



© SurfUpVector/iStock/Getty Images Plus

# Therapieempfehlungen für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2

Nicola Haller

Das Therapieregime für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 (DMT2) ist vielfältig und nicht immer transparent. Die Wahl der individuell angemessenen Behandlung setzt voraus, dass Betroffene und Behandelnde zunächst gemeinsam realistische Ziele festlegen, die bestmöglich der Lebenssituation und den Bedürfnissen der Erkrankten entsprechen. Die individuellen Therapieziele können dabei von medizinisch idealen Zielen abweichen. Der folgende Beitrag befasst sich mit den Möglichkeiten einer Basistherapie (Schulung, Ernährungs- und Bewegungstherapie), der Art der Interaktion zwischen Patient<sup>1</sup> und Behandler und gibt einen Überblick über derzeit angewandte orale Antidiabetika.

## Therapieziele

Beeinflussende Faktoren bezüglich individueller Therapieziele sind neben dem Alter und der Lebenserwartung die Einstellungen und die Lebenssituation der Betroffenen. Auch die Änderung der Lebensqualität durch die Art der Therapie (z. B. Injektionstherapie statt oraler Medikation) und individuelle Kompetenzen und Barrieren (z. B. kognitive Fähigkeiten) sind wichtige Faktoren. Von daher ist zu empfehlen, dass Menschen mit DMT2 und ihr Behandler initial und wiederholt im Erkrankungsverlauf gemein-

sam individuelle Therapieziele vereinbaren und priorisieren [1].

<sup>1</sup> In diesem Beitrag wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter gleichermaßen.

## Personalisiertes Diabetesmanagement

Ernährungs- und Bewegungstherapie mit dem Ziel einer Lebensstiländerung bilden die Basistherapie des DMT2, bevor es zum Einsatz von Medikamenten kommt. Die partizipative Entscheidungsfindung (PEF) (SDM = *shared decision making*) hat sich im Rahmen der Beratung zu einem gesünderen Lebensstil in den letzten Jahrzehnten als anzustrebende Form der Interaktion zwischen Behandlern (Ärzten, Beratern) und Betroffenen etabliert. Der Interaktionsprozess durch eine PEF hat zum Ziel, mit einer gleichberechtigten und aktiven Beteiligung aller Gesprächsteilnehmer, eine gemeinsam verantwortete Übereinkunft zu erreichen [1].

Die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes gibt eine starke Empfehlung zur Gesprächsführung entsprechend dem Konzept der PEF, welches sich in erster Linie auf den ethischen Prinzipien der Autonomie und Fürsorge begründet [1].

Der Nutzen einer individuellen Zielvereinbarung liegt in der Berücksichtigung der individuellen Gesundheitssituation, Lebensweise und -umstände, Voraussetzungen und Bedürfnisse der Betroffenen. Die Zufriedenheit mit der Behandlung soll die Adhärenz erhöhen und das Vertrauensverhältnis im Rahmen der Behandlungsstrategie verbessern. Die



**Ernährungs- und Bewegungstherapie bilden die Basistherapie des DMT2 und gelten als zentrale Inhalte von Schulungsprogrammen.**

Vereinbarung individueller Therapieziele während der Diabetestherapie dient der Alltagspraktikabilität und folglich einer geringeren Belastung durch die Therapie (*treatment burden*). Die individuelle Zielvereinbarung beansprucht mehr Zeit, führt jedoch aufgrund der besseren Passung auf den einzelnen Patienten eher zu einem guten Therapieerfolg.

Eine gelungene Kommunikation hat auch den Vorteil, dass Menschen mit Diabetes medizinische Informationen leichter verstehen und keine Scheu haben, nachzufragen. Auf der Grundlage einer bevölkerungsbasierten deutschen Untersuchung (KORA [Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg]-Studie) konnte gezeigt werden, dass eine positive Beziehung zwischen Menschen mit Diabetes mellitus und dem Arzt bzw. Diabetesteam mit einer erhöhten Adhärenz und psychischen Lebensqualität der untersuchten Personen einherging [2]. Die Wahrnehmung einer gelungenen Kommunikation kann jedoch unterschiedlich sein: In der DAWN (*Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs*)-Studie gab der überwiegende Anteil der Ärzte an, den Einfluss des Diabetes auf das Leben der Patienten thematisiert zu haben, wohingegen dieser Sachverhalt nur von jedem fünften Patienten angegeben wurde [3].

Die partizipative Entscheidungsfindung kann als ein kontinuierlicher Prozess bezeichnet werden. Das Gespräch mit Betroffenen über Bedürfnisse und Erwartungen sowie auch die Abstimmung von Kompetenzen und Wahrnehmung gilt als zentrales Moment. Die Art des Gesprächs sollte hierbei auf die kognitiven Fähigkeiten, Sprachkenntnisse und das vorhandene Wissen der Patienten abgestimmt werden. Entscheidungshilfen sind von Patienten erwünscht und es sollte geprüft werden, ob die Informationen verstanden und nutzbar sind. In diesen Prozess sollen betreuende Berufsgruppen, aber auch An- und Zugehörige einbezogen werden.

Zur Unterstützung der zielgerichteten Kommunikation stellt die NVL Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen für spezifische klinische Entscheidungssituationen bereit (s. auch „Patientenblätter“ unter → [www.patienten-information.de/themen/diabetes](http://www.patienten-information.de/themen/diabetes)).

♦ Abbildung 1 veranschaulicht, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung einen wesentlichen Bestandteil des personalisierten Diabetesmanagements darstellt.

Es gibt eine positive Assoziation zwischen partizipativer Entscheidungsfindung und der Entscheidungsqualität, aber auch dem Wissen und der Risikoeinschätzung der Menschen mit DMT2 [5]. Für eine positive Assoziation zwischen PEF und Stoffwechselkontrolle, Zufriedenheit der Patienten, Lebensqualität, Adhärenz zur medikamentösen Therapie oder Vertrauen in die Behandelnden wurde jedoch wenig Evidenz identifiziert [5]. Zu bedenken ist ein erwarteter zeitlicher Mehraufwand.

## Was bedeutet eine individualisierte Ernährungstherapie in der Praxis?

Bei einer individualisierten Ernährungstherapie sollten Indikation, Vorgehensweise und Alltagstauglichkeit mit folgenden Fragestellungen hinterfragt werden:

- Wie lautet das ernährungstherapeutische Ziel?
- Wie sind die Lebensumstände zu beurteilen?
- Wurde die Kompatibilität von Therapie und Ernährungsweise bedacht?

Eine erfolgreiche Ernährungstherapie begründet sich in der Berücksichtigung der Tagesabläufe der Patienten, dem sozialen Umfeld, dem Beruf, der Familie und den finanziellen Ressourcen und bildet mit dem Therapiebaustein Bewegung die Basistherapie des DMT2.

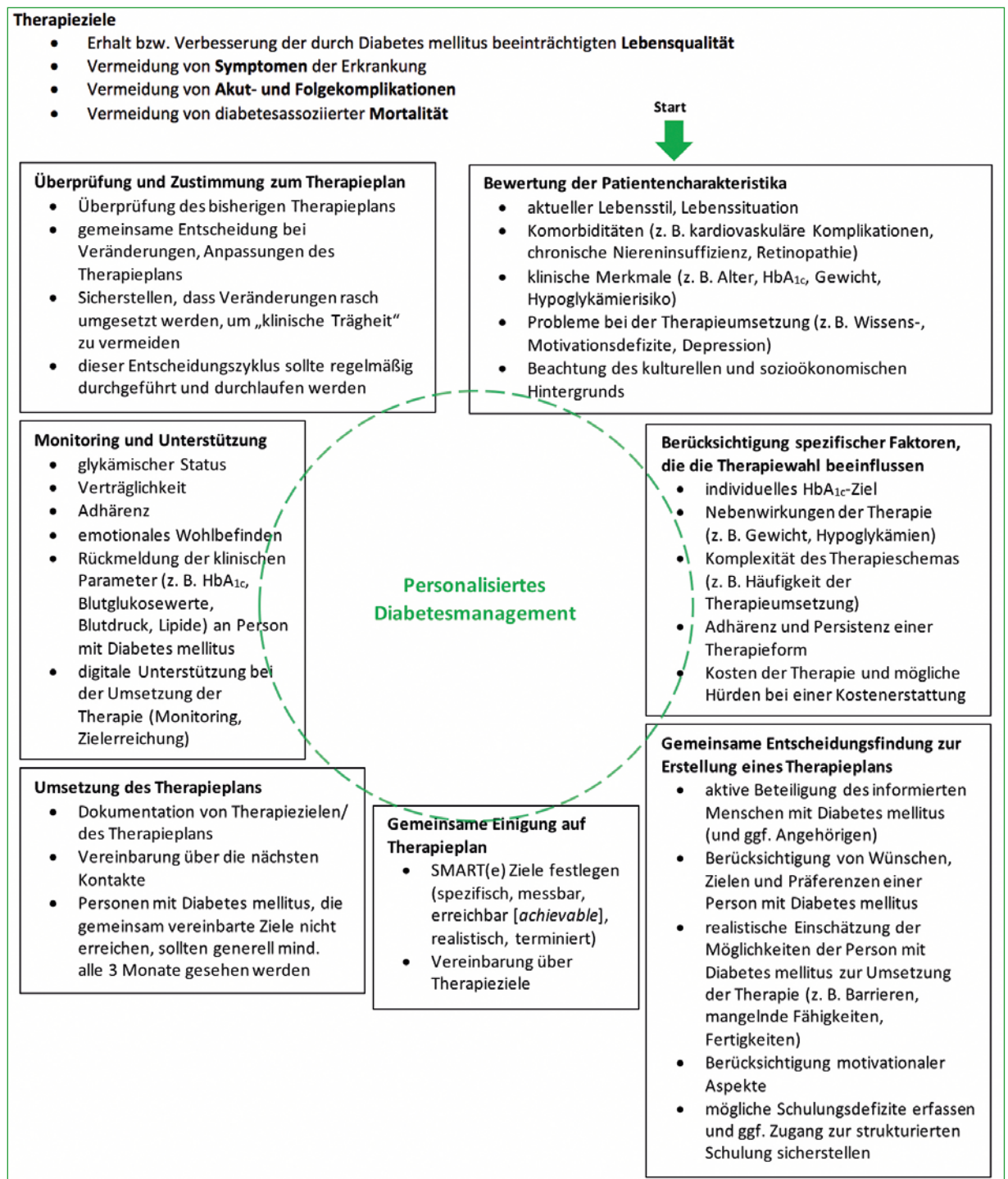


Abb. 1: Personalisiertes Diabetesmanagement nach dem Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung (nach [4])

## Subgruppen des Diabetes mellitus

Seit 2018 gibt es eine neue Einteilung innerhalb der Typen des Diabetes mellitus, um möglichst individuelle Therapiemöglichkeiten gezielt anzuwenden und Risiken von Begleiterkrankungen gerecht zu werden. Menschen mit Diabetes werden zu Beginn der Diagnosestellung nach fünf pathophysiologischen bzw. klinischen Kriterien beurteilt [6]:

1. Glutamatdecarboxylase-Autoantikörper (GADA)
2. Alter bei Diagnose
3. Body-Mass-Index (BMI)
4. HbA<sub>1c</sub>-Wert
5. HOMA-2-Schätzungen von  $\beta$ -Zellfunktion und Insulinresistenz (Abschätzung der Insulinresistenz)



Anhand der Ausprägung der oben genannten Kriterien können verschiedene Gruppen des Erwachsenenidiabetes identifiziert werden [6]:

- **SAID** (*severe autoimmune diabetes*): früher Beginn, niedriger BMI, schlechte metabolische Kontrolle, absoluter Insulinmangel, GADA positiv
- **SIDD** (*severe insulin deficient diabetes*): früher Beginn, niedriger BMI, schlechte metabolische Kontrolle, reduzierte Insulinsekretion, GADA negativ
- **SIRD** (*severe insulin resistant diabetes*): Insulinresistenz, hoher BMI
- **MOD** (*mild obesity-related diabetes*): keine Insulinresistenz, hoher BMI
- **MARD** (*mild age-related diabetes*): ältere Patienten mit milder metabolischer Entgleisung

Das Komplikationsrisiko sowie die typischen Merkmale sind in den Gruppen sehr unterschiedlich. Bisher wurde die Diabetestherapie nicht nach definierten Kriterien beurteilt. Heute wünscht man sich eine individuelle, auf den Typ und die Gruppe des Diabetes passende Therapie. Die neue Einteilung ermöglicht, schwerer zu behandelnde Formen abzugrenzen und gezielter zu therapieren. Zudem werden frühe und späte Komplikationen relevant zugeordnet. Nun wird es möglich, individuelle Therapieziele und Empfehlungen zu vereinbaren [6]. Die Differenzierung der unterschiedlichen Diabetestypen und deren Variabilität des pathophysiologischen Stoffwechsels führt letztendlich zur ausdifferenzierten modernen Diabetestherapie und ist somit kombinierbar mit einer individualisierten Ernährungstherapie. In der Ernährungsbroschüre des Verbands der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V. (VDBD) können die individuellen Strategien nachvollzogen werden, mit dem Zielkriterium die Freude am Essen und an dessen Zubereitung zu fördern (→ [www.vdbd.de](http://www.vdbd.de)).

### Gewichtsmanagement in der Diabetestherapie

Übergewichtige und adipöse Menschen mit DMT2 sollen Maßnahmen zur Lebensstilmodifikation sowie eine individualisierte Ernährungstherapie nach § 43 SGB V angeboten bekommen, um das Körpergewicht zu senken. Die zentrale Aussage in den aktualisierten Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) ist, dass durch eine Gewichtsreduktion von 5 kg der Glukosestoffwechsel stark optimiert werden kann und zeitweise ggfs. keine Medikamente eingenommen werden müssen. Eine wichtige Neuerung der bisherigen Empfehlungen ist auch, keine strengen Vorgaben für die Mengen für Fett, Eiweiß und Kohlenhydrate zu erteilen.

**Stattdessen werden Ernährungsmuster entlang der individuellen Vorlieben der Betroffenen Menschen mit DMT2 gewählt [4].**

Insbesondere bei älteren Patienten ist jedoch das Risiko einer Mangelernährung zu berücksichtigen, da der mit einem Gewichtsverlust einhergehende Verlust von Muskelmasse die altersbegleitende Sarkopenie und Gebrechlichkeit und somit Einbußen in der Selbstständigkeit verstärkt [7].

### Ernährungsmuster als Unterstützer einer Gewichtsabnahme

#### Mediterrane Ernährung

Bevorzugt werden pflanzliche Lebensmittel v. a. in Form ganzer Früchte, Fisch und Meeresfrüchte und Reduktion von tierischen Produkten. Die Vorteile dieser Ernährungsform zeigen sich in einem reduzierten Risiko für Diabetes mellitus, der Verringerung des HbA<sub>1c</sub>-Werts und der Triglyzeridwerte sowie in einem niedrigeren Risiko für koronare Herzkrankungen.

#### Vegetarische oder vegane Ernährungsweisen

Mit der Wahl einer (vorwiegend) pflanzenbasierten Ernährung mit oder ohne Eier, Joghurt und Milch (Produkten) besteht der Vorteil eines reduzierten Risikos für Diabetes mellitus, einer möglichen Gewichtsreduktion sowie einer Senkung des LDL-Cholesterin- und der Stabilisierung des HDL-Cholesterinwerts.

#### Low-Fat-Ernährungsweise

Die Low-Fat-Ernährungsweise umfasst eine pflanzenbasierte Ernährung mit Gemüse, Obst, stärkehaltigen Lebensmitteln und mageren Proteinquellen. Hierbei liegt der Fettanteil unter 30 % der Tagesenergiezufuhr, mit weniger als 10 %/Tag an gesättigten Fettsäuren.

#### Low-Carb-Ernährung

Die Vorteile einer Low-Carb-Ernährung (Kohlenhydrate ca. 20 % und Proteine ca. 26–45 % der Tagesenergiezufuhr) zeigen sich in einer Reduktion des HbA<sub>1c</sub>-Werts, wie auch in einer Gewichtsreduktion, Blutdrucksenkung, einer Erhöhung des HDL-Cholesterinwerts und einer Absenkung des Triglyzeridspiegels.

