

S'trifft Dr. Michael Eckhard

Dr. Eckhard ist seit 2010 ärztlicher Leiter des Universitären Diabeteszentrums Mittelhessen mit Lehrauftrag an der Justus-Liebig-Universität und dem Universitätsklinikum Gießen-Marburg, Standort Gießen, sowie seit 2011 Chefarzt der GZW Diabetesklinik Bad Nauheim. Mit 51 Jahren ist er Vorsitzender der Hessischen Diabetes Gesellschaft, im Ausschuss Diabetologie DDG und im Vorstand der AG Fuß der DDG. Mit seiner Begeisterung für die Diabetologie möchte er Medizinstudenten und junge Kollegen anstecken.

Herr Dr. Eckhard, wo hatten Sie den ersten Kontakt mit Diabetikern oder der Diabetologie?

Das war 1986. Ich habe meinen 21monatigen Zivildienst in der Krankenpflege auf einer Station mit Diabetesschwerpunkt geleistet und war praktisch vom ersten Tag an auch in die Wund- und Fußversorgung eingebunden - also gleich volles Programm. Diabetes hat mich von da an nicht mehr losgelassen. Meine Lehrer in Gießen waren die Professoren Federlin, Bretzel und Laube, von dem ich später die ärztliche Leitung des Diabetesschulungszentrums übernommen habe.

Was war in Ihrer Ausbildungszeit besonders spannend für Sie?

Wir haben in Gießen zu diesem Zeitpunkt weltweit führend Forschung zur Inselzelltransplantation betrieben und 1992 die erste klinische Inselzelltransplantation in Deutschland vorgenommen. Ich hatte Rufbereitschaft, um geeignete Spenderorgane abzuholen. Das mußte schnell gehen und war meist mit Nachtschichten verbunden. Im Rahmen meiner Promotionsarbeit war es meine Aufgabe, das Verfahren zur Aufreinigung der Zellen für die Transplantation zu optimieren. Die Empfänger

kamen aus ganz Deutschland, meist mit Hypowahrnehmungsproblemen und/oder mit einem Nierenversagen.

Die gleichzeitige Transplantation von Inselzellen und Niere ist wegen der für die Niere ohnehin notwendigen Medikamente zur Immunsuppression ethisch eher vertretbar.

Nicht zuletzt führten Änderungen im Transplantations-Gesetz dazu, dass inzwischen in Gießen nur noch tierexperimentell an der Inselzelltransplantation weitergearbeitet wird. Die Transplantation von Inselzellen bei Menschen mit Typ-1-Diabetes erfolgt derzeit nur noch an der Universität Dresden.

Die Transplantation von Organen oder Zellen aus hirntoten Organspendern wird für die Diabetestherapie wohl auch künftig nur einem sehr ausgewählten Klientel zur Verfügung stehen.

Haben Sie heute noch Kontakt zu den damals zelltransplantierten Menschen?

Ja, zu Wenigen, deren Inseltransplantat auch noch nach 15 Jahren zumindest eine Teilfunktion zeigt. Allerdings spritzen diese Menschen zusätzlich Insulin, da der Bedarf durch die transplantierten Zellen nicht mehr komplett abgedeckt werden kann. Der Blutzuckerverlauf ist-

jedoch in der Regel deutlich stabiler als vor der Transplantation.

Welche Vorstellung von einer Heilung des Typ-1-Diabetes haben Sie?

Der Durchbruch könnte über die Regeneration aus Stammzellen kommen. Bis dahin freue ich mich über die großartige Weiterentwicklung technischer Möglichkeiten. Ziel ist ja, ein gutes Leben zu führen und Komplikationen möglichst zu verhindern. Die technische Lösung mit der Insulinpumpe in Verbindung mit einem Glukosesensor wird seit so vielen Jahren verfolgt und ist lange Zeit an einer zuverlässigen Sensortechnik gescheitert. Heute gibt es endlich Licht am Horizont und wir erleben erste Ergebnisse mit geschlossenen Systemen - Closed Loop. Das ist toll. Wir können, glaube ich, noch gar nicht ermessen, welchen Nutzen diese Technik für Kinder, Menschen mit hohem Bedarf an Flexibilität, aber auch für Alte und in stationären Einrichtungen behandelte Menschen haben wird. Dabei denke ich beispielsweise an das Monitoring auf Intensivstationen oder während einer Operation.

Die Versorgung älterer Typ-1-Diabetiker ist ein großes Thema und macht vielen Betroffenen Angst. Wie sieht Ihre Lösung dazu aus?

Von den Menschen, die stationär behandelt werden, sind 20% der zwischen 75- und 90-jährigen insulinpflichtig. Die Behandlungsfehler sind vorprogrammiert, da in den Köpfen vieler der im Krankenhaus arbeitenden Ärzte und Pfleger ein alter Mensch fast automatisch verknüpft wird mit Typ-2-Diabetes. Dabei kann schnell übersehen werden, dass bei Menschen mit einem Typ-1-Diabetes mit über 80 oder auch 90 Jahren das Weg-

lassen des Basalinsulins lebensgefährlich werden kann. Es braucht daher eine regelmäßige Schulung und Lehre. Und es ist unerlässlich, dass in Deutschland Lehrstühle für Endokrinologie und Diabetologie erhalten bleiben bzw. wieder neu etabliert und Chefarztpositionen mit Diabetologen besetzt werden.

Auch in der Geriatrie ist Diabetes eine große Herausforderung. Da braucht es individuelle Entscheidungen und individuelle Betreuung. Dabei können Technik und Digitalisierung helfen. Die Diabetologie könnte hier eine Vorreiterrolle übernehmen. Viele Bausteine sind schon vorhanden, sie müssen aufeinander abgestimmt und individuell programmiert eingesetzt werden. Es wird also darauf ankommen, was wir daraus machen. Die technische Entwicklung und der Zuwachs an Wissen sind derzeit gigantisch. Wir werden ohne die digitale Unterstützung gar nicht mehr auskommen. Angesichts der vielen Möglichkeiten und der rasanten Entwicklung, könnte ein neuer Luxus darin bestehen, bewußt auf etwas zu verzichten.

Werden wir irgendwann von Medizin-Robotern behandelt?

Selbst die erwähnten Closed loop-Systeme werden nie vollständig autark arbeiten. Ich habe keine Angst, dass Diabetesberater und Diabetologen dadurch überflüssig werden.

Natürlich wird die Digitalisierung zum Beispiel keine Fußbehandlung ersetzen können und auch nicht jeden persönlichen Patientenkontakt. Nach meinem Verständnis ärztlichen Handelns geht es eben nicht nur um das Erzielen besserer laborchemischer Werte oder äußerer Befunde, sondern um den ganzen Menschen als Einheit aus Körper, Seele und

Geist. Wie viel Einfluss unsere Psyche auf körperliche Funktionen hat, erleben wir immer wieder. Gerade auch bei der Diabetes-Einstellung spielt diese Beziehung eine wichtige Rolle.

Was fasziniert Sie heute bei Ihrer Arbeit so, dass Sie sich in der Weiterbildung junger Kollegen engagieren, um den diabetologischen Nachwuchs zu sichern? Die Diabetologie betrifft den Menschen als Ganzes und hat Bezüge zu fast allen medizinischen Disziplinen. Es ist ein unheimlich dynamisches Arbeitsfeld. Wir dürfen viel Weiterentwicklung, viele neue Therapiemöglichkeiten, patientenorientierte Medikamente und dankbare Patienten erleben. Als Arzt lebe ich davon, das ich positive Rückmeldungen meines Tuns von den Patienten bekomme. Ich kann etwas geben, das den Menschen gut tut. Das zu erfahren, tut wiederum auch mir gut.

Innerhalb meiner Dozententätigkeit an der Universität Gießen und Marburg bieten wir seit 2011 Diabetologie als Wahlfach an. Dies findet stets hohen Zuspruch. Seit 2009 gestalten wir seitens der Hessischen Diabetes Gesellschaft in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Hessen modulweise und industrieabhängig Fortbildungen „Aktuelle Diabetologie“. Daraus entwickelte sich das seit 2018 neue Fortbildungsangebot für Ärzte in den ersten drei Jahren ihrer Weiterbildung: „Intensiv-Seminar Diabetologie“. Durch den großen Erfolg stehen die Termine für 2019 bereits fest.

Das geht nicht ohne ehrenamtlichen Einsatz, der mir großen Spaß macht. Besonders freut mich, dass auch Kollegen mit derselben Einsatzfreude mitmachen.

Sie sind Chefarzt der Diabetesklinik Bad Nauheim und haben auch eine ambulante diabetologische Sprechstunde. Wie unterschiedlich sind die Menschen mit Diabetes, die Sie erleben?

Diabetes ist eine komplexe Erkrankung und betrifft nicht nur körperliche, sondern auch psychische und soziale Bereiche. Die sozialen Herausforderungen sind groß und werden voraussichtlich weiter zunehmen. Was den körperlichen Aspekt angeht, gibt uns zum Beispiel der Zustand der Füße einen guten Anhaltspunkt wie ein Mensch lebt. „Zeige mir Deine Füße, und ich sage dir, wer du bist!“

Wenn Menschen nach einem erlittenen Fußproblem viele Jahre ohne weitere Fußkomplikationen überstehen, liegt das in der überwiegenden Mehrzahl daran, das sich ein Mitglied der Familie liebevoll um die Füße kümmert. Meist ist es der Partner. Das kann neben der Fußpflege auch eine Wundbehandlung betreffen. Eine empathische Mitbehandlung zuhause kann kein Pflegedienst und keine Fußambulanz ersetzen. Es ist faszinierend, wie heilsam fürsorgliche Menschen füreinander sein können.

Der psychische Bereich dagegen ist viel komplexer. Bei einer schweren Depression, einer Eßstörung oder einer Sucht jeder Art geht dem bestem Kümmerer die Puste aus. Da ist oft professionelle, psychotherapeutische oder auch psychiatrische Hilfe notwendig.

Wir brauchen also Psychodiabetologen?

Nicht für alles, was einen Diabetiker zum Psychologen führt, braucht es zwingend die Zusatzqualifikation „Diabetologie“. Diese ist aber vielfach wünschenswert, weil Diabetes - wie schon erwähnt - eine

komplexe Erkrankung ist. Wenn ein Psychologe oder ein Psychotherapeut die diabetologischen Zusammenhänge gut kennt und ein gutes Maß an Erfahrung in der Betreuung von Menschen mit Diabetes besitzt, ist das sicher ein Vorteil für die Behandlung.

Was würden Sie tun, wenn Sie heute die Diagnose Diabetes bekämen?

Ehrlich gesagt, habe ich keine Ahnung, wie ich reagieren würde. Und ich habe hohen Respekt vor dem, was Menschen mit Diabetes leisten.

Wie teilen Sie einem Menschen die Diagnose Diabetes mit?

Wenn ich mit einem neu manifestierten Diabetiker spreche, frage ich in der Regel zuerst, was gerade in seinem Leben wichtig ist, wo er Schwierigkeiten hat, ob er einen Menschen mit Diabetes kennt, welche Erfahrungen und Ängste er mit dieser Erkrankung verbindet. Bei den vielen Informationen, die diese Menschen in den ersten Tagen nach der Diagnose erhalten und den Ahnungen oder Kenntnissen, die sie vielleicht schon haben, sind solche offenen Fragen von besonderer Bedeutung. Nur dadurch erhalte ich Informationen, was mein Gegenüber derzeit wirklich bewegt. Deshalb ist es wichtig, solche Dinge ganz am Anfang zu klären. Bei einem stationären Aufenthalt kommt durch den Kontakt zu anderen Patienten oft die Konfrontation mit Komplikationen der Diabeteserkrankung hinzu. Nicht selten geht es dann auch um Fragen nach der Schuld und ‚Warum ich?‘. Da muss erst einmal sehr viel individuell geklärt werden. Die Gestaltung der Zukunft und das eigene Aktivwerden bei der Therapie ohne Verbissenheit kommen als Aufgaben danach.

Dabei muss ich als Arzt auch im Kopf haben, dass meine Aussagen einen hohen Stellenwert für die Patienten haben im Vergleich zu dem, was nachgeschlagen, im Internet gefunden oder von Verwandten und Bekannten geraten wird. Mit meinen Worten kann ich eine Behandlung in die eine oder andere Richtung führen. Deshalb soll die Kommunikation zwischen Arzt und Patient so offen und informativ wie möglich sein, damit sich der Patient entscheiden kann.

Wie und wo sorgen Sie für einen Ausgleich zur Arbeit?

Ich bin in einem landwirtschaftlichen Betrieb groß geworden, diese Bodenständigkeit konnte ich mir, wie ich glaube, ganz gut bewahren. Deshalb möchte ich heute Abend auch auf der eigenen Obstplantage noch Kirschen pflücken. Mein Vater hat später umgeschult zum Krankenpfleger. Eine meiner Schwestern ist Krankenschwester geworden, die andere Hebamme. Da gibt es wohl eine familiäre Prägung, die stärkt und verbindet. Früh habe ich mich in der christlichen Jugendarbeit engagiert und mein Glaube trägt mich auch heute.