

Häufige Fehler bei der Diabetestherapie

Wann reicht oral, wann braucht's die Spritze?

Die Behandlung von Typ-2-Diabetikern sei inzwischen zu einer komplexen Angelegenheit geworden, meinte Prof. Dr. med. Hellmut Mehnert aus München auf der letzten «practica». Insbesondere was die Insulintherapie angeht, werden immer wieder Fehler gemacht.

THOMAS MEISSNER

«Unserer Gesellschaft ist es gelungen, einen neuen Diabetes-mellitus-Typ zu züchten: den Typ-2-Diabetes bei Kindern!» Mit diesem dramatischen Statement machte Mehnert auf die rasch wachsende Bedeutung der Volkskrankheit Diabetes mellitus aufmerksam. Bereits in fünf Jahren wird schätzungsweise jeder zehnte Deutsche Diabetiker sein – das sind acht Millionen Menschen. Die Diagnose kommt oft Jahre zu spät. Dabei kann man einen drohenden Typ-2-Diabetes eigentlich leicht erkennen, orientiert man sich an den bekannten Zeichen des metabolischen Syndroms: Stammfettsucht, Dyslipoproteinämie, Hypertonie.

Zunächst wies Mehnert auf die teilweise unterschätzten positiven Folgen einer erfolgreichen Gewichtsreduktion hin. Denn fast alle Typ-2-Diabetiker sind übergewichtig. Weniger Gewicht bedeutet: sinkenden Blutzucker, sinkenden Blutdruck, verbesserte Blutfettwerte und Verzögerung von Folgeerkrankungen.

Glitazone als multifaktorielle Substanzen

In den meisten Fällen wird man jedoch ohne Medikamente nicht auskommen. Für fettsüchtige, dyslipoproteinämische Patienten, bei denen das Pankreas wegen der Insulinresistenz bereits massiv Insulin ausschütten muss, ist zusätzliches Insulin in der Regel zunächst nicht sinnvoll. Ausser Acarbose, Miglitol und vor allem Metformin bieten sich Glitazone wie Rosiglitazon und Pioglitazon an, die jetzt auch für die Monotherapie zugelassen worden sind.

Glitazone steigern die Insulinempfindlichkeit in Muskeln, Leber und Fettgewebe. Zudem sind leicht antihypertensive sowie antientzündliche und anti-

fibrinolytische Wirkungen festgestellt worden. «Ich glaube, dass wir mit dieser Stoffgruppe den Typ-2-Diabetes künftig multifaktoriell angehen können», sagte Mehnert. Glitazone können auch mit Metformin oder Acarbose kombiniert werden.

Insulin mobilisieren

Insulinotrope Substanzen kommen dann in Frage, wenn die Insulinsekretionskapazität bereits eingeschränkt ist. Dazu gehören die Substanzgruppen der Sulfonylharnstoffe sowie der Glinide. Der Sulfonylharnstoff Glimepirid braucht nur einmal täglich dosiert zu werden. Die Substanz mobilisiert bedarfsgerecht körpereigenes Insulin und führt kaum zur Gewichtszunahme, so Mehnert. Ausserdem komme es wesentlich seltener und weniger ausgeprägt zu Hypoglykämien als unter Glibenclamid. Repaglinid und Nateglinid eignen sich gut zur Behandlung von Typ-2-Diabetikern, denn nach dem Prinzip «eine Mahlzeit, eine Tablette» werden postprandiale Blutzuckerspitzen nach den Mahlzeiten gekappt.

« Die Behandlung bei Typ-2-Diabetes ist zu einer komplexen Angelegenheit geworden, nicht zuletzt durch die rasche Vervollkommnung des therapeutischen Instrumentariums. »

Prof. Dr. med. Hellmut Mehnert, München

Die 15 häufigsten Fehler bei der Insulintherapie

1. Typ-2-Diabetiker werden zu lange mit oralen Antidiabetika (OAD) behandelt, und die Insulintherapie wird hinausgezögert.
 2. Zu späte Insulintherapie bei Typ-2-Diabetikern mit Normal- oder Untergewicht – das sind oft verkappte Typ-1-Diabetiker!
 3. Zu frühe Insulintherapie bei Typ-2-Diabetikern mit Übergewicht.
 4. Gabe von oralen Antidiabetika bei frühem Typ-1-Diabetes.
 5. Insulinmonotherapie statt Kombination mit OAD bei Typ-2-Diabetikern mit Spätversagen der OAD-Behandlung.
 6. Verwendung von tierischem Insulin statt Humaninsulin oder Insulinanaloga.
 7. Falsche Injektionsstellen. Tipp: Die Insulinresorption ist aktivitätsabhängig. Tagsüber sollte deshalb die Bauchhaut genutzt werden, für die abendliche Dosis der Oberschenkel.
 8. Zu später Einsatz von Insulinpens. Gerade ältere Patienten mit Tremor und Sehstörungen profitieren von ihnen.
 9. Ungenügende Beachtung des Spritz-Ess-Abstandes. Professor Mehnert empfiehlt 10 bis 15 Minuten für Normalinsulin.
- Ausnahme sind die schnell wirksamen Insulinanaloga, bei denen kein Spritz-Ess-Abstand mehr nötig ist.
10. Selbstkontrolle mit Harnzucker statt Blutzucker.
 11. Keine zusätzliche geregelte Ernährung. Dies führt zur Mastfettsucht!
 12. Alleinige Verwendung von zu lang wirksamen Insulinen bei instabilem Diabetes mellitus.
 13. Falsche Behandlung bei Dawn-Phänomen (morgendlicher Blutzuckeranstieg). Ideal bei diesen Patienten sind Insulinpumpen. Alternativen: nachts Normalinsulin spritzen oder Verwendung lang wirksamer Spezialinsuline.
 14. Inkonsequente oder zu späte Insulintherapie bei Gestationsdiabetes oder bei schwangeren Typ-1-Diabetikerinnen. In Studien ist eine signifikante Senkung der perinatalen Mortalität von Neugeborenen dieser Mütter bei aggressiver Therapie festgestellt worden.
 15. Aggressive Insulintherapie zur Unzeit, zum Beispiel bei bereits vorliegender proliferativer Retinopathie, sehr alten Patienten mit Zerebralsklerose oder im Coma diabeticum.

Nicht zu spät spritzen!

Früher oder später braucht fast jeder Typ-2-Diabetiker Insulin. Mehnerts Faustregel lautet: «Je jünger, je schlanker und je intelligenter der Patient ist, desto eher sollten Sie mit Insulin anfangen.» Intelligent deshalb, weil bekanntlich inzwischen auch für Typ-2-Diabetiker möglichst die intensivste, prandiale Insulintherapie mit besonders kurz wirksamen Insulinen empfohlen wird.

Zuerst wird man jedoch auf die Kombination oraler Antidiabetika mit einem Basalinsulin, etwa Insulin glargin (Lantus®), zurückgreifen. Diese basalunterstützte orale Therapie (BOT) hat zwei Vorteile: Im Gegensatz zur alleinigen Insulintherapie wird der Gewichtszunahme vorgebeugt, und der Nüchtern-

Blutzucker kann unter Beibehaltung der oralen Therapie allmählich heruntertitriert werden. Wegen der gleichmässigen Wirkung der Insulinanaloga kommt es zudem seltener zu Hypoglykämien als unter NPH-Insulin.

Gegenüber den Krankenkassen rät Mehnert zu folgender Argumentation zu Gunsten der neuen lang wirksamen Insulinanaloga:

- *Es sind weniger Blutzuckerkontrollen nötig als bisher (Kosten!)*
- *Die Einstellung kann ambulant erfolgen (Kosten!)*
- *Es kommen nachgewiesenermassen weniger Hypoglykämien vor und damit weniger Krankenhausaufenthalte (Kosten!)*
- *Die Therapie ist einfach.*

Wenn auch die Kombinationstherapie aus oralen Antidiabetika und Basalinsulin nicht mehr ausreicht, muss zur alleinigen Insulintherapie übergegangen werden. ■

Thomas Meissner

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 8/2005.

Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.