Individuelle Behandlungsziele

Diabetestherapie bei alten Menschen „ist anders“

Abhängig von der Gebrechlichkeit sind bei alten Diabetikern die Therapieziele zu lockern. Hohe Priorität haben Hypoglykämievermeidung und Lebensqualität.

Manuelle und kognitive Fähigkeiten lassen sich mit dem Geldzähltest abschätzen.

In der Regel haben zwei Therapieziele bei Patienten mit Typ-2-Diabetes oberste Priorität: Die Behandlung soll Langzeitkomplikationen wie mikro- und makrovaskuläre Schäden vorbeugen und die Patienten sollen ihr Körpergewicht reduzieren. „Bei alten Patienten ist das anders“, betonte Dr. Daniel Kopf von der Geriatrischen Klinik am Marienkrankenhaus in Hamburg beim DGIM-Kongress. So rückt das Ziel einer Prävention von Langzeitschäden mit fortschreitendem Lebensalter immer weiter in den Hintergrund. Und eine Gewichtsreduktion schadet im Alter sogar häufig: Besonders gebrechliche Senioren sind zunehmend durch Untergewicht gefährdet und alte Menschen mit Normalgewicht (BMI unter 27) haben nach Studiendaten ein etwas höheres Sterberisiko als solche mit etwas Übergewicht.

Bei zuckerkranken alten Menschen rücken daher andere Ziele der antidiabeti-

schen Therapie in den Vordergrund. Besonders wichtig ist die Vermeidung von Hypoglykämien. Unterzuckerungen begünstigen Stürze und können zur Demenzentwicklung beitragen. Ziel ist es zudem, die Progression bereits vorhandener Folgeschäden wie den diabetischen Fuß oder die Retinopathie zu hemmen. Eine Gewichtsreduktion ist dagegen vor allem bei gebrechlichen Senioren zu vermeiden. Hier rückt insbesondere eine gute Lebensqualität in den Vordergrund: Hyperglykämien mit Polyurie und Exsikkose sind daher zu vermeiden. Auch ist die Komplexität der Therapie dem Auffassungsvermögen des Patienten anzupassen.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) rät, abhängig von der Verfassung alter Patienten, die antidiabetischen Therapieziele zu lockern. Bei kalendarisch alten, aber nicht-geriatrischen Patienten („go-goes“) wird dabei ein HbA_{1c} -Ziel unter 7,5% empfohlen. Bei hilfsbedürftigen geriatrischen Patienten mit leichten Handicaps („slow-goes“) sind danach Werte bis 8% und bei hilflosen geriatrischen Patienten mit schwersten Handicaps („no-goes“) bis 8,5% zu vertreten.

„Time up and go test“ und „Geldzähltest nach Nikolaus“

Um die Therapieziele festzulegen ist dabei ein geriatrisches Assessment nötig. Zur Abschätzung empfiehlt der Geriater den „Time up and go test“: Dabei wird die Zeit gestoppt, die der sitzende Patient benötigt, um aufzustehen, drei Meter zu laufen, zurückzukehren und sich wieder setzen. Auswertung: Fitte alte Menschen

brauchen hierzu weniger als zehn Sekunden, sehr gebrechliche über 20 Sekunden.

Manuelle und kognitive Fähigkeiten lassen sich darüber hinaus mit dem „Geldzähltest nach Nikolaus“ abschätzen. Dabei bekommt der Patient eine geschlossene Geldbörse mit Münzen und Scheinen (je 1 x 5 Euro, 2 Euro, 50 Cent sowie 2 x 1 Euro und 3 x 10 Cent). Gestoppt wird die Zeit, bis der Patient das Geld hervorgeholt und richtig gezählt hat. Werte unter 45 Sekunden deuten dabei auf fitte Senioren, Werte über 70 Sekunden auf sehr gebrechliche. Hiermit lässt sich zum Beispiel eruieren, ob ein Patient noch eine Insulintherapie selbst vornehmen kann.

Welche Präparate sind geeignet?

„Zur Therapie alter Diabetiker sollte man Präparate mit geringem Hypoglykämierisiko auswählen und dabei auch eine eventuelle Nierenschädigung berücksichtigen“, betont Kopf. Metformin ist auch hier das Mittel der ersten Wahl. „Auch DPP-4-Hemmer scheinen günstig“, so der Geriater: Es gibt Daten aus Endpunktstudien, sie sind geeignet bei Niereninsuffizienz und haben einen gewichtsneutralen Effekt. SGLT2-Hemmer seien hingegen nur für fitte und adipöse Senioren geeignet, zu vermeiden sind sie bei Exsikkose und Untergewicht. Die Therapie mit Insulin ist komplex und wenn möglich, ist eventuell sogar eine Umstellung auf orale Antidiabetika zu erwägen. In Pflegeheimen sei die postprandiale Insulintherapie mit schnellwirksamen Analoga eine gute Strategie. „Nach der Mahlzeit wird das aufgenommene Essen abgeschätzt und die Insulinmenge daran angepasst“, so Kopf. Er betont jedoch: „Hierzu braucht man sehr gut geschultes Pflegepersonal“.

Wolfgang Geissel

basierend auf: Kopf D: Individuelle Therapie(ziele) bei geriatrischen Patienten. 123. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) 2017, Mannheim