

SPRACHE UND DIABETES

#LanguageMatters



Ein Positionspapier
von DDG, diabetesDE und #dedoc^o
für den deutschsprachigen Raum



**„Worte sind die wirksamste
Medizin, die von der
Menschheit genutzt wird.“**

Rudyard Kipling



„Im Jahr 2011 veröffentlichte Diabetes Australia das weltweit erste Positionspapier zum Thema Diabetes und Sprache. Wir gaben ihm den Titel „A New Language for Diabetes“ (Eine neue Sprache für Diabetes) – doch obwohl die vorgeschlagenen praktischen Alternativbeispiele für sprachliche Veränderungen für viele neu waren, war es das zugrunde liegende Problem keineswegs. Seit vielen Jahren bereits sprechen Menschen mit Diabetes in Diskussionen unter Gleichgesinnten über die Macht der Worte und Kommunikation, und dabei insbesondere den Schaden, welcher durch negative (Vor-)Urteile und unbedachte Äußerungen entstehen kann. Unsere Stellungnahme hat diese Stimmen verstärkt und gezeigt, weshalb es so wichtig ist, mit Worten und Sprache einen positiven kulturellen Wandel zu bewirken, der Menschen mit Diabetes unterstützt.

Nachdem unser Artikel veröffentlicht wurde, begegneten uns manche Menschen aus der Diabeteswelt mit Skepsis. Es gab die Annahme, dass die Förderung einer positiven Sprachkultur lediglich „politische Korrektheit“ sei – jedoch waren wir uns sicher, dass das nicht der Fall ist. Wir gaben nicht auf und erklärten weiter, wie die im Kontext mit Diabetes verwendeten Worte, Begriffe und Bilder dazu beigetragen haben, dass Diabetes ein Imageproblem hat, und wie sie zu der Stigmatisierung, den Schuldzuweisungen und der Scham beigetragen haben, die so viele Menschen mit Diabetes erfahren. Wir blieben hartnäckig, um zu zeigen, wie sich durch simple Anpassungen der Sprache jene Einstellungen und Vorurteile, die Menschen mit Diabetes schaden, ändern können.

Heute, elf Jahre später, gibt es zahlreiche ähnliche Positionspapiere aus der ganzen Welt. Auch auf Diabetes-Fachkongressen haben sich Symposien zum Thema Sprache und Kommunikation inzwischen etabliert. Und die Bewegung rund um Diabetes und Sprache bekam sogar ihren eigenen Hashtag: Die Suche nach ‘**#LanguageMatters**’ in sämtlichen Onlineplattformen resultiert in tausenden Kommentaren und Ideen von Menschen mit Diabetes und Fachkräften aus der Medizin und Wissenschaft.

Wir gratulieren dem #LanguageMatters Team aus Deutschland ganz herzlich zur Erstellung und Veröffentlichung dieser wichtigen Ressource. Es gibt eine Vielzahl an Problemen in der Diabetesversorgung, die es zu lösen gilt – aber nur wenige sind so grundlegend und einflussreich wie die Kommunikation. Auch in der deutschsprachigen Diabetes Online Community gibt es lautstarke Interessenvertreter*innen, denen die Bedeutung einer effektiven Kommunikation schon immer wichtig war.

Wir freuen uns, dass **#LanguageMatters – Sprache und Diabetes** als Leitfaden die Bemühungen der Gemeinschaft unterstützt und Menschen mit Diabetes dabei hilft, sich durch diese motiviert, unterstützt und gestärkt zu fühlen.”



Jane Speight und Renza Scibilia
Autorinnen des Language Matters
Positionspapiers von Diabetes Australia

Sprache ist für eine gelingende Kommunikation zwischen Menschen sehr bedeutsam. Sie ist einerseits ein Spiegel unserer Gesellschaft, wie sie auch umgekehrt die Macht hat, die Wirklichkeit zu prägen. Ob beabsichtigt oder nicht – unsere durch Sprache vermittelten Botschaften haben Folgen. Der Sprachgebrauch kann einen tiefgreifenden Einfluss darauf haben, wie Menschen mit Diabetes in der Gesellschaft gesehen, diskutiert und behandelt werden – und wie jemand den eigenen Diabetes wahrnimmt und sich im Alltag damit fühlt oder wie Diabetes im Gesundheitswesen vom Fachpersonal behandelt wird.

Mit der Initiative **#LanguageMatters** hat sich eine globale Bewegung entwickelt, die sich für einen reflektierten, sensiblen und nichtdiskriminierenden Sprachgebrauch im Zusammenhang mit Diabetes einsetzt. Ausgehend von einer Initiative von Diabetes Australia gibt es mittlerweile eine Reihe von Stellungnahmen sowie Positionspapiere von Diabetesorganisationen, wissenschaftlichen Verlagen und Fachgesellschaften zum Umgang mit Empfehlungen für einen sorgfältigen und positiven Gebrauch der Sprache im Zusammenhang mit Diabetes.

Mit diesem Positionspapier möchten die Autor*innen auch für den deutschsprachigen Raum ein erhöhtes Bewusstsein für die Sprache im Zusammenhang mit Diabetes schaffen und für einen diskriminierungs- und stigmatisierungsfreien Sprachgebrauch plädieren. Es wurde von Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes in Zusammenarbeit mit Expert*innen aus Fachgesellschaften erstellt und wendet sich gleichermaßen an Menschen mit Diabetes und deren Angehörige, Fachpersonal der verschiedenen Gesundheitsberufe, Medienschaffende, Lehrkräfte, Jurist*innen sowie allgemein an alle Personen in der Öffentlichkeit.

Das Positionspapier soll weder belehren noch verbessern, sondern zur Reflexion über den bisherigen Sprachgebrauch im Zusammenhang mit Diabetes anregen und aufzeigen, dass es Alternativen für einen reflektierten, nichtdiskriminierenden Sprachgebrauch gibt. Anhand von konkreten Beispielen soll aufgezeigt werden, wie bestimmte Formulierungen oder Begriffe rund um den Diabetes einen diskriminierenden bzw. stigmatisierenden Charakter aufweisen können und welche konkreten Alternativen es dafür gibt. Um eine wertschätzende und positiv bestärkende Sprachwahl zu unterstützen, werden entsprechende Informationen und Vorschläge zur Verfügung gestellt. Diese werden vor allem all denen ans Herz gelegt, die mit oder über Menschen mit Diabetes sprechen oder schreiben oder sie in Wort und Bild darstellen.

Es gibt eine Vielzahl von Argumenten, die dafür sprechen, ein erhöhtes Bewusstsein für die Sprache im Zusammenhang mit Diabetes zu entwickeln und bestimmte diskriminierende Begriffe, Formulierungen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Sprache spiegelt die gesellschaftliche Realität und schafft Wirklichkeit

Die Art und Weise, wie die Sprache über Diabetes in Wort und Schrift benutzt wird, spiegelt die Gedanken, Überzeugungen und Verhaltensweisen von Menschen wider und prägt sie. Die im Zusammenhang mit Diabetes verwendete Sprache hat die Macht, Überzeugungen und Stereotypen über den Diabetes zu prägen, wie auch diese zu verändern. Denn unsere Sprache reflektiert nicht nur die Realität von Menschen, sondern schafft sie. Sie zeigt mitunter vereinfachte und veraltete Denkmuster und Stereotype auf, die auf weit verbreiteten Fehlinformationen aufbauen und von wenig Empathie für Menschen mit Diabetes zeugen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass viele Menschen mit Diabetes von Belastungen durch gesellschaftliche Stigmatisierung berichten [1,2].

Schnell ist ein Bild von Personen gezeichnet, die „selbst schuld“ an ihrer Erkrankung sind und es einfach „nicht schaffen wollen“, diese „in den Griff“ zu bekommen und so etwa „die Staatskasse belasten“ [3]. Nicht nur allgemein in der Gesellschaft, auch auf Fachkongressen, in Fachpublikationen und in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken und bei sozialen Leistungsträgern (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherung u.a.) lohnt sich ein Blick auf den Sprachgebrauch in Bezug auf Menschen mit Diabetes:



Hier ist beispielsweise oft die Rede von „schlecht eingestellten Diabetikern“, denen es an „Therapietreue mangelt“ und die deshalb „einer Lebensstilintervention zugeführt werden müssen“ [4].

Selbst- und Fremdwahrnehmung

Der Sprachgebrauch über Diabetes kann nicht nur Menschen ohne Diabetes, die Öffentlichkeit prägen, sondern kann auch einen tiefgreifenden Einfluss darauf haben, wie Menschen mit Diabetes ihre Erkrankung wahrnehmen und wie sie sich im Alltag mit ihrem Diabetes fühlen. So sind beispielsweise mit den Begriffen „Zuckerkrankter“, „Diabetiker“ oder „Mensch/Person mit Diabetes“ ganz unterschiedliche Assoziationen und Konnotationen verbunden, die nicht nur die Fremdwahrnehmung, sondern auch die Selbstwahrnehmung prägen können.

Ein sensibler Umgang mit Sprache über und gegenüber Menschen mit Diabetes ist daher von essenzieller Bedeutung für medizinische Fachkräfte und anderweitig im Gesundheitssystem tätige Menschen (z.B. in Apotheken und Fachgeschäften, in Krankenkassen etc.), aber auch für Familienangehörige, Freundeskreis und Arbeitsumfeld der Menschen mit Diabetes sowie insbesondere auch für Medienschaffende und die gesamte Gesellschaft.

Diabetesbezogene Belastungen

Die steigende Prävalenz von Typ-1- und Typ-2-Diabetes stellt die Gesellschaft vor Herausforderungen, insbesondere hinsichtlich der Prävention und der Versorgung von Menschen mit Diabetes. Auch die Belastungen, die diese chronische Erkrankung für den einzelnen Menschen mit sich bringt, sind unbestritten: Es sind mehr als 40 Faktoren, die den Blutzucker beeinflussen, und etwa 180 bewusste und unbewusste Entscheidungen, die Menschen mit Diabetes täglich eigenständig treffen müssen.

Begleit- und Folgeerkrankungen sowie erhöhte Risiken für Depressionen, Angst- und Essstörungen kommen hinzu [5-7]. Menschen mit Diabetes haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine geringere Lebensqualität und weisen erhöhte krankheitsbezogene Stressoren auf [1,8,9].

Nicht unbedeutende Stressoren sind vermeintliche Kausalzusammenhänge in Zusammenhang mit der Erkrankung (z.B. Typ-2-Diabetes als alleinige Konsequenz eines ungesunden Lebensstils), soziale Aspekte im Zusammenhang mit dem Diabetes (z.B. Einschränkungen im Beruf) bzw. negative Reaktionen (z.B. Kommentare oder Blicke bei Blutzuckermessungen oder Injektionen in Anwesenheit Anderer) [10-13].

Ein negativer, fachlich nicht korrekter, und stigmatisierender Gebrauch von Sprache (z.B. „Alterszucker in jungen Jahren ist selbstverschuldet“, „Diabetiker sind krank und daher nicht so leistungsfähig“) kann einerseits negative Stereotype über den Diabetes fördern, auf der anderen Seite bei Menschen mit Diabetes zu psychischen Belastungen führen.

Partizipative Entscheidungsfähigkeit, aktive Rolle im Behandlungskontext

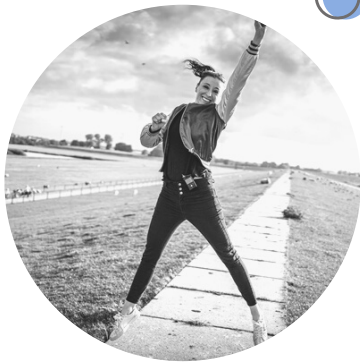
Menschen mit Diabetes treffen im Zusammenhang mit dem Diabetes im Dialog mit den Behandelnden selbstständige und -verantwortliche Entscheidungen über ihren Diabetes, die von den Behandelnden zu akzeptieren sind.

Die Sprache in Zusammenhang mit Diabetes sollte Menschen mit Diabetes daher dabei unterstützen, eine möglichst gute Übereinstimmung zwischen den Anforderungen des Diabetes und den Wünschen und Zielen einer Person zu erreichen.

Ein Sprachgebrauch, welcher Menschen mit Diabetes demotiviert und Sorgen, Ängste und Schuldgefühle hervorrufen kann, sollte vermieden werden („Wenn Sie sich nicht besser um Ihren Diabetes kümmern, müssen Sie sich nicht wundern, wenn Sie blind an der Dialyse landen.“; „Leider ist es jetzt zu spät, das hätten Sie sich früher überlegen müssen – mit den Folgeerkrankungen müssen Sie jetzt leben und Glück haben, wenn sie diese nicht dramatisch verschlechtern.“). Gleiches gilt eine diskriminierende Sprache („Anstatt so viel Zeit mit Essen zu verbringen, sollten Sie sich an der frischen Luft bewegen, dann zeigt auch der Zeiger Ihrer Waage nicht ständig nach oben.“) und eine Sprache, die Menschen mit Diabetes als passive Empfänger*innen darstellt, die sich nach ärztlichen Anweisungen richten müssen („Nehmen Sie Ihre Medikamente und protokollieren Sie jeden Tag Ihr Gewicht, Ihre Mahlzeiten und Ihre Glukosewerte, dann schaue ich mir beim nächsten Mal an, was Sie alles falsch machen.“).

Partizipative Entscheidungsfähigkeit, aktive Rolle im Behandlungskontext

Auch eine vorwurfsvolle Sprache in Form von Lob und Tadel („Na sehen Sie, es geht doch!“; „Wenn Sie mir keine Blutzuckerwerte mitbringen, können Sie sich den Weg zu mir sparen.“) trägt nicht zu partizipativer Entscheidungsfindung bei.



„Es ist ja Ihr Diabetes und nicht meiner“ – „Passen Sie besser auf sich auf“ – „Sie hat ihre Krankheit einfach nicht akzeptiert.“ – Die Übergriffigkeit von medizinischem Personal, das uns doch stärken und helfen soll, mit dieser chronischen Erkrankung durchs Leben zu gehen, trifft uns oft unvermittelt. Sprache hat so eine Macht. Es ist ein Leichtes, sie ohne Anstrengung hier und da etwas zu verändern, hat aber eine so große unermessliche Wirkung.

Annie Heger, lebt mit Diabetes Typ 1

#LANGUAGEMATTERS:

EINE GLOBALE INITIATIVE VON UND FÜR MENSCHEN MIT DIABETES

Angestoßen 2011 von Renza Scibilia (Bloggerin und Diabetes Advocate [14]) und Jane Speight (Professorin und Psychologin mit dem Schwerpunkt Behavioural and Social Research in Diabetes) mit einem ersten Positionspapier in Australien [15], wird die Debatte um #LanguageMatters global bereits seit vielen Jahren geführt.

Seit 2018 haben weitere Fachgesellschaften und Diabetesorganisationen in Großbritannien [16], Indien [17,18], Lateinamerika [19], Kanada [20], Frankreich [21], Italien [22], USA [23,24] und Schweden [25] entsprechende Positionspapiere veröffentlicht.

Sie enthalten zum einen Erläuterungen und Empfehlungen für medizinische Fachkräfte, die Menschen mit Diabetes begleiten.

Darüber hinaus beinhalten sie auch Empfehlungen für medizinische Fachkräfte, die sich in Forschung und wissenschaftlichen Publikationen mit Diabetes auseinandersetzen.

Auf einer u. a. von JDRF, Diabetes India, NHS, Diabetes UK und The Open University unterstützten Website [26] werden die Dokumente sowie diverse weitere Veröffentlichungen gebündelt zugänglich gemacht.

Neben den genannten Positionspapieren mit Empfehlungen für einen diskriminierungs- und stigmatisierungsfreien Sprachgebrauch existiert im englischsprachigen Raum mittlerweile auch eine ganze Reihe wissenschaftlicher Veröffentlichungen [27–33], die sich mit den Auswirkungen von stigmatisierender bzw. diskriminierender im Gegensatz zu empathischer Sprache im klinischen Kontext beschäftigen.

Darüber hinaus wird auch auf internationalen Tagungen wie der der American Diabetes Association (ADA) 2019 [34] oder nationalen Fortbildungen wie der Jahrestagung der AG Diabetes und Psychologie 2021 [35] über die Rolle von Sprache in der Diabetestherapie diskutiert. Zudem haben mittlerweile die meisten wissenschaftlichen diabetologischen Fachzeitschriften Hinweise für den Gebrauch einer nicht diskriminierenden Sprachgebrauch und achten beim Bearbeiten eingereichter Beiträge aktiv darauf, dass keine diskriminierenden bzw. stigmatisierenden Begrifflichkeiten verwendet werden.

Die American Diabetes Association (ADA) wiederum gibt Autor*innen von Fachbeiträgen für ihr Fachjournal ‚Diabetes‘ in Bezug auf Terminologie und Sprachstil explizit vor, den Begriff „Diabetiker“ nicht zu verwenden [36]. Ausführlichere Sprachempfehlungen für Autor*innen finden sich im Konsensus-Report der ADA [37], in dem auf das AMA Manual of Style [38] verwiesen wird. Konkret fordert die ADA darin, Menschen nicht mit ihren Erkrankungen gleichzusetzen, sie nicht als „Opfer“ ihrer Erkrankung darzustellen, auf Begriffe zu verzichten, die Hilflosigkeit suggerieren (z. B. „leiden an“, „betroffen sein“ etc.) und stattdessen wertfreie,

faktenbasierte, personenzentrierte und ermutigende Sprache zu verwenden. Diese Sprachempfehlungen gelten nicht nur für Publikationen, sondern auch für Poster und Vortragsfolien bei Kongressen und Tagungen der Fachgesellschaft.

Allen Positionspapieren und Veröffentlichungen gemein ist die Erkenntnis, dass eine diskriminierungs- und stigmatisierungsfreie Sprache das psychosoziale Wohlbefinden, die Selbstwirksamkeit und klinische Parameter von Menschen mit Diabetes verbessern kann.

Wir glauben daher, dass es sinnvoll ist, auch für den deutschen Sprachraum Empfehlungen für einen nicht diskriminierenden, sensiblen Gebrauch von Sprache im Zusammenhang mit dem Diabetes zu geben und damit einen Beitrag zu leisten, dass sowohl in der Diabetestherapie, als auch in der Öffentlichkeit, den Medien diskriminierende Begriffe und Formulierungen nicht länger verwendet werden.



Kommunikation ist eine Fähigkeit, die durch bewusste Anstrengungen verbessert werden kann. Subtile, aber signifikante Änderungen der Worte und Sätze, die wir täglich verwenden, haben darauf großen Einfluss.

Wenn Menschen mit Diabetes sich von medizinischem Fachpersonal verstanden, respektiert und unterstützt oder aber im Gegensatz dazu negativ bewertet, kritisiert oder bevormundet fühlen, geschieht dies durch sprachpraktisches Handeln. Dies beeinflusst, ob diese sich bei Problemen ihren Therapeut*innen anvertrauen und aktiv bei der Therapie zusammenwirken möchten – und somit auch am Fortbestand einer regelmäßigen ärztlichen Konsultation, die für Menschen mit Diabetes ein lebenswichtiger Bestandteil ihrer medizinischen Versorgung ist [15].

Das „biopsychosoziale Modell“ als interdisziplinäres und ganzheitliches Konzept von Gesundheit und Krankheit wurde erstmals in den 1970er Jahren entwickelt und hat seither seinen Eingang in viele medizinische Leitlinien gefunden [39]. Die Erkenntnisse aus medizinsoziologischer Forschung zur Gesprächsführung und sprachlichem Handeln in der Interaktion werden hingegen nur langsam aufgegriffen [40]. Diese verdeutlichen, dass die Zufriedenheit und Partizipation an der Therapie durch Menschen mit Diabetes maßgeblich von der Beziehung zu ihren Ärzt*innen abhängt [41]. Dennoch werden bestehende Handlungsempfehlungen aus Sicht der Menschen mit Diabetes nur unzureichend umgesetzt [40]. Die zweite „Diabetes Attitudes, Wishes and Needs“ (DAWN 2) Studie befragte im Jahr 2013 über 8500 Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes aus insgesamt 17 Ländern zu psychosozialen Wünschen und Bedürfnissen in

Bezug auf ihre Diabetestherapie [42].

Demnach wünschen sich die meisten Unterstützung in ihrer Behandlung, sehen aber nur wenige Möglichkeiten einer aktiven Partizipation in der Entscheidungsfindung in der Realität.

Die psychosozialen Aspekte des Lebens mit Diabetes werden aus ihrer Sicht unzureichend aufgegriffen, obwohl über 60 % der Befragten angaben, dass sich ihr Diabetes negativ auf sämtliche Aspekte des Lebens auswirkt, und hohe diabetesbezogene Stresslevel bei 45 % der Teilnehmenden auftraten.

Auch im „Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes“ wird die unzureichende psychosoziale Versorgung von Menschen mit Diabetes kritisiert.

Bemängelt wird dabei das knappe Zeitkontingent für ambulante Konsultationen, das im Durchschnitt nur 7 bis 8 Minuten beträgt. Dadurch kommen psychosoziale Aspekte im Gespräch oft zu kurz [43].

In einem Gesundheitssystem, in dem es an Zeit mangelt, können gerade in einer sprechenden Disziplin wie der Diabetologie notwendige Gespräche über die Therapie, vor allem aber über die psychische Befindlichkeit, die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes zu kurz kommen. Auch bei der Überarbeitung von Leitlinien kann und sollte über Dynamiken in der Beziehung zwischen Menschen mit Diabetes und medizinischem Fachpersonal reflektiert werden [40].

Leitlinien können so eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems anstoßen, indem auch die Perspektive von

selbstbestimmten Patient*innen im Rahmen der Bürgerbeteiligung berücksichtigt wird und neue Rollen ausgehandelt werden [40]. Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, wurde sprachpraktisches Handeln und die dahinterstehende Stigmatisierung im Kontext mit Diabetes bis dato – so auch in diesem deutschsprachigen Positionspapier – vor allem von Interessenvertretungen zahlreicher Länder analysiert, um daraus Handlungsempfehlungen für den jeweiligen Sprach- und Kulturraum zu entwickeln. In einigen Ländern, wie zum Beispiel in den Vereinigten Staaten [37] und dem Vereinigten Königreich [16], wurden daraufhin von den Fachgesellschaften Leitfäden zum Umgang mit Sprache als Teil ihrer klinischen Behandlungsleitlinien entwickelt.

Sprache – und die darin zum Ausdruck kommenden Einstellungen – kann Selbstbewusstsein und Motivation, aber auch die Resilienz von Menschen mit Diabetes und somit auch deren Wohlbefinden und Gesundheit fördern. Sensible Sprache kann positive Interaktionen und sogar positive klinische Ergebnisse fördern. Daher ist es wichtig, bei der Kommunikation mit und über Menschen mit Diabetes zu bedenken, wie sich die eigene Wortwahl auf ihre Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen auswirken könnte. Dies ist von großer Bedeutung für ein gelingendes Therapiekonzept und die Entwicklung der Beziehung zwischen Therapeut*in und Person mit Diabetes als ausgeglichene Partnerschaft im Sinne von „*Patient Empowerment*“ – dem englischsprachigen Begriff für „Befähigung, Stärkung zur vermehrten Selbstbestimmung“ von Patient*innen. Hingegen werden die bereits zahlreich bestehenden negativen Stereotype gegen-

über Diabetes durch unsensible Sprache verstärkt. Menschen mit Diabetes verinnerlichen diese Botschaften und ihr Selbstbild und die Sichtweise auf den eigenen Diabetes kann dadurch negativ gefärbt werden. Unvorsichtige oder negative Sprache kann verletzen, demotivieren, Schuldgefühle, Scham oder Ängste hervorrufen und sich somit direkt oder indirekt auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Fähigkeit, mit dem Diabetes umzugehen, auswirken.

Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn Therapieziele nicht erreicht werden und die medizinische Fachkraft dies als „Versagen“ abwertet, ohne gemeinsam mit der Person nach möglichen Gründen zu suchen. Die sich daraus ergebende Frustration verringert sowohl die Motivation für das Selbstmanagement der Erkrankung als auch die Bereitschaft, Unterstützung zu suchen. Dies kann das Entstehen psychischer Komorbiditäten negativ beeinflussen; beispielsweise ist das Risiko, an Depressionen und Angststörungen zu erkranken, bei Menschen mit Typ-2-Diabetes doppelt so hoch und bei Typ-1-Diabetes bis zu dreimal höher als bei Menschen ohne Diabetes [44].

Sprachpraktisches Handeln kann auch zu einem Machtungleichgewicht führen. Ein übermäßiger Gebrauch von medizinischem Fachjargon kann Misstrauen oder übermäßiges Vertrauen in die Angehörigen der Gesundheitsberufe bewirken. Patient*innen könnten annehmen, dass das Gesundheitspersonal „es am besten weiß“. Tatsächlich ist die Diabetesbehandlung jedoch zum überwiegenden Teil der Zeit Selbstbehandlung durch die jeweilige Person mit Diabetes, eine direkte Beteiligung des Diabetesteam beschränkt sich auf einen geringen Bruchteil dieser Zeit. Es gibt kein standardisiertes Schema für eine Diabetes-

therapie, das für alle Menschen universell passend ist, da eine Vielzahl von Faktoren kontinuierlich und wechselhaft die Insulinsensitivität und damit die Glukosewerte beeinflussen können. Dazu zählen zum Beispiel psychischer und körperlicher Stress, physische Aktivität, Wechselwirkungen von Hormonen und zusätzlichen Medikamenten oder auch umweltliche Einflüsse wie zum Beispiel die Temperatur und das Klima [28]. Die Therapiegestaltung ist daher abhängig von individuellen und experimentellen Lernerfahrungen und der erfahrungsbasierten Expertise der Menschen, die tagtäglich mit Diabetes leben [41].

Für die Beziehung zwischen medizinischem Fachpersonal und Menschen mit Diabetes bedeutet dies, dass die Herausforderungen und die täglichen Mehrfachbelastungen durch kontinuierliche Bewertung unterschiedlichster Situationen und entsprechende Entscheidungen für die eigene Gesundheit von der medizinischen Fachkraft anerkannt und wertgeschätzt werden müssen, um eine Vertrauensbasis zu schaffen [28].

Es lasse sich doch gut mit Diabetes leben, sagen sie. Ja, vielleicht. Wenn der Blutzucker nicht aus dem Gleichgewicht gerät, wenn Begleiterscheinungen nur fernes Risiko bleiben, wenn Drang nach optimalen Werten nicht zu belastendem Perfektionismus ausartet. Wenn sie uns nicht suggerieren, dass wir versagen, weil wir die Unberechenbarkeit des Lebens nicht in unsere Blutzuckereinstellung einkalkulieren können. Vielleicht lässt es sich gut mit Diabetes leben, aber es fällt eben nicht leicht. Insbesondere, wenn niemand die Herausforderungen dieser Erkrankung so richtig sieht und dennoch alle diktieren, was richtig und was falsch ist. Sie alle wissen es besser, wenn sie uns sagen, es lässt sich gut leben mit Diabetes.

Erdim Özdemir, lebt mit Diabetes Typ 1



Allgemeine Empfehlungen

-  **Achten Sie auf Ihre Sprache, die Sie nutzen, wenn Sie über Diabetes kommunizieren.** Bedenken Sie, dass Ihre Sprache Ihre Einstellungen und Ansichten widerspiegelt. Behalten Sie diese Achtsamkeit bei, wenn Sie über Menschen mit Diabetes sprechen oder schreiben. Bedenken Sie auch, dass jeder Mensch individuell ist. Manche Menschen werden sich an bestimmten Formulierungen stören oder davon irritiert sein, andere wiederum nicht.
-  **Wählen Sie eine verständliche Sprache:** Die Grundvoraussetzung einer gelingenden Kommunikation ist, dass Ihr Gegenüber Sie unmissverständlich versteht. Berücksichtigen Sie daher auch Bildungsstand, Erfahrung mit und Wissen über Diabetes, den individuellen Sprachgebrauch Ihrer Gesprächspartner*innen und eventuelle Sprachbarrieren.
-  **Die Kommunikation mit und über Menschen mit Diabetes sollte möglichst wertneutral und empathisch sein.** Machen Sie sich bewusst, was die von Ihnen gewählten Worte für einen Menschen mit Diabetes bedeuten könnten, und vergegenwärtigen Sie sich, dass Ihre Worte möglicherweise anders interpretiert werden können als Sie diese gemeint haben.
-  **Denken Sie daran, dass Ihre Sprache beeinflussen kann, wie die Person mit Diabetes denkt, fühlt und handelt.** Achten Sie bei Ihrer Wortwahl darauf, dass Sie positive Begriffe verwenden, die die meisten Menschen als hilfreich und ermutigend empfinden. Menschen mit Diabetes sollten wissen und erleben, dass ihre fortlaufenden Bemühungen um eine Verbesserung ihrer Gesundheit und ihre Selbstfürsorgeaktivitäten wertvoll sind und geschätzt werden. Die Kommunikation mit jemandem mit Diabetes sollte daher nicht belehrend von oben herab, sondern auf Augenhöhe stattfinden.
-  **Verzichten Sie auf eine Sprache, die urteilt:** Vermeiden Sie Schuldzuweisungen und jegliche Wortwahl, die eine moralische Beurteilung von Verhaltensweisen beinhaltet. Respektieren und akzeptieren Sie, dass die Person das Recht hat, Entscheidungen zu treffen, und selbst die Verantwortung für ihr Leben trägt. Ihre Sprache muss dieses Verständnis widerspiegeln.
-  **Es ist effektiver, sich auf die positiven Veränderungen zu konzentrieren,** die jemand mit Diabetes vornimmt, vornehmen kann und in Zukunft vornehmen wird. Im besten Fall sollte die von Ihnen verwendete Sprache Menschen mit Diabetes bei der Bewältigung dieser komplexen und herausfordernden Krankheit wirksam unterstützen.
-  **Machen Sie sich bewusst, dass sich die Bedeutung und Akzeptanz von Wörtern und Ausdrücken mit der Zeit ändert.** Denken Sie immer wieder über Ihre Sprache nach und überprüfen Sie Ihren Sprachgebrauch.

Bei der Reflexion über Ihren Sprachgebrauch kann es hilfreich sein, sich Folgendes vor Augen zu führen:

- 🌀 Diabetes ist so unterschiedlich wie die Menschen, die damit leben.
- 🌀 Unabhängig von der persönlichen Situation und dem Wissensstand kann die Entwicklung des Diabetes aufgrund seiner Komplexität trotz aller Bemühungen unberechenbar und unterschiedlich schwierig zu behandeln sein.
- 🌀 Es wird für jeden Menschen mit Diabetes immer wieder Situationen geben, in denen alle Bemühungen um die Behandlung weniger effektiv zu sein scheinen.
- 🌀 Fast alle Menschen mit Diabetes erleben Situationen und Phasen, in denen die eigene Gesundheit nicht die alleinige oder höchste Priorität hat.
- 🌀 Besondere Situationen (z.B. variable körperliche Aktivität, akute Erkrankung, Stress, hormonelle Einflüsse, Wachstum, Wechselwirkungen mit Medikamenten, Konsum ungewohnter Lebensmittel, Zeitzonewechsel bei Reisen) erfordern erhöhte Aufmerksamkeit und ein Anpassen der Behandlung.
- 🌀 Bedingt durch den körperlichen Wandel im Laufe eines Lebens, durch Einflüsse aus der Umwelt oder bei einem Wechsel der Behandlungsmethoden muss die Therapie immer wieder aktualisiert werden.
- 🌀 Die Anpassung der Therapie an neue Umstände ergibt sich häufig aus „Versuch und Irrtum“ und braucht Erfahrung und Zeit.



Als Mensch mit Diabetes Typ 2 wünsche ich mir, dass medizinisches Fachpersonal einfühlsam und nicht herablassend mit mir spricht. In der Art, wie in manchen Praxen, aber auch in den Medien und in der Gesellschaft, über Diabetes gesprochen wird, schwingen oft Schuldzuweisungen und Stigmatisierung mit. Wir wollen unterstützt und nicht verurteilt werden.

*Gisela Brockmann,
lebt mit Diabetes Typ 2*

Verwenden Sie gern die unten folgende Tabelle mit praktischen Beispielen als Informationsquelle.

Die Zeit, die Sie mit Ihren Patient*innen verbringen, macht nur einen Bruchteil gegenüber der Zeit aus, die diese für ihre Diabetestherapie aufwenden.

Nutzen Sie diese Zeit weise! Bereits bei der Mitteilung der Diagnose, aber auch im weiteren Verlauf der medizinischen Begleitung, ist die Verwendung einer Sprache wichtig, die verständlich ist und mit der sich Menschen mit Diabetes identifizieren können. Die Sprache darf nicht demotivieren und nicht einschüchtern.

Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes versuchen medizinische Fachkräfte manchmal, mit der „Androhung“ der Notwendigkeit von Insulininjektionen das Bewusstsein für die eigene Diabetesbehandlung zu verbessern. Diese Warnung kann Angst und Vermeidungsverhalten hervorrufen und zu einem Gefühl des Versagens und womöglich zur Resignation beitragen, wenn Insulingaben tatsächlich aus medizinischer Sicht notwendig und empfehlenswert werden.

Für Menschen mit Diabetes sind Gefühle des Versagens, der Frustration und der Selbstbeschuldigung häufige Folgen unrealistischer Erwartungen. Verweise auf das „Versagen“ im Umgang mit der „Kontrolle“ des Glukosepiegels hinterlassen das Gefühl, dass das Diabetesteam die individuellen Bemühungen nicht anerkennt oder dass sich der Diabetes tatsächlich kontrollieren ließe. Viele Menschen mit Diabetes hören dadurch auf, sich medizinischen Fachkräften anzuvertrauen, um wertende oder negative Reaktionen zu vermeiden.

Wenn von „guter“ und „schlechter Einstellung/Kontrolle“ die Rede ist, wenn Menschen „versagen“, wenn sie „nicht compliant“ sind, dann impliziert dies, dass die Person „verantwortungslos“ oder „schwierig“ sei und auch, dass das „Befolgen von Anweisungen“ immer zu perfekten Glukosewerten führen würde.

Wenn hingegen auf gesundheitliche Ergebnisse und medizinische Befunde Bezug genommen wird, ohne wertende Begriffe wie „Kontrolle“, „gut“, „schlecht“ zu verwenden, wird der Mensch mit Diabetes ermutigt, Glukose- und HbA1c-Werte als numerische Indikatoren zu betrachten, die sich als Reaktion auf viele kontrollierbare, aber auch unkontrollierbare Faktoren ständig verändern können.

Durch die Nutzung von negativen und stigmatisierenden Formulierungen werden oft Gelegenheiten verpasst, relevante Fragen zu stellen, gemeinsame Ziele zu entwickeln, Behandlungspläne anzupassen und an (andere) Fachärzt*innen zu überweisen – alles Dinge, die dazu beitragen, einen Menschen aktiv in seiner Diabetesbehandlung zu unterstützen. Versuche, die „Compliance“ oder „Adhärenz“ zu erhöhen, bestehen oft darin, die Person mit Diabetes zu überreden, ihr Verhalten so zu ändern, damit es den Vorstellungen der Gesundheitsfachkräfte entspricht. Stattdessen sollten im Rahmen einer Kommunikation auf Augenhöhe gemeinsame Wege im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) erarbeitet werden, die individuelle Anforderungen, Fähigkeiten und Bedürfnisse priorisieren.

Viele Angehörige der Gesundheitsberufe erkennen an, dass Menschen mit Diabetes selbst für ihre Therapie verantwortlich sind, verwenden jedoch weiterhin unbewusst bevormundende oder abwertende Worte und Formulierungen, die die Autonomie des Einzelnen missachten können. In vielen Fällen wird kommuniziert, ohne dass man sich der unbeabsichtigten Bedeutung oder Wirkung bewusst ist.

Wir brauchen vielmehr eine sorgfältige Verwendung von Sprache, die

- das aktive Engagement weiter fördert. Wenn von „Optionen in der Diabetes-(selbst-)behandlung“ die Rede ist, werden Menschen mit Diabetes ermutigt, sich aktiv an Entscheidungen und anschließenden Prozessen über ihre eigene Gesundheit zu beteiligen;
- die Frustrationen, Schuld- und Schamgefühle sowie Ängste anerkennt, die viele Menschen mit Diabetes erleben;

- die Bemühungen der Menschen zur Selbstfürsorge unterstützt. Gesundheitsergebnisse hängen weitgehend von den Aktivitäten und Entscheidungen ab, die Menschen mit Diabetes außerhalb des medizinischen Behandlungskontexts treffen. Eine respektvolle und verständliche Sprache kann sie ermutigen, informierte Entscheidungen über ihren Diabetes zu treffen, die vom Behandlungsteam respektiert werden.

Wir Menschen mit Diabetes sind Expert*innen für unsere eigene Erkrankung. Unterstützung wie z.B. das Stärken unserer Kompetenzen helfen uns im Umgang mit unserem Diabetes.

Beate Kerber, lebt mit Diabetes Typ 1



Im direkten Gespräch mit Ihren Patient*innen

- Berücksichtigen Sie die bereits genannten Hinweise in der Kommunikation mit ihren Patient*innen. Achten Sie dabei ebenfalls auf Ihre Mimik, Ihre Gestik und Ihren Tonfall.
- Sprechen Sie verständlich. Versuchen Sie, nicht zu viele Fachausdrücke zu verwenden. Achten Sie auf die Worte und Formulierungen, die der Mensch mit Diabetes selbst verwendet, und geben Sie diese Sprache wieder. Hinterfragen Sie, wo immer möglich, Annahmen, Verständnis und die Wirkung Ihrer Sprache auf die einzelne Person.

- 🔵 Vermeiden Sie absolute und wertende Aussagen („Sie sind eigentlich zu alt für einen Typ-1-Diabetes.“), verwenden Sie stattdessen zurückhaltendere und neutrale Formulierungen („In Ihrem Alter ist ein Typ-1-Diabetes eher unwahrscheinlich.“).
- 🔵 Versuchen Sie, nicht die Unterhaltung zu dominieren, sondern gewähren Sie Ihren Patient*innen ausreichend Redezeit. Stellen Sie Fragen, versuchen Sie, mit Ihren Patient*innen zusammenzuarbeiten. Bleiben Sie stets gesprächsbereit („Haben Sie noch Fragen?“).
- 🔵 Erteilen Sie keine Anweisungen, sondern machen Sie stattdessen Vorschläge. Verwenden Sie statt des Imperativs („Spritzen Sie sich eine Insulineinheit mehr!“) eine kooperative Sprache („Was halten Sie davon, wenn ...“ „Vielleicht möchten Sie mal ausprobieren, ob ...“ „Ich schlage vor, ... Was halten Sie davon?“).
- 🔵 Unter keinen Umständen sollten Sie „drohen“, ein Ultimatum stellen oder einschüchtern (wie z.B. „In ähnlichen Fällen haben wir unseren Patient*innen auch schon mal die Pumpe wieder weggenommen.“ oder „Wenn Sie das bis zum nächsten Termin nicht in den Griff bekommen haben, dann ...“).
- 🔵 Insbesondere bei Bestehen von körperlichen oder psychischen Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes sollten Sie sich um eine neutrale und ermutigende Sprache bemühen, die nicht wertet oder die Person und ihr Handeln herabwürdigt.
- 🔵 Verfolgen Sie einen ganzheitlichen Ansatz. Diabetes kann für viele Menschen frustrierend, herausfordernd und belastend sein. Fokussieren Sie sich daher immer auf die Leistungen, die Ihre Patient*innen im Umgang mit dem Diabetes tagtäglich erbringen. Wenn Sie sich auf vermeintlich „nicht-adhärentes“ Verhalten konzentrieren, werden die realen Bemühungen, die Ihre Patient*innen möglicherweise unternehmen, außer Acht gelassen.
- 🔵 Konzentrieren Sie sich auf das Erreichbare. Zu Wohlbefinden und Gesundheit gehören mehr als nur die rein medizinische Behandlung des Diabetes (Insulinzufuhr, Medikamenteneinnahme); ermutigen Sie daher Ihre Patient*innen zu der für sie persönlich optimalen Selbstbehandlung, indem Sie eine angemessene und ermutigende Sprache verwenden.
- 🔵 Denken Sie daran, dass Sprache Realität schafft. Menschen mit Diabetes müssen wissen, dass ihre kontinuierlichen Bemühungen um eine Verbesserung ihrer Gesundheit und ihre Selbstfürsorgeaktivitäten wertvoll sind, wahrgenommen und geschätzt werden. Es ist effektiver, sich auf die positiven Veränderungen zu konzentrieren, die Menschen vornehmen und auch in Zukunft vornehmen können, als sich auf vergangene Verhaltensweisen und Ergebnisse zu konzentrieren.

Wenn Sie auch Themen ansprechen möchten, die den Patient*innen möglicherweise unangenehm sind (z.B. erektile Dysfunktion, depressive Verstimmungen oder Übergewicht), dann fragen Sie freundlich, aber direkt, ob sie darüber reden möchten. Falls das nicht der Fall ist, respektieren Sie diese Entscheidung.

Seit wir uns in Lehre und Ausbildung aktiv mit Sprache auseinandersetzen, wird es vielen von uns erst klar: Wir alle machen unbewusst Fehler. Aber jede einzelne Gesundheitsfachkraft kann aktiv dazu beitragen, eine wertschätzende Kommunikation in der Medizin zu etablieren. Es liegt in unserer Hand!

*Iska Braune, Medizinstudierende
im Praktischen Jahr, Charité –
Universitätsmedizin Berlin*



Gleiches gilt auch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kontext der Gesundheitsversorgung. Nicht selten wird Diabetes als Nebendiagnose von untergeordneter Relevanz betrachtet und mitunter die Komplexität der Berufe Diabetolog*in und Diabetesberater*in unterschätzt. Diese Fehleinschätzung kann Folgen für die Gesundheit bzw. Therapie zusätzlicher Erkrankungen haben.



Viele Menschen brauchen Sprache, um die Welt zu verstehen und ihre Vorgänge zu deuten. Gerade im Umgang mit Menschen, bei denen Diabetes neu diagnostiziert wird, braucht es eine klare, wertfreie Sprache, die weitgehend frei von negativen Konnotationen ist und ermöglicht, dass diese Person einen eigenen Weg findet und eigene Bewertungen entwickeln kann.

Der Diabetesberatung kommt hier eine besondere Stellung zu, weil besonders in den ersten Beratungen und Schulungen Wertungen erschaffen werden, die das Verhältnis zur lebenslangen Erkrankung dauerhaft prägen können.

Jede professionelle Beratung braucht nicht nur nach Carl Rogers Empathie. Eine offene und empathische Haltung in der Beratung und Schulung sind untrennbar mit den Inhalten dieses Leitfadens verbunden.

*Karina Boß, Diabetesberaterin DDG
Charité – Universitätsmedizin Berlin*

Neben der Kommunikation im medizinischen Umfeld prägt die öffentliche Kommunikation Haltungen über Krankheiten wie Diabetes in besonderer Weise: Denn egal, welche Kanäle oder Medien Sie nutzen, Sie erzielen Reichweite in einer relevanten Community bzw. in großen Teilen der Gesellschaft und gestalten damit Meinungen und Einschätzungen.

Alle, die in Zeitungen und Zeitschriften, Fernsehen und Hörfunk, in Büchern oder Vorträgen, im Internet oder auf Social Media über Diabetes informieren, tragen eine besondere Verantwortung, die sie sich immer wieder bewusst machen sollten.

Vor allem Journalist*innen sehen sich bei ihrer Arbeit verschiedenen Herausforderungen gegenüber, die zum Teil im Widerspruch zueinander stehen: Zeitdruck, eine begrenzte Zeichenzahl für Artikel, die Suche nach packenden Botschaften, Sortieren und Einordnen von komplexen Sachverhalten und Recherchen. Umso wichtiger ist es, stets eine neutrale Sprache zu verwenden, die die Wirklichkeit abbildet, korrekt informiert und nicht wertet. In diesem Sinne ist es notwendig, selbstkritisch die vielleicht reichweitenstarke, reißerische Schlagzeile zugunsten sachlicher Aussagen zu opfern und den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen, aber nicht allein seine Erkrankung.

Medienschaffende der Publikums- und Fachmedien, aber auch jede auf Social Media aktive Person haben die Gelegenheit, in jedem Beitrag oder Kommentar über Diabetes, seine Formen, Ursachen, Versorgungs- und Präventionsmaßnahmen aufzuklären.

Wie Leser*innen, Zuschauer*innen und Zuhörer*innen Diabetes und Menschen mit Diabetes wahrnehmen, hängt maßgeblich auch von der Berichterstattung in sämtlichen Medien ab.

Folgendes sollten Sie bedenken:

- 🗣️ Es geht in der öffentlichen Berichterstattung um Aufklärung und Information – und nicht darum, Menschen mit Diabetes als Opfer zu beschreiben. Denken Sie immer daran, wie das, was Sie schreiben oder senden, von Menschen mit Diabetes und ihren Angehörigen wahrgenommen wird.
- 🗣️ In Überschriften, Teasern, Bildern und Bildunterschriften sowie in Social-Media-Posts finden sich wegen der geforderten Kürze und Fokussierung besonders häufig abwertende Äußerungen: Achten Sie dort in besonderer Weise auf eine wertschätzende Sprache – auch unter Zeichen- und Zeitdruck.
- 🗣️ Begrenzte Zeichenzahl sollte nicht dazu verleiten, kürzere, diskriminierende Formulierungen zu nutzen: Probieren Sie es einfach aus! Sie werden merken, dass eine wertschätzende Sprache nicht zwingend mehr Platz in Anspruch nimmt.

- Im Vordergrund der Berichterstattung steht immer eine korrekte, gut verständliche Darstellung von Zusammenhängen: Fachbegriffe sollten daher vermieden werden. Doch ist es nicht korrekt, Diabetes als „Zuckerkrankheit“ zu bezeichnen.

Fachartikel, die sich an verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitswesen wenden, erfordern ebenfalls besondere Sorgfalt.

Verwenden Sie auch hier die Sprache, die Sie im direkten Umgang mit Menschen mit Diabetes benutzen sollten.

Vermeiden Sie insbesondere die Begriffe „(non-)compliant“ oder „(non-)adhärent“. Solche Begriffe charakterisieren die Person als kooperativ oder unkooperativ – vor allem, wenn sie als Adjektive verwendet werden, die nicht nur das Verhalten, sondern die Person selbst beschreiben.

Die Sprache, die verwendet wird, wenn von „Compliance“ die Rede ist, kann Haltungen offenbaren, wonach Menschen mit Diabetes

- als passive und unterwürfige Empfänger*innen von Behandlungsleistungen und -empfehlungen angesehen werden,
- „nur“ die Anordnungen von Gesundheitsfachkräften oder -diensten befolgen sollten,
- als „willensschwach“, „undiszipliniert“, „schwierig“ oder „uneinsichtig“ angesehen werden.



Die Bewertung „gut“ und „schlecht“ hat direkte Auswirkungen darauf, wie ich mich selbst wahrnehme. Mit einem Satz werde ich reduziert auf Werte und Zahlen. Es ignoriert die viele Arbeit, die ich in mein Management stecke, die Unberechenbarkeit der Krankheit und dass sich das Leben einfach manchmal auch nicht nur um Diabetes dreht. Ich leide nicht an Diabetes, sondern lebe mit der Krankheit. Ich bin mehr als Zahlen und Sprache ist der erste Schritt gegen ein tief verankertes Stigma.

Murielle Müller, lebt mit Diabetes Typ 1

Der Begriff „Compliance“ berücksichtigt außerdem nicht

- die Summe an Herausforderungen, mit denen Menschen mit Diabetes konfrontiert sind,
- Entscheidungen, die sie für sich selbst getroffen haben, die mit ihrer Erfahrung, ihren gesundheitlichen Fähigkeiten, ihren Zielen oder ihrem Lebensstil übereinstimmen,
- die komplexen Emotionen, wie z. B. Angst vor der Überforderung durch die Diabetestherapie, vor Hypo-/Hyperglykämien oder Folgeerkrankungen
- Überzeugungen, Prioritäten, Vorlieben, Fähigkeiten und Zwänge des Einzelnen oder seine Lebenssituation.

Egal, ob Sie sich mit Ihren Beiträgen an die Fach- oder die allgemeine Öffentlichkeit wenden

Bedenken Sie, dass selbst medizinischem Fachpersonal, auf dessen Informationen Sie vielleicht zurückgreifen, nicht immer die passende Wortwahl gelungen sein könnte.

Insbesondere sollten Sie ergänzend auf Ihre Bildsprache achten. Verwenden Sie informative und wertneutrale Bilder und Grafiken. Wenn Sie über Diabetes berichten, vermeiden Sie beispielsweise Bilder von Industriezucker oder Süßigkeiten, weil diese implizieren, dass ausschließlich der vermehrte Zuckerkonsum die Ursache für Diabetes ist. Vermeiden Sie außerdem Fotos, die ausschließlich übergewichtige Menschen zeigen: Nicht jeder Mensch mit Diabetes ist übergewichtig und nicht jeder übergewichtige Mensch hat Diabetes.

Zudem vermitteln Bilder dieser Art leicht den Eindruck, dass Menschen mit Diabetes mit Junkfood auf der Couch sitzen, sich kaum bewegen und generell wenig leistungsfähig bzw. -bereit sind.



Vermeiden Sie die „Entmenschlichung“ des Themas

Verwenden Sie keine Bilder, auf denen nur einzelne Körperteile wie etwa ein betonter Bauch zu sehen sind oder die bewusst zur „Abschreckung“ dienen sollen, wie z.B. Bilder des Fußes, die das diabetische Fußsyndrom zeigen.

Bitte beachten Sie hierzu auch das Kapitel zu Kontext, Tonalität und Bildsprache.



Eine sensible Wortwahl kann den Umgang mit problematischen Situationen, aber eben auch Erkrankungen, grundlegend beeinflussen. Es macht für meine Wahrnehmung meines Diabetes-Managements einen Unterschied, ob mein Diabetes-Team von hohen oder von schlechten Glukosewerten spricht. Ich möchte nicht durch unüberlegte Aussagen das Gefühl vermittelt bekommen, mich für den Umgang mit meinem Diabetes rechtfertigen zu müssen.

*Katharina Weirauch,
lebt mit Diabetes Typ 1*

Personen aus dem Angehörigen-, Freundes- und Bekanntenkreis oder Arbeitsumfeld sollten im Umgang mit Menschen mit Diabetes Folgendes beachten:

 **Nicht jede*r möchte den Diabetes offenlegen** oder mit anderen über Details der Erkrankung und deren Behandlung sprechen.

 **Bitte respektieren Sie die Eigenverantwortung** eines Menschen mit Diabetes und halten Sie sich mit Kommentaren zum Verhalten oder äußeren Erscheinungsbild wie z.B. dem Körpergewicht der Person oder sichtbaren Diabetesutensilien (Insulinpumpe, Glukosesensor) zurück.

 **Es gibt keinen „schlimmen“ oder „schweren“ Diabetes.** Für unterschiedliche Diabetesformen gibt es unterschiedliche Therapieansätze. Diese reichen von der sofortigen und dauerhaften Insulintherapie bis hin zu einer Lebensstilmodifikation mit zu meist zusätzlichen Medikamenten.

 **Bemerkungen zum Verhalten, z.B. beim gemeinsamen Essen,** werden häufig als ungebetenes Einmischen oder gar Bevormundung (z.B. „Darfst du denn überhaupt Nachtisch essen?“, „Du darfst ja keinen Kuchen essen.“) empfunden. Wenn Sie sich als Gastgeber*in im Vorfeld Gedanken machen möchten, bedenken Sie, dass jeder Mensch – auch mit Diabetes – anders is(s)t. Fragen Sie nach, ob es irgendwelche Besonderheiten zu berücksichtigen gibt, wie es auch bei anderen Gästen der Fall sein könnte (bestimmte Ernährungsweisen, Unverträglichkeiten oder Allergien gegen

über Nahrungsmitteln etc.). Alternativ können Sie ein breiteres Lebensmittelangebot zur Auswahl stellen.

 **Sie machen sich Sorgen um eine Ihnen nahestehende Person mit Diabetes, weil diese sich Ihrer Meinung nach nicht ausreichend um ihren Diabetes kümmert?**

Grundsätzlich gilt es, die Selbstbestimmung anderer zu achten.

Jeder Diabetes ist anders, und jeder Mensch mit Diabetes hat eine andere Herangehensweise. Wenn sich die Person mit Ihnen über dieses Thema unterhalten möchten, seien Sie aufgeschlossen und versuchen Sie herauszufinden, welche möglichen Gründe die Person für das Verhalten hat, das Sie für problematisch erachten.

Vielleicht werden Ihre Bedenken dadurch behoben. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, dann urteilen Sie nicht, sondern hören Sie stattdessen aufmerksam zu.

Verwenden Sie keine urteilenden Aussagen wie „Du kümmerst dich zu wenig“ oder „Du strengst dich nicht genug an“. Geben Sie der Person das Gefühl, dass ihre Bemühungen gesehen und anerkannt werden, dass Sie um die Schwierigkeiten wissen, die mit der Behandlung von Diabetes verbunden sind. Bieten Sie Hilfe und Unterstützung an, aber drängen Sie sich nicht auf. Sie sollten insbesondere die Person nicht bevormunden, da sonst Ihre Beziehung zueinander leiden könnte.

 **Sie machen sich Sorgen um Ihr Kind mit Diabetes?** Wenden Sie sich vertrauensvoll an Ihre kinderärztliche Praxis oder an Ihr Diabetesteam. Diese haben die nötige Erfahrung und können Ihnen wertvolle Informationen geben. Vielleicht gibt es in Wohnortnähe auch eine Gruppe von Eltern mit Kindern mit Diabetes oder eine Gruppe von Jugendlichen zum gegenseitigen Austausch. Achten Sie auf eine Sprache, die dem Kind vermittelt, dass es so angenommen und geliebt wird, wie es ist.

Verwenden Sie keine Ausdrücke, die negativ oder abwertend sind („Du musst dich mehr anstrengen“, oder „Du hast dir keine Mühe gegeben“).

Formulieren Sie verständnisvoll („Ich weiß, dass das schwierig ist“). Geben Sie keine bloßen Anweisungen, sondern versuchen Sie gemeinsam mit Ihrem Kind Lösungen zu finden, falls es Schwierigkeiten im Umgang mit seinem Diabetes hat („Hast du eine Idee, was du ausprobieren könntest?“, „Was hältst du davon, wenn du mal Folgendes ausprobierst?“).

Fragen Sie nach und bieten Sie Hilfe an, damit sich das Kind nicht allein gelassen und missverstanden fühlt. Achten Sie auf einen ruhigen, empathischen und liebevollen Tonfall.

Ein Kind, das sich verstanden fühlt, wird sich Ihnen eher anvertrauen.



Der Diabetes begleitet unsere Familie schon seit der frühen Kindheit unserer Tochter. Es hat sich viel getan, aber noch immer erfahren Kinder in Kitas und Schulen Stigmatisierung, die auch über Sprache ausgedrückt wird. In der Diabetes-Community bemühen wir uns um einen respektvollen Umgang, indem wir uns gegenseitig unterstützen, ohne über einander zu urteilen.

*Michael Bertsch,
Gründer von Diabetes-Kids.de und
Vater einer Tochter mit Diabetes Typ 1*



Die nachfolgende Tabelle zeigt Beispiele von Sprache, die vermieden werden sollte, Begründungen und konkrete Alternativvorschläge.

PROBLEMATISCH	EMPFEHLUNG	WARUM?
zuckerkrank, Zuckerkrankheit, „Zucker“	Diabetes (mellitus)	Der früher häufig verwendete und nicht mehr zeitgemäße Begriff „Zuckerkrankheit“ erweckt den Eindruck, dass Konsum von (zu viel) Haushaltszucker Diabetes auslösen könnte. Dabei sind die Stoffwechselprozesse abhängig vom Diabetestypen und weitaus komplexer. Es wird die Verwendung des neutralen und medizinisch korrekten Fachbegriffs „Diabetes (mellitus)“ empfohlen.
„normaler“/„gesunder“ Mensch, „normale“ Glukosewerte	Person ohne Diabetes, Person, die keinen Diabetes hat, stoffwechselgesunder Mensch	Bezeichnet man Menschen ohne Diabetes als „gesund“ oder „normal“, impliziert dies, dass Menschen mit Diabetes bzw. mit Glukosewerten außerhalb des Referenzbereichs „nicht normal“ sein könnten, was den Menschen abwertet. Weiterhin können Menschen ohne Diabetes andere Erkrankungen haben. Stattdessen sollte beschrieben werden, ob ein Mensch Diabetes oder keinen Diabetes hat oder explizit in Bezug auf den Stoffwechsel gesund ist.
Diabetiker*in	Mensch, Person oder Kind mit Diabetes	Jeder Mensch mit Diabetes sollte selbst entscheiden, wie sie sich bezeichnen möchte, und ob er/sie sich als „Diabetiker*in“ selbst identifiziert. Generell wird der Begriff jedoch oft als stigmatisierend empfunden, da Menschen mit Diabetes Personen mit vielen Facetten sind und sich nicht ausschließlich über ihren Diabetes definieren. Daher sollten Menschen ohne Diabetes stets von Menschen/Personen mit Diabetes sprechen und nicht von Diabetiker*innen.

PROBLEMATISCH	EMPFEHLUNG	WARUM?
Altersdiabetes	Diabetes im (höheren) Erwachsenenalter, ggf. unter Angabe des Diabetestypen	Früher wurde Typ-2-Diabetes häufig als „Altersdiabetes“ bezeichnet. Dieser Begriff ist nicht mehr zeitgemäß, da man inzwischen weiß, dass verschiedene Diabetesformen in verschiedenen Lebensaltern auftreten können.
Jugenddiabetes, juveniler Diabetes	Diabetes im Kindes- und Jugendalter, ggf. unter Angabe des Diabetestypen	Früher wurde Typ-1-Diabetes häufig als „Jugenddiabetes“ bezeichnet. Dieser Begriff ist nicht mehr zeitgemäß, da man inzwischen weiß, dass verschiedene Diabetesformen in verschiedenen Lebensaltern auftreten können.
„schlimmer“ Diabetes	Diabetes unter Angabe des Diabetestyps (Typ 1, Typ 2 sowie andere Formen)	Viele Menschen assoziieren mit der Bezeichnung des Diabetes als „schlimme“ Form die Notwendigkeit einer Insulintherapie. Besser ist die Angabe des genauen Diabetestypen, sofern dieser bekannt ist, und der Therapieform. Wie „schlimm“ und belastend ein Mensch seinen Diabetes tatsächlich subjektiv empfindet, ist individuell unterschiedlich.
an Diabetes „leiden“	Mit Diabetes leben, Diabetes haben	Niemand möchte sich als hilfloses Opfer einer Erkrankung fühlen. Durch den Begriff des „Leidens“ werden die Lebensumstände eines Menschen mit Diabetes unbewusst abgewertet. Es wird stattdessen empfohlen, neutral zu formulieren, dass jemand Diabetes „hat“ oder „mit Diabetes lebt“. Ob und wie stark ein Mensch unter Diabetes leidet, ist individuell unterschiedlich.

PROBLEMATISCH	EMPFEHLUNG	WARUM?
Patient*in	Mensch/Person/Kind mit Diabetes	Der Begriff „Patient*in“ leitet sich aus dem lateinischen Begriff <i>patiens</i> ab, welcher auf Deutsch „leiden“ bzw. „erdulden“ bedeutet. Dadurch wird impliziert, dass ein Mensch mit Diabetes eine passive, wartende Rolle einnimmt, statt proaktiv und selbst-bestimmt mit dem Diabetes umzugehen. Die Verwendung dieses weit verbreiteten Terminus wird nur innerhalb eines medizinischen Behandlungskontexts empfohlen, nicht jedoch, wenn auf Menschen mit Diabetes im Alltag, in der Öffentlichkeit oder als Kund*innen (z.B. des medizinischen Fachhandels) Bezug genommen wird.
Patient*innen behandeln	dabei unterstützen/begleiten, den Diabetes zu behandeln	Die Formulierung „behandeln“ ignoriert die aktive Rolle der Person mit Diabetes in der Diabetestherapie und suggeriert, dass in erster Linie die medizinische Fachkraft eine aktiv handelnde Funktion übernimmt. Stattdessen ist es der Mensch mit Diabetes, der seine Therapie im Alltag umsetzt – unterstützt und begleitet durch das Diabetesteam.
ein*e „schwierige*r Patient*in“	Mensch, der Schwierigkeiten im Umgang mit dem Diabetes hat	Bezeichnet man einen Menschen als „schwierige*n Patient*in“, impliziert dies, dass der Mensch „schwierig“ ist. Stattdessen ergeben sich Schwierigkeiten im Umgang mit dem Diabetes oft aus individuellen Konstellationen mit- samt der Lebensumstände. Es empfiehlt sich stattdessen, auf diese Umstände einzugehen.

PROBLEMATISCH	EMPFEHLUNG	WARUM?
compliant, adhären	Worte, die gemeinsam vereinbarte Therapieziele beschreiben	Der Begriff „compliant“ beschreibt das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person den Empfehlungen medizinischen Fachpersonals entspricht. Er impliziert eine mangelnde Beteiligung des Menschen mit Diabetes an der Entscheidungsfindung. Er gehen davon aus, dass die Anweisungen des medizinischen Fachpersonals klar waren, nicht im Widerspruch zu den Ratschlägen anderer stehen und dass sich der Mensch mit Diabetes deutlich an die Anweisungen erinnert. Er impliziert auch, dass Personen, die sich nicht „daran halten“, sich verantwortungslos oder unkooperativ zeigen. Oft wird „adhären“ als geeigneter und wertneutraler Alternativbegriff vorgeschlagen, der lediglich beschreiben soll, in wie weit eine Vereinbarung eingehalten wird. Dennoch werden „Compliance“ und „Adhärenz“ zumeist gleichgesetzt und synonym genutzt [45]. Wenngleich „Adhärenz“ in seiner ursprünglichen Definition keine Wertung haben mag, wird diese oft dennoch von Menschen mit Diabetes so empfunden. Statt dessen wird deshalb empfohlen, gemeinsame Therapieziele und möglicherweise auftretende Schwierigkeiten zu beschreiben und dabei aktive, kooperative Entscheidungsfindung, Präferenzen und Prioritäten der individuellen Person zu berücksichtigen.
den Diabetes „nicht unter Kontrolle haben“	Glukose-/HbA1c-Werte außerhalb des Zielbereichs, schwankende Glukosewerte haben	Die Bezugnahme auf „schlechte“ oder „gute“ Kontrolle impliziert ein moralisches Urteil über das Ergebnis. Stattdessen sollte man anerkennen, dass eine Vielzahl von Faktoren das Leben mit Diabetes beeinflussen, von denen viele außerhalb der unmittelbaren Kontrolle einer Person liegen können. Darüber hinaus müssen die Bemühungen des Einzelnen unabhängig vom Ergebnis anerkannt werden.

PROBLEMATISCH	EMPFEHLUNG	WARUM?
gut/zufriedenstellend oder schlecht/unzureichend „eingestellt“	Glukose-/HbA1c-Werte inner-/außerhalb des Zielbereichs, hohe/niedrige Glukosewerte	Der Begriff „Einstellung“ erinnert eher an die mechanische Wartung einer Maschine als an Menschen mit Diabetes in verschiedenen Lebensumständen. Statt einer Bewertung als „gut“ oder „schlecht“ wird empfohlen, neutral zu beschreiben, ob sich Werte inner- oder außerhalb eines empfohlenen Zielbereichs zu befinden bzw. hoch oder niedrig sind.
Blutzucker testen, Teststreifen	Blutzucker messen, Glukosemonitoring, Blutzuckermessstreifen	„Tests“ implizieren Erfolg oder Misserfolg einer Blutzuckermessung mit einem entsprechenden Endergebnis, ähnlich wie bei einer „Prüfung“. Stattdessen sollte wertneutral formuliert werden, dass Glukosewerte kapillär (z.B. über einen Blutstropfen am Finger) oder durch Monitoring (z.B. über einen Sensor) gemessen werden.
insulinpflichtig	Insulintherapie, mit Insulin behandelt	Der Begriff „Pflicht“ hat eine negative Konnotation und impliziert, dass eine Person zu etwas gezwungen wird. Stattdessen sollte wertneutral formuliert werden, dass eine Therapie mit Insulin (und ggf. weiteren Medikamenten oder Hilfsmitteln) erfolgt.
Chancen für Folge-/Spätschäden	Risiko für Komplikationen, gesundheitliche Risiken	Ein Mensch hat keinen „Schaden“ wie eine Sache. Das Auftreten von diabetesassoziierten Komplikationen sind weder Schicksal, Glück oder Pech, noch ausschließlich von Glukose- und HbA1c-Werten abhängig. Es sollte stattdessen auf individuelle Risiken eingegangen werden und gemeinsam besprochen werden, welche Maßnahmen unternommen werden können, um diese zu minimieren. Die Bezeichnung „Spätschäden“ ist zudem nicht korrekt, da Komplikationen bei Diabetes individuell unterschiedlich schnell auftreten können.

PROBLEMATISCH	EMPFEHLUNG	WARUM?
ein „Therapieversager“ sein, scheitern, versagen	Hat nicht, hatte nicht, passierte nicht	Eine Person als „Versager“ zu bezeichnen, ist stark stigmatisierend und impliziert mangelnde Leistung, ineffektive Bemühungen und Anstrengungen. Es impliziert auch Enttäuschung seitens der Person, die den Begriff verwendet. Es wird stattdessen empfohlen, das Geschehene direkt zu beschreiben und eine sich daraus ableitende Wertung und Urteile zu vermeiden.
Therapietreue, sich (nicht) an Anweisungen halten	der Mensch mit Diabetes hat gemeinsam erarbeitete Therapieänderungen ausprobiert und dabei folgende Beobachtungen gemacht / hat die gemeinsam erarbeiteten Vorschläge zur Diabetestherapie noch nicht ausprobiert	Therapiekonzepte sollen möglichst gemeinsam und nicht unilateral erarbeitet werden. Statt „Anweisungen“ sollten Änderungsvorschläge zusammen besprochen und deren Umsetzbarkeit und Auswirkungen gemeinsam ausgewertet werden.
„schummeln“	hat dies oder jenes getan oder (vorübergehend) nicht getan	Wenn aus Scham oder Angstgefühlen möglicherweise Fehlangaben gemacht werden, sollte dies nicht als „schummeln“ bezeichnet werden. Stattdessen empfiehlt sich ein offener Dialog darüber, ob bewusst oder unbewusst in bestimmten Lebensumständen andere Prioritäten als die Diabetestherapie gesetzt wurden.

PROBLMATISCH	EMPFEHLUNG	WARUM?
den Diabetes (nicht) „unter Kontrolle“ halten	Diabetestherapie, den Diabetes behandeln	Die Vorstellung, Glukosewerte durch Therapiemaßnahmen vollständig „kontrollieren“ zu können, ist oft unrealistisch und lässt die Tatsache außer Acht, dass die Insulinempfindlichkeit von zahlreichen Faktoren beeinflusst wird, die teils außerhalb der willentlichen Kontrolle des Menschen liegen (z.B. durch den Einfluss von Hormonen, Krankheit, Stress, körperliche Aktivität, Einnahme von Medikamenten). Der Begriff „Kontrolle“ in Bezug auf die Diabetestherapie kann Schuldgefühle, Verzweiflung und Frustration hervorrufen, wenn eben diese „Kontrolle“ trotz Bemühungen nicht erreicht werden kann. Es wird empfohlen anzuerkennen, dass der Glukosespiegel eines Menschen mit Diabetes beeinflusst, jedoch nicht vollständig „kontrolliert“ werden kann.
(nicht) dürfen, sollen, oder müssen	hat folgende Möglichkeiten, könnte Folgendes ausprobieren / versuchen	Einer Person Anweisungen zu geben, was sie darf, soll, oder tun muss, drängt diese in eine passive Rolle. Stattdessen sollten Optionen erläutert, vorgeschlagen und gemeinsam besprochen werden. Dies betont die Möglichkeiten des Einzelnen, erkennt die Autonomie und Selbstwirksamkeit des Menschen an und dass er eigene Verantwortung für seine Gesundheit trägt.
„entgleister“ Diabetes, „Stoffwechselentgleisung“	Ketoazidose, ausgeprägte Hypo- oder Hyperglykämie (Unter- bzw. Überzuckerung)	In der internationalen statistischen Klassifikation (ICD-10 GM) Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme soll man Diabetes als entgleist oder nicht entgleist kodieren/klassifizieren. Diese Metapher führt zu dem unrealistischen Bild eines Menschen mit Diabetes, der wie eine Eisenbahn auf ein Gleis gestellt wird. Dies kann auch unrealistische Erwartungen bewirken („gerader“ Verlauf wie eine Schiene).

PROBLEMATISCH	EMPFEHLUNG	WARUM?
„Nachspritzplan“	Therapieschema	Im Krankenhaus sind sogenannte Insulin-Nachspritzpläne weit verbreitet, anhand derer bei erhöhten Glukosewerten Bolusinsulin verabreicht wird. Bereits das „Nach“ im Wort „Nachspritzplan“ verhindert vorausschauendes Behandeln. Die falsche Sprache hat hier das falsche Handeln zur Folge. Damit nicht erst bei Werten außerhalb des Zielbereichs reagiert wird, sollte auch im Krankenhaus von individuellen Therapieschemata gesprochen werden.
HÄUFIGE GRAMMATIK- UND RECHTSCHREIBFEHLER		
„die Diabetes“	der Diabetes	Diabetes mellitus trägt in der deutschen Sprache einen maskulinen Artikel.
Diabetis	Diabetes	Der korrekte Begriff ist „Diabetes“ mit „e“.
die „diabetische Praxis“, die „diabetische Station“	die diabetologische Praxis, die diabetologische Station	Oft wird in der Kommunikation das Adjektiv „diabetisch“ verwendet. Es wird zum Beispiel von diabetischer Ambulanz gesprochen. Richtig ist „diabetologisch“, analog zu kardiologisch oder gastroenterologisch.

Die Bedeutung von Sprache ist mittlerweile vielen Menschen bewusst. Aber zwischenmenschliche Kommunikation ist nicht allein auf das gesprochene Wort zu reduzieren.

Bisherige Debatten um das Thema **#LanguageMatters** haben sich oftmals auf einzelne Begrifflichkeiten und Formulierungen fokussiert. Körpersprache, Tonalität, Bildsprache und Kontext sind bei einer kritischen Auseinandersetzung mit einem sensiblen Sprachgebrauch ebenfalls von Bedeutung. Die nonverbale Sprache oder Bildsprache haben einen ebenso großen Einfluss wie die gesprochene Sprache und die gewählten Worte oder verändern diese entscheidend [46].

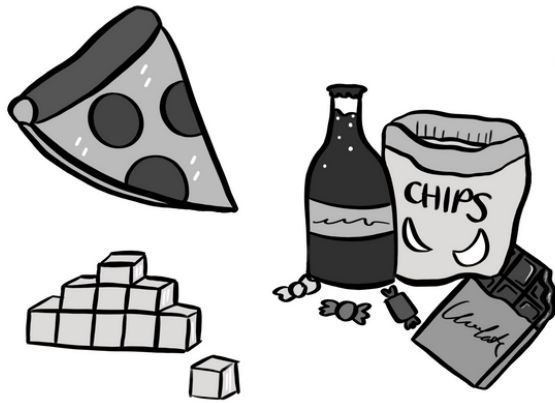
Körpersprache und Tonalität begleiten unsere gesprochene Sprache. Schnell und unbewusst rollt man mit den Augen oder schüttelt den Kopf. Manchmal klingt ein Satz durch die Betonung belehrender oder genervter als es eigentlich beabsichtigt war. Das ist menschlich und spiegelt die persönlichen Emotionen des Sprechenden wider. Gerade in medizinischen Gesprächen sind eine möglichst neutrale und sachliche Körpersprache und Tonalität wünschenswert. Beides lässt sich nie ganz unterdrücken oder kontrollieren, da dies auch unbewusst passieren kann. Daher ist es umso wichtiger, sensibel auf die sensible Sprache und die eigene Haltung zu achten. Besonders problematisch wird es, wenn Körpersprache und Tonalität in einem Gespräch von Formulierungen wie „schlechte Werte“, „nicht therapietreu“ oder „schwierige*r Patient*in“ begleitet werden. Dann unterstreichen Körpersprache und Tonalität die negative oder sogar diskriminierende Wortwahl.

Wie komplex das Thema der nonverbalen Kommunikation im Zusammenhang mit einer Sprachsensibilisierung ist, wird deutlich, wenn man berücksichtigt, dass viele Worte für sich genommen nicht verletzend oder stigmatisierend sind. Tonfall und Betonung der gesprochenen Worte, die Mimik und Gestik, die diese Worte begleiten, können zu vollkommen unterschiedlichen Botschaften führen.

Die Aussage „Die letzten Wochen liefen aber nicht gut“ könnte je nach Betonung und Tonfall genauso anschuldigend wie auch mitfühlend oder verständnisvoll klingen. Ebenso würde sich die Bedeutung wandeln, wenn der Satz von einem Kopfschütteln oder einem verständnisvollen Lächeln begleitet wird. Hinzu kommt, dass das gesprochene Wort mit einer positiven nonverbalen Kommunikation trotz aller Bedachtheit des/r Sprecher*in dennoch bei dem/r Empfänger*in anders aufgenommen werden kann, weil diese Person z.B. in der Situation Inhalte emotional versteht oder eine andere Erwartungshaltung hat. Das Risiko dieser Diskrepanz kann durch Etablieren einer wertschätzenden und vorurteilsfreien Sprache gemindert werden.

Die Bildsprache gehört zum Bereich der nonverbalen Kommunikation. Oftmals werden Artikel oder Postings über das Thema Diabetes mit Fotos unterstützt, die vermeintlich sehr gut das Thema Diabetes visualisieren.

“Auch Bildsprache kann Stereotype und Stigmatisierung verstärken.”



TYP 1



TYP 2



Schaut man genau hin, handelt es sich aber um die Visualisierung der Vorurteile, die sich in unseren Köpfen und Sehgewohnheiten festgesetzt haben.

Es werden häufig Bilder gewählt, die sofort bestimmte Assoziationen wecken. Artikel über Typ-2-Diabetes werden von Bildern begleitet, auf denen gestapelter Würfelzucker oder bunte Bonbons abgebildet sind.

Dies vermittelt die Fehlinformation, dass Diabetes zum einen vom Konsum von (zu vielen) Süßigkeiten hervorgerufen wird und zum anderen durch das Weglassen derselben eine ausreichende Behandlung gegeben sei.

Ein weiteres Motiv sind Nahaufnahmen von Bäuchen, die absichtlich von viel zu kleinen Hosen zusammengequetscht werden. Dass diese Bilder oftmals Gesichter oder weitere individuelle Merkmale ausparen, trägt zu einer Entmenschlichung bei. Es erfolgt eine Reduzierung auf den Bauch und die künstlich durch nicht passende Kleidung betonten „Speckrollen“. Mit solchen Motiven wiederholt und verfestigt sich das Vorurteil, dass Diabetes ausschließlich Menschen mit Adipositas betrifft.

All die genannten Beispiele können durch den jeweiligen Kontext ebenfalls stark verändert werden – egal ob gesprochene Sprache, Körpersprache, Tonalität oder Bildsprache. Die professionelle Beziehung von medizinischem Personal und Patient*innen und deren Haltung zueinander ist z.B. ein Kontext, der die Bedeutung von Worten stark beeinflussen kann. Es gibt auch im medizinischen Kontext Beziehungen, die von einem sarkastischen Spruch und Selbstironie im Gespräch begleitet sind. Andere würden eine sarkastische Formulierung als beleidigend oder verletzend ansehen. In der Regel weiß man nach einiger Zeit, mit welchen Menschen man diese Gesprächsebene hat und mit welchen nicht.

Ein anderes Beispiel für Kontexte, die die Bedeutung von Worten beeinflussen, sind die Selbstbezeichnungen, die Menschen mit Diabetes für sich wählen.

Die Auseinandersetzung mit Sprache zur Verbesserung der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patient*innen ist nicht darauf zu reduzieren, dass statt „Diabetiker*in“ der Begriff „Mensch mit Diabetes“ gewählt wird. Als Selbstbezeichnung ist

„Diabetiker*in“ weiterhin gebräuchlich und für sich genommen unbedenklich. Werden jedoch Menschen nur noch als „Diabetiker*innen“ gesehen und ausschließlich als solche bezeichnet, kann die sprechende Person den Eindruck vermitteln, dass sie andere Menschen auf ihre Erkrankung reduziert. Daher wird immer häufiger „Menschen mit Diabetes“ verwendet, was von dem weit verbreiteten englischen „People with Diabetes“ herrührt.



Sprache ist etwas sehr Komplexes, und Kommunikation findet auf sehr vielen unterschiedlichen Ebenen statt – manchmal auch unbewusst.

Man kann nicht immer jedes Detail, das hier angesprochen wurde, berücksichtigen, aber es gibt viele Momente, in denen man bewusst etwas verbessern kann.

Entscheidend ist, dass jede Person die eigene Kommunikation immer wieder aktiv reflektiert. Dieses Positionspapier soll hierzu anregen und konkrete Empfehlungen geben. Wir verstehen es als „living document“ und freuen uns über weitere Anregungen, wie sich Kommunikation mit und über Menschen mit Diabetes weiter verbessern lässt.



Die Diabetologie ist eine sprechende Disziplin. Und ob uns das bewusst ist oder nicht: Unsere verbalen und nonverbalen Signale sind hochwirksame „Medikamente“. Jeder Kontakt hat eine – hoffentlich positive – Wirkung auf die uns anvertrauten Menschen mit Diabetes. Ich wünsche diesem Positionspapier und der darin beschriebenen inneren Haltung eine große Verbreitung unter allen Diabetes-Profis.

Dr. med. Bernhard Gehr, Diabetologe DDG/BLÄK, Ltd. Oberarzt am Diabetes- und Stoffwechselzentrum der m&i Fachklinik Bad Heilbrunn





Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit mehr als 9200 Mitgliedern eine der großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie unterstützt Wissenschaft und Forschung, engagiert sich in Fort- und Weiterbildung, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt Leitlinien. Ziel ist eine wirksamere Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes. Die Diabetologie gilt als sog. „Sprechende Medizin“, da die Kommunikation zwischen Behandlungsteam und Menschen mit Diabetes ein wesentlicher Wirkfaktor der Therapie ist. Die DDG setzt sich daher für einen sensiblen Umgang mit Sprache ein und möchte mit dem Positionspapier eine Orientierungshilfe zur Verfügung stellen und die Debatte sachkundig begleiten.



diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe ist die führende deutsche Gesundheitsorganisation für mehr als 8,5 Mio. Menschen mit Diabetes mellitus. Wir setzen uns aktiv für die Interessen und eine bessere Lebensqualität der Betroffenen, ihrer Angehörigen sowie der Risikopatient*innen ein. Für kaum eine Erkrankung ist die aktive Mitwirkung der Patient*innen bei der Therapie so wichtig wie für Diabetes. Darum ist es uns ein Anliegen, dass diese aktive Rolle und die damit verbundene Wertschätzung auch sprachlich deutlich wird, sowohl in der Berichterstattung über die Menschen mit Diabetes als auch in der Kommunikation mit Ärzt*innen und Diabetes-Teams.



Die #dedoc° Diabetes Online Community ist ein internationales Netzwerk von und für Menschen mit Diabetes. Schon früh haben wir uns, gemeinsam mit Mitgliedern unseres #dedoc° voices Stipendienprogramms, auf unseren #docdays° und #dedoc° Symposien mit der globalen #LanguageMatters Bewegung auseinandergesetzt. Gefördert durch das BIH konnten wir seit 2021 in Workshops mit der Charité die Grundlage für ein erstes deutschsprachiges Positionspapier zum Thema „Sprache und Diabetes“ erarbeiten. Wir freuen uns, dieses zum Weltdiabetestag 2022 nun gemeinsam mit DDG und diabetesDE veröffentlichen und diesem uns und unserer Community so wichtigen Thema dadurch mehr Gewicht und Beachtung verleihen zu können.



Dr. Gaby Allrath leitet seit 2010 das Marketing von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und ist dort verantwortlich für Fundraising, Kooperationen und Kommunikation der Organisation, online und offline. Auch wenn sie selbst keinen Diabetes hat, prägt dieser nicht nur ihren beruflichen Alltag (Typ F). Welche Macht Sprache hat, ist ihr seit ihrem Studium der Anglistik, Germanistik und Geschichte bewusst.



Hanne Ballhausen, MSc, arbeitet seit 2019 bei #dedoc°, wo sie für Operations verantwortlich ist und Programme wie die #dedoc° voices und die Produktion für Live-Formate wie #docday° und den Weltdiabetestag leitet. Sie ist auch Projektleiterin des OPEN-Projekts, ein internationales, interdisziplinäres und EU-finanziertes Forschungsprojekt, das Open-source Systeme zur automatisierten Insulinabgabe untersucht. Hanne hat selber kein Diabetes, aber setzt sich leidenschaftlich für ihre Freund*innen und Bekannte mit Diabetes ein.



Dr. Katarina Braune ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Diabetologin DDG und Digital Clinician Scientist an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und lebt seit über 20 Jahren mit Typ-1-Diabetes. In ihrer klinischen Tätigkeit, Forschung und Lehre beschäftigt sie sich damit, die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Diabetes durch interdisziplinäre Zusammenarbeit, offene Kollaboration, sensible und wertschätzende Kommunikation sowie neue Technologien nachhaltig zu verbessern.



Anne-Katrin Döbler leitet die PR-Agentur Thieme Communications, die sich auf die kommunikative Beratung und Begleitung von Verbänden und Fachgesellschaften im Gesundheitswesen spezialisiert hat. Seit vielen Jahren betreut sie mit ihrem Team die Medienarbeit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und die anderer Organisationen in der Diabetologie. Der bewusste Umgang mit Sprache gehört für sie zur Voraussetzung für jede gelingende Kommunikation.



Huda El Haj Said ist Humanmedizinstudentin an der Medizinischen Hochschule Hannover und Autorin eines verlegten Romans und Poesiebandes. Schon in jungen Jahren wurde sie mit dem Buchjournal-Nachwuchspreis ausgezeichnet und schreibt neben Geschichten auch Texte über ihren Typ-1-Diabetes, der sie seit ihrer Kindheit begleitet.



Franziska Fey ist seit April 2021 Referentin für Presse und Kommunikation bei der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und betreut die Öffentlichkeitsarbeit sowie verschiedene Publikationen der Fachgesellschaft. Sie studierte Germanistik und Politikwissenschaft an der Universität Greifswald und ist seit mehr als zehn Jahren in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit tätig.



Prof. Dr. Andreas Fritsche ist Inhaber des Lehrstuhls für Ernährungsmedizin und Prävention im Bereich Diabetologie des Universitätsklinikums Tübingen. In der Vorlesung für Medizinstudenten „Medizinische Psychologie und Soziologie“ zum Thema „Beratung und Patientenschulung“ thematisiert er am Beispiel Diabetes / Diabetologie seit langem die Bedeutung der Sprache. Die Kommunikation wird auch in Rollenspielen angesprochen, um die Kommunikation zwischen Fachpersonal und Patient sowie zwischen den Fachdisziplinen im Krankenhaus und in der Praxis zu trainieren.



Stephanie Haack, MSc, lebt seit mehr als 10 Jahren mit Typ-1-Diabetes. Sie engagiert sich als diabetes advocate leidenschaftlich für Menschen mit Diabetes und setzt sich insbesondere gegen die Stigmatisierung jeglicher Diabetes-Typen ein. Sie betreibt ihren eigenen Diabetes-Blog und -Shop auf www.pepmeup.org. Ihr beruflicher Hintergrund liegt im Marketing und Fundraising im gemeinnützigen Sektor. Seit 2021 arbeitet sie bei #dedoc°, leitet dort das Team Kommunikation und ist für Community-Initiativen verantwortlich.



Bastian Hauck ist diabetes advocate und Strategieberater mit mehr als 20 Jahren Erfahrung im Aufbau authentischer, nachhaltiger Communities in Wirtschaft, Politik und Gesundheitswesen. Er ist Gründer von #dedoc° und Vorstandsmitglied von diabetesDE, der International Diabetes Federation Europe und des European Diabetes Forum. Mit dem #dedoc° voices Stipendienprogramm hat er sich den Traum erfüllt, engagierten Menschen mit Diabetes eine Plattform zu bieten, die ihrer Stimme auch auf wissenschaftlich-medizinischen Fachkongressen Gehör verschafft.



Dr. med. Jens Kröger ist als Facharzt für Innere Medizin, Diabetologie, Diabetologe DDG seit über 25 Jahren in der ambulanten Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus in Hamburg tätig. Seit 6,5 Jahren ist er ehrenamtlicher Vorstandsvorsitzender von diabetesDE-Deutsche-Diabetes-Hilfe. Sensibel zuzuhören stellt für ihn die Grundlage im therapeutischen Prozess dar. Auf dieser Basis ist es ihm im Rahmen seiner Arbeit wichtig, Sprache bewusst zu betrachten und einzusetzen.



Prof. Dr. Bernhard Kulzer ist Psychologe und Psychotherapeut an der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim, Leiter des Forschungsinstituts der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM) und am Lehrstuhl für klinische Psychologie der Universität Bamberg tätig. Er ist Sprecher der AG „Diabetes und Psychologie“ und des wissenschaftlichen Beirat der „Nationalen Aufklärungs- und Kommunikationsstrategie zu Diabetes mellitus“, und setzt sich aktiv für die Selbstbestimmung von Menschen mit Diabetes und sensible Sprache und Kommunikation über Diabetes ein.



Nicole Mattig-Fabian, MA, ist Geistes- und Kommunikationswissenschaftlerin und seit 13 Jahren Geschäftsführerin von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Sie wechselte nach einer 25jährigen Karriere als Führungskraft in der Medienbranche bewusst zu einer Non Profit Organisation, um ihre Erfahrung für eine sinnstiftende Tätigkeit einzusetzen. Ihr Ziel ist es, für die über 10 Mio. Menschen mit Diabetes in Deutschland eine breite Öffentlichkeit zu schaffen, um in der Gesellschaft und der Politik Verbesserungen in der Prävention und Versorgung des Diabetes herbeizuführen.



Lea Raak, MA, hat ihre Masterarbeit im interdisziplinären Fach “Migration und Diversität” zu “Patient Empowerment” und der Beziehung zwischen medizinischem Fachpersonal und Menschen mit Typ-1-Diabetes geschrieben. Ihr Fokus liegt hier auf Gender und Diversity Studies. Selbst seit 2011 mit Typ-1-Diabetes diagnostiziert, engagiert sie sich aktivistisch in vielfältigen Projekten zum Thema Diabetes, wobei sie sich vor allem für die psychische Komponente der Erkrankung und gegen gesellschaftliche Vorurteile einsetzt.



Antje Thiel, MA, ist Medizinjournalistin und schreibt freiberuflich für Medien wie diabetes zeitung (DDG), Medical Tribune, Focus Gesundheit, Neue Apotheken Illustrierte etc. Sie lebt seit 2011 mit Typ-1-Diabetes. Im Jahr 2018 erschien ihr Mutmach-Buch zur Bedeutung von Diabetes für die Angehörigen bzw. Freund*innen und Lebenspartner*innen von Menschen mit Diabetes. Im Jahr 2019 erhielt sie für einen Blogbeitrag zum Thema ‘Language Matters’ den DDG-Medienpreis in der Kategorie Online.



Katharina Tugend, MA, arbeitet als Onlineredakteurin und Social Media Managerin mit dem Schwerpunkt Wissenschafts- und Medizinkommunikation. Sie hat seit über 25 Jahren Typ-1-Diabetes. Außerdem hat sie vor einiger Zeit auch die Diagnose Typ-2-Diabetes bekommen. Bereits seit mehreren Jahren engagiert sie sich als Bloggerin in der Diabetes Community. Hier fokussiert sie sich u.a. darauf, medizinische Themen leicht verständlich aufzubereiten sowie Fehlinformationen und Vorurteile abzubauen.



Saskia Wolf ist Volljuristin, Gründerin der Gruppe #LooperInBerlin, #dedoc° voice, ehemaliges Mitglied des OPEN-Forschungsprojektteams und Vortragende im Bereich Diabetes / Recht. Zurzeit nimmt sie am Masterstudiengang Medizin-Ethik-Recht an der MLU Halle-Wittenberg teil. Sie hat seit mehr als 20 Jahren Typ-1-Diabetes und ist eine der ersten Nutzer*innen weltweit eines DIY-Closed-Loop-Systems. Ihr Engagement ist auf die Stärkung der Patientenautonomie in einem offenen, vertrauensvollen und gegenseitig wertschätzenden Diabetesteam-Patient*innen-Verhältnis gerichtet.



Annika Ziercke lebt seit 2018 mit der Diagnose Typ-2-Diabetes. Ihre eigene Erkrankung und den Alltag rund um den Typ-2-Diabetes verarbeitet sie als Bloggerin in den Social Media. Sie engagiert sich weiterhin in der Deutschen Diabetes Community und setzt sich für die Vernetzung der Menschen mit Typ-2-Diabetes ein.



DANKSAGUNG



Wir danken dem Berlin Institute of Health (BIH) QUEST Center for Responsible Research herzlich für die finanzielle und inhaltliche Unterstützung dieser Initiative im Rahmen der Patient & Stakeholder Engagement Förderung. Weiterhin danken wir den Medizinstudierenden der Charité – Universitätsmedizin für ihre Ideen, Anregungen, kritische Diskussion und Reflexion des Themas “Sprache und Diabetes” als Teil ihrer professionellen Ausbildung.

Zudem danken wir allen Beteiligten und Unterstützenden dieses Positionspapiers, sowie der Diabetes Community und allen Engagierten aus Gesundheitsversorgung, Forschung, Lehre und Interessenvertretung – insbesondere denen Menschen, die die **#LanguageMatters-Bewegung** prägen und mitgestalten sowie denen, die ihr aufgeschlossen gegenüberstehen.

Diese Publikation ist veröffentlicht auf www.languagemattersdiabetes.com und lizenziert unter einer Creative Commons Lizenz (CC BY-NC-ND 4.0).

1. Kulzer B, Lüthgens B, Landgraf R, Hermanns N. Diabetesbezogene Belastungen, Wohlbefinden und Einstellung von Menschen mit Diabetes. *Der Diabetologe*. 2015;11(3):211-218.
2. Hansen UM, Olesen K, Willaing I. Diabetes stigma and its association with diabetes outcomes: a cross-sectional study of adults with type 1 diabetes. *Scand J Public Health*. 2020;48(8):855-861.
3. Diabetes kostet Staat zwei Mrd. Euro. Published November 13, 2014. Accessed May 20, 2022. <https://steiermark.orf.at/v2/news/stories/2678924/>
4. Thiel A. Sensible Sprache: Bitte nicht mehr "Diabetiker" sagen. *Dtsch Arztebl*. 2020;117(1-2). Accessed April 7, 2022. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/211784/Sensible-Sprache-Bitte-nicht-mehr-Diabetiker-sagen>
5. 42 Factors That Affect Blood Glucose?! A Surprising Update. diaTribe. Published February 13, 2018. Accessed April 7, 2022. <https://diatribe.org/42-factors-affect-blood-glucose-surprising-update>
6. Digitale E, MacCormick H, Armitage H. New research shows how to keep diabetics safer during sleep. Scope. Published May 8, 2014. Accessed April 7, 2022. <https://scopeblog.stanford.edu/2014/05/08/new-research-keeps-diabetics-safer-during-sleep/>
7. Pouwer F, Schram MT, Iversen MM, Nouwen A, Holt RIG. How 25 years of psychosocial research has contributed to a better understanding of the links between depression and diabetes. *Diabet Med*. 2020;37(3):383-392.
8. Dennick K, Sturt J, Speight J. What is diabetes distress and how can we measure it? A narrative review and conceptual model. *J Diabetes Complications*. 2017;31(5):898-911.
9. Perrin NE, Davies MJ, Robertson N, Snoek FJ, Khunti K. The prevalence of diabetes-specific emotional distress in people with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2017;34(11):1508-1520.
10. Piette JD, Bibbins-Domingo K, Schillinger D. Health care discrimination, processes of care, and diabetes patients' health status. *Patient Educ Couns*. 2006;60(1):41-48.
11. Holmes-Truscott E, Browne JL, Ventura AD, Pouwer F, Speight J. Diabetes stigma is associated with negative treatment appraisals among adults with insulin-treated Type 2 diabetes: results from the second Diabetes MILES - Australia (MILES-2) survey. *Diabet Med*. 2018;35(5):658-662.

12. Baucom KJW, Queen TL, Wiebe DJ, et al. Depressive symptoms, daily stress, and adherence in late adolescents with type 1 diabetes. *Health Psychol.* 2015;34(5):522-530.
13. Wagner JA, Tennen H, Feinn R, Osborn CY. Self-reported discrimination, diabetes distress, and continuous blood glucose in women with type 2 diabetes. *J Immigr Minor Health.* 2015;17(2):566-573.
14. Diabetogenic. Diabetogenic. Accessed May 18, 2022.
<https://diabetogenic.blog/>
15. Speight J, Skinner TC, Dunning T, et al. Our language matters: Improving communication with and about people with diabetes. A position statement by diabetes Australia. *Diabetes Res Clin Pract.* 2021;173:108655.
16. Language matters: Language and diabetes. NHS England. Published 2020.
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/language-matters.pdf>
17. India. The importance of language while communicating with people with type 2 diabetes in India. Accessed May 18, 2022.
https://www.languagemattersdiabetes.com/_files/ugd/09baf1_a415d61bcc4b44529022a3aaaa2d3a72.pdf
18. India. A comprehensive guide of the importance of language in type 1 diabetes care. Accessed May 18, 2022.
https://www.languagemattersdiabetes.com/_files/ugd/09baf1_9e591fce6ef54ff78b26c84dd9bca781.pdf
19. Noticias. *Clin Transl Oncol.* 2004;6(4):258-259.
20. Banasiak K, Cleary D, Bajurny V, et al. Language Matters - A Diabetes Canada Consensus Statement. *Can J Diabetes.* 2020;44(5):370-373.
21. France. Le pouvoir du langage. Langage et diabète. Accessed May 18, 2022.
https://www.languagemattersdiabetes.com/_files/ugd/09baf1_cc1749cee4ff4e13b25aacf3ca795cd7.pdf
22. Italy. L'importanza del linguaggio nella gestione della persona con diabete. Accessed May 18, 2022.
https://www.languagemattersdiabetes.com/_files/ugd/09baf1_59c867df2421417aba1867eca1f03bce.pdf

23. Association of Diabetes Care & Education Specialists (ADCES). Speaking the Language of Diabetes. Language Guidance for Diabetes-Related Research, Education and Publications.
<https://www.diabeteseducator.org/docs/default-source/practice/educator-tools/HCP-diabetes-language-guidance.pdf?sfvrsn=8>
24. American Diabetes Association Professional Practice Committee, American Diabetes Association Professional Practice Committee:, Draznin B, et al. 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care*. 2022;45(Suppl 1):S46-S59.
25. Sweden. Språk är viktigt! En guide för bra kommunikation kring typ 1 diabetes. Accessed May 18, 2022.
https://www.languagemattersdiabetes.com/_files/ugd/09baf1_d7cf83569e1d4dc3be2af03d32de19b3.pdf
26. Home. Language Matters. Accessed May 18, 2022.
<http://www.languagemattersdiabetes.com>
27. Scibilia R, Aldred C. #TalkAboutComplications. *BMJ*. 2019;364:k5258.
28. Holt RIG, Speight J. The language of diabetes: the good, the bad and the ugly. *Diabet Med*. 2017;34(11):1495-1497.
29. Dickinson JK. The Experience of Diabetes-Related Language in Diabetes Care. *Diabetes Spectr*. 2018;31(1):58-64.
30. Hansen UM, Willaing I, Ventura AD, Olesen K, Speight J, Browne JL. Stigma perceived and experienced by adults with type 1 diabetes: Linguistic adaptation and psychometric validation of the Danish version of the type 1 Diabetes Stigma Assessment Scale (DSAS-1 DK). *Patient*. 2018;11(4):403-412.
31. Cooper A, Kanumilli N, Hill J, et al. Language matters. Addressing the use of language in the care of people with diabetes: position statement of the English Advisory Group. *Diabet Med*. 2018;35(12):1630-1634.
32. Posford G. Language matters; image matters too. The Ormskirk Model: A new HbA1c-time-in-range solution-focused model. DiabetesontheNet. Published March 11, 2020. Accessed May 18, 2022.
<https://diabetesonthenet.com/diabetes-care-children-young-people/language-matters-image-matters-too-ormskirk-model/>
33. Naik S. Language matters. Society for Endocrinology. Accessed May 18, 2022.
<https://www.endocrinology.org/endocrinologist/129-autumn18/features/language-matters/>

34. American Diabetes Association (ADA), 79th Scientific Sessions. Language Matters – Improving Communication in Diabetes Care. Accessed May 18, 2022.
https://www.professional.diabetes.org/search/sitef%5B0%5D=im_field_dbp_ct%3A7&f%5B1%5D=sm_field_wcast_sname%3Anode%3A155227
35. Diabetes & Psychologie e.V. Accessed May 18, 2022.
<https://www.diabetes-psychologie.de/Home>
36. Instructions for Authors - JOVD. *J Vet Dent*. 2022;39(2):207-211.
37. Dickinson JK, Guzman SJ, Maryniuk MD, et al. The Use of Language in Diabetes Care and Education. *Diabetes Educ*. 2017;43(6):551-564.
38. AMA Manual of Style Committee. AMA Manual of Style: A Guide for Authors and Editors. In: *AMA Manual of Style*. Oxford University Press.
39. Holt, DeVries, Hess-Fischl, Hirsch. The management of type 1 diabetes in adults. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of *Diabetes*.
<https://diabetesjournals.org/care/article-abstract/44/11/2589/138492>
40. Nowak P. 19. Leitlinien für das Arzt-Patient-Gespräch--sinnvolle Hilfestellung für den ärztlichen Alltag? *Handbuch Sprache in der Medizin*. 2015;11:348.
41. Aujoulat I, d’Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007;66(1):13-20.
42. Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RIG, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2TM): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabet Med*. 2013;30(7):767-777.
- Petrak F, Meier JJ, Albus C, et al. Motivation und Diabetes – Zeit für einen Paradigmenwechsel? – Ein Positionspapier –. *Diabetologie und Stoffwechsel*. 2019;14(03):193-203. doi:10.1055/a-0868-7758
43. Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord*. 2012;142 Suppl:S8-S21.
44. R E Glasgow, R M Anderson; In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough. Something entirely different is needed.. *Diabetes Care* 1 December 1999; 22 (12): 2090–2092.
<https://doi.org/10.2337/diacare.22.12.2090>
46. Hoos-Leistner H. *Kommunikation Im Gesundheitswesen*. Springer Berlin Heidelberg