



Daten und Zahlen

Etwa 5,5 Mio. Erwachsene mit bekanntem Diabetes gibt es in Deutschland. Die Prävalenz ist in den östlichen Bundesländern höher als in den westlichen.

Etwa 90% der Diabetiker in Deutschland haben Typ-2-Diabetes und 10% Typ-1-Diabetes oder seltener Formen.

Risikofaktoren für Typ-2-Diabetes sind weit verbreitet: 50% der Bevölkerung in Deutschland sind überwiegend und 14% davon sind adipös. Mindestens 15% der Nichtdiabetiker haben ein metabolisches Syndrom.

Mehr als 75% der Diabetiker sterben an akuten Gefäßverschlüssen, meist an Herzinfarkt. Oft wird der Diabetes erst bei einem Infarkt diagnostiziert.

Mit 60.000 Amputationen im Jahr liegt Deutschland in Europa im Spitzenspiel. Etwa 70% der Amputationen werden bei Diabetikern vorgenommen.

CME Punkte

Noch mehr Lust auf Fortbildung?

Zu dieser Sommer-Akademie-Folge stellt CME.springer.de ein CME-Modul bis zum 20.09.2010 kostenfrei online zur Verfügung.

Das CME-Modul „**Diabetes und Fettleber**“ finden Sie auf CME.springer.de unter der Zeitschrift „Der Diabetologe“ oder auch unter den kostenfreien Fortbildungseinheiten.

Viel Erfolg beim Punkte sammeln!



Abrechnungs-Tipp Exrabudgetäres Honorar im DMP

Bei Patienten mit einem Diabetes mellitus ist jetzt mehr denn je die Möglichkeit des DMP zu nutzen. Diese Leistungen werden nämlich außerhalb der Morbi-GV vergütet. Die Abrechnungspositionen finden sich im Abschnitt Vertragliche Zusatzregelungen und Strukturverträge des EBM und sind KV regional unterschiedlich gestaltet. Im Zusammenhang mit der Betreuung von Diabetikern sollten Sie nicht nur an die Versichertenauszahlung und den Morbiditätszuschlag denken,

sondern auch an die Laborausnahmefür 32022. Mit dieser Nummer werden sämtliche Laborleistungen, die für diesen Patienten veranlasst werden, nicht Ihr Laborbudget und damit auch nicht Ihren Wirtschaftlichkeitsbonus belasten. Denken Sie auch daran, dass Sie im Bereich der Glukosebestimmung in Ihrem Präsenzlabor die Nr. 32025 (1,60 EUR) abrechnen. Die notwendigen Laboruntersuchungen sind auch neben den Ziffern für das DMP abzurechnen. (pes)



→ Durch die Einschränkungen ist der Zielbereich mit einem HbA_{1c} unter 6,5% nicht für alle Patienten erreichbar: Sobald Sulfonylharnstoffe oder Insulin eingesetzt werden, wird der Zielbereich individuell festgelegt, da dann das Risiko für Hypoglykämien steigt und in der Regel das Gewicht zunimmt. Lässt sich binnen drei bis sechs Monaten mit Lebensstilveränderung plus Metformin (oder bei Metformin-KI/UV mit einem anderen oralen Antidiabetikum, OAD) der HbA_{1c} nicht auf 6,5% senken, wird ein zweites OAD nur dann empfohlen, wenn der HbA_{1c} unter 7,5% liegt. Bei einem HbA_{1c} ab 7,5% sollte sofort das OAD mit Insulin kombiniert werden. Mit einem OAD kann eine Senkung des HbA_{1c} um ungefähr einen Prozentpunkt erreicht werden. Daher ist es unwahrscheinlich, mit einem zweiten OAD den Zielbereich zu erreichen, wenn der HbA_{1c} bei 7,5% oder darüber liegt.

Zielbereich anpassen

Liegt unter der Monotherapie mit einem OAD (vorzugsweise Metformin) der HbA_{1c} bei 7,5% oder darüber, soll das OAD gleich mit einer Insulintherapie kombiniert werden. Da in dieser Pha-

se meist der Nüchternblutzucker erhöht ist, wird als Insulintherapie-Einstieg ein Basalinsulin oder ein langwirksames Analogon zur Nacht empfohlen (basal unterstützte orale Therapie). Nur bei den wenigen Patienten mit Nüchternblutzuckerwerten im Normbereich wird prandiales Insulin als Einstieg empfohlen (Supplementäre Insulintherapie, SIT).

Wird das individuelle Therapieziel nicht erreicht, muss die Insulintherapie intensiviert werden. Zum basalen Insulin wird Bolusinsulin zu den Mahlzeiten verabreicht. Die wesentlichen Probleme der Insulintherapie sind Gewichtszunahme und Hypoglykämien. Je niedriger der angestrebte HbA_{1c} ist, umso höher sind Gewichtszunahme und Hypoglykämierate. Daher muss der Zielbereich angepasst werden. Mit der Basalinsulin-unterstützten oralen Therapie ist die geringste Gewichtszunahme zu erwarten: 1–2 kg in einem Jahr Therapie. Dagegen fällt bei konventioneller Insulintherapie (CT) und bei der SIT die Gewichtszunahme deutlich höher aus: 4–5 kg in einem Jahr. Daher sollte möglichst auch hier mit Metformin kombiniert werden. Als weitere Optionen sind Pioglitazon und Sitagliptin in Kombination mit Insulin zulässig. □