



FÜR EINEN STABILEREN THERAPIEVERLAUF

Weniger Belastung.
Mehr Freiraum.

Weg von der Achterbahnfahrt, hin zur Kontinuität:
Die Versorgungslücken der Insulintherapie bei T2D in der klinischen Praxis schließen

Dieser Artikel befasst sich mit Barrieren einer effektiven Insulinanwendung bei T2D, darunter verzögerter Therapiebeginn sowie suboptimale Therapieadhärenz und -kontinuität. Außerdem wird erörtert, wie therapeutische Innovationen und eine multidisziplinäre Versorgung dazu beitragen können, diese Herausforderungen zu bewältigen und die Patientenergebnisse zu verbessern.¹⁻⁴

Umgang mit den Herausforderungen der Insulintherapie



1 Hin zu einem stabileren Therapieverlauf bei T2D: Bewältigung der Herausforderungen bei der Insulintherapie³

- T2D ist eine fortschreitende Erkrankung, bei der steigende Blutzuckerwerte allmählich die Funktion der β -Zellen beeinträchtigen, was mit der Zeit die Blutzuckerkontrolle zunehmend erschwert.¹
- Die Initiierung einer Insulintherapie bei klinischer Indikation spielt eine wichtige Rolle beim Blutzuckermanagement und trägt dazu bei, das Risiko diabetesbedingter Komplikationen, einschließlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zu senken.¹⁻³

Bis zu 1 von 4 Patient:innen mit T2D benötigen irgendwann eine Insulintherapie. Jedoch erhalten nur 2 von 5 geeigneten Patient:innen innerhalb von 8 Jahren nach der Diagnose Basalinsulin.^{5,6*}

*Retrospektive Studie, die administrative Gesundheitsdaten von 14.083 Personen mit T2D und einem HbA1c-Wert über dem Zielwert, die bereits mindestens 2 andere GLD einnahmen, aus Alberta, Kanada, aus dem Zeitraum vom 1. April 2011 bis zum 31. März 2019 auswertete. Die maximale Nachbeobachtungsdauer betrug 8 Jahre.⁶

2 Herausforderungen der Insulinanwendung in der klinischen Praxis^{1,6}

Die Insulin-Initiierung erfolgt in der klinischen Praxis häufig verzögert. Selbst nach Beginn der Therapie sind **Kontinuität und Adhärenz bei Basalinsulin nicht optimal** und es wird häufig von Therapieabbrüchen und versäumten Dosen berichtet.^{4,6,7}

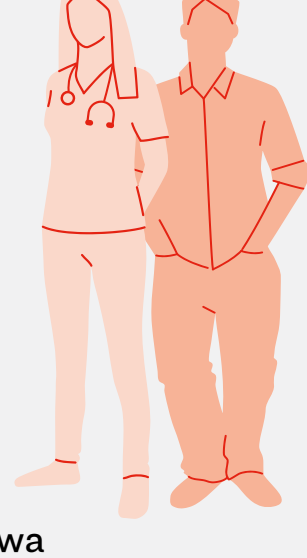
FAKTOREN AUF PATIENTEN-EBENE^{2,3,5,7}

Psychologische Barriere

- Angst vor Hypoglykämie und Gewichtszunahme
- Emotionale und soziale Faktoren
- Option wird als „letzter Ausweg“ gesehen

Adhärenzbarriere

- Komplexität des Behandlungsschemas
- Angst vor Spritzen



FAKTOREN AUF HCP-UND SYSTEMEBENE^{2,3,5,7}

- Therapeutische Trägheit
- Zeitmangel
- Uneinheitliche Leitlinien
- Begrenzte Erfahrung mit Titration/Intensivierung

Etwa **44 %** der Patient:innen mit T2D zeigt innerhalb von 12 Monaten eine Non-Adhärenz gegenüber der Basalinsulintherapie..^{4†}

Adhärenz und Kontinuität können die glykämische Kontrolle verbessern und diabetesbedingte Komplikationen sowie Krankenhausaufenthalte reduzieren.^{4,7-9}

†Systematische Übersichtsarbeit, die Erkenntnisse aus der Praxis zur Adhärenz und Kontinuität der Basalinsulintherapie bei Personen mit T2D in West-europa (definiert als Vereinigtes Königreich, Frankreich, Spanien, Schweiz, Niederlande, Irland, Österreich, Portugal, Dänemark, Norwegen, Schweden, Finnland, Italien, Deutschland, Island und Belgien) zusammenfasst, basierend auf 12 geeigneten Studien (veröffentlicht zwischen 2012 und Juni 2022).⁴

3 Hürden der Patient:innen erkennen^{3,6,9}

Langwirksame Insulinanaloge weisen im Vergleich zu früheren Formulierungen verbesserte pharmakologische Profile auf. Dennoch können **Behandlungsschemata mit täglichen Injektionen** bei Menschen mit T2D weiterhin eine **Belastung durch die Behandlung** mit sich bringen und die **Adhärenz beeinträchtigen**.^{10,11}

Da eine Non-Adhärenz die glykämische Kontrolle beeinträchtigen kann, sind Behandlungsansätze wichtig, die Flexibilität ermöglichen und sich an den Lebensstil der Patient:innen anpassen.¹¹

Für Patient:innen ist die Dosierungshäufigkeit der wichtigste Faktor, der Entscheidungen zur Insulinbehandlung und die Therapietreue beeinflusst.^{12‡}

‡Basierend auf einer quantitativen Online-Umfrage mit diskreten Entscheidungsexperimenten mit 513 Patient:innen mit T2D aus Kanada, Spanien, Frankreich und Japan (n=166 Frankreich, n=155 Kanada, n=119 Japan, n=73 Spanien) und qualitativen Telefoninterviews mit jeweils 6 Patient:innen mit T2D aus jedem Land (n=24 insgesamt).¹²

4 Die zentrale Rolle der teambasierten Versorgung im modernen Diabetesmanagement¹³

Die Diabetes-Behandlung rechtzeitig anzupassen, wenn die glykämischen Zielwerte nicht erreicht werden, bleibt eine große Herausforderung in der Versorgung. Zur Bewältigung dieses Problems sind häufig koordinierte, teambasierte Ansätze unter Einbeziehung multidisziplinärer Fachgruppen erforderlich.¹³

Der **ADA/EASD-Konsensusbericht 2022** betont die Einbeziehung **multidisziplinärer Teams** für einen patientenorientierten Ansatz.¹³

DIE ROLLE DER STRUKTURIERTEN VERSORGUNG UND NACHSORGE BEIM T2D-MANAGEMENT:^{1,6,10,13-16}



5 Die Versorgungslücke der Insulintherapie bei T2D in der klinischen Praxis schließen

Die Versorgung durch die Bewältigung der Barrieren bei der Insulinanwendung in der klinischen Praxis verbessern^{7,10}

Abkürzungen:
ADA = American Diabetes Association (Amerikanische Diabetes-Vereinigung); EASD = European Association for the Study of Diabetes (Europäische Gesellschaft für Diabetesforschung); GLD = Glucose-Lowering Drug (blutzuckersenkendes Medikament); HbA1c = Hämoglobin A1c; HCP = Healthcare Professional (medizinische Fachkraft); T2D = Typ-2-Diabetes.

Quellen:

- Renda S, Freeman J. Postgrad Med. 2024;136(2):150-161.
- Gavin JR, Abaniel RM, Virdi NS. Diabetes Spectr. 2023;36(4):379-384.
- Emad-Eldin M, et al. World J Diabetes. 2024;15(5): 828-852.
- Gimeno EJ, et al. Diabetes Ther. 2024;15(5):1047-1067.
- Trevisan R, Conti M, Ciardullo S. Diabetologia. 2024;67(8):1480-1492.
- Senior P, et al. Can J Diabetes. 2024;48(6):379-386.e6.
- Galdón Sanz-Pastor A, et al. Front Endocrinol (Lausanne). 2024;15:1366368.
- Aroda VR, et al. BMJ Open Diabetes Res Care. 2024;12(2):e003825.
- Roussel R, et al. Diabetes Ther. 2020;11(8):1861-1872.
- Bolli GB, et al. Diabetes Care. 2025;48(5):671-681.
- Wakil A, Atkin SL. Ther Adv Endocrinol Metab. 2012;3(2):55-59.
- Jones AM, et al. Diabetes Ther. 2025;16(10):1933-1954.
- Davies MJ, et al. Diabetes Care. 2022;45(11):2753-2786.
- Manzi R, et al. J. Maine Med. Cent. 2020;2(2):5.
- Orabone AW, Do V, Cohen E. Diabetes Metab Syndr Obes. 2022;15:1911-1923.
- Ying Z, et al. JAMA Netw Open. 2025;8(5):e258910.