Zum Schutz von Leber und Niere

Betagte Diabetiker individuell therapieren

Etwa jeder Fünfte, der die 75 überschritten hat, leidet an Diabetes. Kommen weitere Krankheiten und altersbedingte Einschränkungen hinzu, ist bei der Behandlung Flexibilität gefragt.

Leitlinien allein reichen oft nicht aus, um betagte Patienten adäquat zu behandeln. Welche Besonderheiten bei geriatrischen Diabetikern zu beachten sind, hat Dr. Jürgen Wernecke, Hamburg, in der Zeitschrift „Der Diabetologe“ zusammengefasst.

Einteilung in drei Gruppen

Je nach funktionellen Defiziten und Begleiterkrankungen können Senioren mit Diabetes in drei Gruppen eingeteilt werden:

- Gruppe 1: Gesund alternde Menschen („Go go“) sind noch mobil und werden wie jüngere Diabetiker behandelt.
- Gruppe 2: Patienten sind motorisch-funktionell eingeschränkt und gelten bereits als geriatrisch („Slow go“).
- Gruppe 3: Patienten sind immobil und extrem eingeschränkt („No go“).

Für Patienten der Gruppen 2 und 3 sollte ein interdisziplinärer Therapieansatz gel-

ten, in dessen Rahmen neben Leitlinienempfehlungen auch Aspekte wie Lebensqualität, Funktionsstatus und Patientenwünsche eine Rolle spielen. Gemeinsam mit dem Senior sollte ein Stoffwechselziel formuliert werden, das diese Punkte berücksichtigt. Symptomfreiheit und die Verhinderung akuter Komplikationen sollten im Vordergrund stehen, was mit einem HbA1c <8,0% erreicht werden kann. Besteht der Diabetes bereits lange und liegen kardiovaskuläre Komplikationen vor, wird ein HbA1c-Zielwert zwischen 7% und 8% sowie ein präprandialer Blutzucker von 150–180 mg/dl angestrebt.

Derzeit empfehlen internationale Fachgesellschaften im Wesentlichen übereinstimmend mit der Praxisleitlinie der DDG, eine medikamentöse antihyperglykämische Therapie erst dann zu beginnen, wenn die Nüchtern glukose mehrfach > 108 mg/dl liegt. Allerdings sollte dieser

Wert auch nicht unterschritten werden. Selbst leichte Hypoglykämien <90 mg/dl sind zu vermeiden. Im Tagesverlauf sollen die Werte nicht > 198 mg/dl ansteigen.

Medikation übersichtlich halten

Wegen der eingeschränkten Fähigkeiten geriatrischer Patienten sollte die Medikation möglichst übersichtlich sein und dem Prinzip „start low, go slow“ folgen. Ist eine ausreichende Blutzuckerkontrolle mit nicht medikamentösen Maßnahmen und oralen Antidiabetika nicht möglich, kann zunächst Insulin kombiniert werden.

Wenn die Zielwerte auch dann noch verfehlt werden, wird bei regelmäßigen Mahlzeiten und konstanter Bewegung zu einer konventionellen Insulintherapie geraten. Bei unregelmäßiger Nahrungsaufnahme ist eine supplementäre Insulintherapie (3-mal täglich kurz wirksames Insulin präprandial) angebracht. Die intensivierte Insulintherapie eignet sich nur für Patienten ohne funktionelle oder kognitive Einschränkungen. Zwar besteht bei der Behandlung mit insulinotropen oralen Antidiabetika oder Insulin eine hohe Hypoglykämiegefahr. Ist jedoch das Therapieziel anders nicht erreichbar, scheinen dennoch viele Hochbetagte von einer frühzeitigen Insulintherapie zu profitieren. Häufig ermöglicht diese erst wieder eine anabole Stoffwechsellaage, sodass der Patient an Kraft, Mobilität und Kognition zulegen kann. Altersangepasste Schulungsprogramme wie das SGS (strukturiertes geriatrisches Schulungsprogramm) gelten dabei als effektive Therapiebasis.

Auch bei betagten Patienten sollte ein jährliches Screening auf mikrovaskuläre Folgeerkrankungen stattfinden. Bei Polyneuropathie oder arterieller Verschlusskrankheit soll zudem eine tägliche Fußkontrolle erfolgen. Die Behandlung und Prävention makrovaskulärer Folgeerkrankungen muss den individuellen Risiken angepasst werden.

(Christine Starostzik)

Mehrfachmedikation hauen im Alter richtig rein – „start slow, go slow“ schützt Leber und Niere.