

Thalidomidschädigung und Diabetes: Eine Kombination mit möglichen unerwarteten Problemen.

Aus einer Publikation des Robert Koch Institutes (Stichprobenumfang Normalbevölkerung) ¹ geht hervor, dass die Häufigkeit des Vorliegens eines Diabetes mellitus (Typ I und Typ II) in der Gruppe der 40-49 jährigen noch unter 5% liegt, die der 50-59 jährigen bereits bei über 9%.

Insofern ist bereits statistisch gesehen damit zu rechnen, dass über 200 der Thalidomidgeschädigten heute einen Diabetes mellitus haben.

Der medizinischen Kommission sind derzeit keine ausgesprochenen Probleme aus der Kombination Diabetes und Thalidomidembryopathie bekannt, aus grundsätzlichen Überlegungen heraus sind diese jedoch zu erwarten und Betroffene sind herzlich eingeladen, der med. Kommission ihre Überlegungen und Erfahrungen mitzuteilen.

Mit folgenden Problemen ist bei der Kombination Schäden der oberen Extremität und Auftreten eines Diabetes mellitus zu rechnen:

- 1.) Management der Insulinspritzen / Ampullen mit vorgeschädigten Armen
- 2.) Nicht-Erreichen eines günstigen Körperbereiches für die typischen Injektionsstellen am Unterbauch bei ausgeprägter Phokomelie
- 3.) Schwierigkeit, die Dosiseinteilung am Insulin-Pen einzustellen, da das Gerät mit kurzen Armen nicht weit genug von den Augen fortgehalten werden kann um die zunehmende Altersweitsichtigkeit zu kompensieren und die kleine Skalierung auf dem Pen zu entziffern.
- 4.) Unmöglichkeit zur Durchführung der sehr wichtigen Fusspflege zur Vermeidung von diabetischen Fusschäden
- 5.) Schwierigkeit der Eigenblutzuckerbestimmung, da die Lanzetten usw. zur kapillaren Blutentnahme und das Blutzuckermessgerät nicht gehandhabt werden können.
- 6.) Schwierigkeiten, an Disease Management Programmen teilzunehmen weil:
 - a. Die Arztpraxis bei zusätzlicher Gehbehinderung nicht erreicht werden kann
 - b. Begleitende Untersuchungen wie die venöse Blutentnahme zur HBA1c Bestimmung sowie die Blutdruckbestimmung bei den verkürzten Armen grosse Schwierigkeiten bereitet.

Zusammenfassend muss damit gerechnet werden, dass es bei der Kombination von kurzen Armen und Diabetes mellitus zu einem Verlust der Rest-Autonomie kommen kann.

Bei der Schadensbemessung der Armschäden konnte damals dem Problem der Unmöglichkeit einer Blutzuckerselbstbestimmung und Insulineigentherapie selber durchführen zu können, nicht Rechnung getragen werden.

Zum Zeitpunkt der Erstellung der Schadenstabelle war eine differenzierte Blutzuckereigenbestimmung und autonome Insulin Selbsttherapie noch nicht bekannt.

¹ Publikation des Robert Koch Institutes 03/2011: Diabetes mellitus in Deutschland. Aus: Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Seite 2:
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2011_3_diabetes.pdf?__blob=publicationFile

Heutige Disease Management Programme erfordern eine Patienten Eigenleistung bei Diabetes mellitus, zu der die Thalidomidgeschädigten aufgrund ihres Conterganschadens vermutlich nicht in der Lage sein werden.

Nachtrag 30.10.13:

Da Diabetes ein sehr weitverbreitetes Problem ist, wird hier mit enormen Geldmitteln geforscht und gerade was die Therapie angeht, ist das mühsame Aufziehen von Insulinspritzen in den meisten Fällen längst Vergangenheit, aktuell sehr verbreitet sind kugelschreiberähnliche Geräte, in die eine Patrone mit Insulin eingelegt, an einem Rädchen oder Drehknopf die erforderliche Insulinmenge eingestellt und dieses dann mit einem einzigen Druck dann injiziert wird.

Weitgehend automatisierte Systeme, die automatisch den Blutzucker messen und dann eine vorgegebene Menge an Insulin über eine z.B. festimplantierte Pumpe abgeben, befinden sich in unterschiedlichen Stadien der Marktreife und können für die an den oberen Extremitäten Geschädigten zur Aufrechterhaltung der Autonomie einen wichtigen Beitrag leisten.