Diabetes in der Hausarztpraxis

Was ist anders?

Im Vergleich zur diabetologischen Praxis ist alles anders: die Krankheit, die Patienten und das Handeln der Ärzte. Wie bei allen Diagnosen – so auch bei der des Typ-2-Diabetes – gibt es hinter *einer* Diagnose eine *Vielfalt realer Krankheitsbilder*, d.h. einen breiten Fächer von Ausprägungen, von Geschwindigkeiten der Krankheitsentwicklung und deren Komplikationen sowie eine Vielfaltigkeit im Ansprechen auf Behandlungen. In einem gegliederten Versorgungssystem mit einerseits Spezialisten für die „besonderen Fälle“ und andererseits den Generalisten für die Mehrzahl der Betroffenen führt dies zu einer – vernünftigen – Selektion der betroffenen Patienten.

» Alles ist anders: die Krankheit, die Patienten und das Handeln der Ärzte

Die einen sehen vorwiegend die Patienten, bei denen der Hausarzt Probleme in der Behandlung der Erkrankung hat, d.h., die er – oder ein „Disease-Management“-Programm (DMP) – für betreuungsbedürftig durch einen Diabetologen ansieht. Damit entstehen für den Diabetologen Erfahrungen in Bezug auf den Diabetes, die deutlich unterschiedlich zu denen des Hausarztes sind. Er sieht einfach andere „Fälle“: Patienten mit besonders schweren Komplikationen, schweren Behandlungsproblemen etc. Dies prägt auf Dauer einen Behandlungsstil, der aus allgemeinmedizinischer Sicht, die durch die eher unkomplizierten Patienten geprägt

ist, oft als Überdiagnostik und Übertherapie angesehen wird. (Dies sehen übrigens die hausärztlichen Patienten häufig auch so.) Auf der anderen Seite steht dann die Sichtweise von Spezialisten auf den Hausarzt, dessen Handeln oft als simplifizierend und unzureichend für das jeweilige Diabetesproblem angesehen wird.

Wenn der Diabetologe überwiegend die „schwierigen Patienten“ sieht, bei denen übliche Therapieschemata nicht mehr richtig greifen oder erhebliche Komplikationen aufgetreten sind, dann steht er unter erheblichem Handlungsdruck: Er muss Lösungen finden – für Patienten, die er in der Regel nicht gut kennt. Da verwundert es nicht, dass diese Lösungen auf der Ebene der Medikamente, nicht aber in Bezug auf den Umgang des Patienten mit seiner Erkrankung gesucht werden. Dies lässt daher weitaus mehr als in der Allgemeinmedizin nach neuen Medikamenten suchen, die noch besser, noch „stärker wirken“ oder wirken sollen. Das Vorgehen führt dann – aus der Sicht der Allgemeinmedizin – häufig zu einer größeren Risikobereitschaft beim Spezialisten, beispielsweise beim Einsatz neuer Substanzen.

Der Hausarzt hingegen, der ja in der Regel lebenslang mit seinen Patienten verbunden bleibt, achtet mehr auf mögliche oder sich erst später herausstellende un-

U. Popert ist Sprecher der Sektion Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) und Lehrbeauftragter in der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Göttingen.

erwünschte Wirkungen neuer Substanzen – er ist weniger risikobereit. Denn er wird die Rückmeldungen seiner Patienten noch erleben. Hinzu kommt, dass der Hausarzt ja aus vielen Bereichen – nicht nur aus einem, wie der Spezialist, Erfahrungen mit dann später sich als höchst problematisch herausstellenden Substanzen ansammeln musste, deren Einsatz zu Beginn als die Lösung der Probleme dargestellt worden war. Solch breite Erfahrung dieser Art macht eher konservativ dem Neuen gegenüber.

Die Charakteristik der Patienten – das sollte deutlich geworden sein – formt das Handeln der Ärzte. Und daher handeln Diabetologen – wie auch andere Spezialisten – anders als Hausärzte. Dies wird nochmals dadurch verstärkt, dass die Patienten nun auch noch anders sind. Für den Diabetologen muss sich der Patient – mehr oder minder – als ein „Mensch mit Diabetes“ darstellen. Für den Hausarzt hingegen stellt sich der Patient immer als einer dar, der sowohl mehrere Erkrankungen oder Gesundheitsrisiken hat als auch eine Persönlichkeit und ein Lebensumfeld, die sich beide in sehr spezifischer Weise auf seinen Umgang mit seinen Krankheiten niederschlagen. Der Hausarzt ist gezwungen – sonst verlassen ihn seine Patienten – die Ganzheit der Person und damit die Ganzheit auch der kranken Person im Zentrum seiner Betreuung zu sehen.

Das macht ihn weitaus „anfälliger“ für Kompromisse mit dem Patienten in Bezug auf Behandlung und Behandlungsziele einer Erkrankung. Denn da sind fast immer noch andere Erkrankungen, die ein Patient mit Diabetes meist auch hat – und mit den anderen Krankheiten häufig auch weitere Therapien, die mit denen für den Diabetes durchaus interferieren können. Und da sind immer der spezifische Umgang des Patienten mit seinem Körper und seine Präferenzen in Bezug auf unterschiedliche Therapien. Schließlich mag auch die Bedeutung der *einen* Krankheit – hier Diabetes – vom Patienten als weitaus geringer erachtet werden als die vieler anderer, auch sozialer Lebensprobleme. Dies einmal davon abgesehen, dass sie es häufig objektiv auch sind. Insbesondere für Menschen mit sehr geringem Einkommen und/oder einer gekränkten See-

le gibt es weitaus Wichtigeres, als sich mit Leib und Seele der Einstellung des Diabetes zu widmen.

Diese so ganz andere Arbeitssituation des Hausarztes hat die Vertreter der Allgemeinmedizin sehr darauf dringen lassen, dass in der NVL *Diabetes-Therapie* [1] als oberste Orientierung das *individuell vereinbarte Behandlungsziel* und nicht ein medizinisch begründbarer „optimaler“ HbA_{1c}-Wert bzw. entsprechende andere Werte stehen.

Allgemeinmediziner nehmen ihre Arbeitsprobleme beim Austarieren zwischen *individuell vereinbarten Behandlungszielen* und – medizinisch gesehen – schlechterer Behandlung sehr ernst. So sind die mit dem Patienten gemachten Kompromisse aufgrund eines individuellen Ziels immer wieder neu zu beurteilen und zu verhandeln. Die beiden Studien von *Wilm et al.* sowie von *Rüter et al.* bieten zu dem Fünftel der Patienten mit Diabetes, das *schlecht eingestellt* ist, eine Begründungsanalyse und auch eine Intervention zur Verbesserung dieses Zustands.

Die Arbeiten von *Übel et al.* und von *Egidi* zeigen mithilfe eines Literaturüberblicks auf, wie penibel genau es die Allgemeinmedizin in ihrem Abwägen zwischen Nutzen und Schaden nimmt – hier in Bezug auf Behandlung und auf Früherkennung des Diabetes.

Tauchen Sie ein in die Welt des allgemeinmedizinischen Denkens zu unserem gemeinsamen Thema: Menschen mit Diabetes.

U. Popert

H.-H. Abholz

Korrespondenzadresse

Dr. U. Popert
Abteilung für Allgemeinmedizin, Universität Göttingen
Goethestr. 70
34119 Kassel
uwe.popert@t-online.de

Prof. Dr. H.-H. Abholz
Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
abholz@med.uni-duesseldorf.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. U. Popert und H.-H. Abholz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. NVL Diabetes-Therapie. http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_therapie