

## 1

# Warum ist die Verbesserung der Versorgung von alten und pflegebedürftigen Menschen mit Diabetes und Hilfebedarf wichtig?

## Checkliste für Helfer

Diabetestherapie ist sehr individuell. Zeitgemäße Therapieformen und technische Hilfsmittel sind oft komplex. Die Therapie wird vom Patienten selbst durchgeführt. Ist dies langsam, z.B. bei einer Demenz, oder plötzlich, z.B. bei einem Schlaganfall, nicht mehr möglich müssen Angehörige und/oder Pflegekräfte dies übernehmen. Da die Behandlung keine Pause erlaubt ist die Hilfe oft kurzfristig zu leisten.

Faktoren die die Behandlung und den Hilfebedarf bestimmen:	seit wann besteht der Diabetes?	schon seit Jahrzehnten? Welcher Diabetestyp liegt vor? erst seit wenigen Jahren? erst im Rahmen des Akutereignisses aufgetreten? (z.B. Cortison Behandlung nach einer Hirnblutung)	
	Diabetesform?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Typ 1, 2 oder 3</li> <li>- mit Tabletten behandelt</li> <li>- Insulinbehandelt</li> </ul>	
	Art der Stoffwechselkontrolle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine</li> <li>- Zuckerkontrolle gelegentlich oder mehrmals täglich</li> <li>- Zuckersensor</li> <li>- Insulinpumpe mit Sensor</li> </ul>	
	Grund und Ausmaß der Hilfebedürftigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geistige und/oder körperliche Behinderung und deren Ausmaß</li> </ul>	
	Diabetische Folgeerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchblutungsstörungen</li> <li>- Schädigung der Nerven</li> <li>- Schädigung der Niere, u.U. Dialyse</li> <li>- Diabetisches Fußsyndrom</li> <li>- Sehstörung</li> </ul>	
	weitere Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Herzinfarkt / Schlaganfall?</li> <li>- Gelenkerkrankungen</li> <li>- Sturzneigung/Gangstörung</li> <li>- Neurologische Erkrankungen</li> </ul>	
Wo wird der Patient gepflegt?	zu Hause	<ul style="list-style-type: none"> <li>- von Angehörigen alleine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- von Angehörigen und Pflegedienst</li> </ul>
	betreutes Wohnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulanter Pflegedienst, evtl. mit Partner</li> </ul>	
	Pflegeeinrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- teilstationär/vollstationär</li> </ul>	
Pflegestützpunkt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegegeld usw., <a href="#">siehe Arbeitsblatt 2</a></li> </ul>		
ärztliche Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetologische Schwerpunktpraxis macht Hausbesuche und schult Pflegepersonal und Angehörige</li> <li>- Dialysepraxis</li> <li>- Hausarzt ist diabetologisch weitergebildet</li> <li>- Fußsyndrom wird spezialisiert mitbehandelt</li> </ul>		
weitere Beteiligte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fußpflege/Podologe</li> <li>- Physio-/Ergotherapeuten, Logopäden</li> </ul>		
Wie sind die Kenntnisse der Pflegenden für die spezielle Versorgungssituation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pat hat die Therapie selbstständig durchgeführt. War z.B. in einer Schwerpunktpraxis. Angehörige sind nicht informiert bzw. selbst nicht in der Lage sich an der Therapie zu beteiligen: Typ 1 mit ICT und Sensor, Partner selbst auch kognitiv eingeschränkt</li> <li>- Patient hat seine Therapie selbst bestimmt ohne diabetologische Begleitung</li> <li>- Familienmitglieder/Pflegedienst war schon in die Behandlung eingebunden</li> <li>- Pflegedienst war nicht eingebunden, hat aber qualifiziertes Personal</li> </ul>		

Unter der Diagnose „Diabetes mellitus“ wird eine große Zahl verschiedener Erkrankungen zusammenfasst, deren Gemeinsamkeit eine erhöhte Konzentration der Glucose (vereinfacht: Zucker) im Blut ist. Dieser Zucker haftet sich an verschiedenen Eiweiße im Körper z.B. in den Blutgefäßen oder an den Nerven und schädigt dadurch vor allem Organe, die auf eine gute Durchblutung angewiesen sind. Glucose ist der wichtigste Energielieferant für unsere Organe. Insbesondere das Gehirn benötigt fast die Hälfte der Zuckeraufnahme. Die wesentlichen Krankheitsbilder sind Diabetes mellitus Typ 1 ,2 und 3. Bei den über 75jährigen sind ein Drittel der Frauen und ein Viertel der Männer betroffen. [1] Die Therapieziele und das Vorgehen richten sich vorwiegend nach dem funktionellen Status des individuellen Patienten [2].

Typ 1: 1,5% der Patienten	Typ 2: 85 %der Patienten	Typ 3: 12,5% der Patienten
absoluter Insulinmangel durch verminderte Insulinproduktion	erhöhter Insulinbedarf (Insulinresistenz) der schließlich nicht mehr gedeckt werden kann	z. B. nach Entfernung der Bauchspeicheldrüse oder bei anderen Behinderungen
Beginn innerhalb von wenigen Wochen. In fast jedem Lebensalter	schleichender Beginn über mehrere Jahre	je nach Ursache seit Geburt oder erst in höherem Alter
Muss immer mit Insulin behandelt werden	zunächst Tabletten, im Laufe einiger Jahre über mehrere Stufen Insulin.	in Abhängigkeit von der Grunderkrankung

Wie viele Ihrer Patienten haben Diabetes? Wie groß ist der Hilfebedarf?	
vollständig	- Medikamentöse Therapie - Ernährung - z.B. Fußbehandlung und -pflege
teilweise	kann z.B. mit Hilfe selbst Insulin injizieren, für die Dosisermittlung ist Hilfe erforderlich
Notfälle	wissen alle Beteiligten wie z.B. bei einer Unterzuckerung zu verfahren ist?
Insulindosisplan	- vorhanden? - wo ist der Plan? - wie alt ist der Plan, Gültigkeit?
Therapieziel	- Symptomfreiheit - Lebensqualität - Hypovermeidung - Hba1c - möglichst einfache Therapie

<p>Was ist jetzt zu tun?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifizierung der Menschen mit Diabetes und Hilfebedarf: Arbeitsblatt 4</li> <li>- ist die Hilfe gewährleistet?</li> <li>- verfügen die Helfer über die notwendigen Kenntnisse</li> <li>- wie kann man das ermitteln?</li> <li>- welche Möglichkeiten zu Verbesserung gibt es?</li> </ul>	<p>weitere Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeyfang A; Arbeitsgruppe Diabetes der DGG</li> <li>- AG Diabetes der DGG</li> <li>- AG Diabetes und Alter der DDG</li> <li>- S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter</li> <li>- Medikamentenversorgung im Alter</li> <li>- Geriatrisches Basisassessment</li> <li>- Internet- bzw. Smartphone-Nutzung im Alter</li> </ul>
---	--

## Literatur

- 1 Tamayo T, Brinks R, Hoyer A et al. The Prevalence and Incidence of Diabetes in Germany. Deutsches Arzteblatt international 2016; 113(11): 177–182
- 2 Zeyfang R. Arbeitsgruppe Diabetes der DGG