

# Hautfibel für Diabetestteams

## AG Haut der AGIP

Beschreibung – Therapie  
– rote Linie dermatologische Mitbetreuung

© Ersteller dieser Fibel: AGIP (Arbeitsgemeinschaft Insulinpumpentherapie) - AGIP Treffen 28.-29.03.2025 Kassel  
in Zusammenarbeit mit Dr. Stefanie Kamann (Feldafing, Fachärztin für Dermatologie, Allergologie und  
Naturheilverfahren. Schwerpunkt u.a. Diabetes und Haut)  
Diese Fibel dient als Hilfestellung und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, die Therapieentscheidung liegt  
bei den jeweiligen Behandler\*innen

# Normaler Hautbefund / Pflege / Prophylaxe

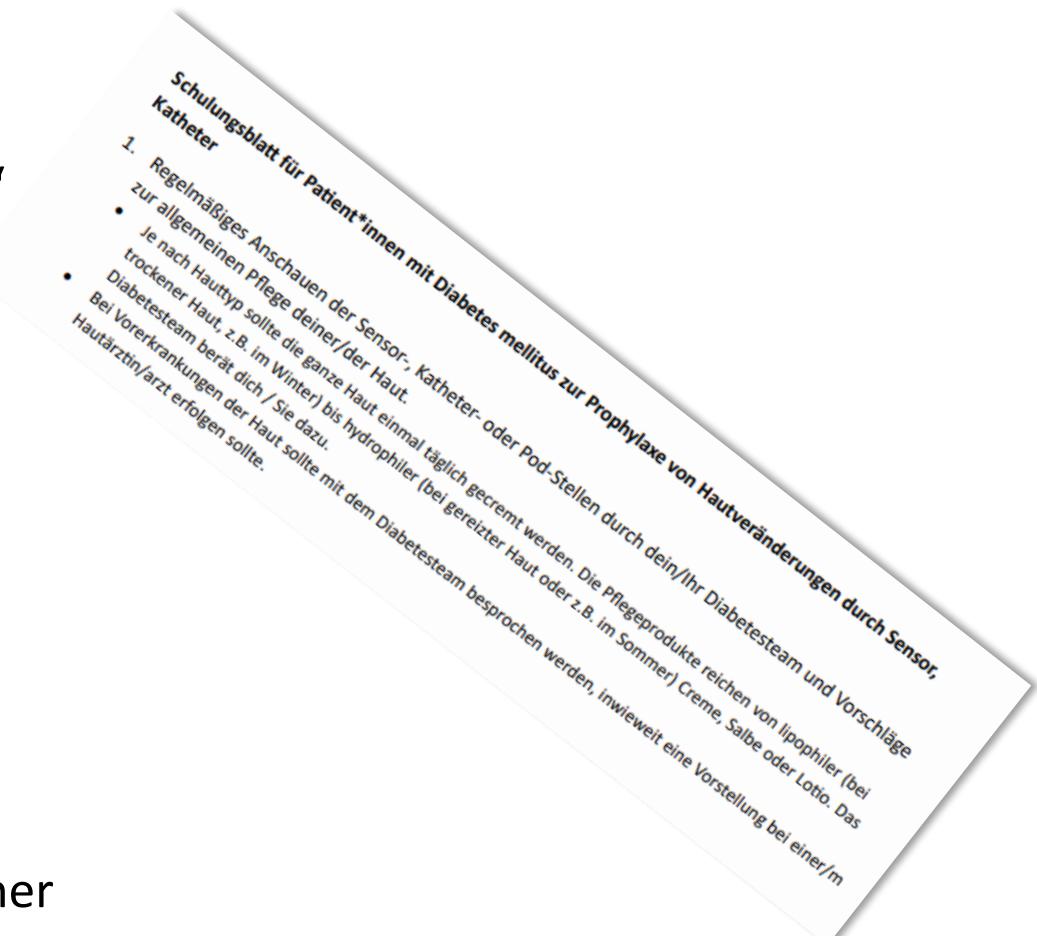
## Ekzeme: siehe Schulungsblatt AGIP 2024

### Basispflege / Prophylaxe s. Schulungsblatt Abschnitt „Pflege“

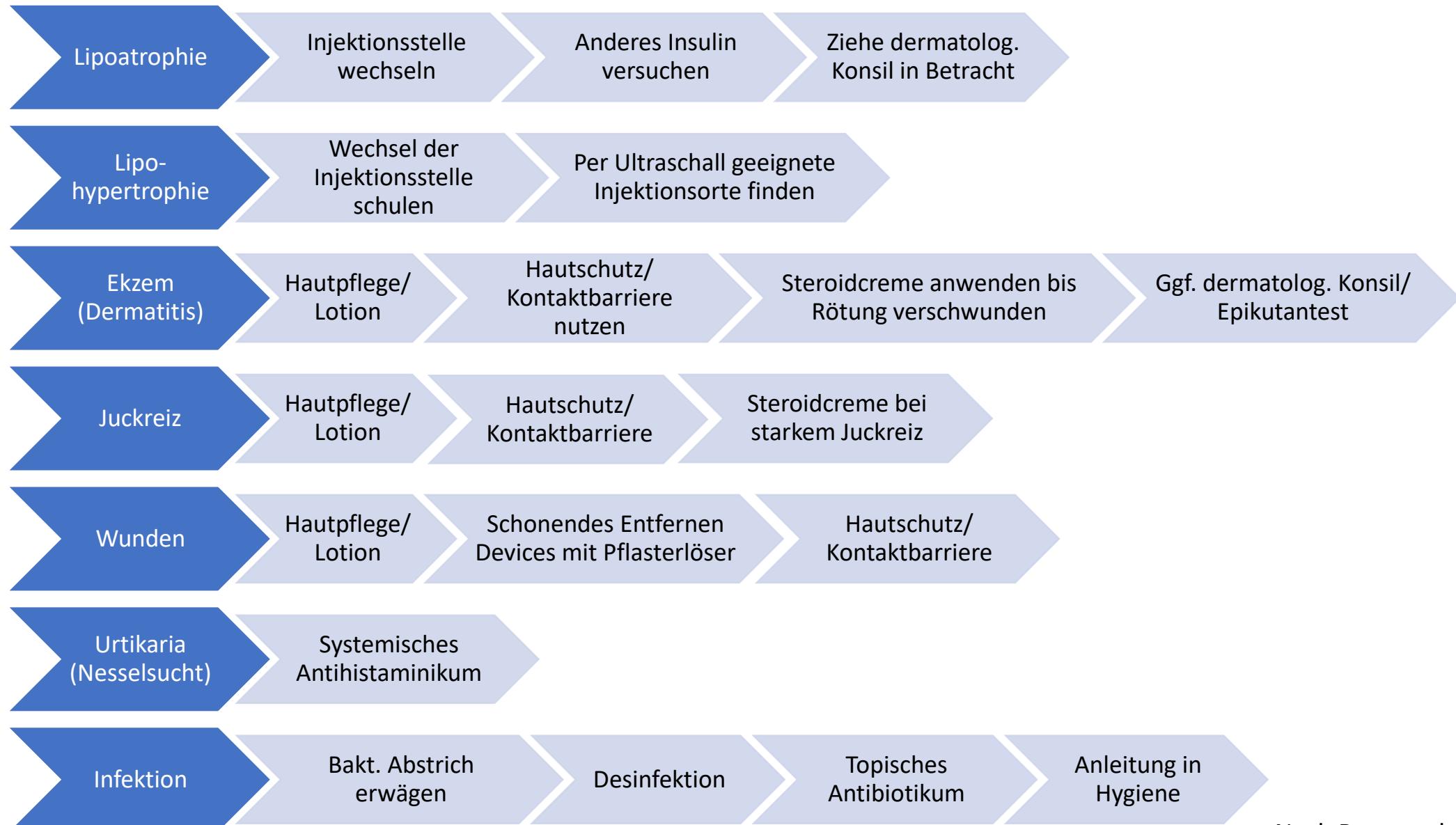
- Bei jeder CGM / Pumpenschulung durchführen, ggf.  
Nachschulung falls bisher Hautpflege nicht geschult wurde

### z.B. Vorbereitung Sensor- / Katheter- / Podstellen:

- Nur intakte Hautstellen nutzen
- Haut mit Wasser und Seife säubern → Keine Desinfektion
- Alte Pflaster vorsichtig entfernen ggf. befeuchten, nicht abreißen
- Pflasterreste entfernen z.B. mit Babyöl oder Pflasterentferner
- Umsichtige Hautstellenauswahl (nicht unter Gürtel)
- Regelmäßiger Wechsel der Hautstellen



# Therapie bei Hautproblemen für Diabetestteams



# Überblick Hautreaktionen im Zusammenhang mit CGM-Systemen oder Insulinpumpen



Normale  
Haut



Leichte  
Irritation



Allergische  
Kontaktdermatitis  
mit Rötung,  
Schuppung, (Ekzem)



Kleine  
Verletzung  
Einstichstelle  
Sensor /  
Katheter



Stärkere Irritation  
mit Rötung und  
Schuppung



Allergische  
Kontaktdermatitis  
mit Pusteln und  
Bläschen



Hämatom /  
Blutung durch  
Druckstelle  
oder Katheter



Hypopigmentierung  
nach Abdeckung  
oder nach Haut-  
entzündung



Bakteriell  
superinfizierte  
allergische  
Kontaktdermatitis  
mit gelblichem Exsudat



Hyperpigmentierung  
nach  
Hautentzündung

# Kontaktekzeme irritativ / allergisch

Hautreaktion	Irritative Kontaktdermatitis ICD (irritatives Kontaktekzem, Irritation)	Allergische Kontaktdermatitis ACD (allergisches Kontaktekzem, Kontaktallergie)
Häufigkeit	Sehr häufig (>80%)	Seltener (<5%)
Ursache	Lange Abdeckung (Okklusion) der Haut, Schwitzen	Längere Exposition mit möglichem Allergen (Acrylate, Isobornylacrylat, Kolophonium etc.)
Symptome	Sehr leichte bis stärkere Rötung (Erythem), ggf. Schuppung, ggf. Juckreiz	Rötung, Schuppung, ggf. Bläschen, ggf. Pusteln, ggf. gelbliche Belege mit Nässen, Juckreiz immer und meist sehr stark
Therapie	Ohne Therapie Abheilung binnen weniger Tage, Pflegecreme Ggf. Hautschutzspray und Unterschutzpflaster	Ohne Therapie Abheilung Symptome ggf. 2-3 Wochen Kortisoncreme ggf. mit antibiotischem Zusatz Allergenmeidung, Unterschutzpflaster (z.B. Hansaplast Blasenpflaster etc.)
Unterschiede	Symptome <b>intermittierend</b> und unterschiedlich ausgeprägt	Symptome bei <b>jedem</b> Tragen nach 24-48 h, meist stärker werdend, Allergietest (Epikutantest) möglich

# Irritatives Kontaktekzem

## Beschreibung/Charakteristika

- Rötung/Schmerzen
- trocken, schuppend
- Leichter Juckreiz
- INTERMITIEREND („mal da, mal nicht da“)

## Basispflege / Prophylaxe

s. Externa-Liste AGIP Abschnitt „Pflege“

- Basispflege (nicht so fettig wie Panthenolsalbe)
- Ggf. Produkt mit Zink
- Kein Urea (brennt)
- Off label Möglichkeit: Mometason Nasenspray (eher bei Kathetern wegen kurzer Wirkdauer)
- zusätzliche Barrieren s. Externa-Liste



## Antientzündliche Therapie

- Methylprednisolonaceponat 0,1% Creme (Advantan), max. 7 Tage  
Alternativ Prednicarbat 0,15%
- Pimecrolimus 1% Creme bei Beschwerdepersistenz (verursacht keine Hautverdünnung, an UV Schutz denken, bei Hautinfektionen Therapie unterbrechen!)
- Hochpotenter: Mometasonfuroat Creme (Momegalen)

## Dermatologische Vorstellung:

- Bei V.a. Allergie

# Allergisches Kontaktekzem

## **Beschreibung/Charakteristika**

- Starke Rötung
  - Nässend, Blasen
  - Nicht aushaltbarer Juckreiz
  - Verschlechterung / Zunahme Befund während des Tragens, längere Heilung



## **Basispflege / Prophylaxe**

- Pflege siehe Externa-Liste
  - Barrieren bei irritativem Ekzem: s. Externa-Liste (bei echter Allergie nicht sinnvoll)



## **Therapie bei akut nässendem Befund (Bilder Mitte):**

- Topische Antiseptika: Polihexanid Gel, z.B. Lavanid
  - Falls Steroid-Kombination erforderlich: hydrophile Prednicarbat-Creme 0,25 mit Octenidine 0,1 (NRF 11.145)
  - Topische Antibiotika restriktiv (Resistenzbildung, Kontaktallergien), falls erforderlich: Fusidinsäure und Betamethasonvalerat (Fucicort) 10d 2xtgl.
  - Tannolact Umschlag 1 x tgl.

**Antientzündliche Therapie:** s. irritatives Kontaktekzem

**Dermatologische Vorstellung:** Bei V.a. Allergie immer

- Allergietestungen (Standardtestungen haben kaum Klebstoffe) eher zurückhaltend, da kaum Wissen zu Pflasterinhaltstoffen
  - Klebstoff- und Kunststoffblock muss im Test enthalten sein (Deutsche Gesellschaft Kontaktallergien)
  - Epikutantest Reihen (ECT): mit Standard-, Gummireihe, Konservierungsmittel, Kunsthärze. Sowie: Kleber, Pflaster, Sensoren, Katheter, auf die reagiert wurde

# Wunden / Knoten / Keratosis pilaris

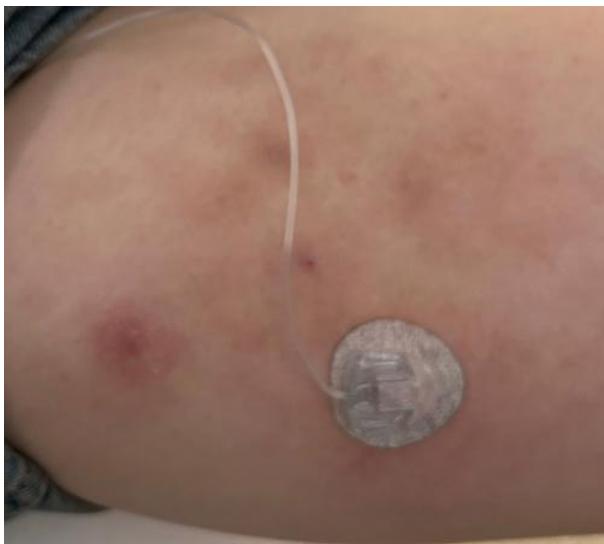
## Beschreibung/Charakteristika

- Kleinere Verletzungen
- Meist bei Prädisposition wie Keratosis pilaris („Reibeisenhaut“, s. Bild rechts)



## Basispflege / Prophylaxe

- Hautpflege Grundregeln s. Schulungsblatt
- Keine Desinfektion (reduziert Wunden signifikant laut Berg et al. Diabetes Care. 2023)
- Vorsichtiges Entfernen der Devices, s. Schulungsblatt Punkt 2



## Therapie bei Keratosis pilaris:

- Peelings etc. hilfreich (nicht kurz vor Katheter-/Sensoranlage)!  
z.B. mit Öl und Salz unter der Dusche
- Urea- oder Milchsäurehaltige Externa (s. AGIP Externaliste) bis max. 2 Tage vor Anwendung des Devices

## Therapie bei Wunden

- Lokal antiseptisch: Polihexanid Gel, z.B. Lavanid
- Lokal antibiotisch: Fusidinsäure (20mg/g) Creme 2 x tgl. für 5-7 Tage

# Abszess

## Beschreibung/Charakteristika

- Rötung, Schwellung, Verhärtung
- Überwärmung
- Schmerzen



## Basispflege / Prophylaxe

- Hygiene
- Intakte Haut verwenden



## Therapie

- Topisch: Desinfizierende Umschläge, lokal z.B. Fusidinsäure 1-2 x tgl., über Nacht Zugsalbe möglich unter Kompressenverband
- Wenn möglich: Sonographie zur Beurteilung Ausdehnung/Verhalt
- Systemisch antimikrobielle Therapie nach klinischer Maßgabe:
  - Amoxicillin/Clavulansäure
  - Cefaclor/Cefalexin/Cefadroxil (1. Generation Cephalosporin bei Staphylokokkenverdacht)
- Bei Verhalt dermatologische / chirurgische Vorstellung, ggf. spalten
- Abstrich bei rezidivierenden Fällen (Resistenzen?), PVL-Bildner bedenken (dann Dekolonisationsbehandlung erwägen)!



# Hypo-/Hyperpigmentierung



## Beschreibung/Charakteristika

- Postekzematös
- Oder durch Abdeckung

## Basispflege / Prophylaxe

- Entzündungen/Ekzemen vorbeugen, siehe dort
- Diagnose sichern: Wirklich nur an Katheter-/Sensor-/Podstellen?  
(DD: „Schwitzpilz“ (Pityriasis versicolor), Vitiligo etc.)

## Therapie

- Rückfettung
- Repigmentierung erfolgt meist erst im nächsten Sommer

## Dermatologische Vorstellung

- Bei V.a. eine der oben genannten Differentialdiagnosen

# Reaktion auf Sensormessfaden



## Ursachen:

- Mechanisches Problem: Kleiner Widerhaken als Reiz (Evtl. Chargenabhängig)
- Allergische Reaktion? Befestigung des Messfadens am Sensor meist mittels Ultraschall, aber möglicherweise auch mittels Klebstoff
- Eintrittspforte durch Hautverletzung z.B. Staph. aureus mit nachfolgender lokaler Infektion

## Therapie:

- Bei Pustel: ggf. Eröffnen, Desinfektion, Fusidinsäure 2 x tgl. über einige Tage

# Beispiele dunkle Haut



V.a. Allergisches Kontakt-  
ekzem mit Krustenbildung  
nach Nässen



Schuppung bei Ekzem



Wunden/ Narben



Hyperpigmentierung als  
Folge z.B. eines Ekzems  
bzw. einer Hautirritation

# Beispiele dunkle Haut

Menschen mit dunklerer Haut neigen allgemein zu stärkerer postinflammatorischen Hyperpigmentierung.



## Beschreibung:

Etwas hypopigmentierte kleine Narben, teils trockene, etwas schuppige Haut und an den letzten gesetzten Stellen eine postinflammatorische Hyperpigmentierung, teils mit Restekzem DD stärkere Irritation, oder auch Kontaktekzem.

## Therapievorschlag:

Direkt nach Abnahme ein paar Tage lokal antientzündliche Therapie (s. Kontaktekzem). Dunkle Haut benötigt zur Prophylaxe insgesamt intensivere Pflege, bzw. Vorbereitung

# Nicht vergessen!!

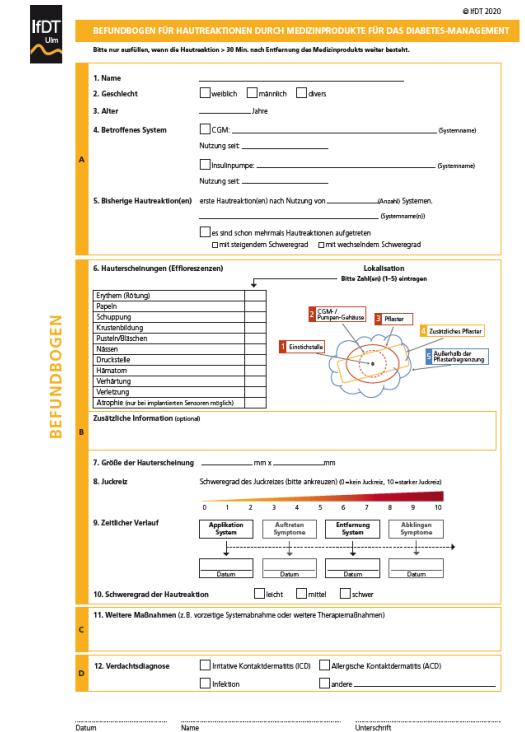
- Meldung jeder Reaktion an den entsprechenden Außendienst der Firmen (am besten mit Seriennummer / Chargen Nummer etc.)
- Fälle von Kontaktallergien sollten als Vorkommnis an das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) - Abteilung für Medizinprodukte - gemeldet werden (Unter Formulare Medizinprodukte: Vorkommnisse: Anwender, Betreiber und sonstige Inverkehrbringer (Online-Meldeformular))



# Nützliche Links:

## Ulm Befundbogen Haut (sehr detailliert, aber als Hilfestellung):

[https://www.ifdt-ulm.de/fileadmin/website/Dokumente/240104\\_befundbogen\\_dt\\_rz.pdf](https://www.ifdt-ulm.de/fileadmin/website/Dokumente/240104_befundbogen_dt_rz.pdf)



The form is a multi-page document titled 'BEFUNDBOGEN FÜR HAUTREAKTIONEN DURCH MEDIZINPRODUKTE FÜR DAS DIABETES-MANAGEMENT'. It includes sections for personal information (Name, Gender, Age), product information (System, CGM, Insulinpumpe), and history of reactions. A central diagram illustrates the application site (CGM, Copenhagen Gel-Blister, plaster) and its surroundings (Erosion, Atrophy, Localized pressure, area of influence). It also includes a timeline of events, a severity scale for rashes, and a section for further measures.

## BfArM Meldung

[https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Antraege-und-Meldungen/Vorkommnis-melden/Anwender-Betreiber-Haendler/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Antraege-und-Meldungen/Vorkommnis-melden/Anwender-Betreiber-Haendler/_node.html)

## G6 Beispiele Kopenhagen Pflasterersatz / Overpatches

<https://www.sdcc.dk/diabetesklinikken/find-undersoegelse-og-behandling/Sider/Sandwichmetoden---G6--infusionssaet-1981247.aspx>

<https://www.sdcc.dk/diabetesklinikken/find-undersoegelse-og-behandling/Sider/Saadan-bruger-du-tape-i-stedet-for-overplaster-1987517.aspx>