Bewegung als Basistherapie

Diabetes: Sterblichkeit durch Sport halbiert

Zur ersten Stufe der leitliniengerechten Behandlung von Patienten mit Typ-2-Diabetes zählt die „Steigerung der körperlichen Aktivität“. Sie hat den gleichen Stellenwert wie Schulung und Ernährungstherapie. Das geforderte Pensum ist relativ niedrig, der Effekt überzeugend.

Körperliches Training kann die glykämische Kontrolle bei Typ-2-Diabetes ebenso effektiv verbessern wie ein orales Antidiabetikum. Erstaunlicherweise gelingt dies schon mit moderaten Trainingseinheiten. So lautet die Leitlinienempfehlung mit Evidenzgrad A: „Mindestens 150 Minuten pro Woche an moderat intensiven anaeroben Ausdauerbelastungen, also 50–70% der maximalen Herzfrequenz“ [1]. Dieses Trainingspensum sollte auf mindestens drei Tage pro Woche verteilt werden, ohne Trainingspausen über drei Tage.

Allen, die keine Kontraindikationen gegen Krafttraining haben, wird dies ans Herz gelegt und zwar zweimal pro Woche. Trainiert werden kann sowohl an Geräten als auch mit freien Gewichten, wahlweise mit Widerstandsbändern kombiniert. „Wichtig ist die Einführung in die richtige Übungstechnik und die Kontrolle der korrekten Durchführung, um eine ausreichende Trainingseffizienz bei minimalem Verletzungsrisiko zu gewährleisten“, erklärte Prof. Dr. Andreas Nieß von der Abteilung Sportmedizin der Universität Tübingen.

Körperliche Aktivität kann Hypoglykämierisiko bergen

Die positiven Wirkungen des körperlichen Trainings sind in zahlreichen Studien belegt: So konnte mittels körperlicher Aktivität die Gesamtmortalität bei über 3000 Männern mit Typ-2-Diabetes halbiert werden. „Ferner können das HbA_{1c} gesenkt, das Körpergewicht redu-

ziert, die Körperfettverteilung und die koronare Endothelfunktionen verbessert werden“, betonte Nieß.

Angesichts dieser positiven Effekte bleibt die Frage, warum nicht mehr Betroffene 150 Minuten pro Woche absolvieren. Ein Punkt könnte die Angst vor Hypoglykämien sein, die seit Jahrzehnten im Zusammenhang mit insulinotropen Antidiabetika diskutiert wird. So steigern Sulfonylharnstoffe und Glinide die Insulinfreisetzung – unabhängig vom jeweiligen Blutzuckerstatus. Das höchste Hypoglykämierisiko birgt Gli-

benclamid, das heute allerdings immer seltener verordnet wird. Im Vergleich dazu treten Unterzuckerungen bei Glimperid sowie dem kürzer wirkenden Repaglinid deutlich weniger auf. Dennoch sollte der Blutzucker routinemäßig kontrolliert werden. „Bei einem Blutzucker unter 100 mg/dl vor Belastungsbeginn helfen 15–30g Kohlenhydrate vor dem Training“, so Nieß. Bei täglichen Belastungen ist keine Dosisanpassung notwendig.

Bei ungewohnten Belastungen regelmäßig Blutzucker messen!

Andere orale Antidiabetika wie Metformin bergen in der Praxis so gut wie kein Hypoglykämierisiko. Allerdings gibt es Hinweise, dass Patienten unter Metformin-Einnahme auch nicht die gewünschten positiven Effekte des Sporttrainings erzielen. Die trainingsinduzierten Verbesserungen des HbA_{1c} und der Nüchternglukose bleiben aus [2].

Woran dies liegt, ist noch ungeklärt. In jedem Fall sollten alle Diabetiker, die Insulin spritzen, sich genau an die ärztlichen Anweisungen und die Vorgaben aus der Schulung halten. „Generell ist es wichtig, bei ungewohnten Belastungen, vorher, während sowie nachher den Blutzucker zu messen“, erklärte Dr. Gerhard-Walter Schmeisl aus Bad Kissingen. Sport wirkt nach und kann bis zu 12 Stunden später noch eine Hypoglykämie verursachen.

Dr. Ellen Jahn

Ran an die Hanteln!

© Alexander/stock.adobe.com

Literatur

[1] Foundations of Care. Diabetes Care 2015;38

(Suppl.1): S20-30

[2] Boule et al. Diabetologia 2013;56: 2378-2387

Gemeinsamer Kongress für Sportmedizin und kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) und der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (DGPR), September/Oktober 2016 in Frankfurt/M., Sitzung „A2 „Diabetes im Fokus – Bewegung und Ernährung“