

Übersicht

- Einführung
- Geriatrische Syndrome
- Folgekrankheiten
- Ziele der Diabetestherapie im Alter
- Angehörige
- Medikamente und Insulintherapie
- Take home

Diabetes in Zahlen

Ca. 17 **Millionen** Menschen in Deutschland sind über 65 Jahre alt, davon sind 3 **Millionen** Diabetiker.

Diabetes in der Altersgruppe ab 80 J.: Frauen 32 % und Männer 34 %

Jeder 3. Patient in einer Pflegeeinrichtung ist Diabetiker.

Viele Diabetiker wissen nichts von ihrem Diabetes.

Der ältere Diabetiker bringt oft gleich mehrere gesundheitliche Einschränkungen mit (Multimorbidität).

Literatur: S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes m. Im Alter, Stand 2018

Diabetes Typ 1 beim geriatrischen Patienten

Menschen mit Typ 1-Diabetes werden älter als früher.

Prävalenz Typ 1 insgesamt 230000,

100000 Typ 1-Patienten sind älter als 70 Jahre.

Typ 1-Patienten haben oft weitere chronische Erkrank

Häufigkeit Typ 1 ab 80 Jahre:

0,44% der Frauen

0,43% der Männer

LADA

Frage: Sind komplexe Therapien noch sinnvoll?



Die Geriatrischen Syndrome

- **I**mmobilität
- **I**nkontinenz
- **I**ntellektueller Abbau
- **I**nstabilität
- **I**nsomnie
- **I**solation sozial

Thorsten Nikolaus (Hrsg.): Klinische Geriatrie. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg u. a., 2000

Go-go oder No-go?

- **Go-go**
funktionell unabhängig, wenige Begleiterkrankungen, kognitiv kaum eingeschränkt, gute Kompensationsmöglichkeiten
- **Slow-go**
- funktionell leicht abhängig, multimorbide, geriatrische Syndrome
- **No-go**
funktionell stark abhängig, ausgeprägte Einschränkungen, Multimorbidität
- Sterbephase

Folgekrankheiten mit Konsequenzen für die ADLs

- ✘ Retinopathie
- ✘ Nephropathie
- ✘ Neuropathie
- ✘ Diabetisches Fußsyndrom
- ✘ Herz- & Gefäßerkrankungen
KHK, Herzinfarkt, Schlaganfall

Ziele der Diabetestherapie im Alter

- Erhalt der Lebensqualität
- Erhalt der Autonomie
- Vermeidung von Unterzuckerungen
- Symptomkontrolle
- Ziele individuell anpassen

Diabetestherapie im Alter

- Das Therapieziel orientiert sich an den individuellen Ressourcen und Defiziten.
- Überprüfung der praktischen und kognitiven Fähigkeiten
 - Vergessene Insulininjektionen?
 - Falsche Insulindosierung?
 - Fehler beim Ablesen einer Dosisliste?
 - Medikamenteneinnahme

Geriatrisches Assessment (Beispiel: Geldzähltest nach Nikolaus)

Diabetes im Alter

- HBA1c hat einen geringeren Stellenwert
- Wahl der Insulintherapie
- Medikation und Nebenwirkungen (Priscusliste)
- Technologien (Pens, Messgeräte, CGM)
- Begleiterkrankungen (Metabolisches Syndrom)
- Mangelernährung vermeiden

Angehörige von älteren Diabetikern

- Selbstmanagement des Patienten unterstützen
- Notfallsituationen kennen
- Sorgen und Angst
- Dauerhafte Belastung
- Nachtruhe
- Ernährung und BEs
- Kommunikation
- Schulung (nur 3 von 10 Angehörigen sind geschult)

Insulinotrope Substanzen: Cave Unterzuckerungen

- Sulfonylharnstoffe z.B. Glibenclamid
- Glinide
- Insulin
- DPP4-Hemmer (Gliptine)z.B. Sitagliptin
 - seltene Hypos
 - gewichtsneutral
 - geringe Einnahmefrequenz
 - Dosisreduktion bei Nierenschwäche
 - keine Belege für Risikoreduktion klinischer Endpunkte und
 - keine Belege zur langfristige Nutzen-Risiko-Bilanz

Insulinotrope Substanzen mit geringem Unterzuckerungsrisiko

- GLP-1-Analoga (Inkretinmimentika)
- nur in Einzelfällen für ältere Menschen mit Diabetes Typ 2 sinnvoll, da
 - - Gewichtsverlust
 - - Übelkeit
 - - notwendige Injektionen

Nicht-insulinotrope Substanzen 1

- Metformin
 - bei Nierenschwäche im Stadium III in reduzierter Dosis bis 1000mg/Tag
 - Gewichtsreduktion oft unerwünscht
 - verringerte kardiovaskuläre Mortalität
 - keine Hypoglykämien

Nicht-insulinotrope Substanzen 2

- Glitazone sind out
 - Troglitazon wegen Leberschäden
 - Rosiglitazon wegen Herzinfarkten
 - Proglitazon noch im Markt, aber u.a. Frakturrisiko erhöht
- SGLT-2-Hemmer (Gliflozine), z.B. Empagliflozin
 - Hemmung des Glukoserücktransporters in der Niere
 - Besserung einer Herzschwäche, Nephroprotektion
 - EMPA-REG-Outcome-Studie
 - Risiken:
 - Harnwegsinfekte vermehrt
 - Gewichtsverlust
 - Austrocknung, Volumenmangel
 - Ketoazidose

Insulintherapie Überblick

- Kurzwirksame Insuline nach dem Essen spritzen
- Langwirksame Insuline, z.B. Lantus[®]
- Analoga reduzieren nächtliche Hypos gegenüber NPH
- Mischinsuline, z.B. Actraphane 70[®]
CT= **C**onventionelle Insulin-**T**herapie
- Komplexität der Therapie:
- BOT < CT < SIT < ICT
- BOT = **B**asal**O**ptimierte **T**herapie
- SIT = **S**upplementäre **I**nsulin-**T**herapie
- ICT = **I**ntensivierte **C**onventionelle **T**herapie

Verbesserte Versorgung durch:

- Interdisziplinäres Management
- Zentrale Rolle des Hausarztes
- Diagnosestellung
- Schnittstellenversorgung
- Ethikkommission
- Schulung des Patienten
- Schulung der Pflegepersonen
- Individuelle Ziele für den einzelnen Patienten

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!