

# Herausforderung Diabetes

**Bei bis zu einem Drittel der Patienten mit Diabetes Typ II besteht bei Diagnosestellung bereits eine Retinopathie. Sehverlust und Erblindung können nur durch Kooperation aller beteiligten Ärzte mit dem Ziel normnaher Blutzuckereinstellung und Blutdrucknormalisierung vermieden werden. Über die interdisziplinären Aspekte der Erkrankung sprachen wir mit Prof. Dr. Albert Augustin.**

## **Herr Professor Augustin, wie wichtig ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen bei der diabetischen Retinopathie?**

Extrem wichtig! Diabetes mellitus ist eine der großen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen für unser Gesundheitssystem. Eine bestmögliche Versorgung von Patienten kann nur durch gemeinsame Konzepte aller medizinischen Experten der Diabetesversorgung, der Kostenträger und der Gesundheitspolitik gelingen. Die Betreuung des Diabetikers ist deshalb eine interdisziplinäre Aufgabe, weil langfristig Lebenserwartung und Lebensqualität nur mit einem ganzheitlichen Konzept optimiert werden können. Wir arbeiten zusammen mit dem Internisten, Dermatologen und Neurologen – von uns und von dort werden, wenn notwendig, weitere Disziplinen hinzugezogen.

## **Macht diese Zusammenarbeit die Behandlung eines Diabetes-Patienten tendenziell teurer oder werden so eher die Kosten gesenkt?**

Auch wenn es am Anfang teuer erscheint, werden langfristig enorm Kosten eingespart. 6,5 Millionen Menschen in Deutschland haben einen Diabetes mellitus, die Tendenz ist steigend. Wird die Erkrankung unzureichend behandelt, erhöht sich das Risiko für schwere Folgeschäden wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Nerven- oder Nierenschädigungen, diabetische Retinopathie und Makulopathie. Eine frühzeitige und effektive Therapie ist daher von größter ökonomischer und gesundheitspolitischer Bedeutung.



**Prof. Dr. Albert Augustin  
ist Direktor der  
Augenklinik des  
Klinikums Karlsruhe**

## **Was muss zur Prophylaxe der Augenbeteiligung getan werden?**

Hier gibt es viel zu tun. Viele Patienten kommen sehr spät, was auf fehlende Aufklärung der Ärzte und Patienten hindeutet. Wir sind erst am Anfang der krankheitszentrierten Netzwerkbildung – es fehlen eindeutig die Anreize.

## **Betrifft die interdisziplinäre Zusammenarbeit „nur“ die konkreten Patienten oder gibt es auch eine entsprechende Forschung? Welche anderen Schwierigkeiten bestehen in der deutschen Wissenschaftslandschaft?**

Die Überwindung der Sektorgrenzen ist bisher nicht gelungen. Hier liegt sicher eine der größten Herausforderungen. Auch steht die Translationsforschung in Deutschland erst am Anfang. Hier müssen wir uns von Absichtsbekundungen zur direkten Projektüberprüfung begeben. Denn die Ziele einer solchen Forschung sind die Verbesserung von Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus und seiner Komplikationen. Daneben müssen wir dringend die epidemiologische Datenlage optimieren. Doch wie gesagt, das ist ein richtiger Notstand – interdisziplinäre und Translations-Forschung werden zwar häufig diskutiert, beantragt und gefördert ... nun benötigen wir Strukturen, die zukünftige relevante Ergebnisse auch ins reale Leben umsetzen helfen.

## **Wie wird die Interdisziplinarität bei Ihnen in Karlsruhe konkret umgesetzt?**

Die Patienten erhalten genaue Anweisungen und, falls gewünscht, auch Terminierungen mit den Fachdisziplinen. Bisweilen vereinbaren wir auch sofort Termine mit nicht-ärztlichen Institutionen wie Podologie, Bewegungstherapie und Ernährungsberatung.

## **Und wie reagieren die Patienten auf einen interdisziplinär ausgerichteten Ansatz?**

Ich habe den Eindruck, dass sie sich besser aufgehoben fühlen. Viele Menschen, die an Diabetes mellitus leiden, wissen einfach nicht um die zahlreichen Gefahren, die ihnen drohen.

**Vielen Dank für das Gespräch.**