



Der herzkranke Diabetiker
Stiftung in der Deutschen Diabetes-Stiftung

„Der herzkranke Diabetiker“ – richtiges Konzept, neue Daten, überfällige Versorgungsoptimierung



D. Tschöpe

Die Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“ (DHD) feiert im nächsten Jahr ihr 20-jähriges Bestehen. Bereits zur Gründungszeit war der Gedanke, die überwältigende epidemiologische Datenbasis, die die wechselseitige Betroffenheit von Diabetes- und Herzpatienten zeigt, versorgungsrelevant umzusetzen. Viele wissenschaftliche Fachgesellschaften haben inzwischen die Notwendigkeiten einer Reform der Versorgungsstrukturen in Leitlinienform teils wiederholt zusammengefasst, so die European Society of Cardiology (ESC) erstmals im Jahr 2007 und dann wieder im Jahr 2013.

Wechselseitiges Problem nicht gesehen, nicht verstanden oder verdrängt

Leider – so die Wahrnehmung unisono – wurde eine Durchdringung der Handlungsnotwendigkeiten, d. h. die Umsetzung auf Versorgungsebene nicht hinreichend erreicht, auch weil die Betroffenen das wechselseitige Problem nicht gesehen bzw. verstanden oder im Zweifelsfall verdrängt haben. Vor zwei Jahren überraschte die Düsseldorfer Epidemiologengruppe um Rathmann mit Daten aus der deutschen Versorgungsebene, dass knapp 15 % aller Todesursachen in Deutschland mittelbar und unmittelbar dem Diabetes zuzuschreiben sind, häufig

durch Endpunkte im kardiovaskulären System. Im krassen Gegensatz hierzu stand und steht die Wahrnehmung des Diabetes mellitus als ausschließlich metabolische Anomalie, die häufig genug nicht als krankheitswertig wahrgenommen und damit trivialisiert wird.

Herzinsuffizienz entwickelt Stellenwert einer eigenständigen Komplikation

Und nun kommen die Daten des schwedischen Diabetesregisters von Rawshani et al., die zeigen, dass diese Grundannahmen auch in der Versorgung eines diabetologisch besonders hochentwickelten Landes wie Schweden gültig sind, in hohem Maß von der Stoffwechsellkontrolle sowie insbesondere der Einstellung komorbider Risikofaktoren abhängen, aber insbesondere junge Typ-2-Diabetiker betreffen. Mehr noch: Es zeigt sich, dass im Gesamtspektrum koronarer Endpunkte die Herzinsuffizienz den Stellenwert einer eigenständigen Komplikation entwickelt und bei jüngeren hyperglykämischen Patienten (unter 55 Jahren, HbA_{1c} 9,7 %) bis zu knapp 6-fach gehäuft vorkommt.

Auch heute noch Lebenszeitverkürzung durch Diabetes

Die Daten des schwedischen Diabetesregisters von vielen Patienten im Vergleich zu entsprechend gematchten Kontrollen zeigen, dass die epidemiologischen Zusammenhänge auch für Typ-1-Diabetiker in Abhängigkeit des Manifestationsalters der Erkrankung gelten und erschreckend auch im Jahr 2018 zu einer

Lebenszeitverkürzung von über 10 Jahren (mit einer deutlichen Geschlechterdifferenzierung) führen. Die Gründe für die bis zu 4-fach erhöhte Mortalität können insbesondere im Herz-Kreislauf-System mit Blick auf die koronare Herzkrankheit (bis zu 30-fache Risikoerhöhung), den Herzinfarkt (bis zu 31-fache Risikoerhöhung) und die Herzinsuffizienz (bis zu 13-fache Risikoerhöhung) gesehen werden.

Kardiorenales Kontinuum

Interessanterweise fördern neben der Diabeseinstellung insbesondere die Albuminurie sowie die gesamt-komorbide Einschränkung der Nierenfunktion das Risiko für die genannten Endpunkte. Es kann also mit Recht im Zusammenhang beider Diabetesformen von einem kardiorenales Kontinuum gesprochen werden, das bei Typ-2-Diabetikern insbesondere von der Einstellung aller komorbiden Risikofaktoren, aber ganz besonders auch von der glykämischen Kontrolle abhängt. Für Typ-1-Diabetiker konnte mit den schwedischen Versorgungsdaten der Vorteil einer Insulinpumpentherapie über die Standard-ICT gezeigt werden. Diese Zusammenhänge dürfen in der genannten Größenordnung und Schärfe für Typ-1-Diabetes als neu betrachtet werden.

Patienten über ihren Risikogradienten aufklären

Zusammenfassend bestätigen die Beobachtungen des weltweit größten Surveillance-Projekts zur Therapie von Men-

schen mit Diabetes die Grundannahmen der klinischen Diabetologie, aber insbesondere auch das Konzept der Stiftung DHD. Es wird nun wesentlich darauf ankommen, diese Zusammenhänge breit zu kommunizieren und insbesondere Patienten über ihren Risikogradienten, der im Bereich onkologischer Erkrankungen liegt, aufzuklären und sie anzuleiten, eine angemessene Behandlung ihrer Komorbiditäten in allen Phasen der Erkrankung, vor allem in frühen Phasen, bei ihren Therapeuten einzufordern. Dieser Aufgabe hat sich die Stiftung DHD seit nunmehr 20 Jahren verschrieben.

Notwendige Ebenen in Versorgung und Wissenschaft zusammenführen

Es wird im Wesentlichen darauf ankommen, die notwendigen Ebenen in Versorgung und Wissenschaft zusammenzuführen, wie das jetzt erstmals durch ein von der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Kooperation mit der Stiftung DHD

und kardiologischer sowie diabetologischer Fachgesellschaft herausgegebenes Curriculum „Herz und Diabetes“ versucht wird. Nach unserem Start vor 20 Jahren dürfen wir nunmehr darauf hoffen, unter dem Druck der oben skizzierten epidemiologisch faktischen Datenlage und der daraus abgeleiteten finanziellen Konsequenzen erstmals eine Veränderung von Versorgungsstrukturen für herzkranken Diabetiker zu erreichen.

Kardiovaskulärer Komorbiditätsstatus zentraler Stratifizierer der Behandlung

Ein (weltweiter) Ausdruck der veränderten Versorgungsumgebung ist die aktuell vorgeschlagene Konsensusstrategie der American Diabetes Association (ADA) und der European Association for the Study of Diabetes (EASD), in der die Gesamterfassung des Komorbiditätsstatus insbesondere im kardiovaskulären System zum zentralen Stratifizierer

der Behandlung wird. Gleichzeitig wird bei der Vielzahl zur Verfügung stehender Behandlungsoptionen die Individualisierung des Therapieziels zwischen Verbesserung von Lebensqualität und Reduktion von Endpunkten zu einer patientenindividuellen Differenzierung der antidiabetischen Therapie führen. Auch wenn in der Konsequenz die hieraus folgenden Therapieschemata mittlerweile onkologische Komplexität annehmen, kann von einer entsprechenden Vorgehensweise eine signifikante Verbesserung der Prognose erwartet werden.

*Prof. Dr. Dr. h. c. Diethelm Tschöpe
Vorsitzender der Stiftung DHD
Herz- und Diabeteszentrum NRW,
UK UB
Georgstraße 11
32545 Bad Oeynhausen
E-Mail: info@stiftung-dhd.de*