

So kommen Diabetiker sicher durch den Ramadan

Der Fastenmonat Ramadan beginnt 2010 voraussichtlich am 11. August und endet am 9. September. Möglich, dass Sie von einem Ihrer muslimischen Patienten mit Diabetes mellitus konsultiert und nach Verhaltensratschlägen gefragt werden. Dürfen Diabetiker überhaupt fasten, ohne gesundheitliche Folgen riskieren zu müssen? Stehen Medikamente auch auf der «Verbotsliste»? Möchte der Patient überhaupt fasten oder hofft er nur auf eine «medizinische Legitimation» zur Nichtteilnahme? Im folgenden Beitrag erfahren Sie, was Sie Ihren Patienten fragen sollten und wie sie ihn beraten können.

BMJ

Zunächst einmal sollten Sie versuchen, taktvoll zu erkunden, ob es dem Patienten überhaupt ernst ist mit seiner Fastenabsicht (was meistens der Fall ist) oder ob er darauf hofft, dass Sie seine «Ramadan-Verweigerung» quasi medizinisch absegnen, schreibt Aziz Sheikh von der Universität Edinburgh im «British Medical Journal». Sie sollten ihm gegebenenfalls erklären, dass die Entscheidung letztlich bei ihm liegt, dass Sie ihm aber im Falle seiner Ramadan-Teilnahme helfen werden, diese Umstellung sicher zu gestalten.

Der Koran schreibt vor, dass während des Ramadan von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang nichts gegessen und getrunken werden darf. Was die Einnahme von Medikamenten angeht, gehen die Auffassungen der islamischen Schriftgelehrten auseinander. Sie sollten also Ihren Patienten nach dessen persönlicher Ansicht fragen.

Bei einem gut eingestellten Diabetes ist Fasten in der Regel möglich, und auch die Einnahme von Medikamenten lässt sich

auf die Nachtstunden verlegen. Ist der Diabetes schlecht eingestellt oder bestehen Komplikationen, könnte es gefährlich werden. Das sollten Sie Ihrem Patienten auch mit Nachdruck mitteilen. Er sollte dann auch wissen, dass er bei gesundheitlichen Risiken vom Fasten befreit ist, und Sie sollten ihm raten, einen religiösen Führer aufzusuchen, um sich dies bestätigen zu lassen.

Hat der Patient bereits Erfahrungen mit dem Fasten als Diabetiker, sollten Sie ihn fragen, wie es ihm dabei ergangen ist.

Ernährung

Falls Sie die Möglichkeit haben, sollten Sie für die Ernährungsberatung eine Diätassistentin, die sich mit kulturellen Besonderheiten auskennt, hinzuziehen.

Raten Sie Ihrem Patienten, kurz vor Sonnenaufgang und bei Sonnenuntergang Nahrungsmittel mit hohem Faseranteil (Vollkornprodukte, Früchte, Gemüse) und niedrigem glykämischen Index (Bohnen, Hülsenfrüchte) zu sich zu nehmen. Nahrungsmittel mit hohem glykämischen Index sollte er in der ersten halben Stunde nach Einnahme seines Medikaments meiden, damit der Blutzucker nicht zu steil ansteigt. Traditionellerweise werden zum Fastenende Datteln verzehrt. Mehr als drei davon sollte er dann nicht essen.

Wird der Blutzucker allein mit Diät kontrolliert und ist darunter gut eingestellt, ist Fasten als sicher zu beurteilen.

Patienten, die orale Antidiabetika einnehmen, sollten insbesondere vor und nach den Mahlzeiten bei Sonnenaufgang beziehungsweise Sonnenuntergang jeweils ihren Blutzucker messen. So können sie ihre Therapie bedarfsgerecht anpassen (s.u.).

Merksatz

- Während des Fastenmonats Ramadan darf erst nach Sonnenuntergang gegessen und getrunken werden.
- Bei einem gut eingestellten Diabetiker ist Fasten während des Ramadan möglich, wenn dabei einige Änderungen der Therapie beachtet werden.
- Bei Komplikationen oder schlecht eingestelltem Diabetes kann es gefährlich werden.

Informationen zum Ramadan

Der Ramadan (übersetzt: «Sommerhitze») ist der neunte Monat des islamischen Mondkalenders und der islamische Fastenmonat. Den Anfang des Ramadan zeigt die Sichtung der neuen Mondsichel am Ende des letzten Tages/in der letzten Nacht des Vormonats an. Der eingangs angegebene Ramadan-Zeitraum ist daher nicht ganz sicher, sondern voraussichtlich und basierend auf einer möglichen Sichtung der Mondsichel in Europa.

Zum Fasten ist jeder Muslim verpflichtet, der in vollem Besitz seiner Geisteskräfte, volljährig und physisch dazu imstande ist. Schwangere Frauen und Kranke sowie Kinder vor Erreichen der Pubertät sind zum Fasten nicht verpflichtet. Schwangere Frauen und Kranke müssen die versäumten Tage jedoch nach Wegfall der Gründe nachholen.

Orale Antidiabetika

Um das Risiko von Hypoglykämien zu minimieren, sollte der Patient bei der Einnahme oraler Antidiabetika Folgendes beachten:

- Langwirksame Sulfonylharnstoffe sollten durch kurzwirksame oder durch Metformin oder beides ersetzt werden.
- Erhält der Patient nur eine Tagesdosis, sollte er diese mit der Mahlzeit bei Sonnenuntergang einnehmen.
- Bei zwei oder drei Dosen sollte er die Hälfte der Abenddosis vor Sonnenaufgang und die normale Morgen- sowie gegebenenfalls die Mittagsdosis nach Sonnenuntergang einnehmen.

Insulin

Ist der Patient auf Insulin eingestellt und erhält eine Tagesdosis, sollte man auf ein Regime mit zwei Dosen umsteigen. Erhält er bereits zwei Dosen, sollte er die Hälfte der Abenddosis vor Sonnenaufgang und die ursprüngliche Morgendosis nach Sonnenuntergang spritzen.

Bei einem Basis-Bolus-Therapieschema empfiehlt es sich, die langwirksame Komponente um ein Drittel zu reduzieren und die übriggebliebenen zwei Drittel dann in zwei gleiche Dosen aufgeteilt zu den beiden Mahlzeiten zu Sonnenauf- und -untergang zu spritzen. Die rasch wirksame Komponente wird wie üblich gespritzt, wobei der Patient aber die Mittagsdosis weglassen sollte.

Wichtige Hinweise

Der Patient sollte wissen, dass er ständig Traubenzucker dabei haben sollte, um leichte Hypoglykämien behandeln zu können. Machen Sie ihm ausserdem nachdrücklich klar, dass er in solchen Notfallsituationen das Fasten unterbrechen muss und auch darf.

Ermuntern Sie Ihren fastenwilligen Diabetiker zu moderater körperlicher Aktivität.

Spätestens eine Woche vor Fastenbeginn – bei auftauchenden Fragen oder Unsicherheiten auch früher – sollte sich der Patient nochmals in der Praxis vorstellen. ■

Vera Seifert

Quelle: Aziz Sheikh et al.: Ramadan fasting and diabetes, BMJ 2007; 335: 613-614.

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 12/2009. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autorin.

LESERMEINUNG

Editorial in *Ars Medici* 22/09 vom 6. November 2009

Populär aber zweifelhaft – Todesfallzahlen als Gradmesser für Erfolg oder Misserfolg?

Im Editorial von Renate Bonifer, das sich auf einen Artikel von Laura Esserman, Yieweh Shieh und Ian Thompson, erschienen in der Zeitschrift JAMA*, bezieht, wird bedauert, dass die Screening-Programme in den USA für Mammografie und PSA die Anzahl tumorbedingter Todesfälle nicht im erwarteten Mass gesenkt hätten. Diese Feststellung ist letztlich irrelevant. Entscheidend ist doch die Anzahl der Todesfälle pro Altersgruppe. Wenn es gelungen ist, die Zahl der Todesfälle durch Mamma- und Prostatakarzinome in höhere Altersgruppen zu verschieben bei gleich bleibender Todesfallrate, dann wurde dennoch sehr

viel erreicht. Die Zahl der Todesfälle an Herzversagen sinkt in Todesfallstatistiken auch nur unbedeutend. Aber das Ereignis des versagenden Herzens wurde allein in den letzten 30 Jahren durch Diagnostik und Therapie um ein Jahrzehnt nach oben verschoben. Todesfallstatistiken ohne Angaben über die relative Sterblichkeit innerhalb von Altersgruppen sind deshalb wenig aussagekräftig.

Dr. med. Walter Grete, Bachenbülach

*JAMA 2009; 302: 1685-1692