



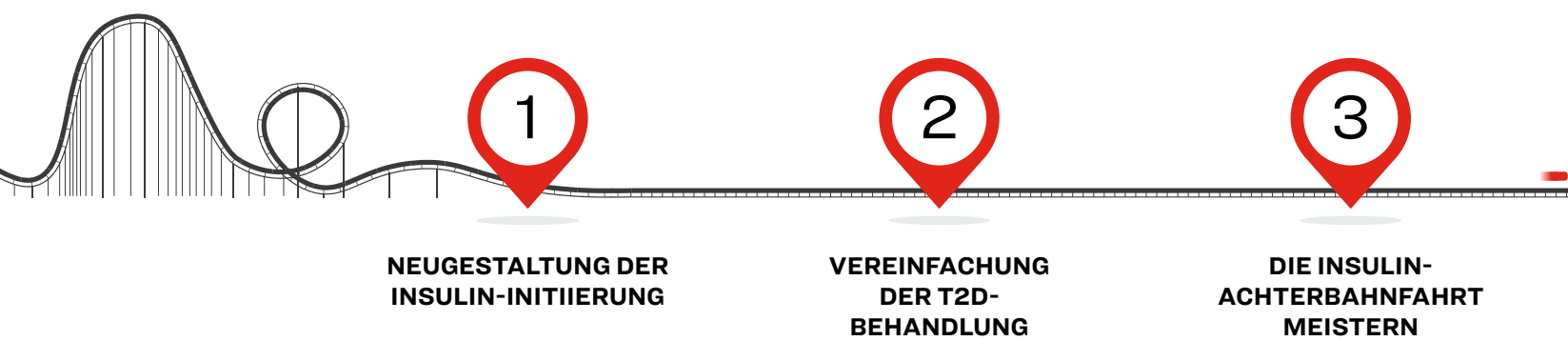
FÜR EINEN STABILEREN THERAPIEVERLAUF

Weniger Belastung.
Mehr Freiraum.

Ein patientenzentrierter Rahmen
für das Insulinmanagement bei T2D

Dieser Artikel befasst sich mit den Herausforderungen einer effektiven Insulinanwendung bei T2D, darunter verzögerter Therapiebeginn sowie Behandlungskomplexität und Barrieren für die Adhärenz. Er unterstreicht die Bedeutung gemeinsamer Entscheidungsfindung und patientenzentrierter Versorgung zur Förderung der Adhärenz, Vereinfachung der Behandlungsabläufe und Erreichung individueller glykämischer Ziele.¹⁻⁴

Individualisierung der T2D-Behandlung in 3 Schritten:



NEUGESTALTUNG DER
INSULIN-INITIIERUNG

VEREINFACHUNG
DER T2D-
BEHANDLUNG

DIE INSULIN-
ACHTERBAHNFAHRT
MEISTERN

1

Neugestaltung der Insulin-Initiierung: Von der Talfahrt zur strukturierten Versorgung²⁻⁶

Aufgrund des progressiven Charakters von T2D benötigen die meisten Betroffenen im Verlauf Ihrer Erkrankungsgeschichte eine Intensivierung oder Eskalation der Behandlung.⁴

BARRIEREN BEI DER INSULINTHERAPIE

In der Realität liegen die Werte von Menschen mit T2D oft **mehrere Jahre über dem Zielwert**. Dies trifft auf jeden Schritt im Behandlungsablauf zu, scheint aber für Insulin **ausgeprägter** zu sein, insbesondere bei **Insulin-naiven Personen**.^{4,5}

Therapeutische Trägheit	Nebenwirkungen
	Belastende Behandlungsschemata
Angst vor Spritzen	
	Mangelhafte Kommunikation
	Negative Meinungen zu Insulin

Die Zeit bis zur Insulin-Initiierung beträgt im Schnitt mindestens **5 Jahre**, wobei der mittlere HbA1c-Wert im folgenden Bereich liegt:

8,7 % bis 9,8 %^{6*}

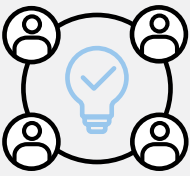
Eine verzögerte Insulinintensivierung ist assoziiert mit

↑ **64 %** Risiko einer Herzinsuffizienz

↑ **67 %** Myokardinfarkt

↑ **51 %** Schlaganfall⁶

*Bei Patient:innen, die zwei bis drei Antidiabetika anwenden.⁶



Leitlinien wie der **ADA/EASD-Konsensusbericht 2022** empfehlen das Erreichen individueller glykämischer Ziele durch **Personalisierung der Behandlung** und **Einbeziehung der Patient:innen in den gemeinsamen Entscheidungsprozess (SDM)**.^{2,4}

*SDM geht mit einer statistisch **signifikanten Senkung des HbA1c um 0,14 % (p=0,02) innerhalb von 3 Monaten im Vergleich zur Standardversorgung einher**^{3†}*

†Eine Metaanalyse mit insgesamt 5.416 Probanden, davon 2.782 in Studienarmen, die eine SDM erhielten, und 2.634 in der üblichen Diabetesversorgung. SDM senkte den HbA1c-Wert signifikant um 0,14 %, wenn die gemeinsamen Entscheidungen persönlich oder im direkten Austausch am Behandlungsort getroffen wurden. Es wurde jedoch keine statistisch signifikante Reduktion der HbA1c-Werte festgestellt, wenn Patient:innen an einer Online-SDM teilnahmen.³

2

Vereinfachung der T2D-Behandlung: Die Belastung durch komplexe Behandlungsschemata überwinden^{2,6-9}

Auch wenn eine rechtzeitige Insulin-Initiierung von entscheidender Bedeutung ist, enden die Herausforderungen nicht mit dem Beginn der Insulintherapie. Bei vielen Patient:innen können komplexe Insulinschemata die Adhärenz und die langfristige glykämische Kontrolle beeinträchtigen.^{2,6,7}



Frühzeitige Aufklärung über Insulin in positiver Weise kann **Verzögerungen beim Behandlungsbeginn** sowie eine Non-Adhärenz und/oder mangelnde Kontinuität verringern.⁹

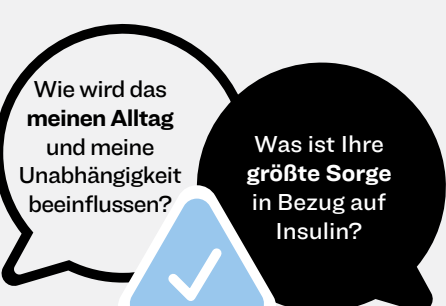


Vereinfachungsstrategien, wie z. B. die **Verringerung der Anzahl der Injektionen**, können dazu beitragen, diese Belastung zu verringern und die Adhärenz zu fördern.^{7,8}

Die Dosierungshäufigkeit ist der wichtigste Behandlungsfaktor für die Insulintherapie bei Patient:innen mit T2D.

3

Die Insulin-Achterbahnfahrt bei der T2D-Behandlung meistern^{9,11-14}



Kurz gesagt: Vor der Verschreibung von Insulin ist es wichtig, mögliche Barrieren für die Initiierung der Behandlung vorherzusehen.⁹

Der **SHARE-Ansatz** ist eine fünfstufige Vorgehensweise für die SDM, der die Prüfung und den Vergleich von Nutzen und Risiken der Behandlungsoptionen durch einen sinnvollen Dialog darüber umfasst, was den Patient:innen am wichtigsten ist.¹¹⁻¹⁴

S

Seek your patient's participation
(Bemühung um die Beteiligung Ihrer Patient:innen)

H

Help your patient explore and compare treatment options (Unterstützung Ihrer Patient:innen beim Erkunden und Vergleichen von Behandlungsoptionen)

A

Assess your patient's values and preferences (Ermitteln der Bedürfnisse und Vorlieben Ihrer Patient:innen)

R

Reach a decision with your patient (Treffen einer gemeinsamen Entscheidung mit Ihren Patient:innen)

E

Evaluate your patient's decision (Bewertung der Entscheidung Ihrer Patient:innen)

Patientenzentrierte Ansätze können dazu beitragen, komplexe Behandlungsverläufe bei T2D zu verändern.^{2,7-9,11-14}

Abkürzungen:

ADA = American Diabetes Association (Amerikanische Diabetes-Vereinigung); EASD = European Association for the Study of Diabetes (Europäische Gesellschaft für Diabetesforschung); HbA1c = Hämoglobin A1c; SDM = Shared Decision-Making (gemeinsame Entscheidungsfindung); T2D = Typ-2-Diabetes.

Quellen:

1. Sarbacker GB, Urteaga EM. Diabetes Spectr. 2016;29(3):166-170.
2. Davies MJ, et al. Diabetes Care. 2022;45(11):2753-2786.
3. Geta ET, et al. PLoS One. 2024;19(7):e0306296
4. Jude EB, et al. Diabetes Ther. 2022;13(4):619-634.
5. Russell-Jones D, Pouwer F, Khunti K. Diabetes Obes Metab. 2018;20(3):488-496.
6. Gavin JR, Abaniel RM, Virdi NS. Diabetes Spectr. 2023;36(4):379-384.
7. Builes-Montano C, et al. Diabetes Ther. 2023;14:1959-1976.
8. Luzuriaga M, et al. BMJ Open Diabetes Res Care. 2021;9:e002348.
9. Renda S, Freeman J. Postgrad Med. 2024;136(2):150-161.
10. Jones AM, et al. Diabetes Ther. 2025;16(10):1933-1954.
11. Galdón Sanz-Pastor A, et al. Front Endocrinol (Lausanne). 2024;15:1366368.
12. Hargraves IG, et al. Patient Educ Couns. 2020;103(10):2192-2199.
13. AHRQ. The SHARE Approach—Conversation Starters. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sdm/share-approach/share-facilitator-guide.pdf>. October 2024. Accessed: March 2026.
14. Shared Decision Making and Diabetes Care. CARDI-OH. <https://www.cardi-oh.org/files/resources/cardi-oh-shared-decision-making-and-diabetes-care.pdf>. Accessed: March 2026.