

15. HQ –

Schockdiagnose Diabetes... Gewicht, DMP,
Compliance - das echte Leben!

Prof. Dr. med. Jörg Schelling

© iStock

**GEMEINSCHAFTSPRAXIS
MARTINSRIED**

Fall 1 – Trockenes Auge

W 51J – März 2024

Anamnese:

Trockenes Auge, keine Konsultation beim Hausarzt, Privatpatientin, Umfrage im Freundeskreis -> Vorschlag sich in einem „Hormonzentrum“ vorzustellen.
Anschließend mit Medikationsplan in Praxis
Keine Diagnosen aber mündliche Mitteilung „Prädiabetes“

Beginn mit Metformin (500-0-500 mg)

Empaglifozin (Jardiance[®]) 10mg

Semaglutid (Wegovy[®]) 2,4mg

Auswärtiges Labor:

HbA1c 5,8 %, BZ 101 mg/dl; Urin-Stix:
Ketone neg, Mikraltest neg

Körperlicher Untersuchungsbefund: Größe:
179 cm, Gewicht: 87 kg, BMI 27,2

Fall 1 – Trockenes Auge

W51J – März 2024

Ernährung: Essen meist nur mittags und abends gegen 19 Uhr; Nikotin: nein, Alkohol: 0,5 Fl Wein

FA: negativ

SA: Beamtin

Befund: Schmerzen (chronisch) im OSG links nach Fraktur und postoperativer Infektion, leichtes Giemen bei bekanntem Asthma bronchiale, trockene Haut mit ekzematösen Bereichen

PRÄ **DIABETES**

3.1 Menschen mit erhöhtem Diabetesrisiko

Die unterschiedliche Bewertung der Fachgesellschaften zum erhöhten Risiko, den empfohlenen Untersuchungen zur Diagnostik und den Kontrollintervallen sind unter Abweichende Einschätzungen der Fachgesellschaften zur empfohlenen Diagnostik bei Menschen mit erhöhtem Diabetesrisiko dargestellt.

Empfehlung

3-1 | e | neu 2023

Bei Menschen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung eines Diabetes soll die Untersuchung auf das Vorliegen eines Diabetes angeboten werden.



Da ein Typ-2-Diabetes zu Beginn jahrelang ohne Symptome verlaufen kann oder Symptome falsch interpretiert werden können, besteht die Möglichkeit, dass er über längere Zeit unerkannt bleibt, aber bereits Folgeschäden in Gang setzen kann. Die nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapie des Typ-2-Diabetes kann Folgeschäden des Diabetes verhindern.

Die derzeit vorliegenden Daten liefern keinen Hinweis darauf, dass durch eine Vor-verlagerung des Diagnosezeitpunktes Folgeerkrankungen verhindert oder herausgezögert werden können, die Aussagesicherheit der Evidenz ist allerdings gering bis sehr gering.

PRÄ **DIABETES**

Dem möglichen Nutzen einer frühzeitig eingeleiteten Therapie gegenüber stehen **Schäden durch falsch-positive oder falsch-negative Testergebnisse** und sich anschließende Folgeuntersuchungen, oder die Möglichkeit, aufgrund der Limitationen der Diagnose-Parameter eine Erkrankung zu diagnostizieren, deren Therapie ggf. ohne Vorteil für die Betroffenen ist.

Damit können psychische Belastungen durch die Diagnose und die Einbindung in das medizinische System einhergehen.

Auch die Therapie selbst kann zu Belastung führen.

Diese Schäden lassen sich durch eine leitliniengerechte Diagnostik insbesondere unter der Berücksichtigung der jeweiligen Limitationen der Parameter, eine kritische Diagnosestellung, eine **angemessene Risikokommunikation und eine wertschätzende, motivierende Kommunikation der Diagnose** mindern.

PRÄ **DIABETES**

Tabelle 7: Manifestationsfördernde oder assoziierte Faktoren des Typ-2-Diabetes

Manifestationsfördernde oder assoziierte Faktoren des Typ-2-Diabetes

Familiäre Belastung

Höheres Lebensalter [22]

Lebensstilfaktoren

Niedriger sozioökonomischer Status, Bewegungsmangel, balaststoffarme, fettreiche Kost, Rauchen

Metabolische und vaskuläre Faktoren*

Abdominelle Adipositas, Insulinresistenz, gestörte Glukosetoleranz, Dyslipoproteinämie, Albuminurie, Hypertonie

Nicht alkoholische Fettleber [71]

Medikamente, die den Glukosestoffwechsel verschlechtern

Gestationsdiabetes in der Vorgeschichte

Polyzystisches Ovarsyndrom und andere endokrine Erkrankungen

Umweltfaktoren (z. B. Luftschadstoffe, Lärm) [72–74] zitiert nach [75]

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom [76]

*zu metabolischem Syndrom siehe Hintergrundtext

Nach Daten des Robert Koch-Instituts lag der HbA1c-Wert in der Gruppe der 18- bis 79-jährigen Bevölkerung im Jahr 2010 bei insgesamt 20,8% (Frauen: 17,2%; Männer 24,4%) im Bereich des erhöhten Risikos

PRÄ **DIABETES**

Tabelle 8: Laborwerte im Bereich des erhöhten Diabetesrisikos

Laborwerte im Bereich des erhöhten Risikos für die Entwicklung eines Diabetes (modifiziert nach [87])

Abnorme Nüchternplasmaglukose (IFG)	100–125 mg/dl bzw. 5,6–6,9 mmol/l*
HbA1c-Wert	5,7 bis < 6,5% bzw. 39 bis < 48 mmol/mol**
Gestörte Glukosetoleranz (IGT) (im oralen Glukose-Toleranz-Test, 75g)	NPG: < 126 mg/dl bzw. < 7,0 mmol/l 2-h Plasmaglukose: 140–199 mg/dl bzw. 7,8–11,0 mmol/l*

* Grenzwerte laut WHO 110–125 mg/dl (6,1–6,9 mmol/l), die DEGAM, AkdÄ, DGfW und DGP unterstützen die WHO-Grenzwerte für NPG (siehe auch Tabelle 10). Für die DEGAM, AkdÄ, DGfW und DGP hat der oGTT und damit die gestörte Glukosetoleranz keinen Stellenwert im hausärztlichen Bereich (siehe auch Bewertung des oGTT durch die Fachgesellschaften und Darstellung der abweichenden Einschätzungen im Anhang 9).

** Besonderheiten/Einflussfaktoren (u. a. Alter) siehe auch Tabelle 14 und Tabelle 15

IFG: Impaired fasting glucose; IGT: Impaired glucose tolerance; NPG: Nüchternplasmaglukose

Die Leitliniengruppe schätzt die Aussagesicherheit der identifizierten Evidenz zum **Nutzen lebensstilmodifizierender Maßnahmen bei Menschen mit Laborwerten im Bereich des erhöhten Diabetesrisikos** auf patientenrelevante End-punkte wie Mortalität als **sehr niedrig** ein

PRÄ **DIABETES**

Unter Berücksichtigung der vorliegenden Evidenz schätzt die Leitliniengruppe Menschen mit Laborwerten... als Risikopersonen für Diabetes, Mikro- und Makroangiopathie ein.

Lebensstilmodifizierende Maßnahmen sind die Grundlage der Therapie des Typ-2-Diabetes. Hinweise zu deren Nutzen ergeben sich zudem auch aus der Betrachtung in Zusammenhang mit anderen Erkrankungen.

Mögliche Schäden können sich aus einer Stigmatisierung und Verunsicherung der Betroffenen ergeben. Sind die lebensstilmodifizierenden Maßnahmen nicht in den Alltag integrierbar, kann dies zu Frustration führen.

W 51J – März 2024

Beratungsergebnis:

Medikation abgesetzt, Kontrolle BZ (und HbA1c) besprochen, von Patientin auch Kontrolle der Nierenparameter gewünscht bei Z.n. akutem Nierenversagen durch Schmerzmittel, keine wesentlichen Lebensstiländerungen, Diagnose nicht auf Rechnung drucken, Augenarzt empfohlen

Fall 2 – Raus damit!

W 64 – Februar 2023

Anamnese:

Müdigkeit, Schlafstörungen, COPD I-II, Karpaltunnelsyndrom bds., OP-Angst, Partnerschaftliche Probleme, seit 2019 kein Check-Up wg. Pandemie, Impfkritisch, bringt jedes Jahr in der Adventszeit Plätzchen.

Check-Up, Nüchtern BZ (Venös) 146 mg/dl, Kontrolle 133 mg/dl, HbA1c 6,9

FA: Mutter und Halbbruder DM-Typ-2

SA: Familienmanagerin, verheiratet, 3 Kinder, zwei leben noch zu Hause oder in der Nähe, 2 Enkelkinder, kocht oft für alle

Körperlicher Untersuchungsbefund:

64-jährige Patientin, RR 144/84 mmHg, 164 cm, 78 kg, BMI 29, ca. 5-?? Zigaretten / Tag

Seit Jahren Angst vor der Diagnose...

Fall 2 – Raus damit!

Tabelle 10: Laborkriterien (modifiziert nach [87])

	Kein Diabetes ¹	Erhöhtes Risiko für Diabetes	Diabetes
NPG	< 100 mg/dl ³ (< 5,6 mmol/l)	100–125 mg/dl ³ (5,6–6,9 mmol/l)	≥ 126 mg/dl (≥ 7,0 mmol/l)
HbA1c ²	< 5,7% (< 39 mmol/mol)	5,7 bis < 6,5% (39 bis < 48 mmol/mol)	≥ 6,5% (≥ 48 mmol/mol)
GPG			≥ 200 mg/dl (≥ 11,1 mmol/l)

¹ Bezüglich Ausschlussdiagnostik siehe Kapitel 4.1.2.3 Ausschluss der Diagnose

² Besonderheiten/Einflussfaktoren (u. a. Alter) siehe auch Tabelle 14 und Tabelle 15

³ Die DEGAM, AkdÄ, DGfW und DGP schließen sich den WHO-Grenzwerten für die NPG an: kein Diabetes < 110 mg/dl (< 6,1 mmol/l), erhöhtes Risiko für Diabetes 110–125 mg/dl (6,1–6,9 mmol/l) [103,104], siehe auch Abweichende Einschätzungen der Fachgesellschaften im Anhang 9.

NPG: Nüchternplasmaglukose, GPG: Gelegenheitsplasmaglukose

Fall 2 – Raus damit!

4.2 Kommunikation der Diagnose

Empfehlung

4-6 | k | neu 2023

Ergibt sich aus den Untersuchungen die Diagnose „Diabetes“, sollen folgende Grundsätze bei der Kommunikation berücksichtigt werden:

- Die Diagnose soll im persönlichen Gespräch vermittelt werden.
- Die Kommunikation soll wertschätzend sowie positiv lösungsorientiert sein (Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten), wobei eine Stigmatisierung vermieden werden soll.
- Die Kommunikation soll – insbesondere bei Werten im Grenzbereich – die Unsicherheiten der Diagnostik berücksichtigen.



Wer die Diagnose einer chronischen Erkrankung erhält, kann sowohl die Diagnose selbst wie auch die damit verbundenen empfohlenen Lebensstiländerungen als Beeinträchtigung der Lebensqualität empfinden.

Das persönliche Gespräch stellt sicher, dass die Ärztin oder der Arzt Fragen der Betroffenen direkt beantworten und mögliche Sorgen angemessen auffangen können, indem sie Handlungsmöglichkeiten aufzeigen.

Fall 2 – Raus damit!

4.3 Überprüfung der Diagnose

Empfehlung

4-7 | k | neu 2023

Die Diagnose Typ-2-Diabetes soll – insbesondere bei Ergebnissen im Grenzbereich – im Verlauf überprüft werden, da die Diagnoseparameter nur eine Aussage zum aktuellen Zeitpunkt zulassen.



Rationale

Da kein Schadenspotential gesehen wird und der Nutzen bezüglich Validierung der Diagnose und individueller Anpassung an veränderte Situationen besteht, spricht die Leitliniengruppe konsensbasiert eine starke Empfehlung aus. Dadurch lässt sich insbesondere das Risiko einer nicht mehr angemessenen Therapie und deren Nebenwirkungen reduzieren. Dies entspricht auch dem Prinzip der Schadensvermeidung. Aus ihrer klinischen Erfahrung nimmt die Leitliniengruppe als Versorgungsproblem wahr, dass einmal gestellte Diagnosen zu selten reevaluiert werden. Hinweise hierauf ergeben sich auch aus den Daten des DMP-Programms. Die Relevanz des Versorgungsproblems und die Verpflichtung zur Schadensvermeidung begründen den starken Empfehlungsgrad.

Die Diagnoseparameter lassen – abgesehen vom HbA1c-Wert, der den Blutglukosespiegel der letzten 8 bis 12 Wochen widerspiegelt – nur eine Aussage zum aktuellen Zeitpunkt zu und werden von vielen Faktoren beeinflusst

Fall 2 – Raus damit!

Nach Daten des DMP-Qualitätsberichts Nordrhein aus 2019 erreichen 35,4% der Betroffenen < 70 Jahren und 39,2% der Betroffenen ≥ 70 Jahren einen HbA1c-Wert von weniger als 6,5% (48 mmol/mol), also unterhalb des Grenzwertes zur Diagnosestellung für diesen Parameter.

31% aller im DMP eingeschriebenen Patient*innen werden allein durch nicht-medikamentösen Maßnahmen behandelt

Ergeben sich im Verlauf der Therapie Hinweise darauf, dass sich die Erkrankung zum aktuellen Zeitpunkt in Re-ission befindet, soll die Therapie und Diagnose überprüft werden. Dies ist beispielsweise möglich, wenn die La-orparameter in den Verlaufsuntersuchungen auch ohne therapeutische Maßnahmen im Normbereich liegen. Der Nutzen für die Erkrankten liegt in dem potentiellen Wegfall einer belastenden Diagnose.

Fall 2 – Raus damit!

W 64 – 2024

Anamnese:

HbA1c schwankend zwischen 6,1
und 6,7...

Metformin zwischenzeitlich versucht
aber wegen Durchfall und Blähungen
immer wieder abgesetzt

Weiter im DMP Diabetes
eingeschrieben

Fall 2 – Raus damit!

4.4.1 Screeningintervalle

Tabelle 17: Screeningintervalle für Untersuchungen auf Folge- und Begleiterkrankungen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes, bei denen diese nicht vorliegen oder nicht bekannt sind

Screening auf	Zeitintervall
Neuropathie	Wenn eine Neuropathie bislang nicht nachgewiesen ist, alle ein bis zwei Jahre nach individueller Risikoeinschätzung (siehe Tabelle 18).
Fußläsionen	Wenn Fußläsionen bislang nicht nachgewiesen sind <ul style="list-style-type: none">▪ ohne klinische Befunde einer diabetischen sensomotorischen Polyneuropathie und ohne klinische Befunde einer PAVK mindestens einmal jährlich.▪ bei klinischen Befunden einer diabetischen sensomotorischen Polyneuropathie und/oder PAVK alle drei bis sechs Monate. Siehe Tabelle 19
Nephropathie bei Diabetes	Wenn eine Nephropathie bislang nicht nachgewiesen ist, einmal jährlich .

Fall 2 – Raus damit!

Retinopathie bei Diabetes	<p>Wenn eine diabetische Netzhautveränderung bislang nicht nachgewiesen ist, risikoadaptiert:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ bei geringem Risiko (= kein ophthalmologisches Risiko und kein allgemeines Risiko) alle zwei Jahre;▪ für alle anderen Risikokonstellationen jährlich. <p>Sind die allgemeinen Risikofaktoren nicht bekannt, wie bei ungünstigem allgemeinen Risikoprofil.</p> <p>Siehe Tabelle 20</p>
Depressive Störungen und andere psychische Komorbiditäten (z. B. Ess- oder Angststörungen, kognitive Einschränkungen)	Einmal jährlich oder anlassbezogen. Bei positivem Screeningergebnis soll eine umfassende Abklärung erfolgen.

Fall 3 – Mind over Body

M 48 – Juni 2019

Anamnese:

Hausarztwechsel, bekannter Diabetes mellitus, begleitende Feststoffwechselsstörung, Müdigkeit, Erschöpfungssyndrom, Schlafstörungen, Probleme mit der Bewältigung des Alltags

Parallel beim Diabetologen, hier aber wenig Vertrauen bzw. Angst vor dem Terminen

Aktuell HbA1c von 8,1 %

FA: zwei Tanten DM-Typ-2

SA: Controller, geschieden, keine Kinder, eine Schildkröte

Körperlicher Untersuchungsbefund:

**48-jähriger Patient (182 cm, 130 kg), BMI 39,2, Bauchumfang 108 cm,
RR 145/99 mmHg, HF 84/min**

Fall 3 – Mind over Body

M 48 – Juni 2019

Anamnese:

Hausarztwechsel, bekannter Diabetes mellitus, begleitende Feststoffwechselstörung, Müdigkeit, Erschöpfungssyndrom, Schlafstörungen, Probleme mit der Bewältigung des Alltags

Therapie:

Metformin 1000mg 1-0-1, Simvastatin 40mg, Ezetimib 10mg, Ramipril 5mg 1-0-1

August 2019 – HbA1c 8,4 und November 2019 – HbA1c 8,7

Sitagliptin 100mg 1-0-0 dazu

März 2020 – HbA1c 7,9 und Juni 2020 HbA1c 9,1

Empagliflozin 10mg dazu

September 2020 – Empagliflozin abgesetzt nach Prostatitis, HbA1c 10,5

Will auf keinen Fall Insulin oder anderen Form der Injektionen

Fall 3 – Mind over Body

M 49 – Mai 2021

HbA1c 5,9, immer noch 180cm, 99kg, BMI 29,9

Sitagliptin 100mg PAUSE, Metformin 850mg 1-0-1 belassen

Fall 3 – Mind over Body

Empfehlung

5-2 | k | bestätigt 2023

Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes soll eine Therapie-Deeskalation oder eine Veränderung der Therapiestrategie regelmäßig geprüft werden, insbesondere:

- wenn die negativen Effekte der Therapie auf die Sicherheit und die Lebensqualität der/des Betroffenen überwiegen;
- wenn die individuelle Situation dafür spricht, dass prognostische Aspekte eine geringere Rolle spielen als die aktuelle Lebensqualität;
- wenn das individuelle Therapieziel unterschritten wird;
- bei Multimorbidität und Polymedikation;
- bei Auftreten von akuten Erkrankungen.



Bevor die Therapie gemäß den Algorithmen eskaliert wird, ist es wichtig zu prüfen, ob es andere, behebbare Ursachen für das Nichterreichen von Therapiezielen gibt. Diese Ursachen abzuklären und sofern möglich zu beheben, kann dazu beitragen, Patient*innen nicht unnötig dem Risiko von unerwünschten Wirkungen auszusetzen und realistischere Therapieziele zu formulieren.

Fall 3 – Mind over Body

Beispiele für Barrieren bei der Umsetzung vereinbarter Therapieziele auf Seite der Behandelnden



Kommunikationsgestaltung

- Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patient*in?
- Besteht eine vertrauensvolle Beziehung zu der Patientin/dem Patienten?
- Ausreichende Einbeziehung der Patientin/des Patienten in Therapieentscheidungen?

Erkennen von Barrieren (Beispiele):

- Habe ich im Gespräch eine akzeptierende, wertschätzende und empathische Haltung eingenommen?
- Habe ich nach ihrem/seinem Anliegen gefragt und danach, was sie/er in diesem Gespräch von mir erwartet?
- Habe ich das Anliegen der Patientin/des Patienten wahrgenommen und den Inhalt des Gespräches auch darauf abgestimmt?
- Habe ich im Gespräch die Wünsche und Erwartungen aufgegriffen?
- Habe ich im Gespräch die Patientin/den Patienten ermuntert, selbst Fragen zu stellen oder nachzufragen?
- Habe ich im Gespräch die Eigeninitiative der Patientin/des Patienten aktiv gefördert?
- Habe ich die konkreten Therapieziele – vor allem auch Etappenziele – mit der Patientin/dem Patienten besprochen und mit ihr/ihm eine Vereinbarung getroffen?
- Habe ich die zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen mit ihrem Nutzen-Schadens-Potenzial ausführlich mit der Patientin/dem Patienten besprochen?
- Habe ich gegebenenfalls danach gefragt, was sie/ihn an der Erfüllung der Therapieziele hindert und ob bzw. wie ich ihrer/seiner Meinung nach helfen kann?
- Habe ich zum Abschluss des Gespräches eine konkrete Vereinbarung mit der Patientin/dem Patienten getroffen oder mit ihr/ihm ein bestimmtes Thema für den nächsten Termin vereinbart?
- Hatte ich für das Gesprächsthema genügend Zeit oder sollte ich das Thema das nächste Mal noch einmal aufgreifen?

Lösungsansätze (Beispiele):

- Reflektion der eigenen Kommunikationsgestaltung (z. B. Zeitplanung? passende Gesprächssituation?)
- Nachfragen, wie die Patientin/der Patient das Gespräch empfunden hat
- Fragebögen zur Zufriedenheit der Patient*innen einsetzen und auswerten
- Fortbildung für kommunikative Kompetenzen
- Nutzung von Unterstützungsangeboten (z. B. Dolmetscher*in)