

Diabetestherapie

Dos and Don'ts im Therapiegespräch

Eine Diabetestherapie ist nur so gut wie ihre Umsetzung. Mittlerweile stehen durchwegs Medikamente mit kardiovaskulärem Zusatznutzen zur Verfügung. Um den Patienten diesen Zusatznutzen angedeihen lassen zu können, müssen die Therapien von diesen verstanden und ihre Bedenken ausgeräumt werden. Tipps dazu und was man vielleicht besser anders formuliert, gab PD Dr. Stefan Fischli, Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung, Luzerner Kantonsspital, am Ärztekongress Arosa.

Weil Diabetes eine chronische Erkrankung ist, besteht das Ziel einer Behandlung in einer möglichst guten Erhaltung oder sogar Verbesserung des Status quo. Voraussetzung dazu ist eine gute Kommunikation, die die Sichtweisen von Arzt und Patient gleichermaßen berücksichtigt. Für den Arzt ist Diabetes eine entzündliche Multiorganerkrankung, bei der die Kontrolle des Blutzuckers zwar zentral ist, aber nur einen einzelnen Aspekt darstellt. Denn Diabetespatienten leiden als Folge der Erkrankung häufig auch an einer Fettleber, an kardiovaskulären Erkrankungen, Atherosklerose sowie Nierenfunktionseinschränkungen. In einer Schweizer Studie, bei der 534 Patienten mit vorwiegend Typ-2-Diabetes gescreent wurden, litten 11% der Neudiagnostizierten bereits an einer Herzinsuffizienz (1). Der Grad der Nierenerkrankung, erfassbar mit dem Albumin-Kreatinin-Quotienten, bestimmt zusätzlich die Prognose der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität mit (2). Viszerales Fett triggert zudem unabhängig von einer Hyperglykämie die Entstehung dieser Multiorganerkrankung sowie einer Insulinresistenz, wie Dr. Fischli anführte.

Für die Therapie des Typ-2-Diabetes ist es deshalb wichtig, neben der Lebensstilmodifikation blutzuckersenkende Präparate mit bewiesenem kardiovaskulärem Nutzen einzusetzen, die einerseits das viszerale Fett reduzieren, wie Inkretinmimetika, und andererseits kardio- und renoprotektiv sind, wie SGLT2-Hemmer, GLP-1-Rezeptoragonisten (GLP-1-RA), Finerenon (Kerendia®). Der therapeutische Ansatz zur Reduktion des Risikos für diabetische Komplikationen besteht aus den zwei weiteren Säulen Blutdruck- und Lipidsenkung (3).

Nach der Erfassung des kardiovaskulären Risikos mittels Risikorechner, der Vorerkrankungen und Komorbiditäten können die Zielbereiche für HbA_{1c}, Blutdruck, LDL-Cholesterin und Gewicht definiert und die Therapie festgelegt bzw. angepasst werden.

Doch sind die Behandlungsziele des Patienten nicht immer deckungsgleich mit jenen des Arztes. Vorbehalte gegen «noch mehr Tabletten», Nebenwirkungen von GLP-1-RA und Statinen, Angst vor Injektionen und vor Gewichtszunahme im Fall von Insulin können ein Hindernis sein und erfordern eine gute Kommunikation, um einen möglichst grossen therapeutischen Nutzen zu erreichen. Mittels gemeinsamer Entscheidungsfindung kann die Therapie besprochen und umgesetzt werden.

Um die «Pillenzahl» tief zu halten, ist es wichtig, Kombinationspräparate einzusetzen, dies zudem möglichst früh, anstatt Monotherapien auszudosieren. Bei der Wahl der Therapie empfahl der Experte, Präparate mit langen Halbwertszeiten solchen mit kurzen vorzuziehen. Präparate ohne kardiovaskulären Zusatznutzen sollten gestoppt werden. Insulin sollte nur bei bereits bestehender GLP-1-RA-Therapie begonnen werden, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden. Sei Spritzenangst ein Problem, könne auf orale GLP-1-RA (Semaglutid/Rybelsus®) zurückgegriffen werden. Wirkten GLP-1-RA nicht ausreichend, sollte auf einen dualen GIP/GLP1-RA (Tirzepatid/Mounjaro®) umgestellt werden. Für ein erfolgreiches Gespräch sollte von Zahlenangaben in Bezug auf Risikoreduktion abgesehen werden, unter dem Begriff «Organschutz» kann sich der Patient mehr vorstellen. Um die Notwendigkeit einer Reduktion des viszeralen Fetts anzusprechen, verspricht der Begriff «Entzündungsreduktion» laut Dr. Fischli eventuell eine grössere Erfolgschance als «Gewichtsreduktion», die sicher schon mit frustanem Ergebnis versucht wurde. Nebenwirkungen sollten proaktiv angesprochen werden mit der Möglichkeit, die Dosis im Bedarfsfall zu reduzieren. Wichtig sei zudem eine multimodale und wiederkehrende Beratung z.B. durch eine Medizinische Praxiskoordinatorin (MPK) und mit Ernährungsberatung. □

Valérie Herzog

Quelle: «Diabetes mellitus Typ 2 und Prävention», Ärztekongress Arosa, 26.–28.3.2026

KURZ UND BÜNDIG

- Typ-2-Diabetes ist eine Multiorganerkrankung.
- Frühe Diagnose und Therapie sind entscheidend.
- Die Therapie ist multimodal, eine alleinige Blutzuckersenkung ungenügend.
- Die grösste Evidenz für Antidiabetika mit kardiorenalem Zusatznutzen besteht für SGLT2-Hemmer und GLP-1-RA.
- Patientengerechte Kommunikation anstelle von Risikozahlen fördert die Adhärenz.

Referenzen:

1. Knaus L et al.: Screening for heart failure in patients with diabetes mellitus in tertiary care – A SwissDiab study. *Diab Res Clin Pract.* 2024;209:111565. doi:10.1016/j.diabres.2024.111565
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group: KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2024 Apr;105(4S):S117-S314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes: 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes-2026. *Diabetes Care.* 2026;49(Supplement_1):S216-S245. doi:10.2337/dc26-S010