutlich älter, im Mittel 67,6 Jahre. Außerdem ist er kränker. Jeder 10. Patient ist pflegebedürftig.

Der letzte bestimmte HbA1c liegt bereits in Bereichen (7,2%), die durch die großen amerikanischen und deutschen Fachgesellschaften (ADA und DDG) als mögliches Ziel vorgegeben sind. Also kann die Therapie des Diabetes positiv bewertet werden. Wegen der willkürlich gezogenen Grenzen ist dieses Therapieergebnis aber nicht diskussionsfähig.

Therapieziele bezüglich der Komplikations- und Begleiterkrankungen sind mit Ausnahme der St.-Vincent-Ziele bisher nicht formuliert. Hier liegt eine Differenz zwischen den geforderten Untersuchungen und deren Umsetzung vor. Evidenzbasierte Therapie der diabetischen Komplikationen wird ebenfalls nicht immer konsequent angewandt.

Wichtigstes Ergebnis der vorgestellten Erhebung ist, dass Leitlinien hinsichtlich der Diagnostik und der sich daraus ergebenden therapeutische Konsequenz - bezogen auf die Therapieempfehlungen von Komplikations- und Begleiterkrankungen - nicht umgesetzt werden. Lediglich bei 13 Patienten (2,5%) wird der Diagnose-Standard der Leitlinien erfüllt. Eine schlüssige Erklärung hierfür kann und will diese Erhebung nicht bieten. Die erhebliche Diskrepanz zwischen guter, leitlinienorientierter Therapie auf der einen Seite und fehlender Diagnostik auf der anderen, zeigt, dass schlüssige, evidenzbasierte Empfehlungen zur Diagnostik noch ausstehen.

Außer einer Basisdiagnostik, die noch genauer definiert werden muss, steht für Typ-2-Diabetiker ein Konzept aus, mit dem routinemäßig rationale Diagnostik durchgeführt werden kann. Obwohl es gerade für die Diagnostik des arteriellen Hypertonus, des diabetischen

Fußsyndroms und der Retinopathie überzeugende Begründungen gibt, konnte gezeigt werden, dass insbesondere hier Defizite vorliegen.

Nur 17% der Diabetiker sind in regelmäßiger augenärztlicher Kontrolle. Aktuelle Dokumentationen zur Fußinspektion gibt es nur bei 13% der Patienten. Bei 40% der Typ-2-Diabetiker findet sich kein dokumentierter aktueller Blutdruck.

Das deutsche Gesundheitswesen benötigt einfachere, auf das Notwendigste beschränkte Leitlinien, die sich an Praxisrelevanz und möglicher Ergebnisqualität orientieren. Daher wird abschließend das Konzept der „rationalen Diagnostik“ vorgestellt: Dieses beschränkt sich auf eine vierteljährliche Blutdruckmessung, HbA1c- und Kreatininkontrolle sowie einer Fußinspektion. Außerdem muss jährlich eine augenärztliche Untersuchung durchgeführt werden.

Viele Fragen hinsichtlich einer effizienten Versorgungsqualität für den Typ-2-Diabetiker in der Hausarztpraxis bleiben aber offen. Notwendig ist eine Überarbeitung und Neuformulierung von Grundsätzen und Therapiezielen der Diabetestherapie unter den sich ändernden Grundvoraussetzungen.