

Mühlen.POST

DIABETES SONDERAUSGABE

Januar 2024



**Bleiben Sie auf dem
Laufenden!**

Mit unserer Diabetes-Sonderausgabe der Mühlen.POST wollen wir unsere Patientinnen und Patienten über aktuelle Entwicklungen zum Thema Diabetes informieren!



Fifteen is the new seven
S. 4



Blut-
zucker-
Messsys-
teme im
Überblick
S. 6



Das
Auge
S. 11



Schw-
anger-
schafts-
diabe-
tes
S. 16

Ausbildung Pflegefachfrau /-mann



Krankenhaus Grevesmühlen

DEINE BENEFITS IM ÜBERBLICK



1.200 – 1.360 € + Zulagen
Vermögenswirksame Leistungen
Weihnachtsgeld ab 2. LJ
400 € Bestenprämie
Tablet zur Verwendung
Azubiwohnung möglich



Familiäre
Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit allen Berufsgruppen
Verlässliche Dienstplanung mit Wunschberücksichtigung
Hilfsbereite Kollegen
Eigenständiges Arbeiten



Viele gute Praxisanleiter
Hochmoderne Schule
Digitales Lernen
Abschluss- und Studienfahrten
Teambuilding-Events
Fahrt- u. Wohnkostenerstattung bei externen Einsätzen



Patientenorientierung
Kein Gewinnstreben
Hoher Personalschlüssel
Digitale Patientenakte
Garantierte Übernahme
Kooperative Führung

WIR FREUEN UNS AUF DICH!



KONTAKT

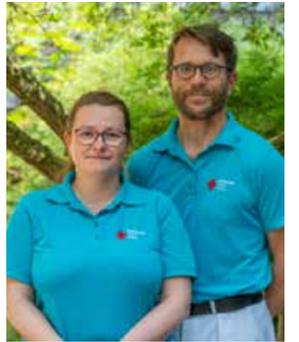
DRK-Krankenhaus Grevesmühlen gGmbH
Klützer Straße 13-15
23936 Grevesmühlen

Telefon: 03881 726-117
E-Mail: personal@drk-kh-gvm.de

DRK-Stellenportal
www.drk-zukunft.de

Herzlich Willkommen zur 2. Ausgabe der „Diabeteszeitung“ Ihres DRK-Krankenhauses Grevesmühlen.

Liebe Patienten, liebe Angehörige, liebe Interessierte, liebe Mitarbeiter, liebe (Grevesmühlener) Bürger,



herzlich willkommen zu einer neuen Ausgabe der Mühlen.Post des DRK-Krankenhauses Grevesmühlen mit dem Schwerpunktthema Diabetes.

Wir haben uns in diesem Jahr erneut dazu entschieden, Ihnen in Papierform aktuelle Informationen, Nachrichten und Strategien rund um das Thema Diabetes nahezubringen.

Der üblicherweise im Frühherbst stattfindende Diabetikertag unseres Krankenhauses erfolgt, nach dem bunten und unterstützenden Echo auf die Erstaufgabe unserer Diabeteszeitung vor drei Jahren, erneut in vorliegender Schriftform, um Ihnen so die Möglichkeit zu geben, sich unabhängig von Ort und Zeit auf den neuesten Stand der Informationen zum Thema Diabetes zu bringen.

Beigefügt sind auch die aktuellen Termine der weiterhin angebotenen Diabetes-Trainingswochen in unserem Hause, zu denen wir Sie herzlich einladen.

Wenn Sie Interesse haben, erreichen Sie uns unter der Telefonnummer: 03881 726-910 oder per E-Mail unter: diabetes@drk-kh-gvm.de.

Wir wünschen Ihnen gute Unterhaltung beim Lesen und vor allem hoffen wir, Ihnen Anregungen und Hilfen an die Hand geben zu können.

Es grüßen Sie herzlich stellvertretend für das gesamte Diabetesteam unseres Krankenhauses

Dr. med. Rolf Klingenberg-Noftz
Chefarzt Allg. Innere Medizin
und Gastroenterologie

Dana Jünemann
Diabetesberaterin DDG

Diese Zeitung ist, ebenso wie der Publikumstag, u.a. ermöglicht durch die Unterstützung zahlreicher Firmen, die in dieser Zeitung die Möglichkeit erhalten, Information und ihre Produkte zu präsentieren.

Inhalt

Stellenausschreibung - Azubi Pflegefachkraft (m/w/d)	Seite 02
Herzlich Willkommen zu Ihrer 2. Ausgabe der „Diabeteszeitung“, Inhalt & Impressum	Seite 03
Fifteen is the new seven	Seite 04
Blutzucker-Messsystem Vor- und Nachteile im Überblick?	Seite 06
Anzeigen Sponsoren	Seite 08
Stellenausschreibung Ärztlicher Dienst	Seite 09
Ernährung bei Diabetes mellitus	Seite 10
Das Auge	Seite 11
Ihre individuelle Trainingswoche im Krankenhaus	Seite 12
In Barfußschuhen um die Welt	Seite 13
krankhaftes Übergewicht	Seite 14

Schwangerschaftsdiabetes - Was tun?	Seite 16
Diabetes und Sexualität	Seite 18
DRK-Krankenhäuser - in Mecklenburg-Vorpommern	Seite 20

IMPRESSUM
DRK-Krankenhaus Grevesmühlen gGmbH · Klützer Str. 13-15 · 23936 Grevesmühlen
Telefon: 03881 726-0 · Telefax: 03881-2580 · E-Mail: info@drk-kh-gvm.de
Geschäftsführer: Jan Weyer
Inhalt Diabetesteam
Fotos: Marion Losse, Thomas Mandt, Pixelio, Krankenhaus Archiv
Layout: Alexandra Weyer, Heide Blut

„Fifteen is the new seven“ (Fünfzehn ist das neue Sieben)

Ich versichere Ihnen, was diese Überschrift bedeutet, klärt sich am Ende des Artikels. Diese aus dem Englischen übernommene Bezeichnung „Fünfzehn ist das neue Sieben“ ist angelehnt an Modetrends, die Ihnen vielleicht in den letzten Jahren, ebenso wie mir, „untergekommen“ sind. Ich erinnere mich daran, wie eine Modemarke vor einigen Jahren den Slogan „orange is the new black“ (Orange ist das neue Schwarz) bewarb, um die Menschen aufzufordern, sich orangene Kleidung zu kaufen.

In der Diabetestherapie sind wir erfreulicherweise kurzlebigen Modetrends nicht unterworfen, hier soll das „Fünfzehn ist das neue Sieben“ darauf hinweisen, dass sich ein gewisser Paradigmenwechsel in der Diabetestherapie eingestellt hat. Paradigmenwechsel, also eine Änderung von angenommenen Grundfestlegungen, soll hier heißen, dass sich die Behandlungsziele in der Behandlung des Diabetes nicht nur auf die bestehende Stoffwechsellage beziehen. Diabetologisch tätige Ärztinnen und Ärzte sollten insbesondere anstreben, das Grundproblem, das in der Regel bei Menschen mit Typ 2-Diabetes ursächlich ist, nämlich das metabolische Syndrom mit Übergewicht und Überernährung, vordringlich zu behandeln. Um dieses Ansinnen umzusetzen und Sie darin zu unterstützen, ist unser Anliegen. Dafür sind wir hier und stehen Ihnen zur Verfügung.

Die geltenden medizinischen Empfehlungen werden nicht einfach erdacht, ausgesucht oder entstehen wie Modetrends. Für die Behandlung des Diabetes existieren Leitlinien, die vor dem Hintergrund der Erkenntnislage stets aktualisiert werden. Die aktuelle Behandlungsempfehlung, die den Typ 2-Diabetes betrifft, stammt von der Bundesärztekammer und ist in der nationalen Versorgungsleitlinie von 2021 festgelegt. Hier werden Menschen mit Diabetes adressiert, die an einem Typ 2-Diabetes i.R. eines metabolischen Syndroms erkrankt sind.

Basis dieser öffentlich einsehbaren und im Internet einfach zu findenden Empfehlung ist die Änderung des Lebensstils, wenn ein Diabetes im Rahmen eines metabolischen Syndroms festgestellt worden

ist. Diese Empfehlung ist gleichzeitig die einfachste und auch schwierigste in der Umsetzung für Menschen, die sich mit Diabetes konfrontiert sehen. Unter den Empfehlungen zur Änderung des Lebensstils ist alles zusammengefasst, was persönlich getan werden sollte, um die Stoffwechsellage, sprich den Diabetes, zu behandeln. Es empfiehlt sich vor allem Gewicht zu verlieren und damit nicht nur den Diabetes unter Kontrolle zu halten, sondern sämtliche Gefäßkrankheiten und Erkrankungen des muskulären und knöchernen Halteapparates sowie z.B. auch Stimmungsschwankungen günstig zu beeinflussen.



Wie Sie merken, ist dies schnell daher gesagt und somit ein frommer Wunsch, der selten dauerhaft umsetzbar und meist nicht mit „Hauruck“-Maßnahmen zu erzielen ist. Es sollte jedoch ein Ansporn sein, seine Lebensweise dahingehend zu überprüfen, ob nicht eine Änderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, mit dem Ziel der Gewichtsreduktion möglich, sinnvoll und vor allem dauerhaft zu bewerkstelligen

ist. Es ist nicht nur wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn, sondern weithin bekannt, dass es wenig nachhaltig ist, drastische Maßnahmen zu ergreifen, da dies zum bekannten „Jo-Jo-Effekt“ führt. Das soll heißen, dass sich meistens nach Ende einer erfolgreichen Diät erneut eine Gewichtszunahme einstellt, die über den vorausgegangenen Gewichtsreduktionserfolg hinausgeht. Das ist ausgesprochen frustan und nervt.

Günstiger und empfehlenswerter sind daher kleine Veränderungen im täglichen Leben, die dauerhaft umgesetzt werden können und zu kleinen aber stetigen Veränderungen von Stimmung und Gewicht führen. Gleich der Richtung eines Supertankers auf den Weltmeeren, der mit voller Fahrt in eine Richtung fährt, die sich gar nicht bewegen würde, wenn der Kapitän den Befehl zur radikalen Kursänderung ausgeben würde. Hieße der Befehl jedoch, eine kleine, aber dauerhafte Kurskorrektur vorzunehmen, würde der Tanker am Ende der Fahrt ganz woanders ankommen, als ursprünglich gedacht. In diesem Sinne empfiehlt es sich, kleine Änderungen einzuführen, diese aber dauerhaft durchzuhalten, wenn dies denkbar und möglich ist.

Dies ist die Basis sämtlicher Behandlungsempfehlungen zum Typ 2-Diabetes. Diese Bemühungen können wir als ärztlicher Partner mit neuen Behandlungsmöglichkeiten unterstützen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen dafür bestehen. Die ehemals „Neuen“ haben ein erfreulich geringes Spektrum an unerwünschten Nebenwirkungen und beeinflussen nicht nur die Stoffwechsellage günstig, sondern auch die ursächlichen Probleme, die mit dem Diabetes einhergehen. Sicherlich ist Ihnen die Medikamentengruppe der SGLT 2-Inhibitoren bereits ein Begriff. Diese Medikamentengruppe, die vor etwa 10

Jahren in die Diabetestherapie aufgenommen wurde, führt dazu, dass überschüssiger Blutzucker mit dem Urin ausgeschieden wird. Der überschüssige „Zucker“, etwa 72 g/Tag, landet neben zusätzlich ausgeschiedener Flüssigkeit, nämlich 372 ml Volumen täglich, in der Toilette. Das Spektrum unerwünschter Wirkungen ist übersichtlich und beinhaltet vor allem urogenitale Infekte. Der anfänglich befürchtete Anstieg von Harnwegs- oder systemischen Infekten des Urogenitaltraktes ist rückblickend auf die letzten 10 Jahre ausgeblieben. Die Effekte dieser Stoffgruppe sind so vorteilhaft, dass sie nun nicht nur Menschen mit Diabetes, sondern auch bei Menschen mit einer Herz- und Nierenschwäche ohne Zuckerkrankheit, zugutekommen und Eingang in die Leitlinien zur Behandlung dieser Patientengruppen gefunden hat. Die SGLT 2-Inhibitoren wirken nicht nur gut und sind arm an unerwünschten Wirkungen, sondern führen auch dazu, dass behandelte Patienten weniger häufig ins Krankenhaus aufgenommen werden müssen und auch weniger häufig an ihren Grunderkrankungen versterben, wie sich in wissenschaftlichen Untersuchungen zeigte.

Eine weitere Stoffgruppe, die in den letzten Jahren eine deutliche Verbreitung in der Anwendung bei Menschen mit Typ 2-Diabetes und metabolischem Syndrom und Übergewicht gefunden hat, sind die GLP1-Analoga bzw. Inkretin-Ersatztherapie. Inkretine sind Darmhormone, die bei der Nahrungsaufnahme aus dem Magen-Darm-Trakt ausgeschüttet werden und für Sättigung, Darmbewegung und Ausschüttung von Stoffwechselhormonen zuständig sind. Es ist bekannt, dass es Menschen mit Diabetes an Inkretinen nach der Nahrungsaufnahme mangelt. Seit einigen Jahren wird deshalb das Behandlungsprinzip verfolgt, die Inkretine (Darmhormone) zu ersetzen, sogar über das natürliche Maß hinaus. Dieses Therapieprinzip verfolgen die GLP1-Analoga (GLP1: glucagon-like-peptide), deren Vertreter heutzutage in der Regel wöchentlich gespritzt werden und zur Verlangsamung der Magenentleerung, Appetitminderung und zur Optimierung der Hormonregulation nach der Nahrungsaufnahme führen. Das funktioniert dermaßen erfolgreich, dass einzelne Vertreter dieser Stoffgruppe aktuell sogar zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas ohne Zuckerkrankheit eingesetzt werden. Diese Situation wird jedoch momentan von den Krankenkassen in Deutschland nicht erstattet, sondern muss als Privatleistung getragen werden.

Für Ersatzbehandlung der Darmhormone ist auch ein weiterer Vertreter in Deutschland zugelassen und wird in Kürze verfügbar sein. Dieses Molekül ersetzt nicht nur den Mangel an GLP1, sondern auch den Mangel eines weiteren Darmhormons, dem GIP (glukoseabhängiges insulinotropes Polypeptid). Das neue Molekül reagiert mit Andockpunkten beider Hormone und führt zu einer verstärkten Wirkung. Dabei kommt es überraschenderweise zu weniger unerwünsch-

ten Wirkungen als im Vergleich zu einer alleinigen Behandlung mit GLP1-Analoga. Diese neue Medikamentengruppe findet bereits seit einigen Jahren in den USA Anwendung und hat hier dazu geführt, dass Gewichtsreduktionserfolge aufgetreten sind und die damit entstehenden Komplikationen kausal behandelt werden. Mit dem rückläufigen Gesamtkörpergewicht wird das metabolische Syndrom an der Wurzel behandelt.

Aus dem englischen Sprachraum kommt, wie Sie sich vorstellen können, auch die Überschrift: „fifteen is the new seven“ gleichbedeutend mit fünfzehn Prozent sind die neuen sieben Prozent. Gemeint ist damit, dass das Behandlungsziel der Diabetestherapie eine Körpergewichtsreduktion von 15 % des Ursprungsgewichts sein sollte und so das ehemalige Behandlungsziel eines HbA1c (Langzeit-Blutzuckerwert) von 7 % ablöst. Dieses ist wahrscheinlich im Bereich des Möglichen und grenzt an Bereiche, die ansonsten nur mit Übergewichtsoperationen erreicht werden können.

Worauf es bei Ihrer eigenen Behandlung der Zuckererkrankung ankommt, werden wir gerne mit Ihnen besprechen. Sie können sich diesbezüglich gerne in Absprache mit Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt, z.B. im Rahmen einer Diabetes-Trainingswoche, bei uns vorstellen lassen.

Chefärzt und Diabetologe Dr. Rolf Klingenberg-Noftz

ANZEIGE



LEBENSQUALITÄT ENTSTEHT ...

... wenn Fürsorge und Forschergeist sich verbinden. Entdecken ist unsere Leidenschaft – kranken Menschen ein weitgehend normales Leben zu ermöglichen ist uns eine Herzenssache. Seit über 140 Jahren setzen wir deshalb alles daran, Krankheiten besser zu verstehen und aus diesem Wissen heraus wirksame Therapien zu entwickeln.

lilly-pharma.de

Lilly

Blutzucker-Messsystem Vor- und Nachteile im Überblick



„Gut, dass wir heutzutage die Möglichkeit haben, die verschiedenen Blutzucker-Messsysteme zu testen, um herauszufinden, welches Messverfahren persönlich am bestgeeignet ist bzw. welches man sich leisten kann.“

Dana Jünemann
Diabetesberaterin unseres Krankenhauses zur Gegenüberstellung der Messsysteme

Blutzucker-Messsysteme gibt es viele. Früher wurde der Blutzuckergehalt mit Hilfe von Urin oder einer nicht gerade unerheblichen Menge an Blut (250 ml) bestimmt. Diese Verfahren dauerten mitunter 2 Tage - heute kaum noch vorstellbar, wo doch fast jeder Mensch mit Diabetes so ein kleines handliches Gerät zu Hause hat. Ein kleiner Stich in den Finger, einen Tropfen Blut auf den Teststreifen aufbringen und nach einigen Sekunden den aktuellen Blutzucker ablesen.

Aber auch hier gibt es natürlich nicht ganz so angenehme Seiten. Zum einen das häufige Fingerstechen, irgendwann sind die Fingerkuppen so zerstoßen, dass jeder „Piecks“ schmerzhaft ist oder mittlerweile so viel Hornhaut vorhanden ist, dass man kaum noch einen Blutstropfen gewinnen kann.

Zum anderen kann es auch bei der Durchführung der Messung zu Fehlern kommen, wenn man sich z.B. die Hände vorab nicht gewaschen hat und sich daher noch „Zuckerreste“ an der Haut befinden, was zu falsch hohen Werten führen kann.

Zudem sollte man nach jeder Benutzung der Stechhilfe die Lanzette wechseln.

Diese Art von Blutzuckermessungen ist gut geeignet für Menschen mit Diabetes, die gelegentlich Blutzuckerwerte erheben, z.B. beim Erstellen eines Tagesprofils vor dem Besuch beim Arzt. Sie wird vor allem genutzt von Menschen, deren Diabetestherapie aus Tabletten besteht oder die mit Technik sprichwörtlich „wenig am Hut haben“.

Seit einiger Zeit gibt es die Blutzucker-Messsysteme, die nicht im Blut den Zucker messen, sondern in der Gewebeflüssigkeit, die sogenannten CGM-Systeme. CGM steht für Continuous Glucose Monitoring, also für kontinuierliche Glukoseüberwachung.



Anbringen eines CGM-Messgerätes zur kontinuierlichen Glukoseüberwachung in der Gewebeflüssigkeit.

Die Funktionsweise eines CGM-Systems besteht aus drei Hauptkomponenten: dem Sensor (Draht oder Kapsel, die unter der Haut sitzen), dem Sender (kleines Gerät, das auf der Haut sitzt) und dem Empfänger (passendes Handgerät oder Handy). Der Sensor wird unter der Haut platziert und misst kontinuierlich den Glukosegehalt im Gewebe. Er besteht entweder aus einem kleinen, flexiblen Draht oder einer Kapsel. Diese werden mit Hilfe einer Einführungsnadel schmerzlos unter die Haut gebracht. Der Sensor sendet dann die gemessenen Glukosedaten an den Sender. Der Sender ist eine kleine Einheit, die am Körper getragen wird bzw. der auf der Haut sitzt und die Glukosewerte an das Endgerät (Empfänger) überträgt. Der Empfänger zeigt die Glukosedaten in

Echtzeit an sowie einen Trendpfeil, der anzeigt, ob der Wert steigt, fällt oder stabil bleibt. Der Empfänger kann entweder ein eigenständiges Gerät oder in ein Smartphone oder eine Insulinpumpe integriert sein.

Die Vorteile dieser CGM-Systeme sind schnell aufgezählt.

1. Der Sensor misst alle paar Minuten den Glukosespiegel im Gewebe und liefert kontinuierliche Echtzeitdaten. Dies ermöglicht eine genauere und umfassendere Überwachung des Blutzuckerspiegels im Vergleich zu herkömmlichen Messgeräten. Es ist kein Fingerstechen für die Blutentnahme erforderlich was den Prozess weniger schmerzhaft und bequemer macht.

2. Einige Sender werden auf die Haut „aufgeklebt“ und können, je nach Gerät zwischen 10 - 14 Tage lang getragen werden. Es gibt sogar ein Gerät, das 6 Monate getragen werden kann; hier ist jedoch 1x am Tag zur Eichung des Geräts eine „blutige Zuckermessung“ notwendig.

3. Die modernen CGM-Systeme arbeiten alle mit benutzerfreundlichen Apps, die es ermöglichen, die Glukosewerte auf dem Smartphone zu verfolgen. Der Anwender kann sich Trenddiagramme

anzeigen lassen, Alarime einstellen und Daten mit dem behandelnden Arzt teilen. Einige Hersteller bieten zusätzliche Handgeräte für Nutzer, die nicht mit dem Handy arbeiten wollen, an.

4. Ein weiterer Pluspunkt ist die diskrete Überwachung. Da die Sensoren unter der Kleidung getragen werden, ermöglicht dies eine unauffällige Überwachung des Blutzuckerspiegels. Dies kann besonders für Menschen wichtig sein, die ihre Diabeteserkrankung diskret behandeln möchten.

Jedoch sollen auch die Nachteile eines CGM-Systems nicht verschwiegen werden.

1. Obwohl die Sensoren für viele Menschen eine große Verbesserung darstellen, übernehmen die Krankenkassen nicht für jeden Menschen mit Diabetes die Kosten.

Bei allen Menschen mit Diabetes mellitus die keine ICT (intensivierte konventionelle Insulintherapie, d.h. Behandlung des Diabetes mit Langzeit- und Kurzzeitsensoren) haben, lehnt die Krankenkasse in der

Regel die Kosten für ein CGM-System ab und müssten dann selber getragen werden.

Die Kosten können je nach Versicherungsdeckung und individuellen Umständen variieren.

2. Die CGM-Systeme erfordern immer den Einsatz von Sensoren, Transmittern (Sendern) und möglicherweise eines Empfängers bzw. Smartphones zur Anzeige des Blutzuckerwerts.

Dies bedeutet, dass Anwender immer auf technische Geräte angewiesen sind und es

möglicherweise zu Problemen mit der Konnektivität oder Batterielaufzeit kommen kann.

3. Auch die begrenzte Tragedauer ist ein weiterer Nachteil.

Der Sensor muss alle 10- 14 Tage ausgetauscht werden. Dies kann als aufwändig empfunden werden. Der vorab bereits genannte Sensor mit einer Tragedauer von 6 Monaten kann nicht vom Träger selbstständig entfernt bzw. ersetzt werden.

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Sie sehen, alle Messsysteme haben ihre Vor- und Nachteile.

Mit den modernen CGM-Systemen hat man seinen „Zucker“ jederzeit unter Beobachtung, wenn man mit der Technik umgehen kann und auch mag, jedoch sind ggf. die Kosten selber zu tragen.

Die blutige Messung kommt ohne viel Technik aus und ist immer schnell verfügbar, wenn man alle Utensilien mit sich führt.

Sie zeigt aber lediglich stets nur Momentaufnahmen, was zwischen den Messungen passiert bleibt ungewiss.

Nicht jeder Mensch mit Diabetes braucht einen Sensor zur Dauerüber-

wachung und nicht jeder kann oder möchte mit der Technik umgehen.

Daher ist es gut, dass wir in der heutigen Zeit die Möglichkeit haben, zu testen, welches Messverfahren persönlich passt bzw. welches man sich leisten kann.

Dana Jünemann

Anzeigen

Mit freundlicher Unterstützung folgender Firmen!

Ascensia Diabetes Care D. GmbH	100 EUR	Lilly Deutschland GmbH	200 EUR
Astra Zeneca GmbH	200 EUR	Sanofi	200 EUR
Dexcom Deutschland GmbH	300 EUR		



Zuckerkrank

Zuckerkrank?

Hier finden Sie Antworten auf Fragen wie:

- Wie ernähre ich mich diabetesgerecht?
- Wie reagiere ich im Notfall auf Über- oder Unterzuckerung?
- Wie bereite ich mich auf Reisen mit Diabetes vor?



Jetzt QR-Code scannen und mehr erfahren auf zuckerkrank.de



Weniger an Diabetes denken. Das neue Dexcom G7.

- ✓ Automatische Zuckermessung,¹ ohne Scannen
- ✓ Wenn's wirklich wichtig ist: vorausschauende Warnungen
- ✓ Smartphone², Smartwatch^{2,3} und optionaler Empfänger parallel nutzbar

Jetzt testen unter www.dexcom.com

klu G7

Das Dexcom G7 ist in den Einheiten mg/dL oder mmol/L verfügbar. 1 Außer in Ausnahmesituationen, Werkseitig kalibriert. Wenn die Warnungen zu den Gewebeglukosewerten und die Messwerte auf dem Dexcom G7-System nicht den Symptomen oder Erwartungen entsprechen, sollten Patientinnen und Patienten ein Blutzuckermessgerät verwenden, um Behandlungsentscheidungen zu ihrem Diabetes zu treffen. 2 Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte finden Sie unter www.dexcom.com/compatibility. 3 Die Übertragung der Glukosewerte auf eine kompatible Smartwatch erfordert die gleichzeitige Nutzung eines kompatiblen Smartphones. | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und sind möglicherweise in anderen Ländern eingetragen. © 2023 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSG GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany LBL-1001415 Rev001 / 02.2023

Dexcom Deutschland GmbH | Haifa-Allee 2 | 55128 Mainz | Dexcom Hotline: 0800 724 6447 | de.info@dexcom.com



Bewirb Dich jetzt!
im Ärztlichen Dienst des
DRK-Krankenhauses Grevesmühlen
(Tarifvertrag Marburger Bund)



Die große Luftveränderung
in Job und Freizeit — in unserem
DRK-Krankenhaus Grevesmühlen
in Mecklenburg-Vorpommern.

- ASSISTENZARZT W/M/D**
Innere Medizin mit Weiterbildungsmöglichkeit in den Subspezialisierungen Kardiologie und Gastroenterologie
- ASSISTENZARZT W/M/D**
Chirurgie mit Weiterbildungsmöglichkeit in den Subspezialisierungen Visceralchirurgie und Orthopädie/Unfallchirurgie
- FACHARZT W/M/D**
Innere Medizin idealerweise mit mehrjähriger Erfahrung in dem Fachgebiet Kardiologie oder Gastroenterologie
- OBERARZT W/M/D**
Anästhesiologie & Intensivmedizin als Facharzt der Anästhesiologie, idealerweise mit mehrjähriger Berufserfahrung

Bewerbungen richten Sie bitte per E-Mail an:
personal@drk-kh-gvm.de
Umfassende Informationen rund um unser Krankenhaus:
www.drk-kh-gvm.de

Nichts dabei?
Dann bitte hier weiter suchen:
WWW.DRK-ZUKUNFT.DE



DRK-KRANKENHAUS IN GREVESMÜHLEN

BENEFITS

flexible Arbeitszeiten, kostenlose Parkplätze, Kinderbetreuungszuschuss, Gleitzeit, Weihnachtsgeld, Erholungsbeihilfe, 30 Tage Urlaub & ein Familientag, Jobrad, kostenlose Getränke (Wasser, Kaffee oder Tee), Förderung von Fort- und Weiterbildungen, Vermögenswirksame Leistungen, familienfreundliche Schichten, Teamevents (Betriebsfeste), höhenverstellbare Schreibtische, Zuschuss zu Weihnachtsfeiern, Bildschirmbrille, Eis für alle an heißen Tagen, attraktive Vergütung, Altersvorsorge, E-Ladesäule, gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, vergünstigtes Mitarbeiteressen, moderne technische Ausstattung, familiäres Betriebsklima

Bewirb Dich hier!



drk-zukunft.de



Ernährung bei Diabetes mellitus

- Ein wichtiger Bestandteil zur Förderung des Wohlbefindens -

Ein Beitrag von Anne Förster, Assistenzärztin der Inneren Medizin und festes Mitglied des Diabetesteams am DRK-Krankenhaus Grevesmühlen

Neben regelmäßiger körperlicher Aktivität trägt eine gesunde und abwechslungsreiche Ernährung unabhängig von Vorerkrankungen zum Wohlbefinden bei.

Für Menschen mit Diabetes mellitus ist eine bewusste Ernährung aber unerlässlich, da jedes Nahrungsmittel den Blutzuckerspiegel beeinflusst. Der Typ 2-Diabetes geht häufig mit Übergewicht einher. Daher sollte die Ernährung so abgestimmt sein, dass eine geringere Kalorienzufuhr im Einklang mit mehr Bewegung zu einer Gewichtsreduktion führt, was wiederum dazu beiträgt, dass das körpereigene Insulin seine Wirkung besser entfalten kann.



„Eine ausgewogene Ernährung ist der Schlüssel für einen ausgeglichenen Blutzuckerspiegel. Neben einigen Regeln, die die Ernährungsgewohnheiten positiv beeinflussen, sorgt natürlich auch Bewegung für Gewichtsreduktion.“

Eine Reduktion der Kalorienzufuhr wird erreicht durch:

- REDUKTION DER KOHLENHYDRATE, da sie den Hauptanteil der zugeführten Nahrung ausmachen.
- VOLLKORNPRODUKTE sollten bevorzugt werden. Sie enthalten viele Ballaststoffe und komplexe Kohlenhydrate, die den Blutzuckerspiegel weniger stark bzw. langsamer beeinflussen.

- HÜLSENFRÜCHTE; sie decken den Bedarf an Kohlenhydraten und sind aufgrund ihres hohen Eiweißgehaltes ein guter Fleischersatz, zudem haben sie positiven Einfluss auf den Cholesterinspiegel.
- OBST MIT EINEM GUTEN GLYKÄMISCHEN INDEX (GI), z.B. heimisches Beerenobst, bevorzugen Verzicht auf Fertigprodukte; diese enthalten meistens zu viele Kohlenhydrate

- MEHR GEMÜSE UND PROTEINREICHE LEBENSMITTEL auf dem Speiseplan
- HOCHWERTIGE ÖLE; hierbei sind vor allem kaltgepresste Öle zu bevorzugen, da die meisten Vitamine so im Öl erhalten bleiben: Kaltgepresstes Rapsöl ist auch zum Braten und Kochen geeignet.
- NÜSSE als Snack in Maßen
- RICHTIGE WÜRZE; sie kann helfen, Ihren Stoffwechsel

anzuregen, z.B. mit Chili Ingwer oder Zimt

Aber auch eine Veränderung Ihrer Essgewohnheiten trägt zur Minimierung der Kalorienzufuhr und damit zur Gewichtsreduktion bei.

Empfehlenswert ist das Einhalten von drei Mahlzeiten am Tag.

Diese sollten 4 – 5 Stunden Abstand haben. Hierbei ist jedoch auf die Menge und die Qualität der Speisen zu achten.

Ein Vorschlag für einen Tag: Frühstück

Porridge (180 ml Wasser oder Milch, 3-4 EL Haferflocken, 1 Prise Salz und dazu eine Handvoll Beeren)

Mittagessen

Kürbis-Hähnchen-Curry mit Vollkornreis

Abendbrot

1 Scheibe Vollkornbrot mit körnigem Frischkäse und Tomaten

Bei der richtigen Ernährung kommt häufig die Frage nach dem Intervallfasten.

Dazu ist zu sagen, dass dies ein guter Weg ist, um den Körper (wenn es richtig durchgeführt wird) zu entschlacken und den Stoffwechsel wieder in Schwung zu bringen. Dabei gibt es zwei Formen des Fastens, die die meisten kennen, das sind die Methoden „16:8“ und „5:2“. Intervallfasten nach der 16:8-Methode ist eine Ernährungsform bei der 8 Stunden pro Tag gegessen werden darf und die restlichen 16 Stunden gefastet wird. Die Zahlen im 5:2 Intervallfasten stehen hingegen nicht für Stunden, sondern für Wochentage. Beide Fastenformen haben ihre Vor- und Nachteile, welche das sind, darauf gehen wir in unserer nächsten Ausgabe genauer ein.



Anne Förster, Assistenzärztin der Inneren Medizin über mögliche Zusammenhänge zwischen Schädigungen am Auge und Diabetes mellitus.

Eine diabetische Retinopathie ist eine Folgeerkrankung des Diabetes mellitus und entsteht durch Schädigung der kleinen Blutgefäße der Netzhaut durch zu hohe Blutzuckerspiegel.

Die gestörte Durchblutung führt zu einer verminderten Sauerstoffversorgung der für das Sehen wichtigen Nervenzellen, welche somit geschädigt werden.

Nicht selten sind bereits vor Diagnosestellung des Diabetes mellitus Veränderungen am Augenhintergrund nachweisbar. Symptome treten häufig erst in späteren Stadien auf.

Jedem Patienten mit Diabetes mellitus wird empfohlen, sich einmal im Jahr augenärztlich vorzustellen. Sofern Veränderungen vorhanden sind, wird das Kontrollintervall kürzer.

Durch eine gezielte Untersuchung des Augenhintergrunds (Augenspiegelung oder „Fundoskopie“) kann

der Augenarzt verschiedene Veränderungen, wie zum Beispiel Gefäßausstülpungen (Aneurysmen), Einblutungen, Ablagerung von Fetten oder Netzhautinfarkte diagnostizieren.

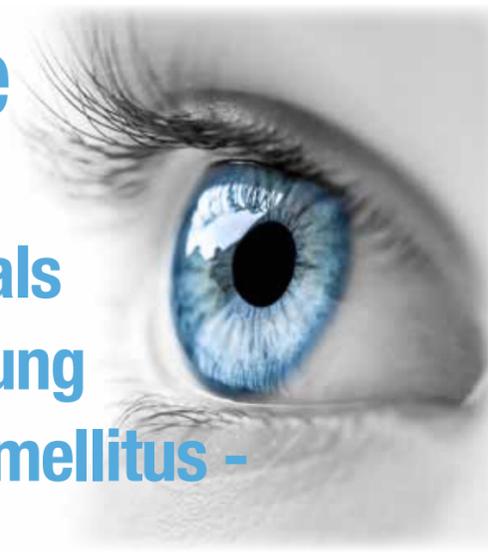
In Abhängigkeit der erhobenen Befunde können auch weitere Untersuchungen, wie eine Farbuntersuchung der Netzhautgefäße (Fluoreszenzangiografie), Spaltlampen-Untersuchung oder eine optische Kohärenztomografie indiziert sein.

Hier wird vor allem der gelbe Fleck (Makula) beurteilt, welcher der Ort des schärfsten Sehens ist.

Man unterscheidet proliferative und nicht-proliferative Retinopathie sowie diabetische Makulopathie.

Das Auge

- diabetische Retinopathie als Folgeerkrankung des Diabetes mellitus -



Die Symptome variieren von:

- 1. Bild** verschwommenem Sehen
- 2. Bild** Farbsehstörungen (Blendeffekt)
- 3. Bild** Lichtblitze
- 4. Bild** Grauschleier
- 5. Bild** „Rußregen“ vor dem Auge

bis zur Verschlechterung des Sehvermögens oder gar Erblindung.

Eine frühzeitige Erkennung von Veränderungen ist wichtig, um ein Fortschreiten zu verhindern. Als Behandlungsoptionen stehen heutzutage in Abhängigkeit der Lage der Veränderungen lokal injizierbare Medikamente oder auch eine Laserkoagulation zur Verfügung. Das Risiko einer diabetischen Retinopathie steigt, wenn die Blutzuckerwerte nicht gut eingestellt sind. Neben dem Blutzucker sollten auch Blutdruck- und Cholesterinwerte optimal eingestellt sein. Weitere Risikofaktoren, wie z.B. Rauchen sollten eingestellt werden.



Ihre individuelle Trainingswoche im DRK-Krankenhaus Grevesmühlen

In der Prävention und Therapie des Diabetes mellitus hat sich in den letzten Jahren vieles geändert. Im Vordergrund stehen nicht mehr starre Vorgaben und Einschränkungen, sondern individuelle Konzepte, die neue Freiheiten und mehr Lebensqualität ermöglichen.

Seit 2019 haben wir es uns zur Aufgabe gemacht, die Versorgung unserer Patienten in der Region weiter zu verbessern.

Unser interdisziplinäres Diabetesteam, zusammengesetzt aus erfahrem Fachpersonal:

- Diabetologe und Diabetesberaterin,
- Chirurgen und Wundtherapeuten,
- Kardiologe,
- Diabetesassistenten und Diabetesfachkräfte,
- Physiotherapeuten,
- Funktionsschwestern,
- Diätkoch (in Ausbildung)

versorgt unsere Patienten umfassend nach den neuesten Erkenntnissen der Deutschen Diabetesgesellschaft (DDG). **Unsere Erfahrungen bestätigen uns darin, dass unser interdisziplinäres Therapiekonzept aus den drei großen Bausteinen:**

- Individuelles Trainingsprogramm
- Ernährungstherapie
- Bewegungstherapie

den betroffenen Menschen in der Region das Leben mit Diabetes erleichtert.

Unser Ziel ist es, dass der Diabetes Ihr Leben möglichst wenig beeinträchtigt. Für die Diabeteswochen haben wir ein individuelles Trainings- und Behandlungsprogramm erarbeitet, das wir bereits sehr oft erfolgreich in Kleingruppen durchgeführt haben.

Für jeden Menschen mit Diabetes kommt es darauf an, aus einer Vielzahl an Behandlungsmöglichkeiten, die individuell Passende zu finden. Nutzen Sie die Diabetes-Trainingswoche in unserem Krankenhaus in Grevesmühlen, um Ihren Diabetes bestens in den Griff zu bekommen.

Unser Diabetesteam steht Ihnen dabei als kompetenter Partner beratend zur Seite. Wenn der Wunsch besteht, sind auch Ihre Angehörigen herzlich eingeladen.

Die folgenden Schulungsinhalte werden im Laufe der strukturierten Behandlung gemeinsam bearbeitet:

- Grundwissen zum Diabetes mellitus
- Blutzuckerselbstmessung und eigenständige Anpassung der Therapie (Insulin, Essverhalten, Sensor)
- Möglichkeiten der Diabetestherapie
- Vermeidung von und Verhalten bei Hyper- und Hypoglykämie
- Ernährung
- Bewegung unter fachlicher Anleitung
- Beurteilung des kardiovaskulären Risikoprofils
- Behandlung der Folge- und Begleiterkrankungen
- Fußuntersuchung und Beratung
- Diabetes und Reisen

Sind Sie interessiert oder haben Sie Fragen rund um das Leistungsspektrum Diabetes, dann wenden Sie sich gern an uns.

DIABETES-TELEFON: 03881 726-910
E-MAIL: DIABETES@DRK-KH-GVM.DE

oder Ihren Hausarzt.

Wir freuen uns, Ihnen im Rahmen unserer strukturierten Behandlungen, ganz individuell, weiter helfen zu können.

KRANKENHAUS
GREVESMÜHLEN



Deutsches
Rotes
Kreuz



Strukturierte Diabetes-Trainingswoche

TRAININGSTERMINE
2024/2025

15.-19. Januar	16.-20. September
18.-22. März	11.-15. November
22.-26. April	20.-24. Januar 2025
10.-14. Juni	

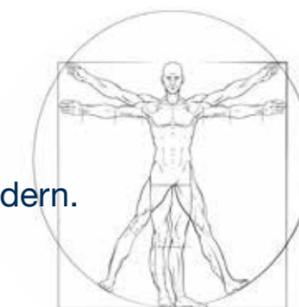
Terminabsprachen für die Teilnahme an einer unserer Schulungswochen im Krankenhaus sind einfach und jederzeit möglich über unser **Diabetes-Telefon: 03881 726-910**

Ihr Dr. Rolf D. Klingenberg-Noftz
Diabetologe / Chefarzt Gastroenterologie / Innere Medizin

In Barfußschuhe um Die Welt?

„Der Fuß ist ein Kunstwerk aus 26 Knochen, 19 Muskeln und 107 Bändern.“

Ein Kunstwerk braucht einen Rahmen, keinen Käfig.“ *Leonardo Da Vinci*



Unsere Füße tragen uns ein Leben lang durch die Welt. Bei rund 6000 Schritten am Tag umrunden die Füße die Welt in ihrem gesamten Leben fast 4mal – eine enorme Belastung!

Wenn es um das Thema Füße geht, hört oder liest man als Diabetiker meist vom diabetischen Fußsyndrom und dem was man alles auf keinen Fall machen darf, um sich keine Verletzungen an den Füßen zuzuziehen.

Dazu gehört definitiv auch das Barfußlaufen, wenn – und auch nur dann – schon eine Nervenschädigung mit Störung des Schmerzempfindens (Polyneuropathie) besteht. Dann folgen in der Regel gruselige Bilder von Wunden zur Abschreckung.

Damit wollen wir uns heute aber nicht belasten. Oder doch nur kurz – die regelmäßige Kontrolle der Füße auf Verletzungen oder Veränderungen ist eine so wichtige und einfache Massnahme um Verletzungen frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig reagieren zu können.

Noch besser ist es natürlich, wenn Wunden gar nicht erst entstehen. Hier soll es aber um die Barfußschuhe gehen und ob diese auch für Diabetiker geeignet sind.

Diabetisches Fußsyndrom

Kombination verschiedener krankhafter Veränderungen des Fußes aufgrund einer schmerzlosen Schädigung der sensorischen Nerven und/oder der Durchblutung bei Diabetes mellitus. Diese sind mit einem hohen Risiko für schlechte heilende Wunden am Fuß verbunden.

Vorweg ein kurzer Ausflug in die Anatomie des Fußes und des Laufens:

Der menschliche Fuß ist ein komplexes Gebilde aus 26 Knochen, 33 Gelenken, 20 Muskeln und 114 Bändern. Das Körpergewicht verteilt sich gleichmäßig auf Ferse und Zehenballen. Um Stöße besser abfedern zu können, ist der Mittelfuß wie eine Kuppel gewölbt. Diese Gewölbe (Längs- und Quergewölbe) entstehen durch Zug von Bändern, Sehnen und Muskeln. Hierzu ist also eine kräftige Fußmuskulatur wichtig.

Beim Barfußgehen setzt der Fuß zuerst im Vorfußbereich auf. Dieser ist sehr beweglich und kann sich schnell der Bodenbeschaffenheit anpassen. Rund 1/3 der Belastung wird beim Abrollen vom Großzehenballen absorbiert. Bei Kindern kann man das Abrollen über den Vorfuß ganz wunderbar beobachten. Mit zunehmenden Alter belasten wir immer die Ferse. Der Vorfuß wird immer weniger gebraucht und die Muskulatur verkümmert, auch weil das feste Schuhwerk den Job übernimmt.

Nun werden Barfußschuhe als die Lösung angepriesen, da sie die Fussmuskulatur stärken sollen. Aber ist das so? Barfußschuhe haben eine breite Zehenbox, eine dünne und flexible Sohle und Nullabsatz. Sie bieten so dem ganzen Fuß Bewegungsfreiheit und unterstützen eine aufrechte Haltung. Durch die dünne, flexible Sohle spürt der Fuß den Boden, das Bewusstsein für die Position und Bewegung des Körpers im Raum – die sog. Propriozeption – wird verbessert. Hierfür ist auch die Beweglichkeit der Zehen durch die breite Zehenbox von Bedeutung. Das klingt doch sehr danach, dass man sich entspannt zurücklehnen könnte und sagen – genial! Barfußschuhe, sind wie Barfuß gehen, schützen aber meine Füße trotzdem vor Verletzungen.

Aber Vorsicht! So einfach ist es dann doch wieder nicht. Unsere Füße haben sich an feste Schuhe gewöhnt. Eine Umstellung auf Barfußschuhe muss langsam erfolgen und ist auch nicht für jeden geeignet. Außerdem gibt es kaum Studien, die die Effekte

von Minimal- oder Barfußschuhen untersucht.

Generell kann man sagen, dass man gerade zu Beginn einer Umstellung nur kurze Strecken laufen und sich langsam steigern sollte, um Überbelastung zu vermeiden. 10 Minuten am Tag reichen am Anfang. Vor allem für Kinder werden Barfußschuhe empfohlen, da so die Fußmuskulatur früh gestärkt und Fehlstellungen vorgebeugt wird. Menschen, die schon unter Fehlstellungen der Füße leiden und orthopädische Einlagen tragen, sollten vorsichtig sein. Die Einlagen kompensieren schließlich das, was eigentlich die Fußmuskulatur leisten sollte. Hier ist eine Absprache mit dem behandelnden Arzt zu empfehlen.

Auch Diabetiker mit gestörter Sensibilität und eingeschränkter

Schmerzwahrnehmung im Bereich der Füße müssen vorsichtig sein. Auch hier sollte der Betroffene im Zweifel mit seinem behandelnden Arzt sprechen.

Die Frage, ob Barfußschuhe für Diabetiker geeignet sind, kann man also mit einem klaren JEIN beantworten. Wichtig ist eine gute Beratung im Fachhandel vor dem Kauf der ersten Barfußschuhe. Die Schuhe sollten trotz der dünnen Sohle einen ausreichenden Schutz vor Steinen oder anderen spitzen Gegenständen bieten.

Außerdem sollten die Schuhe atmungsaktiv sein und nicht die Entstehung von Staunässe fördern. Auch mit qualitativ hochwertigen Barfußschuhen, die alle Kriterien erfüllen, ist eine langsame Umstellung notwendig.

*Oberärztin Chirurgie,
Jana Koolwaay*



**FÜR
DIE BEHANDLUNG DES
DIABETES MELLITUS IST DAS
DRK-KRANKENHAUS GREVESMÜHLEN
IHR ERSTER ANSPRECHPARTNER!**

Sollten weiterführende Behandlungen, wie die Adipositas-Chirurgie oder eine endokrinologische Behandlung notwendig werden, stimmen wir diese mit unseren Kooperationspartnern für Sie ab und leiten alles in die Wege. Zwei unserer Kooperationspartner stellen wir Ihnen heute, mit den beiden folgenden Gastbeiträgen, vor. Herzlichen Dank an Dr. Andreas Wolf und Dr. Christian Hubold.



60 Prozent der Deutschen zwischen 18 und 79 sind übergewichtig.

Adipositas ist definiert als eine über das normale Maß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts.

So ist ein Patient bei einer Größe von 1,80 Meter, einem Gewicht von 100 Kilogramm und damit einem BMI größer als 30 bereits adipös.

Krankhaftes Übergewicht kostet Lebensqualität und Lebenszeit

Laut der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DIGS I) ist knapp ein Viertel aller Erwachsenen zwischen 18 und 79 Jahren in Deutschland von Adipositas betroffen, weit über 70 Prozent sind bereits übergewichtig.

Bei den Männern sind es genau 23,3 Prozent und bei den Frauen 23,9 Prozent.

Besorgniserregend ist, dass der Anteil der schweren Formen, vor allen Dingen bei den Männern, seit der Jahrtausendwende um über 50 Prozent deutlich angestiegen ist. Insofern kann man auch von einer wahren Adipositas-Epidemie sprechen.

Adipositas verursacht nicht nur hohe Kosten im Gesundheitswesen, sondern stellt auch für jeden Betroffenen eine große Einschränkung für die persönliche Lebensqualität und Leistungsfähigkeit dar.

Menschen mit Adipositas haben ein hohes Risiko für **FOLGEERKRANKUNGEN**. Hierzu gehören unter anderem:

- Bluthochdruck,
- Diabetes mellitus Typ II (auch Altersdiabetes genannt),
- Fettleber,
- Atemwegserkrankungen wie Asthma und nächtliche Atemaussetzer sowie
- Fettstoffwechselstörungen und
- Tumorerkrankungen.

So ist das Risiko an dem Diabetes mellitus Typ II (Altersdiabetes) zu erkranken zwölfmal höher als in der Normalbevölkerung.

Sechsmillionen Diabetiker gibt es in Deutschland. Mit einer hohen Dunkelziffer an bisher nicht diagnostizierten Erkrankten gehen die Fachleute davon aus, dass fast jeder zehnte Deutsche Diabetiker ist-Tendenz steigend.

Da in den nächsten Jahren die Anzahl der adipösen Patienten noch zunehmen wird, rechnet man auch mit einer deutlich steigenden Anzahl an Diabetikern.

Die Problematik der Folgeerkrankungen sind die Organschäden, welche dann mehr oder

weniger gut mit Medikamenten in den Griff zu bekommen sind.

Eine steigende Anzahl an Folgeerkrankungen zieht also auch eine steigende Anzahl an **ORGANSCHÄDEN** und somit eine steigende Anzahl an Medikamenten nach sich.

Diese Organschäden sind dann im Laufe der Zeit für ein Organversagen und gegebenenfalls für den Tod des Patienten verantwortlich.

Statistisch besteht damit eine Verbindung zwischen dem Vorliegen einer Adipositas und einer verkürzten Lebenserwartung.

Die mittlere Lebenserwartung ist bei einem BMI zwischen 30 und 35 um bis zu vier und

bei einem BMI zwischen 40 und 45 um bis zu zehn Jahre reduziert.

„Die Wahrscheinlichkeit, als adipöser Mensch das 70. Lebensjahr zu erreichen, ist gering!“ Das sind klare Worte von Dr. med. Andreas Wolf, Leitender Oberarzt Viszeralchirurgie und Leiter des Adipositaszentrums im Sana HANSE-Klinikum Wismar. Das Sana HANSE-Klinikum Wismar beschäftigt sich bereits seit über zehn Jahren erfolgreich mit dem Thema „Adipositas“.

„Die **URSACHEN DER ADIPOSITAS** sind:

- der moderne westliche Lebensstil mit mangelnder Bewegung bei erhöhter Kalorienzufuhr.
- So spielen aber auch Schlafstörungen,
- genetische Neigungen,
- chronischer Stress,
- ein unstrukturierter Tagesablauf sowie
- hormonelle und psychische Störungen eine große Rolle“,

erläutert der Mediziner. Sobald Übergewicht auftritt, sollte spätestens jeder Mensch aktiv werden und die eigene Lebensweise hinterfragen und ändern.

„Man kann das ganz ohne Hilfe schaffen, sich im Internet oder Fachbüchern informieren, aber man kann sich auch professionelle Hilfe holen“, macht Dr. Wolf Mut, überhaupt aktiv zu werden und den „inneren Schweinehund“ zu überwinden.

„Sich jede Woche eine neue Frauenzeitschrift zu kaufen ist aber sicherlich nicht der richtige Weg.“

Im Wismarer Adipositaszentrum wird interdisziplinär behandelt. Für jeden Betroffenen wird die Situation im Einzelnen analysiert, um ein individuelles und ganzheitliches Therapieprogramm zu erstellen.

Die Veränderung des Lebensstils hat dabei oberste Priorität.

„Zusammen mit unseren Kooperationspartnern können wir konservative und operative Therapieoptionen anbieten.

In vielen Fällen bleibt die Operation als ultima ratio für den Patienten, um sein Gewicht zu reduzieren, die Krankheitslast zu minimieren, eine gute Lebensqualität und auch wieder eine normale Lebenserwartung zu erreichen.“, so Dr. Wolf.

Im Check up für Erwachsene können mit

Hilfe der Hausärzte bereits entsprechende Untersuchungen durchgeführt werden.

Aus den Untersuchungsergebnissen und dem aktuellen Gesundheitsstand können dann schon im Vorfeld Rückschlüsse gezogen werden.

Erst wenn die Adipositas zu stark ausgeprägt ist, und/oder Begleiterkrankungen oder das Alter des Patienten beispielsweise die „konservative Therapie“ erschweren oder unmöglich machen, ist die Operation der letzte Ausweg.

Dr. Wolf stellt klar, dass die operative Methode auf keinen Fall der „einfachere“ Weg ist: „Jeder muss seine Lebensweise umstellen und sich entsprechend ernähren und bewegen! Jeder! Die Operation ist kein Selbstläufer.“



„Die Wahrscheinlichkeit, als adipöser Mensch das 70. Lebensjahr zu erreichen, ist gering!“

Das sind klare Worte des Leitenden Oberarztes Viszeralchirurgie und Leiters des Adipositaszentrums im Sana HANSE-Klinikum Wismar.

Dr. med. Andreas Wolf
Facharzt für Chirurgie und Visceralchirurgie

Kontakt:
Telefon 03841 33-1057
E-Mail: andreas.wolf@sana.de

Der Weg bis zur Operation ist normalerweise weit - ein halbes Jahr lang muss der Patient die Änderung seines Lebensstiles mit Ernährungsberatung und Sport nachweisen. In enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt wird dann die Empfehlung für die Operation ausgesprochen und ein Antrag an die Krankenkasse zur Kostenübernahme gestellt.

Die Operation ist keine kassenärztliche Regelleistung, operiert werden darf nur in entsprechend ausgerichteten Zentren. „Wismar ist eines von drei Zentren in

Mecklenburg-Vorpommern“, so Dr. Wolf.

Weit über 50 Patienten bekommen so jedes Jahr eine Magenverkleinerung („Schlauchmagen“) oder einen Magenbypass.

Beide Operationsmethoden reduzieren den Magen erheblich und verringern so die mögliche Nahrungsaufnahme.

„Des Weiteren greifen wir in hormonelle Kreisläufe ein. Wer sich für welche Operation eignet, muss individuell herausgearbeitet werden.

Ziel ist es immer, das Gewicht und damit auch die Folgeerkrankungen zu reduzieren oder denen vorzubeugen. Damit geben wir den Betroffenen nicht nur Lebensqualität zurück, sondern sie können auch eine normale Lebenserwartung erreichen.

AUCH DIE ZUCKERKRANKHEIT KANN SO BESSER EINGESTELLT WERDEN, DAMIT WENIGER MEDIKAMENTE NÖTIG SIND. IM BESTEN FALLE KANN DER DIABETES SOGAR GANZ UND GAR VERSCHWINDEN, MANCHMAL FÜR IMMER.“

Dr. med. Andreas Wolf

INFORMATION

- Das Sana Hanse-Klinikum Wismar ist seit November 2020 erfolgreich zertifiziertes „Kompetenzzentrum für Adipositaschirurgie“.
- Das Adipositaszentrum bietet online zwei Patienteninformationsveranstaltungen an unter: <https://www.sana.de/wismar/medizin-pflege/adipositaszentrum/adipositas-seminare>
- Die Teilnahme ist kostenfrei und bequem von zu Hause aus möglich.
- Dazu gibt es an der Klinik eine Selbsthilfegruppe (<http://adipositas-shg-wismar.beepworld.de>).

„Schwangerschaftsdiabetes...

Was tun?“

Eine Beitrag von Dr. Christian Hubold

Die **Diagnose Schwangerschaftsdiabetes, auch Gestationsdiabetes genannt, wird in Deutschland inzwischen sehr oft gestellt. Nach statistischen Erhebungen ist die Häufigkeit des Schwangerschaftsdiabetes von ca. 2 % im Jahr 2000 auf aktuell fast 8 % aller Schwangerschaften deutlich geklettert. Für den Anstieg kommen mehrere Ursachen in Betracht. Einerseits ist das Screening auf Schwangerschaftsdiabetes in den letzten Jahren verbessert worden.**

Andererseits gibt es bei Frauen in der Schwangerschaft heute mehr Diabetes-Risikofaktoren als damals. Zu den Risikofaktoren gehören z. B. Übergewicht, Bewegungsmangel und höheres Alter der Frauen.

Als Schwangerschaftsdiabetes bezeichnet man eine Erhöhung der Blutzuckerkonzentration, die erstmals in der Schwangerschaft festgestellt wird. Kein Schwangerschaftsdiabetes sondern ein manifester Diabetes mellitus liegt vor, wenn die Diagnose Diabetes bereits vor der Schwangerschaft bekannt war. Wichtig zu wissen - in der Schwangerschaft gelten für die Blutzuckermessung und die Diagnose besonders



Die besonders strenge Grenzwerte für die Blutzuckermessung, die einen Schwangerschaftsdiabetes definieren, entsprechen außerhalb der Schwangerschaft „nur“ einer Glukosetoleranzstörung und keinem „echten“ Diabetes mellitus, da in Studien nachgewiesen wurde, dass bereits leicht erhöhte Blutzuckerwerte das Komplikationsrisiko für Mutter und Kind in der Schwangerschaft steigern.

strenge Grenzwerte. Die Blutzuckerwerte, die einen Schwangerschaftsdiabetes definieren, entsprechen außerhalb der Schwangerschaft „nur“ einer Glukosetoleranzstörung und keinem „echten“ Diabetes mellitus. Die strengen Kriterien in der Schwangerschaft beruhen auf Studien, in denen nachgewiesen wurde, dass bereits leicht erhöhte Blutzuckerwerte das Komplikationsrisiko für Mutter und Kind in der Schwangerschaft steigern.

Zum Screening und zur Diagnosestellung des Schwangerschaftsdiabetes wird in deutschen Frauenarztpraxen seit dem Jahr 2011 flächendeckend der orale Glukosetoleranztest durchgeführt.

Bei diesem Test muss eine Zuckerlösung mit entweder 50g oder 75 g Glukose innerhalb von 5 Minuten getrunken werden. Vor dem Jahr 2011 wurde dieser Test nur bei Risikopatientinnen und nicht regulär als Kassenleistung angeboten. Von einem Schwangerschaftsdiabetes spricht man, wenn der Nüchtern-Blutzucker auf $\geq 5,1$ mmol/l (> 92 mg/dl), der 1-Stunden-Blutzucker auf ≥ 10 mmol/l (> 180 mg/dl) und der 2-Stunden-Blutzucker auf $> 8,5$ mmol/l (> 153 mg/dl) im oralen 75g- Glukosetoleranztest ansteigt. **Üblicherweise erfolgt der Glukosetoleranztest zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche.** Bei Risikopatientinnen ist jedoch eine frühere Tes-

tung sinnvoll. **Die frühzeitige Diagnosestellung und Behandlung eines Schwangerschaftsdiabetes senkt die Risiken für Mutter und Kind.**

Wurde ein Schwangerschaftsdiabetes festgestellt, erfolgt in der Regel die Vorstellung in der Diabetes Schwerpunktpraxis. Beim ersten Vorstellungsgespräch geht es darum, sich gegenseitig kennen zu lernen und erste Informationen auszutauschen. Danach lernen die Frauen relativ schnell, wie sie mit einem Blutzuckermessgerät umgehen müssen, um ihre Werte zu kontrollieren. Meistens reicht es dabei aus, den Blutzucker einmal nüchtern sowie 1 Stunde nach den Hauptmahlzeiten zu messen, entsprechend

einer 4-Punkt-Messung. Insbesondere die Blutzuckermessungen nach den Mahlzeiten geben dabei eine sichtbare Rückmeldung, wie sich verschiedene Lebensmittel auf den Blutzuckerspiegel auswirken. Glücklicherweise ist es nicht notwendig jedes Lebensmittel in der Schwangerschaft selbst zu testen bzw. auszuprobieren. Denn selbstverständlich bieten alle Diabetesschwerpunktpraxen eine qualifizierte Ernährungsberatung in der Schwangerschaft an. Darüber hinaus stehen viele Informationsmaterialien zur Ernährung in gedruckter Form oder online zur Verfügung.

In der Schwangerschaft kommt es darauf an, sogenannte schnelle Kohlenhydrate zu vermeiden. Besonders ungünstig sind diesbezüglich z. B. Weißmehlprodukte, Süßigkeiten, Softdrinks, Fruchtsäfte und größere Portionen Obst und Reis, da sie in kurzer Zeit in Glukose umgewandelt werden und den Blutzucker schnell steigen lassen. **Für den Blutzucker ist es besser, die Ernährung auf eine ballaststoffreiche Ernährung mit Vollkornprodukten, Gemüse, Nüssen, Milchprodukten und ggf. Fisch, Fleisch oder Soja umzustellen.** Im Gegensatz zu schnellen Kohlenhydraten lassen komplexe Kohlenhydrate, Eiweiß und Fett den Blutzucker kaum bzw.

nur langsam steigen. Letztlich gibt es bei der Ernährung aber für jede Frau individuellen Spielraum. Es soll schließlich auch schmecken. Eine Reduktionsdiät zur Gewichtsabnahme ist in der Schwangerschaft nämlich nicht sinnvoll.

Auch wenn die Ernährungsumstellung für den Blutzucker vermutlich die größte Rolle spielt, gibt es weitere Lebensstilfaktoren, welche den Stoffwechsel und die Gesundheit von Mutter und Kind positiv beeinflussen. Eine Steigerung der Bewegung, z. B. durch regelmäßiges Spaziergehen, verbrennt Zucker in der Muskulatur und verbessert die Insulinwirkung. Auch ein gesunder Schlaf von ausreichender Dauer und der Abbau von Stressfaktoren trägt zur Verbesserung der Blutzuckerwerte bei. **Oft gelingt es den Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes tatsächlich, allein durch die Ernährungsumstellung und die anderen Lebensstilmaßnahmen eine gute Blutzuckerkontrolle zu erreichen.** Erfreulicherweise können dann auch die Blutzuckermessungen im Verlauf reduziert werden. Die Kontrollen in der frauenärztlichen Praxis und in der Feindiagnostik spiegeln eine gute Stoffwechsellage durch eine normale und zeitgerechte Entwicklung des Kindes wider.

In einigen Fällen des Schwangerschaftsdiabetes gelingt es aber trotz aller Lebensstilbemühungen nicht, gute Blutzuckerwerte zu erreichen. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Zum Teil liegen genetische,

das heißt erbliche, Ursachen für erhöhte Blutzuckerwerte vor. Zum Teil bestehen Vorerkrankungen oder erhöhte Stressbelastungen, welche das Erreichen der Zielwerte verhindern. Um Schwangerschaftskomplikationen für Mutter und Kind zu verhindern, ist es aber auch in diesen Fällen wichtig, die erhöhten Blutzuckerwerte zu senken. **Beim Schwangerschaftsdiabetes wird in Deutschland eine Insulintherapie begonnen, wenn mehr als 50% der gemessenen Blutzuckerwerte trotz Lebensstilmaßnahmen oberhalb der Zielwerte liegen.** Zusätzlich werden die Informationen der Frauenärztin oder des Frauenarztes zur kindlichen Entwicklung berücksichtigt. Je nachdem ob es sich eher um eine Erhöhung des Nüchternblutzuckers oder der Blutzuckerwerte nach den Mahlzeiten handelt, erfolgt entweder der Start mit einem Basalinsulin zur Nacht oder der Start mit einem schnellen Insulin vor den Mahlzeiten.

Die Patientinnen lernen meistens ohne Probleme und relativ schnell, wie das Insulin richtig angewendet wird. **Die modernen Insulin-PENs und kleine dünne Nadeln machen das Insulinspritzen heute einfach und nahezu schmerzfrei möglich.** Schulungen durch das qualifizierte Diabetespersonal helfen bei Schwierigkeiten und weiteren Anpassungen der Insulindosis.

Relativ selten wird eine intensiviertere Insulintherapie bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Schwanger-



Zum Screening und zur Diagnosestellung des Schwangerschaftsdiabetes wird in deutschen Frauenarztpraxen seit dem Jahr 2011 flächendeckend der orale Glukosetoleranztest durchgeführt.

erschaft notwendig. Hierbei kann es sinnvoll sein, die Blutzuckermessungen durch eine kontinuierliche Glukosemessung über einen Sensor zu erleichtern. **Im Gegensatz zu einigen Befürchtungen hat die Insulintherapie keine negativen Auswirkung auf das werdende Kind.** Im Gegenteil schützt eine notwendige Insulintherapie vor den Komplikationen erhöhter Blutzuckerwerte in der Schwangerschaft. Ernste Unterzuckerungen treten während der Insulintherapie beim Schwangerschaftsdiabetes trotz sehr guter und strenger Einstellung erstaunlich selten auf. Wer es modern haben will, kann heutzutage neben moderner Sensortechnik auch einen Smart PEN benutzen, der jede Insulindosis per Bluetooth in die App des Smartphones überträgt.

Für die Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes ist es eine gute Nachricht, dass nach der Geburt des

Kindes sowohl Insulinjektionen als auch Blutzuckermessungen nahezu immer wegfallen. Nach Ende der Schwangerschaft gelten sofort wieder die deutlich höheren Grenzwerte und Zielwerte zur Diagnose und Therapie eines Diabetes mellitus. Außerdem normalisiert sich die Blutzuckerstoffwechsellage durch das rasche Absinken der Schwangerschaftshormone und das Stillen des Neugeborenen. **Tatsächlich reduziert eine ausreichende Stillzeit von mindestens 4-6 Monaten das spätere Diabetesrisiko für Mutter und Kind.** Ein zusätzlicher Vorteil des Stillens besteht darin, dass übergewichtige Mütter mit dem Stillen schneller wieder abnehmen. Stillen ist auch aus vielen anderen Gründen sehr vorteilhaft und wird in allen Leitlinien empfohlen.

Für Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes wird eine regelmäßige Nachsorge empfohlen, da für sie ein erhöhtes

Risiko besteht, später an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken. Bereits 3-6 Monate nach der Geburt wird ein erneuter oraler Glukosetoleranztest vereinbart, um frühzeitig einen fortbestehenden Typ 2 Diabetes auszuschließen.

Danach werden zumindest einmal jährliche Kontrollen des Nüchternblutzuckers und des HbA1c im Rahmen der hausärztlichen Betreuung angeraten. Bei erneuter Schwangerschaft wäre eine frühzeitige Testung des Glukosestoffwechsels im ersten Trimenon sinnvoll, da ein hohes Risiko für einen erneuten Schwangerschaftsdiabetes besteht.

Die beste Medizin für Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes ist und bleibt es natürlich, den gesunden Lebensstil auch nach der Geburt des Kindes fortzusetzen. Und im besten Fall gelingt es Ihnen damit vielleicht sogar, die gesamte Familie „anzustecken“.

Diabetes und Sexualität

Ein sensibles Thema, das in unserer Ausgabe offen angesprochen werden sollte als Empfehlung unseres Diabetologen und Chefarztes Dr. med. Rolf Klingenberg-Noftz

Menschen mit Diabetes leiden häufiger unter Störungen im Bereich der Sexualität als Menschen ohne Diabetes.

Dabei leiden Männer gehäuft unter Erektions-, Orgasmus- und Ejakulationsstörungen, Frauen eher unter verminderter Lust, urogenitalen Infektionen oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Im folgenden Artikel

möchten wir dieses Thema beleuchten und Verhaltensweisen und denkbare Lösungen aufzeigen.

Die Ursachen für Störungen im Bereich der Sexualität sind mannigfaltig. Dabei stellt sich bei Menschen mit Diabetes nicht nur die Frage nach Nerven-, Durchblutungs- oder Hormonstörungen sondern auch ob Medikamente, die im Rahmen der Diabetes-therapie eingenommen werden, verantwortlich sein könnten. Darüber hinausgehend kommen auch nichtorganische Themen, wie z.B. Stress am Arbeitsplatz, depressive Episoden oder unausgeglichene Bedürfnisse in der Partnerschaft in Frage, aber auch Verhaltensweisen, die das Risiko erhöhen und der Gesundheit insgesamt abträglich sind, wie Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, ungünstige Blutfettwer-



„Wenn Sie Probleme dieser oder ähnlicher Art haben, scheuen Sie sich nicht, es anzusprechen. Häufig kann einfach Abhilfe geleistet werden und Ihre Lebensqualität erfährt eine erfreuliche Steigerung. Und vergessen Sie nicht, Sie sind nicht allein mit Ihren Sorgen.“

te und bewegungsarmer Lebensstil. Diese Faktoren gelten neben dem zunehmenden Lebensalter generell als Risiken für sexuelle Funktionsstörungen. Allerdings ist die zusätzliche Belastung durch den Diabetes dabei nicht zu unterschätzen.

Sexuelle Funktionsstörungen bei Männern mit Diabetes beschränken sich entgegen der allgemeinen Annahme nicht nur auf Erektionsstörungen (erektile Dysfunktion).

Es kann auch zu Ejakulations- und Orgasmusstörungen kommen. Hierzu trägt auch der im Laufe des Lebens abnehmende Testosteron-Spiegel bei. Männer mit Diabetes

sind etwa dreieinhalb Mal häufiger von Erektionsstörungen betroffen. Wenn eine Erektionsstörung vorliegt oder neu auftritt, handelt es sich hierbei möglicherweise um eine Durchblutungsstörung im Bereich der sehr zarten Arterien des Penis, die auf eine Blutgefäßkrankung, die Arteriosklerose, hinweisen kann. Möglich ist, dass nicht nur die Arterien des Penis betroffen sind, sondern auch Arterien des Herz-Kreislauf-Systems, wie zum Beispiel des Herzens. Deshalb sollte beim Auftreten einer Erektionsstörung stets frühzeitig ärztlicher Rat eingeholt werden.

Ejakulations- oder Orgasmusschwierigkeiten, die im Rahmen des Diabetes auftreten, sind

entgegen der Erektionsstörung häufig kein Problem der Gefäßversorgung, sondern ein Problem der Nervenversorgung des Penis bzw. im Ablauf des Orgasmus. Diese Störungen sind jedoch eng miteinander vergesellschaftet und sollten bestenfalls partnerschaftlich thematisiert, transparent und ärztlich kommuniziert werden.

Es gibt unterschiedliche Medikamente und Behandlungsmöglichkeiten, um der erektilen Dysfunktion und/oder der Ejakulationsstörung des Mannes Herr zu werden.

Wie sieht es mit sexuellen Funktionsstörungen von Frauen mit Diabetes aus?

Die ursächlichen Zusammenhänge zwischen der Zuckererkrankung und der sexuellen Funktionsstörung sind aufgrund der Komplexität der sexuellen Abläufe und damit verbundenen Störungen nicht vollständig geklärt. Bekannt ist, dass die Dauer des Diabetes und die Güte der Blutzuckerreinstellung die Häufigkeit des Auftretens sexueller Funktionsstörungen beeinflussen.

Langfristig erhöhte Blutzuckerwerte, häufige urogenitale Infekte und Schäden an Blutgefäßen, wie auch körperliche und seelische Belastungen wirken sich nachteilig auf die Sexualität aus. Dies kann zu vermindertem Lustempfinden, Orgasmusfähigkeit und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr führen.

Insbesondere Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, medizinisch Dyspareunie genannt, sind häufig und dadurch bedingt, dass der natürliche Feuchtigkeitsgehalt der Scheide vermindert ist. Eine mögliche Erklärung hierfür sind Nervenschäden aufgrund des langjährigen Diabetes und Durchblutungsstörung.



Dr. med. Klingenberg-Noftz, Chefarzt Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin und Diabetologe

Die Behandlung sexueller Funktionsstörungen bei Frauen mit Diabetes ist vor dem Hintergrund der komplexen Regelkreisläufe und der unterschiedlichen Ursachen nicht mit einer einzigen Maßnahme lösbar.

In der Regel kommen Behandlungsansätze zum Einsatz, die versuchen, die unterschiedlichen Probleme zu adressieren. Die mangelnde Befeuchtung der Schleimhaut kann durch Gleitmittel und/oder hormonell wirksame Cremes unterstützt werden. Auch eine Hormonersatztherapie kann in Frage kommen. Des Weiteren sind Vaginal- und Beckenbodentraining zur Stärkung und Durchblutungsförderung auch der Kontinenzorgane sinnvoll.

Insbesondere sollten jedoch die psychosozialen Belastungen von Frauen mit Diabetes und sexuellen Funktionsstörungen transparent gemacht, ernst genommen und bei Bedarf professionell und mit unterschiedlichen Ansätzen behandelt werden.

Als weiterer Punkt, der die sexuelle Funktion, insbesondere von Frauen mit Diabetes beeinträchtigen kann, sind Blasenentzündungen bzw. urogenitale Infekte. Dieses Problem haben allerdings auch Männer im zunehmenden Alter.

Diabetes-bedingte Nervenschädigungen können zu Problemen bei der Blasenentleerung führen. Restharn in der Blase ist ein idealer Nährboden für das Bakterienwachstum und erhöhte die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Blasenentzündungen, vor allem bei Frauen aufgrund der im Vergleich zum männlichen Geschlecht „kurzen“ Harnröhre. Es empfiehlt sich, urogenitale Hygiene mit reinem Wasser vorzunehmen und auf Seifen oder Intimwaschmittel zu verzichten. Nach dem Geschlechtsverkehr empfiehlt es sich, rasch Wasser zu lassen, um Keime aus der Harnröhre auszuspülen. Auch ausreichendes Trinken fördert die Urinproduktion.

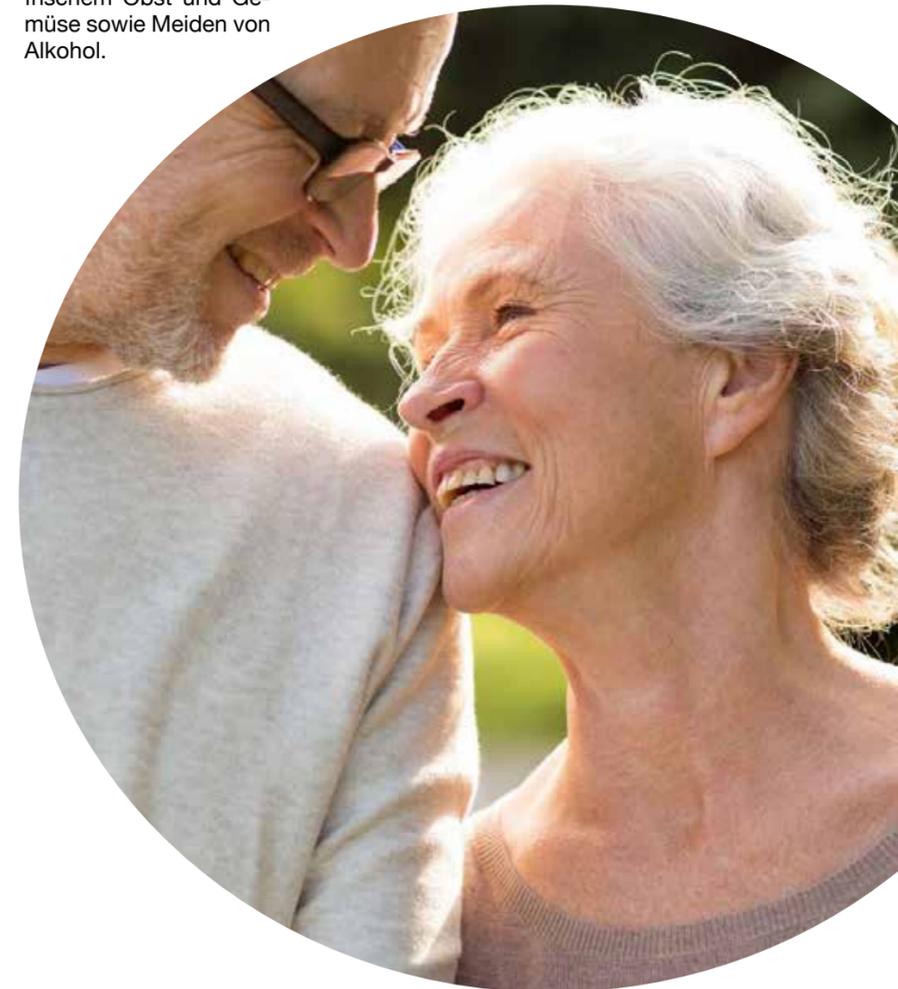
Wie kann man nun Funktionsstörungen sexueller Natur vorbeugen?

Es gelten dieselben Empfehlungen mit und ohne Diabetes. Dazu gehören: Normalisierung des Körpergewichts, Anpassung des Lebensstils, Kontrolle von Blutdruck und Blutfetten, ausreichend tägliche Bewegung und vorzugsweise mediterrane Kost mit viel frischem Obst und Gemüse sowie Meiden von Alkohol.

Insbesondere für Männer gilt, dass eine Gewichtsreduktion alleine bereits die erektile Dysfunktion verbessern oder sogar rückgängig machen kann.

Für Menschen mit Diabetes gilt zusätzlich, dass eine möglichst normnahe Stoffwechselführung und eine optimale Kontrolle der Gefäßrisikofaktoren Funktionsstörungen vorbeugt bzw. lindert.

Wenn bei Ihnen sexuelle Funktionsstörungen auftreten sollten, empfiehlt sich zunächst das offene Gespräch mit dem Partner und eine Vorstellung beim Hausarzt, um Möglichkeiten der Behandlung gemeinschaftlich auszuloten.



Krankenhäuser Mecklenburg-Vorpommern

DU + Deutsches
Rotes
Kreuz

Der Job des Lebens.
Beim Roten Kreuz.
In Mecklenburg-Vorpommern.



Krankenhaus Grevesmühlen



Krankenhaus Teterow



Krankenhaus Grimmen



Krankenhaus Neustrelitz

DRK-Krankenhäuser in M-V

Das DRK ist Träger von vier Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung an den **Standorten Grevesmühlen, Grimmen, Neustrelitz und Teterow**.

Insgesamt verfügen die Häuser über 487 Patientenbetten in den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie- und Intensivmedizin, Gynäkologie- und Geburtshilfe sowie urologische Belegabteilungen.

Von knapp 1.000 Mitarbeitern werden jährlich ca. 46.000 Patienten stationär und ambulant betreut. Eine positive Arbeitsplatzkultur spielt eine wichtige Rolle. Mehrfach wurden die Krankenhäuser mit dem unabhängigen Gütesiegel Bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen des Great Place to Work Instituts ausgezeichnet.

Alle vier Standorte sind Akademische Lehrkrankenhäuser der Universitätsmedizin Rostock und zu Lübeck.