

Gute Beziehung zwischen Arzt, Jugendlichen und Eltern wichtig

Jugendliche mit Diabetes Typ 1 – wenn sie dem Kinderarzt entwachsen

Die Diabetesregeln widersprechen dem Autonomiebestreben der Jugendlichen. Wir hören häufig Aussagen von Jugendlichen wie: «Lasst mich doch in Ruhe, ich habe kein Problem – meine Eltern haben ein Problem!» oder «Was morgen ist, ist mir egal!» Damit hier der Arzt als Entwicklungshelfer akzeptiert wird, braucht es eine gute Beziehung zum Jugendlichen und seinen Eltern. Sich diese vertrauensvolle Beziehung zu erarbeiten, muss von Anfang an das Ziel in der Diabetes-Betreuung sein.

Fallbeispiel

Corina, eine 13-jährige Jugendliche mit Diabetes seit dem Kleinkindalter, wurde im Alter von 9 Jahren auf eine funktionelle Insulintherapie eingestellt. Damals erfolgte die Umstellung vor allem, um die Essenszeiten besser auf ihr intensives Tennistraining abstimmen zu können. Seit circa einem Jahr verschlechtert sich die zuvor hervorragende Blutzuckereinstellung; vor 6 Monaten hat Corina ihren Tennissport aufgegeben. Inzwischen verweigert sie den Eltern Einblick in die Blutzuckermessungen, ein Kontrollheft führt sie nicht mehr. Die Mutter hat heimlich den Speicher des Blutzuckermessgerätes angeschaut und gesehen, dass nur selten Messungen stattfinden, die Werte sind dann meist sehr hoch. Im Wartezimmer sitzen Mutter und Tochter – die Stimmung ist deprimiert.

Das Beispiel ist klassisch. Es kommt häufig vor, dass Jugendliche mit Diabetes während der Pubertät die Kontrolle ihrer Erkrankung vernachlässigen, auch weil es schwierig ist, den Diabetes in den Alltag zu integrieren. Die jungen Erwachsenen wollen unter anderen Gleichaltrigen nicht aus der Reihe fallen und ihren Alltag flexibel gestalten, ohne jedes Mal die Insulindosis beim Ausgehen, Sport oder Essen anzupassen.

Alltag mit Diabetes

Auch wenn immer betont wird, dass Jugendliche mit einem Diabetes Typ1 praktisch alles machen können, was andere Jugendliche auch machen, so ist das an viel Wissen, Disziplin und eiserne Konsequenz geknüpft und wird von den Jugendlichen als grosse Einschränkung erlebt. Der Diabetiker muss vor jeder Mahlzeit seinen Blutzucker messen, die genaue Menge des Essens richtig einschätzen oder abwägen und die richtige Insulinmenge berechnen und spritzen. Dies ist für die Jugendlichen aus zeitlichen, vor allem aber auch aus sozialen und gruppendynamischen Gründen nicht einfach. So kann ein Jugendlicher, der mit seinen Kollegen an einen Fussballmatch oder ins Kino geht, nicht einfach Chips essen oder ein Bier trinken, ohne an seinen Diabetes zu denken. Jugendliche wollen nicht anders sein – der eigene Diabetes passt da nicht ins Bild und wird deswegen häufig ausgeblendet – „da messe ich lieber nicht, als zu sehen, wie schlecht ich bin“. Hier werden bei den



PD Dr. med. Udo Meinhardt
Zürich

jugendlichen Diabetikern plötzlich Probleme sichtbar, die bei anderen Jugendlichen mit dem Attribut „pubertätsbedingt“ eher durchgelassen werden.

Diabetesregeln und Autonomiebestreben

Für jeden Jugendlichen ist die Pubertät und Adoleszenz eine besondere Zeit. Der Körper verändert sich von Tag zu Tag, die eigene männliche oder weibliche Geschlechterrolle muss gesucht werden und auch die Beziehungen zu Eltern und zu Gleichaltrigen müssen neu definiert werden. Gleichzeitig mit Beginn der körperlichen Pubertätsentwicklung kommt es zu einer Bewegung aus der Familie hinaus, hinein in die Gruppen Gleichaltriger und Gleichgesinnter. Zusätzlich kommt in diesem Alter noch die Auseinandersetzung mit den schulischen Anforderungen und der Berufswahl dazu. Selbst bei körperlich gesunden Jugendlichen verursachen diese Herausforderungen Ambivalenz, Impulsivität und Gefühlsschwankungen. Ist zusätzlich noch ein Diabetes unter Kontrolle zu halten, resignieren manche Jugendliche, testen nur noch selten und spritzen unregelmässig. Diabetes heisst „lebenslänglich“. Die Auseinandersetzung mit einer chronischen Erkrankung erschwert zusätzlich die Identitätsfindung.

Blutzuckerschwankungen in der Pubertät

In der Pubertät kommt es bei allen Jugendlichen zu einer physiologischen Insulinresistenz, deswegen muss bei Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes die Insulintherapie regelmässig angepasst werden; die Pubertät führt also auch hier zu einer Destabilisierung, die zur Folge hat, dass die Blutzuckerwerte viel ausgeprägter schwanken. Eine wesentliche Rolle spielen dabei die veränderte Körperzusammensetzung und hormonelle Umstellungen: Zum einen bremsen Sexualhormone die Insulinempfindlichkeit, aber auch Wachstumshormon und Cortisol, die Gegenspieler vom Insulin sind, verursachen frühmorgendliche Blutzuckeranstiege. Der sich verändernde Lebensstil, das abendliche Ausgehen mit Kollegen, der Konsum alkoholischer Getränke, machen die Kontrolle des Diabetes zusätzlich schwieriger. Kommen noch Konflikte in der Schule hinzu, oder

ständige Diskussionen zuhause über zu hohe Blutzuckerwerte, lässt die Ausschüttung von Stresshormonen den Blutzuckerspiegel weiter ansteigen und schwanken. Diese Faktoren können sich gegenseitig so aufschaukeln, dass der Blutzucker Achterbahn fährt. Für den jugendlichen Diabetiker ist dann das Gefühl, den Diabetes nicht mehr unter Kontrolle zu haben, egal, was man tut, hoch frustrierend. Hier ist es die Aufgabe des Arztes, die jungen Patienten und natürlich auch deren Eltern rechtzeitig auf die zu erwartenden Blutzuckerschwankungen vorzubereiten. Kein Jugendlicher mit Diabetes sollte sich die Schuld an erhöhten Werten geben, nur weil er über die Auswirkungen der Pubertät auf den Stoffwechsel nicht informiert ist.

Der Arzt im Dreieck

Wenn man die Jugendlichen seit dem Kindesalter kennt, fällt der mit dem Älterwerden des Kindes notwendige Wechsel von der Arzt-Mutter(-Kind)-Beziehung hin zu einer Arzt-Jugendlicher(-Eltern)-Beziehung oft allen Beteiligten schwer. In der Regel melden die Eltern die Jugendlichen an und mindestens ein Elternteil begleitet sie zur Konsultation – in dieser Konstellation betreten die Jugendlichen in der Rolle des abhängigen Kindes die Bühne der ärztlichen Konsultation.

Vor dem Hintergrund der Entwicklungsaufgabe, sich vermehrt von den Eltern unabhängig zu machen und gerade auch in körperlichen Angelegenheiten autonomer zu werden, kann der Besuch

beim Arzt den jugendlichen Diabetiker in eine zweideutige Situation bringen. Die Krankheit der Jugendlichen steht im Widerspruch zur Ablösungsbewegung. Dem Arzt fällt dann die Aufgabe zu, durch sein Behandlungssetting und seine Haltung kompensatorisch dazu Angebote zu machen, die die reiferen Anteile der Jugendlichen und der Jugendlichen-Elternbeziehung ansprechen und unterstützen. Da Konflikte zwischen Jugendlichen und ihren Eltern die Regel und nicht die Ausnahme sind, ist es normal, dass auch in Bezug auf den Diabetes und die Konsultation beim Arzt Konflikte bestehen; es lohnt sich, diese anzusprechen.

Blutzuckermessung und Insulinpumpe

In der Behandlung und bei den ärztlichen Kontrollen haben die Blutzuckermessungen einen wichtigen Stellenwert und die Dokumentation ist nicht nur für den Arzt wertvoll. Ein Minimum von 4 Blutzuckermessungen pro Tag geben Auskünfte über den Blutzuckerlauf und ermöglichen eine Anpassung der Insulindosierung. Die Blutzuckermessung ist die einzige Möglichkeit, sich im Alltag zu orientieren. Darum steht im Zentrum, den jugendlichen Diabetikern altersgerechte Werkzeuge in die Hand zu geben, mit denen sie ihren Diabetes im Alltag effizient und gut kontrollieren können. Flexible Insulintherapien, zum Beispiel mit einer Insulinpumpe, eventuell sogar mit gleichzeitiger Injektion von Basalinsulin, aber auch moderne Blutzuckergeräte mit Datenspeicher, elektronischer Tagebuch- und Datenübermittlung erlauben den

Jugendlichen Flexibilität, Sicherheit und einen einfachen Kontakt zum Arzt. Im regelmässigen Austausch mit dem Arzt können so Therapieanpassungen vorgeschlagen und schwere Stoffwechsellageprobleme verhindert werden. In einer Studie wurden Typ-1-Diabetiker im Alter von 13 bis 21 Jahren verglichen, die entweder mit Insulinpumpentherapie oder mit intensivierter konventioneller Therapie behandelt wurden. Die Studie bestätigt den Pumpenträgern eine höhere Lebenszufriedenheit und eine geringere psychi-

sche Belastung durch die Insulintherapie. Neben einem tendenziell besseren HbA1c-Wert ist auch der Wissensstand bei den Pumpenträgern höher. Die Pumpe löst keine Probleme, sie macht aber vielleicht den Alltag einfacher. Eine bessere Stoffwechsellage soll schwere Hypoglykämien und potentiell lebensbedrohliche Ketoazidosen verhindern und den HbA1c-Wert verbessern. Wenn an den Entwicklungsaufgaben intensiv gearbeitet wird, darf beim Jugendlichen auch mal ein vorübergehend etwas schlechteres HbA1c toleriert werden. Das Ziel ist aber ein HbA1c < 7%; spätestens wenn der Wert > 9 % liegt muss überlegt werden, ob der richtige Weg eingeschlagen wurde.

Take-Home Message

- ◆ Jugendliche Patienten mit Diabetes und deren Eltern haben grössere Schwierigkeiten als andere Familien, den Prozess der Ablösung und Neuverhandlung der Beziehungen erfolgreich zu durchlaufen, weil die Jugendlichen wegen der mit der Krankheit verbundenen Sorgen oder Aufsichtsbedürftigkeit im Kinderstatus gegenüber den Eltern bleiben
- ◆ Die Eltern haben Angst, dem jugendlichen Kind die Verantwortung zu übergeben, und die Jugendlichen spielen ihnen gegenüber ihre Macht aus, die sie mit der Verbesserung oder Verschlechterung ihrer Symptomatik auf das Befinden der Eltern haben
- ◆ Hier kann dem Arzt die Rolle eines Entwicklungshelfers zukommen, der diese Ablösungsschwierigkeiten erkennen und dafür sorgen kann, dass die Jugendlichen mehr Verantwortung für sich selber übernehmen
- ◆ Dabei muss der Arzt vorgehen und selber den Jugendlichen in die Verantwortung nehmen, wobei er damit rechnen muss, dass sowohl der Jugendliche als auch die Eltern zunächst einmal Angst davor haben werden, die Zuständigkeiten und damit die Verantwortung neu zu verteilen

PD Dr. med. Udo Meinhardt

Pädiatrisch-Endokrinologisches Zentrum Zürich (PEZZ)
Möhrlistrasse 69, 8006 Zürich
Mail@pezz.ch

Interessenkonflikt: Der Autor hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur:

1. Lebensqualität und metabolische Kontrolle bei Patienten mit Typ-1-Diabetes im Jugendalter: Vergleich zwischen Insulinpumpe und intensivierter konventioneller Therapie. C. von Hagen, S. Bechtold, K. Tremml, S. Wex, H.-P. Schwarz: Diabetologie 2007; 2.: 238-247
2. Adoleszenz: Zum Umgang mit dem jugendlichen Patienten und seinen Eltern am Beispiel eines Diabetikers. Urs Eiholzer Prof. Dr. med., Udo Meinhardt, PD Dr. med., Jürgen Grieser, Dr. phil., Pädiatrisch-Endokrinologisches Zentrum Zürich (PEZZ)
3. Care of children and adolescents with Type 1 Diabetes, Diabetes Care , Volumen 28, 2005

KURZ & KNAPP

Der ophthalmologische Notfall

Die offensichtlichen ophthalmologischen Notfälle bieten der Hausarztpraxis kaum Probleme. Dies gilt beispielsweise für eine akute Visusminderung, Doppelbilder oder Traumata, die umgehend einer spezialärztlichen Betreuung zugewiesen werden müssen.

Das einseitig rote Auge kommt oft in der Praxis vor, ist per se kein Notfall, falls die vermutete Konjunktivitis oder das Hyposphagma richtig diagnostiziert wird. Differenzialdiagnostisch kommt aber auch eine Iritis oder Iridozyklitis in Frage. Wird diese nicht umgehend rechtzeitig richtig therapiert, drohen bleibende Schäden, vor allem eine irreversibel defekte Pupillomotorik infolge von hinteren Synechien. Des weiteren muss an eine herpetische Keratitis gedacht werden. In diesem Falle sind Kortisonpräparate absolut kontraindiziert. Sie führen zu einem Aufflammen des Infektes. Und dies wiederum kann zu irreversiblen Hornhautnarben führen. Daher ist von Kombinationspräparaten (Antibiotikum und Kortison) bei „Konjunktivitiden“ dringend abzuraten, wenn ein herpetischer Infekt nicht sicher ausgeschlossen werden kann, was eine gründliche Untersuchung erfordert.

Neu aufgetretene anamnestische Mouches volantes und oder Photopsien im Dunkeln und/oder ein bleibender Schatten sind immer ein Notfall, die Netzhaut sollte umgehend kontrolliert werden, um ein Netzhautforamen repektive eine Amotio retinae auszuschliessen.

Verätzungen sind immer ein Notfall. Besonders gefährlich sind Laugenverätzungen, die zu einer Kolliquationsnekrose führen und schwere tiefe Schäden verursachen. Wichtig ist die initial ausgiebige Spülung und das Ausräumen von Laugeresten durch das Ektropionieren, was bereits in der Hausarztpraxis durchgeführt werden muss.



Dieser Artikel erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, vielmehr geht es darum, auf einige wichtige Aspekte hinzuweisen, die, wenn nicht richtig und rechtzeitig erkannt und therapiert, zu irreversiblen Schäden führen können.

▼ Dr. med. Antje Walser, Zürich