

Blutzuckereinstellung bei Typ-2-Diabetes

So steigern Sie die Adhärenz Ihrer Patienten

Eine schwierig einzustellende Typ-2-Diabetes-Erkrankung ist eher selten. Wenn Diabetiker schlecht eingestellt sind, ist meist die schlechte Adhärenz der Grund. Diese zu verbessern, ist bekanntermassen kein einfaches Unterfangen. Dennoch gibt es verschiedene Strategien, mit denen die Motivation gesteigert werden kann. Ein paar Tipps dazu gab Dr. Beat Wiesli am FOMF Diabetes in Zürich.

Wichtig ist es, die intrinsische Motivation zu steigern. So bringt dieser innere Antrieb beispielsweise Frauen in der Schwangerschaft dazu, ihre Diabetestherapie strenger einzuhalten. Bei Männern sei es der drohende Verlust des Führerscheins, der einen Motivationsschub bewirken könne, berichtete Wiesli. Auch die Nachricht, dass gut eingestellte Diabetesprieten weniger schwer an COVID-19 erkranken, hat bei einigen Diabetesprieten die Bereitschaft erhöht, ihren Therapieplan besser einzuhalten.

Des Weiteren können Studiendaten veranschaulichen, dass es sich durchaus lohnt, den Lebensstil anzupassen. Beispielsweise zeigte eine grosse Beobachtungsstudie, dass körperliche Fitness das Leben verlängern kann, egal wie korpulent der Patient ist. In der Studie wurden die Fitness und die Körperzusammensetzung von fast 22 000 Männern zwischen 30 und 83 Jahren getestet. In der 8-jährigen Beobachtungszeit ereigneten sich 428 Todesfälle, davon 144 kardiovaskulärer Natur. Bei näherer Betrachtung zeigte sich, dass das kardiovaskuläre Risiko von nicht fitten Männern viel höher ist als dasjenige von fitten schlanken oder fitten adipösen. Gleichermassen haben fitte gegenüber nicht fitten Adipösen ebenfalls ein tieferes Mortalitätsrisiko, Gleiches war auch für Schlanke zu beobachten (1). Sich mehr zu bewegen, ist demnach eine von Erfolg gekrönte Investition in ein längeres Leben.

Eine zweite Studie eigne sich ebenfalls dazu, die Vorteile einer guten Therapieadhärenz zu veranschaulichen, so

Wiesli. In der schwedischen Kohortenstudie mit über 270 000 Patienten mit Typ-2-Diabetes wurde das kardiovaskuläre Risiko anhand von fünf modifizierbaren Risikofaktoren – HbA_{1c}, LDL, Blutdruck, Nikotinkonsum und Albuminurie – während 5,7 Jahren gemessen. Dabei zeigte sich Erstaunliches: Bei Typ-2-Diabetes-Patienten, bei denen alle fünf Risikofaktoren innerhalb der Zielwerte rangierten, war das kardiovaskuläre Mortalitätsrisiko gleich hoch wie bei Patienten ohne Diabetes (2). Damit lohne es sich also sehr konkret, sich in dieser Hinsicht Mühe zu geben, so Wiesli.

Medikamentenliste straffen

Doch auch auf der medikamentösen Ebene gibt es Ansatzpunkte zur Steigerung der Adhärenz. Beispielsweise könne darauf geachtet werden, die Anzahl von einzunehmenden Tabletten zugunsten von Kombinationspräparaten zu senken, riet Wiesli. In der Regel reichen 3 bis 4 Medikamente, mehr Tabletten verschlechtern eher die Compliance. Bei der Wahl der Antidiabetika ist es sinnvoll, in Medikamentenklassen zu denken und diese optimal miteinander zu kombinieren. Kombinationen sind beispielsweise von DPP-4-Hemmern und SGLT2-Hemmern erhältlich (Tabelle), sie können bei Metforminunverträglichkeit eingesetzt werden oder zusätzlich zu Metformin die Blutzuckerkontrolle verbessern, und das bei gleichzeitiger Reduktion der Tablettenzahl. Kombinationen von Medikamenten aus verschiedenen Klassen sind sinnvoll, doch sollten dabei die Kombinationen DPP-4-Hemmer/GLP-1-Rezeptor-Agonisten (GLP-1-RA) sowie Sulfonylharnstoffe/Insulin vermieden werden. Wichtig sei es, beim Wechsel auf Kombinationspräparate auf die Dosierung von allen Kombinationspartnern zu achten, damit keine Überdosierungen entstünden, mahnte der Referent.

Bei den Injektionen sind Kombinationen aus GLP-1-RA und Insulin eine gute Wahl, doch sind dabei nicht alle kassenzulässig. Bei GLP-1-RA besteht beispielsweise eine Limitation (nur BMI > 28), das gilt auch für alle Kombinationen. Eine Kombination aus SGLT2-Hemmern und GLP-1-RA wäre zwar bezüglich Wirkmechanismen eine sehr gute Kombination, doch ist auch diese Kombination zurzeit nicht kassenzulässig.

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Intrinsische Motivation steigern.
- ▶ Kombination GLP-1-RA und Insulin: Auf Kassenzulässigkeit achten.
- ▶ Keine Kombination von DPP-4-Hemmern und GLP-1-RA, Sulfonylharnstoffen und Insulin.
- ▶ Für die Kombination von SGLT2-Hemmern und GLP-1-RA braucht es eine Kostengutsprache.

Tabelle:

Antidiabetika und ihre Kombinationsmöglichkeiten (Auswahl)

Substanzklasse	Monopräparate	Kombinationspräparate
Biguanide	Metformin (Glucophage® und Generika)	
DPP-4-Hemmer	Alogliptin (Vipidia®)	Alogliptin/Metformin (Vipdomet®)
	Linagliptin (Trajenta®)	Linagliptin/Metformin (Jentaduetto®) Linagliptin/Empagliflozin (Glyxambi®)
	Saxagliptin (Onglyza®)	Saxagliptin/Metformin (Kombiglyze® XR) Saxagliptin/Dapagliflozin (Qtern®)
	Sitagliptin (Januvia®)	Sitagliptin/Metformin (Janumet®) Sitagliptin/Ertugliflozin (Steglujan®)
	Vildagliptin (Galvus®)	Vildagliptin/Metformin (Galvumet®)
SGLT2-Hemmer	Canagliflozin (Invokana®)	Canagliflozin/Metformin (Vokanamet®)
	Dapagliflozin (Forxiga®)	Dapagliflozin/Metformin (Xigduo® XR) Dapagliflozin/Saxagliptin (Qtern®)
	Empagliflozin (Jardiance®)	Empagliflozin/Metformin (Jardiance Met®) Empagliflozin/Linagliptin (Glyxambi®)
	Ertugliflozin (Steglatro®)	Ertugliflozin/Metformin (Segluromet®) Ertugliflozin/Sitagliptin (Steglujan®)
GLP-1-RA	Dulaglutide (Trulicity®) 1x/W, s.c.	
	Lixisenatid (Lyxumia®)	Lixisenatid/Insulin glargin (Suliqua®)
	Exenatide lang wirksam (Bydureon®) 1x /W, s.c.	
	Liraglutide (Victoza®) 1x/Tag, s.c.	Liraglutide/Insulin degludec (Xultophy®)
	Semaglutide (Ozempic®) 1x/W, s.c. (Rybelsus®) 1x/Tag, oral	
Sulfonylharnstoffe	Gliclazid (Diamicron® und Generika)	
	Glibenclamid (Daonil®/Semi-Daonil®)	
	Glimepirid (Amaryl® und Generika)	
Basalinsuline (lang wirksame Insulinanaloga)	Degludec (Tresiba®)	Degludec/Liraglutide (Xultophy®)
	Detemir (Levemir®)	
	Glargin 100 (Lantus®)	Glargin 100/Lixisenatid (Suliqua®)
	Glargin 300 (Toujeo®)	
	Glargin Biosimilar (Abasaglar®)	

Quelle: swissmedicinfo.ch

Beginn mit Insulin

Wird die Zugabe von Basalinsulin nötig, sollten orale Antidiabetika wie Pioglitazon und Sulfonylharnstoffe abgesetzt werden. Bei der Kombination mit Letzteren entsteht vor dem Autofahren eine rechtliche Pflicht zur Blutzuckermessung, da das Hypoglykämierisiko unter dieser Kombination steigt. Alle anderen Antidiabetika könnten weitergeführt werden, sofern sie sinnvoll und zugelassen seien, so Wiesli. Wird der Patient auf eine Basis-Bolus- oder Mischinsulintherapie umgestellt, wird auch der DPP-4-Hemmer überflüssig und sollte abgesetzt werden. Metformin sowie die modernen Antidiabetika könnten einerseits aufgrund des kardiovaskulären und renalen Zusatznutzens der SGLT2-Hemmer und GLP-1-RA fortgesetzt werden und andererseits bei ungenügender Blutzuckereinstellung trotz hoher Insulindosis eine sinnvolle Kombination darstellen, so Wiesli.

SGLT2-Hemmer sind mit jeder Insulintherapie kombinierbar, egal ob Basalinsulin, Mischinsulin oder Basis-Bolus-Therapie. Die Kombination von Basalinsulin mit GLP-1-RA (wie z. B. Insulin degludec/Liraglutide [Xultophy®], Insulin glargin 100/Lixisenatid [Suliqua®]) ist gemäss Wiesli sehr attraktiv, da damit der Nüchtern- und auch der postpran-

diale Blutzucker zusätzlich sinken. Im Fall von Insulin degludec/Liraglutide konnte eine Studie zeigen, dass die Kombination der alleinigen Insulingabe in der HbA_{1c}-Senkung überlegen ist und dabei zusätzlich das Gewicht um 2,5 kg wie auch die Hypoglykämierate senkt (3). Die Kombination Insulin glargin 100/Lixisenatid hat einen starken Effekt auf den postprandialen Blutzucker und eignet sich gemäss Wiesli besonders für Patienten, die neben kleineren Mahlzeiten nur eine Hauptmahlzeit einnehmen. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Steigerung der Adhärenz», FOMF Diabetes, 29. bis 31. Oktober 2020 in Zürich.

Referenzen:

1. Lee CD et al.: Cardiorespiratory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men. Am J Clin Nutr 1999; 69: 373–380.
2. Rawshani A et al.: Risk factors, mortality, and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med 2018; 379(7): 633–644.
3. Buse JB et al.: Contribution of liraglutide in the fixed-ratio combination of insulin degludec and liraglutide (IDegLira). Diabetes Care 2014; 37(11): 2926–2933.