

FRÜHERKENNUNG

Bundesrat fordert Teilnahmepflicht



Foto: Fotolia/John Kremer

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung in zwei Entschlüssen auf, einen Gesetzentwurf einzubringen, mit dem die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (U) beim Kinderarzt für alle Kinder im Alter von einem halben bis zu fünfeneinhalb Jahren unabhängig von ihrem Versicherungsstatus zur Rechtspflicht erhoben wird. Nach Vorstellungen des Bundesrates sollen die Früherkennungsuntersuchungen genutzt werden, um gesundheitliche Gefährdungen des Kindeswohls früher zu erkennen; das Untersuchungsspektrum soll um Merkmale von Vernachlässigung und Gewalt erweitert werden.

Ein Datenaustausch sollte es den Gesundheits- und Jugendbehörden ermöglichen, bei Eltern, die ihre Kinder nicht bei Früherkennungsuntersuchungen vorgestellt haben, nachzufassen. Besonders dringend ist nach Auffassung des Bundesrates ein verbindliches Einladungswesen für die U5 bis U9 durch die gesetzlichen Krankenkassen und den Sozialhilfeträger. Ebenso wichtig sei die Schaffung von Rechtsgrundlagen, um die Zusammenarbeit der gesetzlichen Krankenversicherung mit den zuständigen Stellen der Länder für die Durchführung der Einladungen zu ermöglichen. **PB**

CHIRURGIE

Kaum Nachwuchs

Immer weniger junge Ärzte wollen Chirurgen werden. Wegen schlechter Arbeitsbedingungen, unzureichender Vergütung und ungünstiger Zukunftsperspektiven sahen viele ärztliche Berufseinsteiger in der Chirurgie keine Zukunft mehr, sagte Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Steinau, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Nach einer repräsentativen Umfrage kommt nur noch für fünf Prozent des ärztlichen Nachwuchses eine

Weiterbildung im Fach Chirurgie infrage. Dies sei eine katastrophale Entwicklung, warnte Steinau. Denn bis zum Jahr 2020 werde der Bedarf an chirurgischen Eingriffen in Krankenhäusern um bis zu einem Viertel steigen.

Ursächlich für die mangelnde Attraktivität des Faches Chirurgie seien die veränderten Rahmenbedingungen, meint Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Generalsekretär der DGCH. Fremdbestimmung, ständig zunehmende fachfremde Aufgaben und überbordende Bürokratie seien das Ergebnis dieses Veränderungs-



Foto: Fotolia/Steve Clark

Die Attraktivität des Berufsbildes der Chirurgen will deren Fachgesellschaft verbessern.

prozesses. „Wir brauchen keine weiteren Analysen der Ursachen, sondern tragfähige Handlungsoptionen“, forderte Bauer. **SR**

THERAPIE BEI TYP-2-DIABETES OFT MANGELHAFT

Trotz Insulintherapie haben viele Typ-2-Diabetiker zu hohe Blutzuckerwerte. Grund dafür ist, dass sich Patienten und Therapeuten häufig zu spät für eine Insulintherapie entscheiden und dann nicht immer die passende Therapieform wählen. Darauf weist die Deutsche Diabetes-Gesellschaft anlässlich der Veröffentlichung einer bundesweiten Studie hin (Diabetologie 2006; 1: 366–73).

In Deutschland erhält jeder fünfte Diabetiker eine Kombinationstherapie aus oralen Antidiabetika-Tabletten und Insulin. Im Prinzip ist dies eine ideale Mischung. Dr. med. Petra Ott (Dresden) und weitere Wissenschaftler ermittelten in der „Diabetes-in-Germany (DIG)-Studie“ jedoch, dass Patienten mit der Kombinationstherapie die schlechtesten Blutzuckerlangzeitwerte haben. Die DIG-Studie ist eine repräsentative Stichprobe von 4 020 Diabetikern.

Sie untersucht, wie Diabetes-Patienten in Deutschland versorgt werden und welche Therapieformen am günstigsten für die Blutzuckerwerte sind. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die generell gute Versorgung der Patienten durch einen frühen Beginn der Insulintherapie verbessert werden könnte. Ott und ihre Kollegen führen die schlechten Ergebnisse der Kombinationstherapie darauf zurück, dass Ärzte den Beginn hinauszögern oder zu einer einmaligen Insulin-Injektion am Abend raten.

Postprandiale Blutzuckerspitzen bleiben bestehen

Diese „Bedtime-Therapie“ erzielt zwar – wenn sie mit Langzeit-Insulinen durchgeführt wird – eine über den gesamten Tag andauernde gleichbleibende Wirkung. Die kurzen, aber hohen Blutzuckerspitzen nach den Mahlzeiten

blieben jedoch bestehen, betonte Ott. Eine intensivierte konservative Insulintherapie (ICT) würde dies vermeiden. Sie setzt allerdings voraus, dass die Patienten vor jeder Mahlzeit ihren Blutzucker messen und lernen, den Bedarf abzuschätzen. Vielen Typ-2-Diabetikern ist das zu kompliziert. Für sie gibt es eine vereinfachte Form: die mahlzeitenbezogene Insulintherapie. Dabei spritzen sie nach festen Regeln vor den Mahlzeiten ein kurzwirkendes Kunstinsulin. Doch auch diese abgeschwächte Variante zur ICT wird zu selten eingesetzt. Ott sieht vor allem bei jüngeren Diabetikern Handlungsbedarf. Bei ihnen waren die Werte trotz Kombinationstherapie am schlechtesten. Dabei ist eine gute Blutzuckereinstellung bei jüngeren Patienten besonders wichtig. Sie sind wegen der langen Lebenserwartung am stärksten von den Spätfolgen des Diabetes betroffen. **zyl**