

# KÖLN ALTER



CID GmbH  
Dienstleistungen für medizinische Netzwerke  
Merheimer Str. 217  
50733 Köln

Mittwoch, 26.11.2025; 16:30

#### 4. Online-Seminar: Differentialtherapie in der Diabetologie

Nachdem die ersten drei Seminare zur Differentialtherapie in der Diabetologie Gefallen gefunden haben, freuen wir uns, Sie zum diesjährigen 4. Seminar einladen zu können. Wir sind bei der Mischung von Wissenschaft und Philosophie einer patientenzentrierten Auswahl der möglichen Behandlungen geblieben.

Bei Menschen im Senium verändern sich die Ziele der Diabetestherapie. Neue Gefahren tun sich auf in Form von hypoglykämiebedingten Stürzen und Sarcopenie. Gleichzeitig nimmt die Kompetenz der Betroffenen ab und auch die Umgebung ist oft überfordert. Eine Diabetestherapie mit dem Ziel, einer „guten Einstellung“, sei es über differenzierte Insulingaben, sei es über Allgemeinmaßnahmen wie Gewichtsreduktion und Bewegung, passen nicht mehr. Sie reduzieren zu oft Aspekte des Wohlbefindens, der Lebensqualität und der selbstständigen Lebensführung. Die Aufgabe der Diabetologie erstreckt sich auch auf die Beendigung lebensgefährlicher Übertherapie. Neue Wege werden beschränkt geprägt durch Erfahrungen, die auch durch das Setting der eigenen Tätigkeit nicht umfassend sein können. Sind unsere Konzepte und auch „etwas lockerer zu lassen“ angemessen? Ist der Übergang graduierlich oder kommt er plötzlich? Kann ein HbA1c von 10,5 eine gute Einstellung sein? Wo ist der ideale Kompromiss zwischen Aufwand und Nutzen bei begrenzenden Ressourcen?

Uhr	Themen und Referenten*innen
16.30	<b>Begrüßung</b> Michael Birgel und Dirk Hochlener
16.40	<b>Menschen und ihre Geschichte – Beispiele</b> Michael Birgel
17.10	<b>Alter Mensch und moderne Therapien – was sagen Studien?</b> Juris Meier
17.40	<b>Diabetestherapie im Krankenhaus bei Senioren – sind die wesentlichen Aspekte den Therapeuten zugänglich?</b> Monica Negrean
18.10	<b>Pause</b>
18.20	<b>Der alte Mensch und seine Ressourcen – Aufwand in der Diabetestherapie und ungenutzte Möglichkeiten</b> Hans-Ludwig Brill
18.50	<b>Diabetestherapie bei älteren Patientinnen und Patienten in der frühen Nutzenbewertung</b> Christian Siebel
19.20	<b>Meinen viele Ärzte es „zu gut“ mit dem Diabetes und warum?</b> Alexander Risse
19.50	<b>Resümee und Verabschiedung</b> Michael Birgel und Dirk Hochlener

Meinen viele Ärzte\*.\*Innen es „zu gut“ mit dem Diabetes und warum ?

Alexander Risse, Berlin

#### 4. Online-Seminar: Differentialtherapie in der Diabetologie

Nachdem die ersten drei Seminare zur Differentialtherapie in der Diabetologie Gefallen gefunden haben, freuen wir uns, Sie zum diesjährigen 4. Seminar einladen zu können. Wir sind bei der Mischung von Wissenschaft und Philosophie einer patientenzentrierten Auswahl der möglichen Behandlungen geblieben.

Bei Menschen im Senium verändern sich die Ziele der Diabetestherapie. Neue Gefahren tun sich auf in Form von hypoglykämiebedingten Stürzen und Sarcopenie. Gleichzeitig nimmt die Kompetenz der Betroffenen ab und auch die Umgebung ist oft überfordert. Eine Diabetestherapie mit dem Ziel, einer „guten Einstellung“, sei es über differenzierte Insulingaben, sei es über Allgemeinmaßnahmen wie Gewichtsreduktion und Bewegung, passen nicht mehr. Sie reduzieren zu oft Aspekte des Wohlbefindens, der Lebensqualität und der selbstständigen Lebensführung. Die Aufgabe der Diabetologie erstreckt sich auch auf die Beendigung lebensgefährlicher Übertherapie. Neue Wege werden beschränkt geprägt durch Erfahrungen, die auch durch das Setting der eigenen Tätigkeit nicht umfassend sein können. Sind unsere Konzepte und auch „etwas lockerer zu lassen“ angemessen? Ist der Übergang graduierlich oder kommt er plötzlich? Kann ein HbA1c von 10,5 eine gute Einstellung sein? Wo ist der ideale Kompromiss zwischen Aufwand und Nutzen bei begrenzenden Ressourcen?

**4. Online-Seminar: Differentialtherapie in der Diabetologie**

Bei Menschen im Senium verändern sich die Ziele der Diabetestherapie.  
 \* Siehe Goodwin  
 Neue Gefahren tun sich auf in Form von hypoglykämiebedingten Stürzen und Sarcopenie.  
 \* Siehe Ebl. Geriatrie  
 Gleichzeitig nimmt die Kompetenz der Betroffenen ab und auch die Umgebung ist oft überfordert.  
 \* Haben Organärzte überhaupt eine psychopathologische, psychodiagnostische Kompetenz ?  
 \*\* Was sind z.B. mnestiche Störungen ?  
 „Gute Einstellungen“, differenzierte Insulingaben, Gewichtsreduktion, Bewegung, passen nicht mehr.  
 Sie reduzieren zu oft Aspekte des Wohlbefindens, der Lebensqualität und der selbstständigen Lebensführung.  
 \* Was ist Lebensqualität im Alter ?  
 \*\* siehe: Jean Améry  
 Die Aufgabe der Diabetologie erstreckt sich auch auf die Beendigung lebensgefährlicher Übertherapie.  
 \* Siehe Prof. Streeck („zu Tode operiert“)  
 Sind unsere Konzepte und auch „etwas lockerer zu lassen“ angemessen?  
 \* Wahrscheinlich nicht locker genug  
 Ist der Übergang gradueller oder kommt er plötzlich?  
 \* Manchmal: z.B. durch Malazie ...  
 Kann ein HbA1c von 10,5 eine gute Einstellung sein?  
 \* Kommt darauf an ...  
 Wo ist der ideale Kompromiss zwischen Aufwand und Nutzen bei begrenzenden Ressourcen?  
 \*\* Oh, oh: nochmal Professor Streeck ...

Alter: Wie fühlt sich das an ?

Können junge Ärztinnen gute Geriaterinnen sein ?



Können junge Ärztinnen gute Geriaterinnen sein ?

Könnte man lernen ...

Wahrscheinlich nicht im Studium ...  
 Instant ageing





## Geriatler



Fangen wir mit dem aktuellen Erregungsfokus an

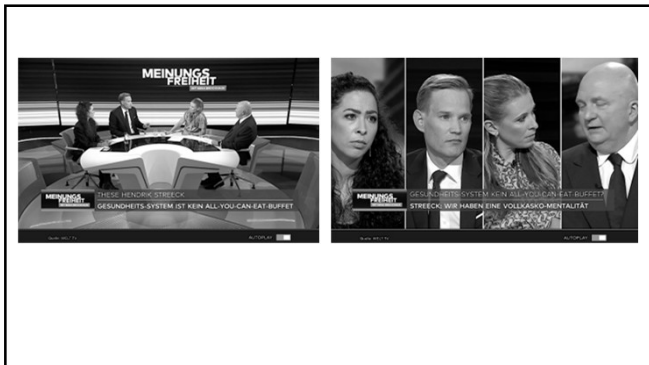
Wo ist der ideale Kompromiss zwischen Aufwand und Nutzen bei begrenzenden Ressourcen? (Hochlenert-Text)

\*\* z.B.: ... Professor Streeck ...

Im WELT-Talk „MEINUNGSFREIHEIT“  
spricht Prof. Hendrik Streeck,

Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und  
Drogenfragen, über die Probleme im deutschen  
Gesundheitssystem und ...


[https://www.t-online.de/nachrichten/deutschland/id\\_101001562/hendrick-streeck-kritisiert-ueberversorgung-hochbetagte-oft-tot-operiert-.html](https://www.t-online.de/nachrichten/deutschland/id_101001562/hendrick-streeck-kritisiert-ueberversorgung-hochbetagte-oft-tot-operiert-.html)




WELT-Talk „MEINUNGSFREIHEIT“ hinterfragt die Sinnhaftigkeit von besonders teuren Medikamenten für alte Menschen.



[https://www.t-online.de/nachrichten/deutschland/id\\_101001562/hendrick-streeck-kritisiert-ueberversorgung-hochbetagte-oft-tot-operiert.html](https://www.t-online.de/nachrichten/deutschland/id_101001562/hendrick-streeck-kritisiert-ueberversorgung-hochbetagte-oft-tot-operiert.html)



Ex-Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) sprach von einer **"ethisch unhaltbaren" Altersrationierung.**



Der Geriater Markus Gosch nannte Streecks Äußerungen im Spiegel **"schockierend".**

[https://www.t-online.de/nachrichten/deutschland/id\\_101001562/hendrick-streeck-kritisiert-ueberversorgung-hochbetagte-oft-tot-operiert.html](https://www.t-online.de/nachrichten/deutschland/id_101001562/hendrick-streeck-kritisiert-ueberversorgung-hochbetagte-oft-tot-operiert.html)

**4. Online-Seminar: Differentialtherapie in der Diabetologie**

Bei Menschen im Senium verändern sich die Ziele der Diabetestherapie.

- \* Siehe Goodwin
- Neue Gefahren tun sich auf in Form von hypoglykämiebedingten Stürzen und Sarcopenie.
- \* Siehe Ebl Geriatrie
- Gleichzeitig nimmt die Kompetenz der Betroffenen ab und auch die Umgebung ist oft überfordert.
- \* Haben Organärzte überhaupt eine psychopathologische, psychodiagnostische Kompetenz ?
- \*\* Was sind z.B. mnestiche Störungen ?
- „Gute Einstellungen“, differenzierte Insulingaben, Gewichtsreduktion, Bewegung, passen nicht mehr.
- Sie reduzieren zu oft Aspekte des Wohlbefindens, der Lebensqualität und der selbstständigen Lebensführung.
- \* Was ist Lebensqualität im Alter ?
- \*\* siehe: Jean Alméry

Die Aufgabe der Diabetologie erstreckt sich auch auf die Beendigung lebensgefährlicher Übertherapie.

- \* Siehe Prof. Streeck („zu Tode operiert“)
- Sind unsere Konzepte und auch „etwas lockerer zu lassen“ angemessen?
- \* Wahrscheinlich nicht locker genug
- Ist der Übergang gradulicher oder kommt er plötzlich?
- \* Manchmal: z.B. durch Malazie ...
- Kann ein HbA1c von 10,5 eine gute Einstellung sein?
- \* Kommt darauf an ...
- Wo ist der ideale Kompromiss zwischen Aufwand und Nutzen bei begrenzenden Ressourcen?
- \*\* Oh, oh: nochmal Professor Streeck ...

Fangen wir mit dem aktuellen Erregungsfokus an

Die Aufgabe der Diabetologie erstreckt sich auch auf die Beendigung lebensgefährlicher Übertherapie. (Dirk Hochlenert)

\* Siehe Prof. Streeck („tot operiert“)

Streeck führte nun aus, Reflex sei oft, dass die Lebensverlängerung immer das höchste Ziel sei. Dabei sei nicht alles, was medizinisch möglich sei, auch menschlich vertretbar. "In Deutschland aber werden ältere, hochfragile Menschen nicht selten **"tot operiert"** –

<https://www.stm.de/pressk/Deutschland/gesundh...-tot-operiert--streeck-will-umdenken-bei-uebersorgung-arterter-16551304.html>



Intensivmedizin am Lebensende: Zu Tode Therapiert? | Monitor | 07.11.2019 | 08:16 Min | UVI Verfügbar bis 30.12.2019 | Das Erste | Von Lutz Polanz, Jochen Taßler

Streeck führte nun aus, Reflex sei oft, dass die Lebensverlängerung immer das höchste Ziel sei. Dabei sei nicht alles, was medizinisch möglich sei, auch menschlich vertretbar. "In Deutschland aber werden ältere, hochfragile Menschen nicht selten **"tot operiert"** –

<https://www.stern.de/politik/deutschland/gesundheits-tot-operiert-streeck-will-umdenken-bei-versorgung-aelterer-36551304.html>

„mein Gott, was tun wir den Leuten an ...“  
 „Gott wird uns dafür strafen“  
 (Anästhesist, Intensivmediziner;  
 Dortmund, Anonym)

## Eine bemerkenswerte Paradigmenwende

Gesundes Leben: Bewegung, Ernährung, Triebverzicht  
 Zur Behufe der maximalen Lebensverlängerung

## Life expectancy in Europe

Life expectancy in years

- > 80
- 76 - 80
- 73 - 76
- < 76



depositphotos

Image ID: 64766488 www.depositphotos.com



## Eine bemerkenswerte Paradigmenwende

Gesundes Leben: Bewegung, Ernährung, Triebverzicht  
 Zur Behufe der Lebensverlängerung

Gleichzeitig:  
 Silver Tsunami,  
 Demenzkatastrophe  
 und jetzt auch noch  
**Der Rentenstreit**

## Eine bemerkenswerte Paradigmenwende

Gesundes Leben: Bewegung, Ernährung, Triebverzicht  
 Zur Behufe der Lebensverlängerung

Gleichzeitig:  
 Silver Tsunami,  
 Demenzkatastrophe  
 und jetzt auch noch  
 Der Rentenstreit



Zurück zur Individualbetrachtung

**4. Online-Seminar: Differentialtherapie in der Diabetologie**

**Bei Menschen im Senium verändern sich die Ziele der Diabetestherapie.**

**\* Siehe Goodwin**

Neue Gefahren tun sich auf in Form von hypoglykämiebedingten Stürzen und Sarcopenie.  
 \* Siehe EBL Geriatrie  
 Gleichzeitig nimmt die Kompetenz der Betroffenen ab und auch die Umgebung ist oft überfordert.  
 \* Haben Organärzte überhaupt eine psychopathologische, psychodiagnostische Kompetenz?  
 \*\* Was sind z.B. mnestische Störungen?  
 „Gute Einstellungen“, differenzierte Insulingaben, Gewichtsreduktion, Bewegung, passen nicht mehr.  
 Sie reduzieren zu oft Aspekte des Wohlbefindens, der Lebensqualität und der selbstständigen Lebensführung.  
 \* Was ist Lebensqualität im Alter?  
 \*\* siehe: Jean Améry  
 Die Aufgabe der Diabetologie erstreckt sich auch auf die Beendigung lebensgefährlicher Übertherapie.  
 \* Siehe Prof. Strecek („zu Tode operiert“)  
 Sind unsere Konzepte und auch „etwas lockerer zu lassen“ angemessen?  
 \* Wahrscheinlich nicht locker genug  
 Ist der Übergang graduell oder kommt er plötzlich?  
 \* Manchmal: z.B. durch Malaise  
 Kann ein HbA1c von 10,5 eine gute Einstellung sein?  
 \* Kommt darauf an ...  
 Wo ist der ideale Kompromiss zwischen Aufwand und Nutzen bei begrenzenden Ressourcen?  
 \*\* Oh, oh: nochmal Professor Strecek ...

**Welche Leitlinien nutzen dem Patienten ?**

Sounding Board

**Geriatrics**

**and the Limits of Modern Medicine**

**James S. Goodwin, M.D.**

University of Texas Medical Branch  
 Galveston, TX 77555

The New England Journal of Medicine (1999) 340: 1283 - 1285

The New England Journal of Medicine

HOME SEARCH CURRENT ISSUE PAST ISSUES COLLECTIONS HELP

Volume 340:1283-1285 April 22, 1999 Number 16

**Geriatrics and the Limits of Modern Medicine**

Like a number of geriatricians, I have come to believe that modern medicine does not work well for old people. Old patients serve as a mirror, reflecting the limitations and sometimes the absurdities of modern medicine. There are three areas that are particularly problematic for old people: the medicalization of everyday life, the primacy of diagnosis, and reimbursement for medical care.

**The Medicalization of Everyday Life**

In *Medical News*, Ivan Illich argued that medicine has expanded into almost all aspects of human existence.<sup>1</sup> All cultural and personal aspects of the struggles of life — growing up, raising children, and dealing with adversity, crime, violence, ambition, disease, and death — have been brought under the rubric of physical and mental health. This removes a huge range of human experience from the realm of personal wisdom and individual understanding and places it in the realm of medicine, with its accompanying aura of biologic determinism and technological susceptibility.<sup>2</sup>

Geriatrics and the Limits of Modern Medicine  
 The New England Journal of Medicine (1999) 340: 1283 - 1285

James S. Goodwin

**Like a number of geriatricians,  
 I have come to believe  
 that modern medicine  
 does not work well for old people**

**Wie viele andere Geriater bin ich zu der Überzeugung gelangt,  
 dass die moderne Medizin bei älteren Menschen nicht gut  
 wirkt.**

Geriatrics and the Limits of Modern Medicine  
 The New England Journal of Medicine (1999) 340: 1283 - 1285

James S. Goodwin

**Welche Leitlinien nutzen dem Patienten ?**

**If we teach only what we know, and  
 if we know only what we can measure in clinical trials,  
 then we can say little of importance about care of the elderly. (...)**

**Wenn wir nur das lehren, was wir wissen,  
 und wenn wir nur das wissen,  
 was wir in klinischen Studien messen können,  
 dann  
 können wir wenig Wichtiges über die Altenpflege sagen. (...)**

**Geriatrics and the Limits of Modern Medicine**  
 The New England Journal of Medicine (1999) 340: 1283 - 1285

James S. Goodwin

Evidence-based medicine is not kind to the elderly.  
 This movement trusts only the products of randomized, controlled trials.  
 But subjects over the age of 75 years are rarely found in such trials, thus rendering this population invisible to scientific medicine.

Evidenzbasierte Medizin ist nicht gut für ältere Menschen.  
 Diese Bewegung vertraut nur den Ergebnissen randomisierter, kontrollierter Studien.

Probanden über 75 Jahre werden jedoch selten in solchen Studien gefunden, so dass diese Bevölkerungsgruppe für die wissenschaftliche Medizin unsichtbar bleibt.

**Geriatrics and the Limits of Modern Medicine**  
 The New England Journal of Medicine (1999) 340: 1283 - 1285

James S. Goodwin

**Data do not convey values,  
 and the practice of medicine is also about values**

**Daten vermitteln keine Werte, Und  
 auch in der medizinischen Praxis  
 geht es um Werte**

**Geriatrics and the Limits of Modern Medicine**  
 The New England Journal of Medicine (1999) 340: 1283 - 1285

James S. Goodwin

Many important issues of old age  
 cannot be measured by machines  
 or expressed by numbers.

Viele wichtige Themen des Alters können nicht maschinell gemessen werden oder durch Zahlen ausgedrückt.

**Geriatrics and the Limits of Modern Medicine**  
 The New England Journal of Medicine (1999) 340: 1283 - 1285

James S. Goodwin

The challenges of very old age are spiritual,  
 not medical.  
 The appropriate role of the physician is as counselor or helper, not as  
 scientific expert

Die Herausforderungen des Alters sind spirituell, nicht medizinisch  
 Die angemessene Rolle des Arztes ist die eines Beraters oder einer Helfers nicht die eines medizinischen Experten

**Diabetologie und Stoffwechsel**  
 Supplement

**S2k**  
 Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Typ-1-Diabetes

**Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft**

**Praxisempfehlungen DDG**  
 für die Diagnostik und Therapie des Typ-1-Diabetes

1. Aktualisierung Oktober 2024

Thieme

**Themen wie Typ-1-Diabetes im Alter, End of Life, Schnittstellenmanagement oder Ethik sind in der kompletten S2k-Leitlinie behandelt.**

Geriatrics and the Limits of Modern Medicine  
The New England Journal of Medicine (1999) 340: 1283 - 1285

James S. Goodwin

More important than a new model, however,  
is the need to bridge the gaping chasm  
between what we do and what we know to be true.

**Wichtiger als ein neues Modell ist jedoch die  
Notwendigkeit,  
den klaffenden Abgrund zwischen dem, was wir tun,  
und dem, was wir als wahr erkennen,  
zu überbrücken.**

Geriatrics and the Limits of Modern Medicine  
The New England Journal of Medicine (1999) 340: 1283 - 1285

James S. Goodwin

It is disturbing  
how many of my middle-aged colleagues in academic medicine  
have horror stories regarding the medical care of their parents or in-laws.  
These anecdotes should be listened to

Es ist beunruhigend,  
wie viele meiner Kollegen mittleren Alters  
in der akademischen Medizin  
**Schreckensgeschichten  
über die medizinische Versorgung ihrer Eltern oder Schwiegereltern  
erzählen können.**

Geriatrics and the Limits of Modern Medicine  
The New England Journal of Medicine (1999) 340: 1283 - 1285

More important than a new model, however,  
is the need to bridge the gaping chasm  
between what we do and what we know to be true.

It is disturbing  
how many of my middle-aged colleagues in academic medicine  
have horror stories  
regarding the medical care of their parents  
or in-laws.

These anecdotes should be listened to

James S. Goodwin

**DDG Leipzig 2011**

**DIABETOLOGIE IN DEUTSCHLAND**


4 Abteilungen

Ontologie  
Limits of Evidence  
and Evidence

Realdiabetologie  
Das Grauen

Rennerdiabetologie  
Praktische Diabetologie

IQWiGDiabetologie  
evidenceDiabetologie



Goodwin:  
**Horror stories**  
from middle-aged physicians

**DDG Leipzig 2011**

**DIABETOLOGIE IN DEUTSCHLAND**

4 Abteilungen

Ontologie  
Limits of Evidence  
and Evidence

Realdiabetologie  
Das Grauen

Rennerdiabetologie  
Praktische Diabetologie

IQWiGDiabetologie  
evidenceDiabetologie





Geriatrics and the Limits of Modern Medicine  
The New England Journal of Medicine (1999) 340:1283 - 1285

James S. Goodwin

These anecdotes should be listened to. These rueful stories reveal the profound disjunction between our scientific rhetoric and our deepest desires for compassionate care

Diesen Anekdoten sollte man Gehör schenken. Diese traurigen Geschichten offenbaren die tiefe Kluft zwischen unserer wissenschaftlichen Rhetorik und unserem tiefsten Wunsch nach mitfühlender Pflege.

Geriatrics and the Limits of Modern Medicine  
The New England Journal of Medicine (1999) 340:1283 - 1285

James S. Goodwin

**Wir müssen mehr Geschichten erzählen und miteinander darüber nachdenken und sprechen, was die Ziele der Medizin sind und was sie sein sollten.**

## Deutsches Netzwerk für Narrative Medizin



JGU  
JOHANNES GUTENBERG  
UNIVERSITÄT  
MANNHEIM

## NARRATIVE MEDIZIN

Narrative Medizin stellt die individuelle Erfahrung des Menschen in diversen medizinischen Kontexten (wieder) ins Zentrum.

Sie **nutzt geisteswissenschaftliche Methoden und Konzepte** und versteht das Deutsche Netzwerk für Narrative Medizin bezieht sich auf das von der Ärztin und Literaturwissenschaftlerin Rita Charon gegründete Programm "**Narrative Medizin**" an der Columbia University in New York City. Das Netzwerk schließt weitere Ansätze mit ein, die geisteswissenschaftliche und medizinpraktische Anliegen zu verknüpfen versuchen, wie zum Beispiel narrative-based medicine aus Großbritannien sowie Ansätze aus den Medical Humanities und Health Humanities. sich als wichtige Ergänzung zur evidenzbasierten Medizin.

## NARRATIVE MEDIZIN

Narrative Medizin stellt die individuelle Erfahrung des Menschen in diversen medizinischen Kontexten (wieder) ins Zentrum.

Sie **nutzt geisteswissenschaftliche Methoden und Konzepte** und versteht

Das Deutsche Netzwerk für Narrative Medizin bezieht sich auf das von der Ärztin und Literaturwissenschaftlerin Rita Charon gegründete Programm "**Narrative Medizin**" an der Columbia University in New York City. Das Netzwerk schließt weitere Ansätze mit ein, die geisteswissenschaftliche und medizinpraktische Anliegen zu verknüpfen versuchen, wie zum Beispiel narrative-based medicine aus Großbritannien sowie Ansätze aus den Medical Humanities und Health Humanities. sich als wichtige Ergänzung zur evidenzbasierten Medizin.

**HERMENEUTIK  
Nomothetik vs. Idiographik**

### Ziele der Narrativen Medizin

Narrative Medizin ergänzt biomedizinische Modelle und die evidenzbasierte Medizin mit geisteswissenschaftlichen Konzepten und Methoden.

So sind das **close reading**, also die detaillierte und textnahe Interpretation, sowie im weiteren Sinne **hermeneutische Ansätze** Kernmethoden der Narrativen Medizin,

da sie die **Bedeutung eines Phänomens in den Vordergrund stellen**.


Als Deutungswissenschaft scheint beispielsweise die Literaturwissenschaft mit der Handlungsorientierung medizinischer Tätigkeiten im Widerspruch zu stehen. Doch auch in der handlungsorientierten Medizin **sind Fragen nach der Bedeutung von Krankheit und Leiden zentral** und unumgänglich für Patient\*innen und ihre Behandler\*innen.

Narrative Medizin versteht sich auch als ein **Instrument der Selbstfürsorge**, deren Bedeutung der Weltärztebund erkannt und 2017 in das ärztliche Gelöbnis aufgenommen hat.

Sie ermöglicht Behandler\*innen sich in den komplexen Bedeutungen ihrer Tätigkeiten – sowohl für andere als auch für sich selbst – wiederzufinden und zu verorten.

Selbstreflexion, Entschleunigung, ein **anderer Blick auf Sprache** und medizinische Themen – dies sind einige der Beobachtungen, die Teilnehmende von Workshops der Narrativen Medizin beschreiben. Literatur und Kunst können bei diesen und anderen Aspekten eine wichtige Rolle spielen.

Lebensqualität: + Innere Haltung  
**Adnoten zum ärztlichen Auftrag:** Ethik  
 (Welche Qualität wollen wir sichern ?)  
 Magisch-animistische Interferenzen Wissenschaftskritik



BMJ 2001;322:668-670 (17 March)

**Education and debate**  
*Care of older people*

**Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting**

*This is the first in a series of four articles*

Kate Lothian, research assistant, Ian Philip, professor of health care for elderly people.

**4. Online-Seminar: Differentialtherapie in der Diabetologie**

Bei Menschen im Senium verändern sich die Ziele der Diabetestherapie.

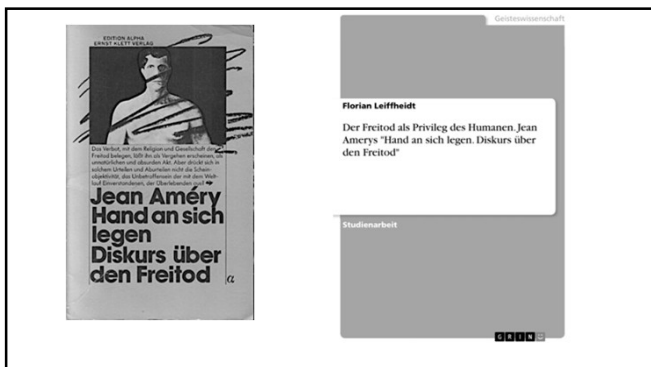
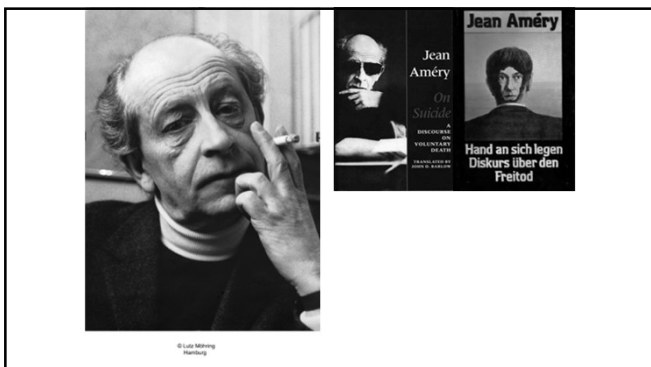
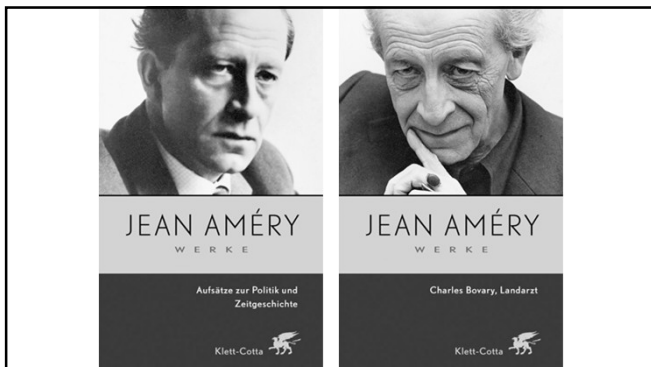
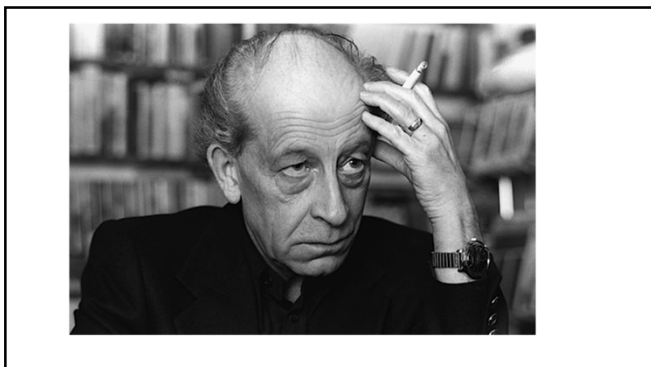
- \* Siehe Goodwin
- Neue Gefahren tun sich auf in Form von hypoglykämiebedingten Stürzen und Sarcopenie.
- \* Siehe Etl, Geriatrie
- Gleichzeitig nimmt die Kompetenz der Betroffenen ab und auch die Umgebung ist oft überfordert.
- \* Haben Organärzte überhaupt eine psychopathologische, psychodiagnostische Kompetenz ?
- \*\* Was sind z.B. mnestische Störungen ?

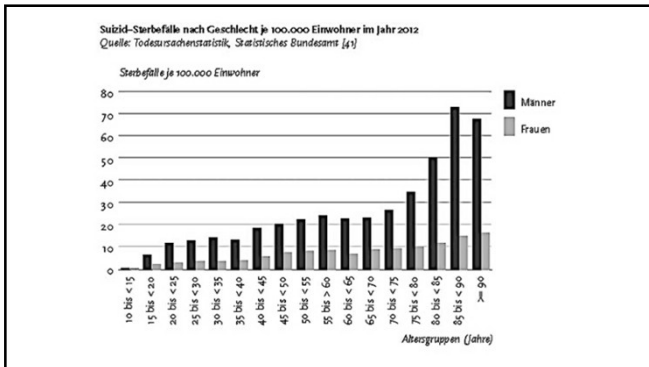
Gute Einstellungen", differenzierte Insulingaben, Gewichtsreduktion, Bewegung, passen nicht mehr.  
 Sie reduzieren zu oft Aspekte des Wohlbefindens, der Lebensqualität und der selbstständigen Lebensführung.

**\* Was ist Lebensqualität im Alter ?**  
**\*\* siehe: Jean Améry**

Die Aufgabe der Diabetologie erstreckt sich auch auf die Beendigung lebensfähiger Übertherapie.

- \* Siehe Prof. Streeck („zu Tode operiert“)
- Sind unsere Konzepte und auch „etwas lockerner zu lassen“ angemessen?
- \* Wahrscheinlich nicht locker genug
- Ist der Übergang graduell oder kommt er plötzlich?
- \* Manchmal: z.B. durch Malaise ...
- Kann ein HbA1c von 10,5 eine gute Einstellung sein?
- \* Kommt darauf an ...
- Wo ist der ideale Kompromiss zwischen Aufwand und Nutzen bei begrenzenden Ressourcen?
- \*\* Oh, oh: nochmal Professor Streeck ...





**Ohne Ausweg: Alterssuizid**

Der Anteil älterer Menschen, die durch äußere Ursachen ums Leben kamen, lag in der EU 2008 unter drei Prozent. Zu diesem Bereich zählen u. a. die Todesfälle in Folge eines Sturzes. Immerhin knapp 31 000 Menschen ab 65 Jahren starben in der EU daran. Ebenfalls in dieser Kategorie erfasst sind die Suizide. Mögliche Ursachen für fehlenden Lebensmut im Alter können der Verlust des Partners, Einsamkeit oder Krankheit sein. Im Vergleich zu den Haupttodesursachen sind Alterssuizide selten, in allen EU-Ländern ließen sich weniger als 1% aller Todesfälle jenseits der 65 darauf zurückführen. Doch waren es 2008 EU-weit über 15 000 ältere Menschen, die für sich keinen Ausweg mehr sahen und den Freitod wählten. Davon waren 73% Männer und 27% Frauen.

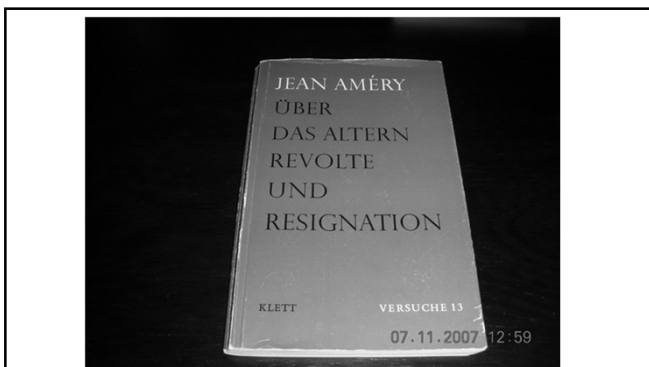
Im Blickpunkt  
**ÄLTERE MENSCHEN**  
in Deutschland und der EU  
Statistisches Bundesamt



Ideale Alterungsverläufe sind

1. Die liebenswürdige Verblödung
2. Der abrupte Tod in früher Jugend

Für die Intellektuellen ohne körperliche Krankheiten und mit Erhaltenem klarem Verstand  
**Letzte Bemerkungen von Jean Améry**  
(Betroffenenschilderung)



Jean Améry: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett 1968

**Die Meditationen über meinen Gegenstand haben nichts zu schaffen mit Geriatrie.**

Es wird gehandelt  
Vom *alternden* Menschen  
in seinem Verhältnis zur Zeit,  
zum eigenen Körper,  
zur Gesellschaft, zur Zivilisation,  
schließlich um Tode (9)

Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett1968

Was immer dem Alternden empfohlen wird,  
wie er sich mit dem Niedergang abfinden,  
ja diesem allenfalls sogar Werte abgewinnen könne  
- Adel der Resignation, Abendweisheit, späte Befriedigung - ,  
  
es stand vor mir als niederträchtige Duperie \*, \* [Betrug, Täuschung]  
  
gegen die zu protestieren ich mir mit jeder Zeile aufgeben mußte

Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett1968

Die Strassen werden immer länger  
und die Beine immer kürzer.  
Der Atem wird schwerer, die Muskeln schwächer,  
das Hirn blöder (23)

Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett1968

So wartet der junge Mensch: auf die Frau, die er liebt, auf die  
Landschaft die er sehen möchte, auf das Werk, das er sich als das  
seine vornimmt.  
Wo aber der Tod ins Spiel tritt als Zielpunkt des Erwartens, wo, für den  
Alternden, dieser Tod als das zu Erwartende täglich mehr  
Wirklichkeitsgehalt bekommt und anderer Wartenslohn daneben  
nichtig wird,  
dort sollte von Zeit-in-die-Zukunft nicht mehr gesprochen werden.  
Denn der Tod, den wir erwarten, ist kein Etwas.  
Er ist die Verneinung jeglicher Etwagigkeit (27)

Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett1968

Aber jetzt ist es zu spät,  
der Sinn seines Lebens, ein Unsinn,  
wenn er's genau besieht, ist schon aufgesammelt in ihm als  
Zeitmasse, das Wirkliche hat das Mögliche von einst überspült,  
die Substanz, mit der er zu tun hat, ist nicht mehr knetbar.  
Er bereut, daß er saumselig war.  
Nun hat er schon versäumt, und wo er hinblickt, steht auf der Wand:  
**Nie wieder**

Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett1968

Der Körper, der „le negligé“ (Sartre) war  
und sich selbst verstand (...) –  
dieser Körper, der uns nicht mehr Welt vermittelt,  
sondern von Welt und Raum uns wegpert  
durch schweren Atem, schmerzende Beine, arthritisch geplagte  
Artikulationen,  
wird zu unserem Gefängnis,  
aber auch zu unserem letzten Obdach (45)

Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett1968

Wir mögen dem Spiegel ausweichen.  
Wir können aber nicht verhindern,  
daß wir unsere Hände sehen, an denen die Adern hervortreten,  
unsere Bäuche, der schlaff und faltig wird,  
unsere Füße, deren Zehennägel trotz aller Pedieurstkünste  
verdickt und rissig wurden.  
Wir können unserem Körper,(...) nicht davonlaufen,  
können nicht aus der Haut fahren, wie wir das nur allzugerne  
möchten, wenn wir diese schilfrig sich schuppende Haut betasten  
(45)

Jean Améry: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett1968

(...) bleibt beim Versuche einer  
Wesensbeschreibung des Alterns, die sich nicht einläßt auf (...) die medizinische Terminologie, was wir sagten:  
daß nämlich dem Alternden die Welt sich nicht nur entzieht, sondern sie zu seinem Widersacher wird ... (48)

Jean Améry: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett1968

Gibt es so etwas wie eine Grundbefindlichkeit des Alterns, so läßt diese sich annähernd konzentrieren in den Wörtern wie **Mühsal und Drangsal (48)**



Jean Améry: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett1968

Und in der Tat ist es ja so,  
daß der Alterungsprozess  
der einer Materialisierung und Substanzialisierung ist (49)  
Der immer schlechter funktionierende Stoffwechsel bewirkt  
eine den ganzen Organismus erfassende,  
äußerlich erkennbare und subjektiv spürbare Verschlackung  
Elendes Bein, unfolgsames Herz, rebellischer Magen:  
*mir tut ihr weh, Widersacher ....*

Jean Améry: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett1968

Eine Gesellschaft (...), die nicht behelligt werden will mit dem Schauspiel des Niedergangs (52)



Jean Améry: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett1968

Was heißt soziales Alter ?  
Im Leben eines jeden Menschen gibt es einen Punkt (...) wo er entdeckt, daß er nur ist, was er ist.  
Mit einem Mal, so erkennt er, bewilligt die Welt ihm nicht mehr den Kredit seiner Zukunft,  
sie will sich nicht mehr darauf einlassen,  
ihn als den zu sehen, der er sein *könnte*. (...)  
Er findet sich als Geschöpf ohne Potentialität (65)

Jean Améry: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett1968

Danach kommt das,  
was die Gesellschaft den wohlverdienten Ruhestand nennt  
  
und was für  
den einen eine stattliche Beamtenpension bedeutet,  
für den anderen eine miserable Rente ...

Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation,  
Klett1968

**Danach kommt das, was die Gesellschaft den wohlverdienten  
Ruhestand nennt und was für den einen eine stattliche  
Beamtenpension bedeutet, für den anderen eine miserable Rente  
... (74)**



Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation,  
Klett1968

#### **Kulturelles Altern**

**(...) Wer an die Schwelle gerät (...)  
muß irgendwann erfahren,  
daß der die Welt nicht mehr versteht (87)**

**Im Maße, wie der Alternde versucht, die kulturellen Erscheinungen  
dieser Zeit nach den Bezugspunkten der Vergangenheit, die *seine*  
Zeit war, weil sie ihm Zukunft, Welt und Raum versprach,  
zu situieren, wird er seiner Epoche fremd (91)**

Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation, Klett1968

#### **Kulturelles Altern**

**Er muß zusehen,  
wie die Entstehungs-, Popularisierungsprozesse  
in immer rapiderem Tempo abrollen,  
und das entmutigt ihn vollends,  
nicht nur, weil ihm hierbei verdeutlicht wird, aufs radikalste,  
wie aussichtslos seine mühselige Lernerarbeit ist (...)**

Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation,

#### **Kulturelles Altern**

**(...) er muß, wenn er nicht  
als Hinterweltler zum dummstolzen Neinsager werden will,  
die Akzeleration als ein authentisches Phänomen anerkennen,  
muß sogar das, was er Mode zu nennen versucht und Snobismus,  
in die Authentizität der Beschleunigung einbeziehen  
und schließlich den McLuhan-Oberschüler,  
den er als geschwätzigen Frechling abzutun noch gestern bereit war,  
als einen aufgeweckten jungen Mann gelten lassen (104)**

Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation,

#### **Kulturelles Altern**

**Und mit jedem neuen Zugeständnis,  
das er dem Geist der Epoche macht,  
wird ein Stück seiner Welt in Trümmer fallen (...) (104)**

**Er versteht die Welt nicht mehr;  
die Welt, die er versteht, ist nicht mehr**

Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation,

#### **Mit dem Sterben leben**

**Krankheiten stellen sich ein. (...) Jahreskameraden verscheiden  
(...). Der Alternde denkt an den Tod.**

**Er denkt an ihn zunächst als an ein objektives Ereignis,  
in den Kategorien eines Überlebenden (...)**

**Es geht in etwas an,  
daß er in einer nur allzu absehbaren Zeit nicht mehr da sein wird**

Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation,

**Mit dem Sterben leben**

Es ist schlichterding nichts zu denken über den Tod,

Genie und Einfaltspinsel  
werden vor diesem Gegenstand  
gleichermaßen zuschanden (111)

Jean Amery: Über das Altern - Revolte und Resignation,

**Mit dem Sterben leben**

Wenn wir alle gleich sind vor dem Tode (...)  
- so sind wir doch nicht gleich vor dem Sterben

Tod, wo ist Dein Stachel ?  
Der Arme gibt sehr präzise Antwort:  
Im Altersheim, im Spital,  
in der schlecht geheizten Wohnung,  
wo der Todkranke sich durch den Korridor zur Toilette schleppen  
muß

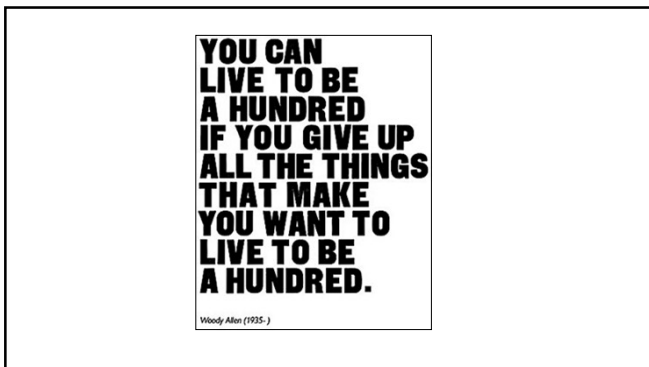
Mit dem Alter steigt das Risiko für  
Erkrankungen und Behinderungen

- Hirnorganisches Psychosyndrom
- Beschleunigung der Umwelt
- Körperliche Behinderungen
- Instant Ageing

Nichts ist mehr habituell  
ALLES wird schwer

Dann kommt das Altenheim  
(vorläufiges Sterben)






**Alter, Alte**  
 Stoffwechselzielpersonen  
 Leitlinien

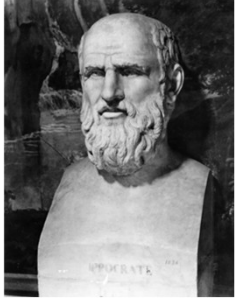
Wertefragen  
 Metaphysik  
 Sterben und Tod

Nichtet das Nichts?  
 Und wenn ja, wen?

Gesellschaftliche und individuelle Ausweichbewegungen

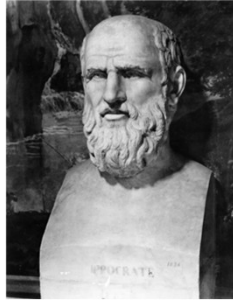



Eid des Hippokrates



## Eid des Hippokrates

Geschworen ?  
von wem ?



Aufgrund der guten medizinischen Versorgung in Deutschland erreichen inzwischen viele Menschen mit Diabetes mellitus ein hohes Alter:

Von den etwa 340 000 Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes sind mehr als 100 000 Betroffene über 70 Jahre alt.

Unter den etwa acht Millionen Betroffenen mit Typ-2-Diabetes gehört ein Viertel der Altersgruppe der über 75-Jährigen an und etwa eine Million ist über 80 Jahre alt [8].

Themen wie  
**Typ-1-Diabetes im Alter,  
End of Life,  
Schnittstellenmanagement  
oder Ethik**



**sind in der kompletten S2k-Leitlinie behandelt.**

Der geriatrische Patient ist definiert durch Multimorbidität und ein höheres Lebensalter.

Alterstypische Funktionseinschränkungen und eine hohe Vulnerabilität erzeugen besonderen Handlungsbedarf,

Der über die Blutglukoseeinstellung und das Management kardio-vaskulärer Risikofaktoren oder diabetestypischer Komplikationen hinausgeht.

Für eine differenzierte Therapieplanung sollten ältere Patienten in funktionelle Gruppen eingeteilt werden

**Bewegung und Sturzneigung**

Ältere Menschen mit Diabetes mellitus sollten hinsichtlich eines möglichen Sturzrisikos überprüft werden.

Bei älteren Menschen mit Diabetes und erhöhtem Sturzrisiko sollte die Medikation im Hinblick auf Medikamente, die die Sturzneigung erhöhen (z. B. Neuroleptika, Hypnotika, Sedativa) überprüft werden.

Bei älteren Menschen mit Diabetes sollte regelmäßig die **Visusleistung** überprüft und, falls nötig und möglich, ein Angebot zur Korrektur unterbreitet werden.

Funktionell leicht oder stark eingeschränkte ältere Menschen mit Diabetes und deren Zugehörige sollten auf Möglichkeiten zur Sturzprävention und auf **häusliche Sturzgefahren** (mangelnde Beleuchtung, fehlende Haltegriffe in Bad und Toilette etc.) hingewiesen werden.

Funktionell leicht oder stark eingeschränkten älteren Menschen, insbesondere Menschen mit Frailty und Diabetes, sollten Möglichkeiten zum Kraft- und Ausdauertraining angeboten werden.

Bewegung gilt als wichtigste Lebensstil-Maßnahme zur Prävention von Demenz im Alter.

Frailty und Sarkopenie sind zwei geriatrische Syndrome, denen große Bedeutung für den Erhalt von Funktionalität, Selbstständigkeit und Lebensqualität des älteren Menschen zukommt.

Frailty ist ein multidimensionales Syndrom, das durch verminderte funktionelle Reserven, eine reduzierte Widerstandskraft gegenüber Stressoren und eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber negativen gesundheitlichen Ereignissen wie Stürzen, Heimunterbringung und Mortalität gekennzeichnet ist [22].

Frailty wird anhand von fünf Kriterien (Praxistool) diagnostiziert, die einen physischen Phänotyp beschreiben.

Unter einer Sarkopenie versteht man den altersassoziierten Verlust von Muskelmasse und Muskelfunktion, der oft mit Schwäche und Sturzgefahr einhergeht. Beide treten bei älteren Menschen

mit Diabetes häufiger auf als in der Bevölkerung ohne Diabetes.

Ein Sarkopenie-/Frailty-Screening sollte bei älteren Patienten mit Diabetes erfolgen.

Eine optimierte Ernährung sowie adaptierte Trainingsprogramme sollten die Basis der Therapie bei Sarkopenie und Frailty darstellen.

Bei Patienten mit erhöhter Sturz- und Frakturnrate sollten Maßnahmen zur Sturzprophylaxe durchgeführt werden.

#### • Depression

Depressionen sind häufig vorkommende psychische Störungen bei alten Menschen mit Diabetes. Ein bidirektionaler Zusammenhang ist bekannt und auch eine wechselseitige negative Beeinflussung

bezüglich körperlicher Aktivität, Compliance/Adherence oder Demenz [23]. Mit einigen Einschränkungen können ältere Patienten mit Diabetes in gleicher Weise behandelt werden wie Jüngere.

▪ Bei älteren Menschen mit Diabetes soll einmal jährlich ein Depressionsscreening durchgeführt werden. Bei positivem Ergebnis soll ein validiertes, altersspezifisches Verfahren durchgeführt werden.

▪ Bei älteren Menschen mit Diabetes und Depressionen sollte wegen des **erhöhten Suizidrisikos** besonders auf Anzeichen einer möglichen Suizidalität geachtet werden.

#### Demenz

In Deutschland leben derzeit ca. 1,7 Mio. Menschen mit Demenz. Menschen mit Typ-2-Diabetes haben im hohen Lebensalter ein im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes erhöhtes Demenzrisiko [24].

Demenz wirkt sich negativ auf andere geriatrische Syndrome aus, insbesondere Frailty, und geht mit einer schlechteren Stoffwechseleinstellung und einem erhöhten Risiko für Hypoglykämien einher.

Bei älteren Menschen mit Diabetes sollte einmal jährlich ein Screening der kognitiven

Leistungsfähigkeit mit einem validierten Verfahren durchgeführt werden.

▪ Die kognitiven Anforderungen der Diabetesbehandlung sollten an die kognitive Leistungsfähigkeit des Menschen mit Diabetes angepasst werden.

▪ Schulungsmaßnahmen sollten an die kognitive Leistungsfähigkeit der Menschen mit Diabetes angepasst sein und die Komplexität der vermittelten Inhalte und des Sprachniveaus sollte entsprechend adaptiert werden.

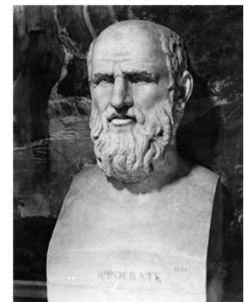
▪ Körperliche Aktivierung und Aktivität sollten im Rahmen der vorhandenen körperlichen Fähigkeiten eines alten Menschen mit Diabetes und Demenz gefördert werden.

#### Welche Leitlinien nutzen dem Patienten ?

**Themen wie  
Typ-1-Diabetes im Alter,  
End of Life,  
Schnittstellenmanagement  
oder Ethik  
sind in der kompletten S2k-Leitlinie behandelt.**

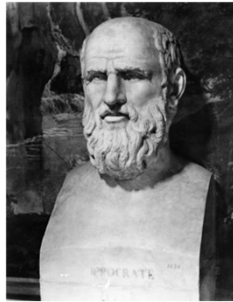


Eid des Hippokrates



Eid des Hippokrates

Geschworen ?  
von wem ?



WERTHEFRAGEN

Ethik  
Moral  
Sitte  
Sittlichkeit

WERTHEFRAGEN (2)

Ethik  
Moral  
Sitte  
Sittlichkeit

The challenges of old age are spiritual, not medical.

Many important issues of old age cannot be measured by machines or expressed by numbers  
Machines an Numbers: Cochranes, "evidence", Guidelines, Checklists  
Spiritual, not medical:  
Die Welt nicht mehr verstehen (Améry)  
Verlust der Bedeutung  
Zunahme des Nichts ("Das nichts nichtet [Heidegger])  
Schmerz und personale Regression  
Demenz: Abhängigkeit  
Suizid (Amréry) [Bilanzselbstmord und "Suizidprophylaxe"]  
Tod, Verwesung,  
Glaube (Atheismus, Angstzismus ...): "God only knows"



Y... (The text is very small and difficult to read, appearing to be a collection of short paragraphs or a list of items related to the cartoon above.)