

## Diabetes: Wir dürfen nicht mehr warten, wir müssen handeln

**Der renommierte Ulmer Endokrinologe Prof. Bernhard Böhm vertritt wie viele seiner Fachkollegen die Überzeugung, dass die Volkskrankheit Diabetes ein gesamtgesellschaftliches Problem ist. Lesen Sie in unserem Interview mit dem Sektionsleiter Endokrinologie am Ulmer Uniklinikum, warum die USA fünfzig Mal mehr Geld in die Diabetes-Forschung stecken, und was er sich von einer Diabetes-Fee wünschen würde.**

Deutschland ist Europameister beim Typ-2-Diabetes, über sieben Millionen Bundesbürger werden wegen Diabetes behandelt. Und nirgendwo in der EU gibt es mehr übergewichtige und fettleibige Erwachsene als in Deutschland. Unterschätzt die führende Wirtschaftsmacht Europas die Zuckerkrankheit?

Diese Statistiken unterschätzen diese Zahlen, meist entdeckt man zu jedem bekannten Diabetes-Fall noch einen weiteren unentdeckten. Das bestätigen Studien wie die aus Augsburg, und neue Untersuchungen in Schwaben, an der wir mitgewirkt haben. Die Krankheit wird nicht nur häufiger, sondern sie betrifft immer jüngere Menschen. Wer diese Gefahr nicht wahrnimmt oder wahrnehmen will, unterschätzt die Auswirkungen auf die Volkswirtschaft. Diabetes wurde lange unterschätzt, wird leider zurzeit noch immer unterschätzt. Man kann nur für die Betroffenen hoffen, dass sich das bald ändert.

Diabetes mellitus gilt als Paradebeispiel für das komplexe Zusammenspiel zwischen Genen, Ernährung und Bewegung. Wie begegnet die Ulmer Universitätsmedizin diesem Phänomen?

Der Diabetes gehört zu den häufigsten Todesursachen. Statistiken ignorieren die Auswirkung des Diabetes zum Beispiel auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Hierzu liegen sehr gute Untersuchungen aus den USA vor. Dort ist es gelungen, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu vermindern. Das trifft auch zu für Menschen mit Diabetes, insbesondere für die Männer. Bei den Frauen hingegen gab es in den letzten 10 bis 15 Jahren keinen vergleichbaren Fortschritt, Frauen sind besonders gefährdet.

Diabetes ist eine Krankheit, die sich zur Früherkennung anbietet, gerade weil die Erkrankung so umfangreiche Folgen nach sich zieht und sie lange klinisch unentdeckt bleibt. Man muss also suchen, um versteckten Diabetes zu finden. Das machen wir in Ulm systematisch bei Personen mit Risiken für Diabetes wie Übergewicht, erhöhtem Blutdruck, bei Typ-2-Kranken in der Familie und bei Herzinfarktpatienten. Dann behandeln wir früh und konsequent die Erkrankung. Wir haben gezeigt, dass sich die Risiken für solche Patienten bei frühzeitigem Erkennen und Behandlung deutlich reduzieren lassen.



Für der 50-jährigen Bernhard Böhm bedeutet Diabetesbetreuung Teamarbeit, die ohne Diabetes- und Ernährungsberater nicht mehr auskommt.

© Uniklinikum Ulm

Die gerade erarbeiteten neuen WHO-Empfehlungen zum Diabetes-Screening setzen wir schon geraume Zeit um. Zum Beispiel werden am Klinikum Mitarbeiter mit erhöhtem Risiko für Stoffwechselstörungen geschult und durchlaufen ein strukturiertes Ernährungs- und Bewegungsprogramm, das extrem erfolgreich ist.

Einschließlich der Begleiterkrankungen macht Diabetes mehr als 30 Prozent unserer Patienten aus. Deshalb arbeiten wir eng mit allen Fachdisziplinen zusammen. Mit der Kardiologie führen wir eine gemeinsame Sprechstunde durch. Wir haben keine Berührungängste. Dies gilt auch beispielhaft für die sehr teure Erkrankung des diabetischen Fußes. Hier arbeiten Diabetologen, Angiologen, und Orthopäden und weitere Fachdisziplinen in einem Team.

Teamarbeit praktizieren wir schon lange. Das haben wir längst gelernt in der Patientenbetreuung.

Das ist keine alleinig arztzentrierte Betreuung mehr, sondern geschieht in einem Behandlungsteam von Ernährungs- und Diabetesberatern. Es geht nicht anders, denn das Grundproblem ist: Die Ursachen sind sehr komplex – Fehlverhalten bei Ernährung und Bewegung, dazu braucht es Berater, die dauerhaft helfen. Letztlich ist ein lebenslanger Kampf in einer diabetogenen Umwelt.

Führt die Endokrinologie in Forschung und Lehre, wie erst jüngst zu hören war, tatsächlich ein im Vergleich mit anderen Ländern kümmerliches Dasein?

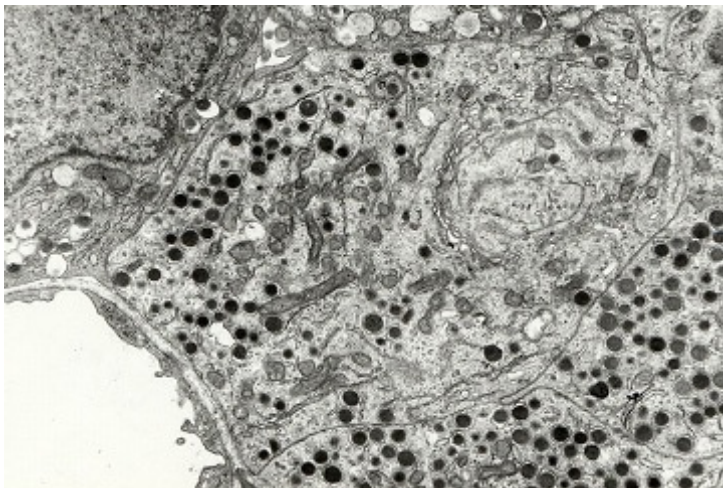
Baden-Württemberg hat nach meiner Ansicht eine Sonderrolle. An allen Universitätsstandorten hat es starke Forschung und Lehre. Wir sind hier in Baden-Württemberg daher besonders gut aufgestellt. Angesichts von Volkskrankheiten wie Schilddrüsenkrankheiten, Osteoporose, Diabetes, Adipositas ist das Fach in der akademischen Medizin erheblich unterrepräsentiert. Das Fach ist geradezu ausgehungert worden in den letzten Jahren und Jahrzehnten.

Jetzt läuft man fast Gefahr, wo das Problem so häufig auftritt, dass es an der dringend benötigten Kompetenz für gute Forschung und klinische Versorgung mangelt. Das ist ein ganz großes Problem, das sich wohl noch in Zukunft verschärfen wird. Wir haben selbst versucht, dem Problem aktiv zu begegnen, indem wir auf EU-Ebene Ausbildungskonzepte etabliert haben zusammen mit Universitäten in London, Barcelona und Rom.

Ja, es ist so: Uns fehlt die Anerkennung der Endokrinologie und Diabetologie als ein unverzichtbares Querschnittsfach.

Es gibt also auch zu wenig Geld zum Forschen?

In „Nature Medicine“ wurde 2006 die dafür ausgegebenen Mittel zwischen USA und der Europäischen Union und auch Deutschland verglichen. Das Verhältnis ist, obwohl wir in punkto Bevölkerung und Forschungsausgaben etwa auf einer Stufe stehen, 50:1 zugunsten der Vereinigten Staaten. Das erklärt vieles. Bedauerlicherweise wird hierzulande ein Mensch mit Diabetes nicht mit Empathie bedacht. Er findet keinen richtigen Rückhalt, ganz anders als in den USA. Dort wird viel mehr für dieses Thema geworben und es wird viel offensiver angegangen. Das ist der richtige Weg.



Elektronenmikroskopisches Bild einer Inselzelle. Die schwarzen Punkte sind die Insulingranula (Insulin und Zink). Zink ist der Kitt für die Granula und sollte auch der Kitt für die Diabetologen sein, denn Zinktransporter ist Autoantigen (Typ-1-Diabetes), der SNP des Zinktransporters ist ein Risikomerkmal für den Typ-2-Diabetes.

© Bernhard Böhm, Uniklinikum Ulm

Sind die Ursachen und Pathogenese von Diabetes schon hinreichend verstanden?

Es ist sehr viel verstanden, nicht überall im Detail. Wir haben ein grundlegendes Verständnis über die Risiken und Risikofaktoren, die zu einem Diabetes führen. Wir wissen eigentlich, wo das Problem liegt. Zu wenig Bewegung und falsche Ernährung sind die Hauptursachen. Natürlich spielen

genetische Faktoren eine gewisse Rolle, aber sie sind für sich nicht die dominanten Faktoren. Es ist vielmehr die Interaktion mit Genen, die für uns einmal einen Überlebensvorteil darstellten, die im Milieu moderner Gesellschaften die Kehrseite der Medaille anzeigen.

Woran hapert es dann?

Wir hätten eigentlich Konzepte. Zum Beispiel: Wir schaffen den Bus für die Studenten auf den Eselsberg (Anm. der Red: Uni und Unikliniken liegen in Ulm über der Stadt) ab, ebenso die Parkplätze und schwingen uns aufs Fahrrad. Dann hätten wir schon viel getan für die Gesundheit der Bevölkerung.

Es ist auch eine gesellschaftliche Frage, möglicherweise benötigt man zum Umsetzen ein Bonussystem. So naiv diese Vorschläge anmuten, in den USA wird dieses Konzept richtig aggressiv betrieben. In Kalifornien müssen Schulen für einen gesicherten Schulweg sorgen und werden nur dann vom Staat gefördert, wenn sie den Schulbus abschaffen, so dass Schulkinder laufen oder das Fahrrad nehmen müssen. Solche Einsichten müssen wir uns heute wieder mühevoll erarbeiten. Dabei liegt es so nahe, das zu tun.

Im British Medical Journal erschien kürzlich ein wichtiger Artikel zum Thema die Diabetes-Pandemie verhindern. Die wichtige Aussage: Bei allen Unsicherheiten in der Diagnostik und bei den Konzepten zur Prävention – wir dürfen nicht mehr warten, wir müssen handeln, auch wenn wir Unsicherheiten in Kauf nehmen.

Angesichts des steigenden Kostendrucks im Gesundheitswesen soll der Blick von der Behandlung von Krankheiten mehr auf die Gesundheitsförderung ausgerichtet werden. Am Beispiel Diabetes mellitus – welche Chancen und Risiken brächte ein solcher Paradigmenwechsel?

Das Problem sind die Krankenhauskosten. Aus den USA gibt es gute Zahlen, anders als hier. Dort muss inzwischen jeder dritte Dollar in den Diabetes investiert werden, in die direkten und indirekten Kosten der Erkrankung. Wir reden hier von Milliardenbeträgen, auch in Deutschland. Das Thema ist bestens durchgerechnet vom englischen Institut NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Dort wurde errechnet, was systematische Prävention kostet und was sie nutzt.

Es steht außer Frage: es wäre eine ideale Investition zur Kostenreduktion. Und: Es würde viel Leid wegnehmen, wenn man nur an die Diabetes-Patienten mit Dialyse-Behandlung denkt. Das gelingt nur über eine Gesundheitsvorsorge auf allen Ebenen. Gesundheitserziehung beginnt früh, in der Familie wie auch in Schule, Unis, Arbeitsleben.

Hier in der Region Schwaben wird hoffentlich bald das Konzept aufgegriffen, dass neben klassischer Prävention wie Rückenschule auch Stoffwechsel und Ernährung in allen Bereichen (Lebenswelten) aufgenommen wird.

Möglicherweise kommt es auch zum Schwur, wenn man erkennt, dass solche Prävention sehr viel Geld einspart.

Es lohnt sich somit in Prävention zu investieren. Das ist bei Diabetes nicht nur im Modell, sondern auch in der Praxis bereits überzeugend gezeigt worden. In England gab es größere Untersuchungen, hierzulande gibt es einzelne Gruppen. Möglicherweise schaffen wir es mit der Initiative zu einer „Helmholtz-Kohorte“ ebenfalls, ein sehr großes Kollektiv von mehr als 30.000 Personen aufzustellen, wobei der Stoffwechsel ein großes Thema spielen soll.

Angenommen, Sie hätten bei einer Fee drei Wünsche frei. Was würden Sie sich in Bezug auf Diabetes mellitus wünschen?

- Erstens: Dass das Thema in der Bevölkerung intensiver wahrgenommen wird. Da müssten uns vielleicht die Medien helfen. Warum gibt es beispielsweise nicht an zwei Wochenenden im Jahr für alle Bevölkerungsgruppen in einer gut verdaulichen Form Informationskampagnen? Ich erinnere mich an eine Aktion in Großbritannien, die Folgendes vermittelte: Wenn man in der Nacht Durst hat, liegt das nicht zwingend daran, dass ein Schluck Whiskey fehlt, sondern es könnte auch vermehrter Durst durch einen Diabetes sein. In dieser Kampagne gelang es, eine Vielzahl von Menschen mit Diabetes frühzeitiger zu erkennen.



- Zweitens: In der Diskussion um Kostenersparnis sollte man ein wenig mehr auf die Betroffenen hören und deren Sorgen verstehen. Das hätte Entwicklungspotenzial für neue Produkte und Dienstleistungen (Wie kann ich meinen Stoffwechsel kontrollieren? oder wie kann ich mein eingeschränktes Leben doch besser gestalten?).

- Drittens: Dass hier Ähnliches passiert wie in den USA, das dort zu einem Paradigmenwechsel in der Forschungsförderung geführt hat. Dazu gehört aber großer Mut. Der sehr einfache Ansatz: Alle, die in politischer Verantwortung stehen, lassen ihren Blutzucker messen. Das geschah im US-Senat mit verblüffendem Ergebnis: Die Zahl der Senatoren, die sich für Diabetes plötzlich aus persönlicher Betroffenheit interessierten, stieg stark an. Seit diesem Tag schoss die Forschungsförderung nach oben und eine Reihe von Programmen von der Grundlagen- bis zur klinischen Forschung wurde auf den Weg gebracht.

Wenn wir heute von Standardkonzepten in der Therapie von Diabetes Typ 1 und 2 sprechen, dann ist dies vor allem der US-Forschungsförderung geschuldet. Da ist das bevölkerungsreiche Deutschland eine ganz kleine Nation. Das ist sie deshalb geblieben, weil das Thema ignoriert wurde und weil möglicherweise Mut gefehlt hat, zur rechten Zeit das Richtige zu tun.

Die Fragen stellte Walter Pytlik.

---

## Fachbeitrag

15.05.2009

BioRegionUlm

© BIOPRO Baden-Württemberg GmbH

---

## Weitere Informationen

► [Universitätsklinikum Ulm-Endokrinologie](#)

---

## Der Fachbeitrag ist Teil folgender Dossiers



Diabetes, die immer noch unterschätzte Gefahr